ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 21, 2019 *28 de mayo*

CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de dengue, zika y chikungunya):

⇒ ***Zika:*** hasta diciembre de 2017 se reportaron 583 451 casos sospechosos en la región, confirmados 223 477 y 3720 casos de microcefalia, 20 fallecidos y 6329 importados.

⇒ ***Chikungunya:*** hasta el 22 de diciembre de 2017 se reportaron 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.

⇒ ***Dengue:*** La Organización Panamericana de la Salud reporta 691 490 casos de dengue en las Américas hasta el 28 de mayo de 2019. Sobresale Brasil con 586 569 (84,8%) casos, seguido de Colombia con 32 267, Nicaragua con 21 593 y México con 12 900 casos.

⇒ ***Fiebre amarilla:*** Tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. En 2019, Brasil reporta 1206 casos humanos confirmados, de ellos 81 fallecieron.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas
Situación de influenza
Dengue y chikungunya en Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala
Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Nicaragua
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
Dengue en Mauricio y República Dominicana
Fiebre amarilla en Brasil
Malaria en Guatemala, México, Nicaragua y Perú
Malaria en República Dominicana
Sarampión en Angola
Sarampión en Chad
Sarampión en Estados Unidos
Sarampión en Guatemala
Sarampión en Guinea
Cólera en Kenia
Cólera en Mozambique
Enfermedad de Chagas en Perú
Ántrax en Kenia
Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Namibia
Leishmaniasis en Kenia
Situación de salud en Etiopía

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

- **Virus del Zika en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud**

Casos acumulados de zika actualizados desde 2015-2017 con cierre 4 de enero de 2018. Se reportaron **583 451 casos sospechosos** en la región, **confirmados 223 477** y **3720 casos de microcefalia asociado al virus**, **20 fallecidos y 6329 casos importados**.

Brasil se mantenía con el 39,7% (231 725) de los sospechosos reportados en la región, el 61.4% (137 288) de los confirmados, el 55% (11) de los fallecidos y el 79,3% (2952) de los Síndromes Congénitos confirmados asociados al virus del Zika.

Se mantenía en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en 5 el número de países que notificaron casos de zika transmitidos sexualmente. Desde la semana epidemiológica 44 de 2016 ningún nuevo país/ territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Zika

Resumen Global

84 países y territorios reportaron evidencia de transmisión del virus del Zika transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

- **Síndrome Congénito asociado al virus del Zika**

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado al virus del Zika, el 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018

- **Virus de Chikungunya en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud**

Los casos acumulados de chikungunya corresponden al año 2017, actualizados hasta el 22 de diciembre, última actualización de la OPS.

El mayor reporte de casos ocurrió en la subregión del Cono Sur a expensas de Brasil con el **98,9% de los confirmados** del total de 121 734 y el **81,5% de los sospechosos** de la región para un total de 50 196 casos.

En resumen se reportaron en la región un total de 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya

Nota: A pesar, de que la información de zika y chikungunya, permanece desactualizada en la web de la OPS, puede encontrar información actualizada de 2019 en nuestra web: https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **691 490 casos de dengue en las Américas** hasta el 28 de mayo de 2019. Sobresale **Brasil con 586 569 (84,8%) casos**, seguido de Colombia con 32 267, Nicaragua con 21 593 y México con 12 900 casos.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	586569		Guadalupe	192
Colombia	32267		Trinidad y Tobago	106
Nicaragua	21593		Martinica	93
México	12900		Estados Unidos	91
Honduras	6300		Aruba	59
Perú	4772		Granada	46
Bolivia	4560		Suriname	30
Venezuela	3636		San Martín	20
Jamaica	3229		Dominica	11
Paraguay	3058		Antigua y Barbuda	7
El Salvador	2602		Santa Lucía	7
Guatemala	2259		Isla Vírgenes (UK)	7
Ecuador	1910		San Vicente y las Granadinas	5
Rep. Dominicana	1391		Guyana	4
Panamá	1293		Barbados	2
Argentina	1154		Bermuda	1
Costa Rica	668		Puerto Rico	1
Belice	647			
Total				**691 490**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 28 de mayo de 2019.

Se reportaron **233 (=) fallecidos** (Brasil 166, Colombia 17, Venezuela 8, Honduras y Perú 9 cada uno, Bolivia 7, Guatemala 6, México y Paraguay 3 cada uno, Jamaica 2, Ecuador, Nicaragua, Panamá y 1 cada uno.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

En 2018, fueron 5 los países y territorios de la región de las Américas que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa y Perú, mientras que en 2019, tres países de la Región (Bolivia, Brasil y Perú) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

Fuente: Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

♦ Fiebre amarilla en Brasil, 17 de mayo de 2019

En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1206 casos humanos, de ellos se confirmaron 81 y fallecieron 14. Permanecen 348 en investigación y 777 fueron descartados. Además, se notificaron 1150 casos no humanos, de ellos se confirmaron 48, permanecen 301 en investigación, 410 se clasificaron como indeterminados y 391 fueron descartados.

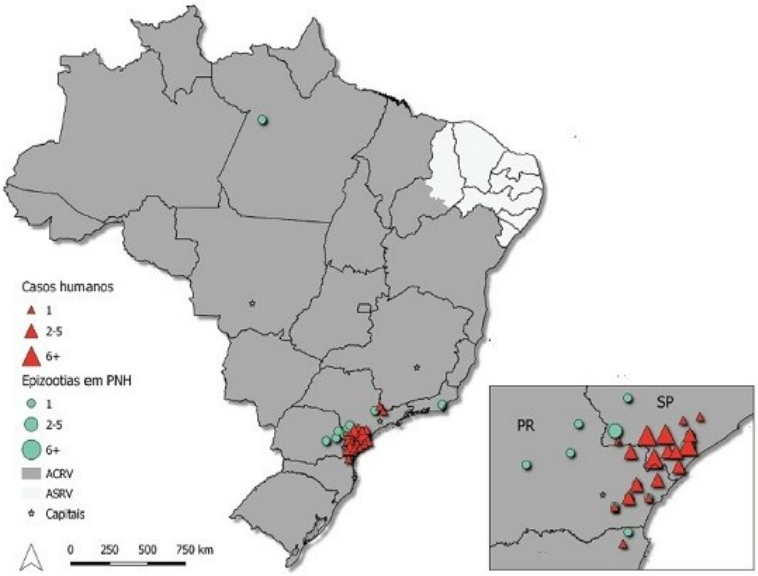
Aunque la vigilancia de la fiebre amarilla actualmente se basa en la estacionalidad de la enfermedad, cuyo período se extiende entre noviembre y mayo, con monitoreo por el Ministerio de Salud entre los meses de julio/2018 a junio/2019, a partir del informe nº 11, se describen los registros para el año 2019. Los datos de los meses anteriores, de los brotes recientes e históricos, obtenidos en: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomas-transmissaoeprevencao#epidemiologia.

Vigilancia de Casos Humanos

Se registraron casos humanos confirmados en los estados São Paulo (68), Paraná (12) y Santa Catarina (1). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales y / o en el área silvestre, de ellos 72 (88,9%) del sexo masculino, con edades entre 8 y 87 años. En marzo/2019 (SE 13), se confirmó el primer caso de fiebre amarilla en el estado Santa Catarina. Entre los casos confirmados, 14 fallecieron (17,3%). El número total de casos humanos registrados en el mismo período de 2018 fue de 1309.

Vigilancia de epizootias en Primates no Humanos - PNH (monos)

Se registraron epizootias de PNH confirmadas en São Paulo (13), Río de Janeiro (1), Paraná (32), Pará (1) y Santa Catarina (1) con mayor número de epidemias confirmados en la región Sudeste (68,7%; 33/48), aunque actualmente la transmisión está avanzando en la región Sur, principalmente en Paraná, desde de enero de 2019 (SE 4).



Áreas de riesgo

Ante este escenario, es fundamental que los municipios de las áreas de riesgo amplíen las coberturas vacunales (al menos el 95% de cobertura), con el objetivo de garantizar la protección de la población contra la enfermedad, reduciendo el riesgo de muertes y brotes, además del riesgo de reurbanización de la transmisión (por Aedes aegypti). La vacunación está recomendada para todo el Área con Recomendación de Vacuna (ACRV). Se resalta que el mayor riesgo está en las áreas consideradas afectadas y ampliadas, donde la transmisión fue documentada recientemente (2018/2019). Las personas no vacunadas y expuestas en esas localidades deben ser vacunadas, prioritariamente.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Alerta Epidemiológica de difteria, 10 de mayo de 2019

En 2018, tres países de la Región de las Américas (Colombia, Haití, y la República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria. En 2019, Haití y Venezuela han reportado casos confirmados.

A continuación, un resumen de la situación en ambos países:

En **Haití**, entre la semana epidemiológica (SE) 32 de 2014 y la SE 16 de 2019 se notificaron 838 casos probables, incluidas 108 defunciones; de los cuales 276 casos fueron confirmados (267 por laboratorio y 9 por nexo epidemiológico).
El número de casos probables notificados entre la SE 1 la 16 de 2019 (56 casos) es superior al total de casos notificados en el mismo periodo en 2017 (44 casos) e inferior al 2018 (136 casos).
De los 56 casos probables notificados en 2019, seis casos y una muerte fueron confirmados por laboratorio. Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, 8% en 2017, 13% en 2018 y 17% en 2019.
Con relación a los casos confirmados en 2019, las mayores tasas de incidencia se observan en los grupos de 6 a 14 años y de 1 a 5 años. El caso fatal se registró en un menor de 5 años.
En 2019, las mayores tasas de incidencia acumulada entre los casos probables se registran en las comunas de Acul du Nord (3,58 casos por 100 000 habitantes) en el Departamento Nord y en Tabarre (3,07 casos por 100 000 habitantes) en el departamento Ouest.

En **Venezuela**, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 13 de 2019 se notificaron 2752 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017, 1198 en 2018 y 190 en 2019), de los cuales fueron confirmados 1688 (554 por laboratorio y 1134 por criterio clínico o nexo epidemiológico). Se registraron 284 defunciones (17 en 2016, 103 en 2017, 151 en 2018 y 13 en 2019). En 2019, la tasa de letalidad más alta se observa en el grupo de edad de 5 a 9 años (7%), seguida por el grupo de 10 a 15 años (4%).
Durante el 2018 fueron 22 las entidades federales y 99 municipios que reportaron casos confirmados. A la SE 13 de 2019, se encuentran afectadas 16 entidades federales, 45 municipios con 61 parroquias. Por lo que se continúan implementando actividades de vacunación y control.
Los casos se registraron en todas las edades. La tasa de incidencia en menores de 15 años es de 4 casos por 100 000 habitantes, en la de 15 a 40 años es de 3 casos por 100 000 habitantes y en la de mayores de 40 años de 1 caso por 100 000 habitantes.

Orientaciones para los Estados Miembros
La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados la recomendación de garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria (3 dosis) y refuerzos (3 dosis). Este esquema de vacunación brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, DPT (difteria, tétanos y tos ferina) para niños de 1 a 7 años y TD (toxoide diftérico) para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.
La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, trabajadores de salud, personal del servicio militar, integrantes de comunidades penitenciarias y personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.
Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis refuerzo.
Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia y la capacidad de diagnóstico laboratorial a través de cultivo, prueba de ELEK y PCR para el gen de la toxina diftérica (tox).
La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica.
La vacunación, es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas, 17 de mayo de 2019

Hasta la fecha, doce países que notificaron casos confirmados de sarampión en 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. No se han reportado defunciones por sarampión en la Región en el 2019. Adicionalmente, se confirmó un caso de sarampión en una persona a bordo de un crucero que navegaba entre Aruba y Curaçao.

Desde la Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 18 de abril, nueve países han confirmado casos nuevos: Brasil (70 casos), Canadá (12 casos), Chile (1 caso), Colombia (27 casos), Costa Rica (1 caso), Estados Unidos de América (284 casos), Perú (1 caso), Uruguay (6 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (63 casos). En este mismo periodo no se notificaron casos nuevos en Argentina, las Bahamas y México no notificaron casos nuevos en este mismo periodo.

El brote de sarampión en las Américas, causado por el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 que se inició en Venezuela en 2017, se extendió a Brasil y Colombia en 2018 y posteriormente en Argentina, Chile, Ecuador y Perú, fueron identificados casos importados o relacionados a importación por el mismo genotipo y linaje. En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje, lo que indica la continua circulación de este virus. Esta situación, asociada a la importación de casos desde países fuera de la Región, ha provocado un incremento de casos semanales desde inicios de 2019, con un pico en la semana epidemiológica (SE) 12 y un promedio de 78 casos semanales en las 4 semanas epidemiológicas posteriores.

Leer situación detallada de los países que han notificado nuevos casos confirmados o una actualización de casos anteriores, desde la Actualización Epidemiológica publicada el 18 de abril de 2019, así como la descripción del caso a bordo del crucero en: OPS.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) refuerza las recomendaciones realizadas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros respecto a:

- Vacunar para **mantener coberturas homogéneas del 95%** con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis, en todos los municipios.
- **Vacunar a poblaciones en riesgo**, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) así como viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéolaparotiditis (SRP) **y jeringas** para acciones de control ante casos importados.
- **Identificar** los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que albergan a estos grupos de población.
- **Incrementar las coberturas vacunales** y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio dentro de los 5 días después de haberse recolectado la muestra y que los resultados de laboratorio estén disponibles oportunamente.
- Brindar una **respuesta rápida** frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- En situación de brote, se debe **establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos** para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión. Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentran disponibles en la Actualización Epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de octubre de 2017.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Brote de la enfermedad por virus del Ébola en República Democrática del Congo

Continúa el brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en República Democrática del Congo. Desde el último informe el 9 de mayo de 2019, se han notificado 90 nuevos casos confirmados de EVE, con 68 muertes adicionales, una disminución en comparación con los 136 casos confirmados reportados la semana anterior.

Hasta el 25 de mayo de 2019, se reportó un total de 1912 casos de EVE, incluidos 1818 confirmados y 94 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 22 zonas de salud: Alimbongo (1), Beni (305), Biena (8), Butembo (212), Kalunguta (101), Katwa (569), Kayna (8), Kyondo 19), Lubero (11), Mabalako (190), Manguredjipa (11), Masereka (37), Musienene (55), Mutwanga (5), Oicha (41) y Vuhovi (82) en la provincia Kivu del Norte; y Bunia (1), Komanda (28), Rwampara (1), Mandima (130), Nyankunde (1), y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Al 25 de mayo de 2019, quince zonas de salud reportaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 5 al 25 de mayo de 2019).

Se registraron un total de 1277 muertes, incluyendo 1183 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 65% (1183/1818). Un trabajador sanitario fallecido fue uno de los nuevos casos confirmados en Katwa, elevando el número acumulado de trabajadores de la salud afectados a 105, el 6% del total de casos confirmados y probables. Mabalako es el principal área de foco del brote, reportando el 22% (72/330) de los nuevos casos confirmados en los últimos 21 días. Nueve de las 12 áreas de salud de Mabalako han reportado nuevos casos confirmados durante este período, mientras que Butembo, Katwa, Kalunguta, Beni, Mandima y Musienene reportaron 18%, 15%, 12%, 11%, 8% y 7%, respectivamente. Siete zonas de salud, a saber, Mabalako, Kalunguta, Butembo, Beni, Vuhovi, Mandima y Katwa reportaron nuevos casos confirmados en los últimos tres días y permanecen como puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 17 zonas de salud. Un total de 20 415 contactos se registraron al 25 de mayo de 2019, de los cuales 17 977 se habían visto en el las últimas 24 horas (88%; varía entre 73-100% entre las zonas con notificación), con cero contactos seguidos en la zona de salud de Komanda en el período de información. Las alertas en las dos provincias afectadas continuaron siendo levantadas e investigadas. De 1490 alertas procesadas (de las cuales 1394 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 25 de mayo de 2019, se investigaron 1383 (93%) y 277 (24%) se validaron como casos sospechosos.

Acciones de Salud Pública

- Se ha establecido un mecanismo de coordinación reforzado en Butembo. Continúan las actividades de vigilancia, incluidas las investigaciones de casos, la búsqueda activa de casos en centros de salud y comunidades, así como la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados. La colaboración entre las autoridades de salud en la República Democrática del Congo y Uganda continúa con el monitoreo de los contactos desplazados.
- Hay conversaciones en curso con la Diócesis de Beni-Butembo en torno a la posible cancelación de la peregrinación programada para el 27 de mayo de 2019.
- Hasta el 25 de mayo de 2019, un total acumulado de 124 825 personas han sido vacunadas desde el inicio del brote en agosto de 2018.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 60 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 72/78 (92%) PoE / PoC estaban operativos el 25 de mayo de 2019.
- Continúan las actividades de reintegración comunitaria para los pacientes dados de alta de los Centro de Tratamiento de Ébola (CTE), junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta.
- Las actividades de prevención y control de infecciones (IPC, por sus siglas en inglés) y de agua, saneamiento e higiene (WASH, también por sus siglas en inglés) continúan donde es posible, pero permanece interrumpido en algunas áreas, con parte del Dispensario de Hodari, Rwangoma, en Beni, incendiado por individuos desconocidos.
- Las actividades de desinfección en establecimientos de salud y hogares donde se habían confirmado casos permanecieron en Beni, Mabalako, Mandima, Butembo, Katwa, Vuhovi y Kalanguta.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con sesiones de trabajo en Goma para la preparación de un taller sobre actualización, armonización y adaptación de mensajes de comunicación, y en el área de salud de Bunyuka para el Comité Local de Ébola sobre la resolución de incidentes comunitarios; el diálogo comunitario tuvo lugar con las poblaciones de las áreas de salud Magherya y Luotu, con el fin de eliminar equipos de resistencia a la respuesta, apoyados por una delegación de jefes consuetudinarios de Kivu del Norte.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con una sesión de chat, celebrada en Beni, en el área de salud de Munzambaye, para concienciar a los docentes sobre la descontaminación y la vacunación; un diálogo comunitario dirigido por ancianos y líderes de base de la aldea Kipese, sobre la participación comunitaria realizada en Masereka; los estudiantes de Butembo se involucraron en una conferencia de debate con estudiantes de ISP de Butembo sobre el tema "el contribución de los estudiantes en la lucha contra resistencia en la ciudad de Butembo" y un fuerte mensaje fue enviado por el pastor de la Iglesia Adventista sobre EVE y el compromiso de la comunidad hacia los niños que asisten a la Festival Adventista de los Niños, en Goma.

Interpretación de la situación por la OMS

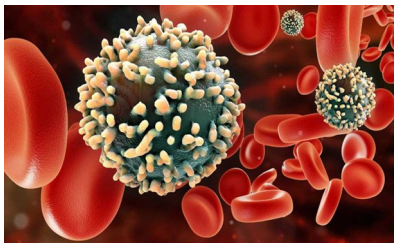
Como el número de nuevos casos de EVE en las provincias Kivu del Norte e Ituri continúa aumentando, la ONU, en colaboración con el Gobierno y todos los socios, anunciaron esta semana medidas para fortalecer su compromiso político y su apoyo operativo para negociar el acceso a las comunidades y aumentar el apoyo a la coordinación humanitaria para llevar el brote a su fin. Esto incluye, establecer una nueva respuesta de emergencia para el ébola de coordinación de las Naciones Unidas para supervisar la coordinación el apoyo internacional para la respuesta al ébola y velar por que se adopten medidas políticas y de seguridad adecuadas para permitir la respuesta al ébola y aumentar su eficacia. La OMS continuará liderando todas las operaciones de salud y actividades de apoyo técnico a la respuesta del gobierno a la epidemia, así como coordinará las intervenciones de salud pública que están siendo implementadas por otros socios de la ONU. El compromiso de la comunidad debe seguir siendo un foco importante de las medidas de respuesta, junto con medidas de salud pública probadas e innovadoras. Como parte de las nuevas medidas, UNICEF dirigirá las actividades de participación comunitaria, proporcionará intervenciones psicosociales y ayudará a prevenir la infección a través de servicios de agua, saneamiento e higiene. Estas nuevas medidas y los esfuerzos intensivos en curso sobre el terreno deben proporcionar el cambio tan necesario en la trayectoria de este brote. Fuente: Organización Mundial de la Salud

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo
⇒ Alerta Epidemiológica de sarampión en las Américas
⇒ Situación de influenza
⇒ Dengue y chikungunya en Argentina
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Nicaragua
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
⇒ Dengue en Mauricio
⇒ Dengue en República Dominicana
⇒ Fiebre amarilla en Brasil
⇒ Malaria en Guatemala
⇒ Malaria en México
⇒ Malaria en Nicaragua
⇒ Malaria en Perú
⇒ Malaria en República Dominicana
⇒ Sarampión en Angola
⇒ Sarampión en Chad
⇒ Sarampión en Estados Unidos
⇒ Sarampión en Guatemala
⇒ Sarampión en Guinea
⇒ Cólera en Kenia
⇒ Cólera en Mozambique
⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
⇒ Ántrax en Kenia
⇒ Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Namibia
⇒ Leishmaniasis en Kenia
⇒ Situación de salud en Etiopía

Recomendamos leer

Tratamiento contra VIH elimina riesgo de transmisión, según estudio



El riesgo de contagio del virus del VIH se elimina completamente con un tratamiento eficaz de los medicamentos, según ha demostrado un estudio histórico, en un impulso significativo a las perspectivas de poner fin a la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Un estudio de casi 1000 parejas de hombres homosexuales, donde una pareja con VIH tomó terapia antirretroviral (ART, por sus siglas en inglés), no encontró nuevos casos de transmisión a la pareja VIH-negativa durante las relaciones sexuales sin condón. A lo largo del estudio de ocho años, 15 hombres se infectaron con el VIH, el virus que causa el sida. Pero las pruebas genéticas mostraron que las transmisiones eran el resultado de que los hombres VIH negativos tenían relaciones sexuales con alguien que no era su pareja habitual.

El informe, publicado en la revista médica The Lancet, muestra que el uso de ART para suprimir el virus del VIH en niveles indetectables hace que no se pueda transmitir durante el sexo, según los investigadores. Leer más…

ARTE Y MEDICINA

Métodos curiosos de diagnosticar el embarazo en la Antigüedad

Actualmente disponemos de muchos procedimientos para diagnosticar si una mujer está embarazada e incluso saber las semanas de gestación que se encuentra pero, hasta hace poco más de cien años, no se tenía el conocimiento de estas técnicas diagnósticas.

Hagamos un recorrido por la historia empezando por la **civilización egipcia**.

El escrito más antiguo conocido es el del *Papyrus The Lahun* conocidos erróneamente como *Kahun* (1850 a.C.) en el que se describen diecisiete pronósticos relacionados con la obstetricia, solo mencionar uno:

La mujer está embarazada si al sujetarle los dedos y apretarle los brazos, el rostro se les torna verde o siente en sus manos el latido de las venas

Por un papiro del Antiguo Egipto de más de 3500 años, se descubrió un conjuro muy curioso para diagnosticar la preñez de las mujeres a la vez que invocaban a la diosa Hathor, diosa de la maternidad y la fecundidad:

La presunta embarazada debe orinar durante varios días sobre dos bolsas de lona en cuyo interior hubieran semillas de trigo y cebada respectivamente, mezcladas con sal. Si transcurrido un tiempo germinaban es que la mujer estaba gestante.

Incluso determinaban -o así lo creían- el sexo del futuro niño. **Si germinaba el trigo sería una niña y si germinaba la cebada, el hijo sería un varón. Por contra, si no germinaba ninguna semilla, la mujer no estaba embarazada.** Lo que no mencionan es el caso que germinaran ambas semillas… ¿acaso podrían ser gemelos?

Estudios más recientes nos pueden precisar un éxito del 35% aplicando este método parecido y cabe decir que tiene un base científica por los estrógenos (hormona femenina que aumenta durante la gestación) presentes en la orina.

Otro papiro, el de *Carlsberg*, nos muestra otro método un poco menos "agradable" de practicar:

Dejar un trozo de cebolla durante toda una noche en la vagina de la mujer y si conserva al día siguiente su sabor original, la paciente está embarazada.

El *Papiro Brugsch* también conocido como Papiro de Berlín (1350 a.C.) describe una prueba que fue muy utilizada posteriormente:

Dar de beber a la paciente un trozo de sandía triturada y mezclada con leche de una mujer recién parida; si vomitaba es que estaba encinta; si solo tenía flatulencia, no.

Dependiendo de las civilizaciones que hablemos podemos encontrar otras maneras sorprendentes de diagnosticar el embarazo:

En tiempos del **Imperio Romano** se declaraba embarazada a la mujer que parecía atolondrada; en **Babilonia,** si su caminar era lento; en **Francia,** si el vino enturbiaba la orina y en **Alemania,** si tenía antojos de alimentos extraños. ¿Os suena esto último?

Los **médicos chinos**, fieles a la importancia que daban al pulso en el diagnóstico de las enfermedades, lo hacían a través del mismo.

Otra muy extendida en los siglos posteriores fue el de **Hipócrates de Cos**:

Hacer ingerir una pócima constituida por una parte de miel y diez de agua (hidromiel) antes de ir a dormir. En las embarazadas les produciría cólicos, mientras que en las no gestantes les proporcionaría un agradable descanso.

Sorano de Éfeso, considerado como el precursor de la ginecología, mantuvo que:

Si una mujer siente después del coito que se le erizan los vellos de la piel, experimentando una sensación de que se le cierra el orificio cervical… está grávida.

En **Londres** durante el siglo XVII, el médico y astrólogo, Nicholás Culpeper, recomendaba:

Si después de haber tenido unión carnal con su marido se sentía más satisfecha que de ordinario, estaba embarazada.

ARTE Y MEDICINA

En fin, no deben pensar que todas estas creencias populares están alejadas de nuestros tiempos, pues, incluso en la actualidad, podemos encontrar algún lugar que las siguen poniendo en práctica, aunque nosotros, como médicos, les aconsejamos que si alguna vez quieren saber si están embarazadas (las mujeres, claro), soliciten alguna de las pruebas más "científicas" y fiables que tenemos a nuestro alcance.

Postal de principios del siglo XX donde se parodia la preocupación de las mujeres de la época por los embarazos no deseados.

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.

Director: Dr. Lorenzo Somarriba López.

Asesor: Dr. Germán Carrera Cánova.

Edición: MSc. Sania Cisneros Velázquez.

Compilación: MSc. Sania Cisneros Velázquez/Dra. Liane Castro Benítez.

Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Vedado, Plaza,

La Habana, Cuba. CP: 10 400.

Teléfono: (537) 8396273.

DVS
Dirección de Vigilancia en Salud
Cuba-MINSAP