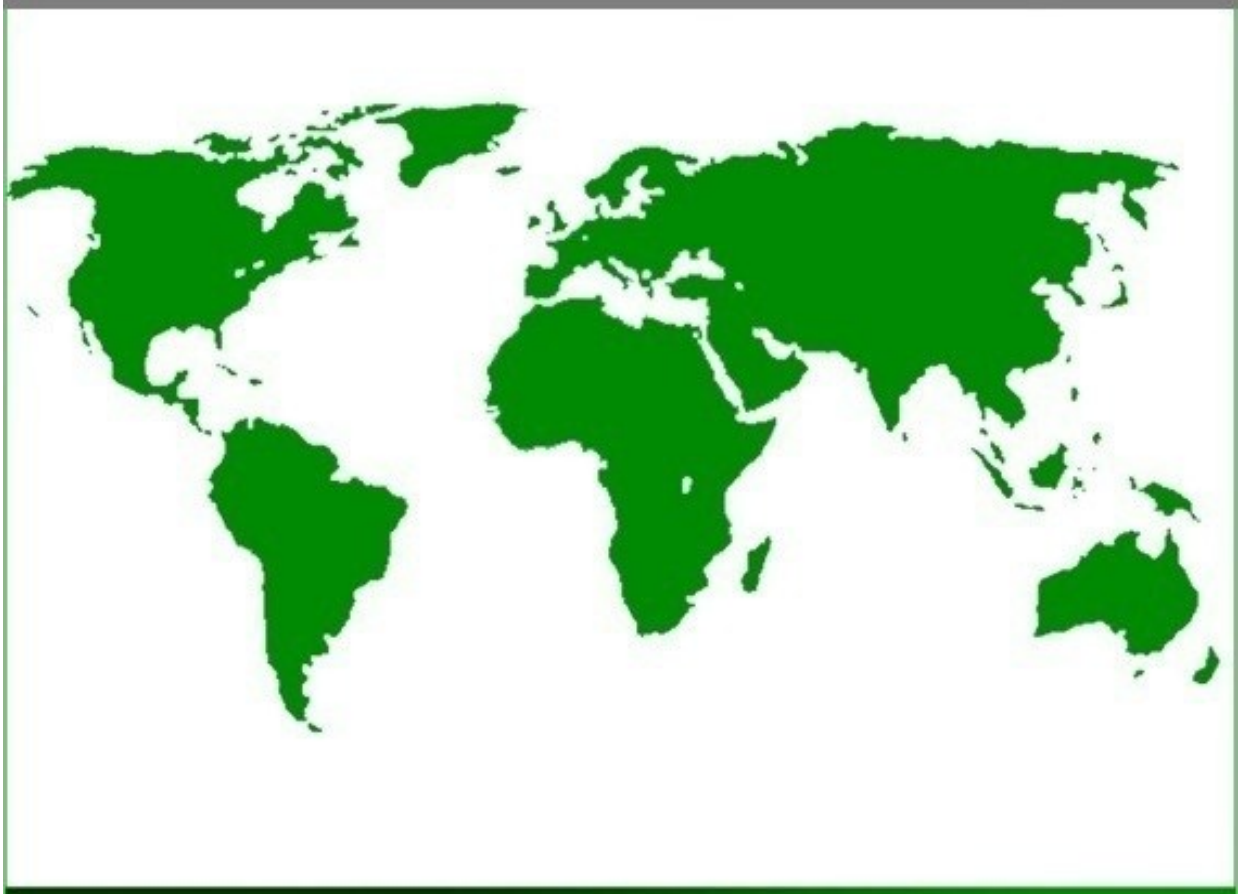
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 22, 2019 *4 de junio*



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 zika y chikungunya desde 2017):

⇒ ***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 693 548 casos de dengue en las Américas hasta el 3 de junio de 2019. Sobresale Brasil con 586 569 (84,5%) casos, seguido de Colombia con 32 267, Nicaragua con 21 593 y México con 12 900 casos. Se reportan 248 fallecidos.

⇒ ***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 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 Bolivia

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala

Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay

Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú

Fiebre amarilla en Perú

Malaria en Guatemala

Malaria en México

Malaria en Perú

Sarampión en Estados Unidos

Sarampión en Guatemala

Enfermedad de Chagas en Perú

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 **693 548 casos de dengue en las Américas** hasta el 4 de junio de 2019. Sobresale **Brasil con 586 569 (84,5%) 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		Antigua y Barbuda	182
Nicaragua	21593		Trinidad y Tobago	106
México	12900		Martinica	93
Honduras	8017		Estados Unidos	91
Perú	4772		Aruba	59
Bolivia	4560		Granada	46
Venezuela	3636		Suriname	30
Jamaica	3229		San Martín	20
Paraguay	3058		Dominica	11
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	834		Puerto Rico	1
Belice	647			
Total				**693 548**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 4 de junio de 2019.

Se reportaron **248 (+15) fallecidos** (Brasil 166, Honduras 24, Colombia 17, Perú 9, Venezuela 8, Bolivia 7, Guatemala 6, México y Paraguay 3 cada uno, Jamaica 2, Ecuador, Nicaragua, Panamá 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.

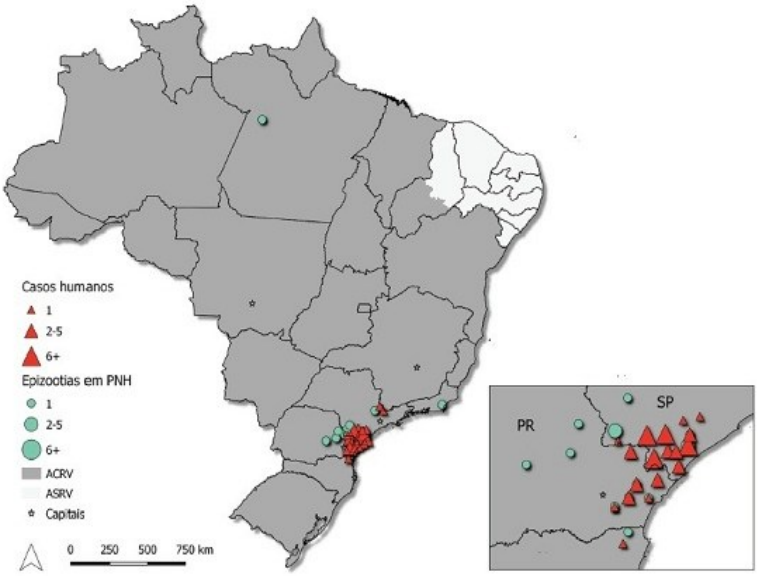
Aunque la vigilancia de la fiebre amarilla actualmente se basa en la estacionalidad de la enfermedad, cuyo período se extiende entre noviembre y mayo, con monitoreo por el Ministerio de Salud entre los meses de julio/2018 a junio/2019, a partir del informe nº 11, se describen los registros para el año 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 26 de mayo de 2019, se han notificado 82 nuevos casos confirmados de EVE, con 62 muertes adicionales, una disminución en comparación con los 90 casos confirmados reportados la semana anterior.

Hasta el 1 de junio de 2019, se reportó un total de 1994 casos de EVE, incluidos 1900 confirmados y 94 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 22 zonas de salud: Alimbongo (1), Beni (314), Biena (5), Butembo (228), Kalunguta (105), Katwa (585), Kayna (8), Kyondo (19), Lubero (11), Mabalako (214), Manguredjipa (12), Masereka (38), Musienene (58), Mutwanga (5), Oicha (41) y Vuhovi (85) en la provincia Kivu del Norte; y Bunia (1), Komanda (28), Rwampara (1), Mandima (135), Nyankunde (1) y Tchomia (2) en la provincia Ituri. Al 1 de junio de 2019, quince zonas de salud reportaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 12 de mayo al 1 de junio de 2019).

Se registraron un total de 1339 muertes, incluyendo 1245 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 66% (1245/1900). El número acumulado de trabajadores de salud afectados aumentó a 110, el 6% del total de casos confirmados y probables. Mabalako, Butembo y Katwa siguen siendo las principales áreas de transmisión activa, con el 26% (79/308), 20% (63/308) y 15% (47/308) de los casos confirmados en los últimos 21 días, respectivamente. Nueve zonas de salud, Mabalako, Beni, Butembo, Katwa, Manfuredjipa, Kalunguta, Musienene, Mandima y Vuhovi reportaron nuevos casos confirmados en los 3 últimos días y siguen siendo puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 17 zonas de salud. Un total de 19 465 contactos se registraron al 1 de junio de 2019, de los cuales 17 478 se había visto en las últimas 24 horas (90%; varía entre 50-100% entre las zonas con informes), con cero contactos seguidos en la zona de salud Komanda en el período de información. Las alertas en las dos provincias afectadas continuaron siendo elevadas e investigadas. De 1369 alertas procesadas (de las cuales 1247 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 1 de junio de 2019, se investigaron 1251 (25%) y 316 (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.
- Hasta el 1 de junio de 2019, un total acumulado de 129 001 personas han sido vacunadas desde el inicio del brote en agosto de 2018. Seis nuevos anillos (2 en Butembo y 2 en Katwa) se han abierto alrededor de 8 de los 12 casos confirmados el 1 de junio de 2019.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 62 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 74/78 (95%) PoE / PoC estaban operativos el 1 de junio 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, dos pacientes curados fueron reintegrados a la comunidad en Butembo y Beni.
- 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; dos centros de salud y 12 hogares fueron descontaminados en las zonas de salud Beni, Katwa, Butembo y Kalunguta.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con intercambio entre autoridades políticas y administrativas en Beni y representantes de las organizaciones de la sociedad civil para fortalecer el compromiso de la comunidad y la administración de incidentes en la misma; dos alcaldes de las ciudades Goma y Kindu participaron en la preparación a la población de Goma en la respuesta a la EVE, durante una reunión de seguridad; se realizó un diálogo comunitario con los líderes locales del área de salud de Vurondo, la reintegración comunitaria de un paciente curado del Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) en Beni, se utilizó como una oportunidad de reforzar los mensajes en torno al manejo del paciente.

Interpretación de la situación por la OMS

Se siguen reportando nuevos casos de ébola en Kivu del Norte e Ituri, aunque con una pequeña tendencia decreciente. Esto debe ser tratado con optimismo cauteloso a la luz de similares aparentes descensos observados anteriormente en el brote, que luego se han revertido. Sin embargo, las nuevas medidas introducidas la semana pasada, junto con el continuo y fuerte refuerzo de los mensajes de la comunidad y una aplicación intensa de medidas de salud pública comprobada, deberían limitar el brote a las dos provincias actualmente afectadas y poner fin al 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 Bolivia

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú

⇒ Fiebre amarilla en Perú

⇒ Malaria en Guatemala

⇒ Malaria en México

⇒ Malaria en Perú

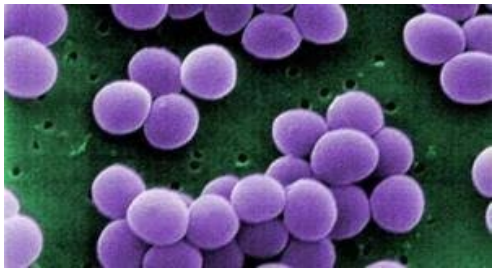
⇒ Sarampión en Estados Unidos

⇒ Sarampión en Guatemala

⇒ Enfermedad de Chagas en Perú

Recomendamos leer

Un estudio identifica las células que miden la defensa del organismo contra las infecciones por estafilococos



Un grupo de investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins (JHUSOM), de Estados Unidos, ha identificado las células que miden la defensa del organismo contra las infecciones desarrolladas por *Staphylococcus Aureus*. El estudio, publicado en *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, ha sido desarrollado en ratones con el objetivo de observar como el sistema inmunológico de estos se moviliza para luchar contra los estafilococos.

Estas bacterias, resistentes a la meticilina, puede 'causar infecciones cutáneas y, a largo plazo, propagarse por todo el cuerpo causando infecciones invasivas como sepsis o, en los casos más extremos, la muerte'. Estos estafilococos son cada vez más resistentes a los antibióticos, lo que dificulta su tratamiento. Así, Lloyd Miller, profesor de dermatología en la JHUSOM, ha señalado que este tipo de gérmenes se están convirtiendo en uno de los 'principales' problemas de salud.

En las personas sanas las defensas inmunes naturales del cuerpo típicamente mantienen infecciones de este tipo en la piel y los antibióticos pueden ayudar a tratarlas correctamente. Sin embargo, los pacientes inmunodeprimidos presentan mayor dificultad para combatir estas bacterias.

En este sentido, el equipo de Miller está trabajando para entender el mecanismo de defensa del organismo frente a esta bacteria para desarrollar posteriormente tratamientos inmunes alternativos que bien se puedan combinar con antibióticos o que eliminen su uso completamente. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

¿Por qué los cirujanos y el personal de quirófano visten de color verde o azul?

Parece un detalle sin importancia pero la elección del color de las batas, pijamas y uniformes médicos no es casualidad, sino que forma parte de un proceso razonado basado en razones físicas y psicológicas, tanto de los propios médicos como de los pacientes y familiares.

Los médicos de la Edad Media usaban batas de color pardo u oscuro que impedían ver la suciedad y los efluvios que acababan en su ropa. Por culpa de la falta de higiene, muchos pacientes morían y el color negro de las batas comenzó a asociarse con la muerte.

Imagen 1. Bata médica utilizada para tratar brotes de peste bubónica

En los albores de la medicina quirúrgica profesional, los cirujanos y enfermeras optaron por el color blanco, un tono que permitía ver cualquier rastro de suciedad, algo de vital importancia para evitar infecciones. Este color era asociado con pureza, bondad, virginidad y asepsia, cualidades que transmitían tranquilidad y calma al paciente. El médico no era un matasanos ya, sino un salvador.

El uso de batas limpias mejoró las condiciones de higiene y redujo las tasas de mortalidad durante los post-operatorios.

Verde, ¿cuestión de moda?

A principios del siglo XX, la sociedad médica comenzó a cuestionar la elección del color dentro de los quirófanos. Disociando la bata blanca para consultas y eligiendo el color verde espinaca para intervenciones quirúrgicas por razones físicas y psicológicas. En 1914 y tras la publicación de las teorías de la física del color, un cirujano postuló que el color rojo de las batas blancas manchadas de sangre, no contrastaba con la sangre del propio paciente, lo que impedía al cirujano identificar correctamente las hemorragias. La razón, la necesidad de descansar la vista y mejorar la visión.

Con tanto color rojo, el cirujano experimenta fatiga visual, algo que le impide distinguir correctamente la escala cromática de tonos rojos y rosas que componen los tejidos humanos. Lo que puede resultar fatal.

El color verde, empapa y transforma en marrón/ocre el color de la sangre fresca, aumentando el contraste. Algo que también agradecieron los familiares, ya que la sangre sobre blanco era muy escandalosa, e incluso una pequeña cantidad, hacía presagiar lo peor.

ARTE Y MEDICINA

Y ahora azul y gris…

El último cambio en la moda de quirófanos se adoptó hace unas décadas y por culpa de una curiosa **ilusión óptica**

Si tras fijar la vista en **colores rojos y rosas** durante mucho tiempo, observamos algo de color blanco, **el cerebro lo interpreta erróneamente como si fuera de color verde.** Solo dura unas milésimas de segundo, pero, en una operación, esta ilusión óptica puede traer complicaciones, el cirujano experimenta un agotamiento visual. Las gasas, apósitos, materiales quirúrgicos y monitores son de color blanco y las batas de color verde. No podemos cambiar el color de esas cosas, pero sí el de la ropa y por ello el verde espinaca, dio paso a un **color azul grisáceo.**

Este color disimula la sangre, reduce la confusión por ilusión óptica y transmite sensación de limpieza y calma. Además, **el color azul es captado mejor y con menos aberraciones cromáticas y reflejos por las cámaras de video**, lo que mejora la grabación de operaciones.

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