ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 23, 2019 *11 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.
Código Postal: 10 400.

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 695 100 casos de dengue en las Américas hasta el 11 de junio de 2019. Sobresale Brasil con 586 569 (84,4%) casos, seguido de Colombia con 32 267, Nicaragua con 21 593 y México con 12 900 casos. Se reportan 233 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 1239 casos humanos confirmados, de ellos 82 se confirmaron y 14 fallecieron.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Situación de influenza
Dengue y chikungunya en Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia
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 en Benin
Dengue en Isla Reunión, Francia
Chikungunya en República del Congo
Fiebre amarilla en Perú
Malaria en Colombia, Guatemala y México
Sarampión en Camerún
Sarampión en Colombia
Sarampión en Estados Unidos
Sarampión en Madagascar
Sarampión en Mali
Cólera en Camerún y Zambia
Ántrax en Lesotho
Hepatitis E en República Centroafricana
Fiebre de Lassa en Liberia
Virus del Nipah en India
Poliovirus derivado de la vacuna circulante en Camerún
Poliovirus salvaje tipo 1 en República Islámica de Irán
Poliomielitis en República Democrática del Congo

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 **695 100 casos de dengue en las Américas** hasta el 11 de junio de 2019. Sobresale **Brasil con 586 569 (84,4%) 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	9569		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				**695 100**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 11 de junio de 2019.

Se reportaron **233 (+22) fallecidos** (Brasil 166, Honduras 31, 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

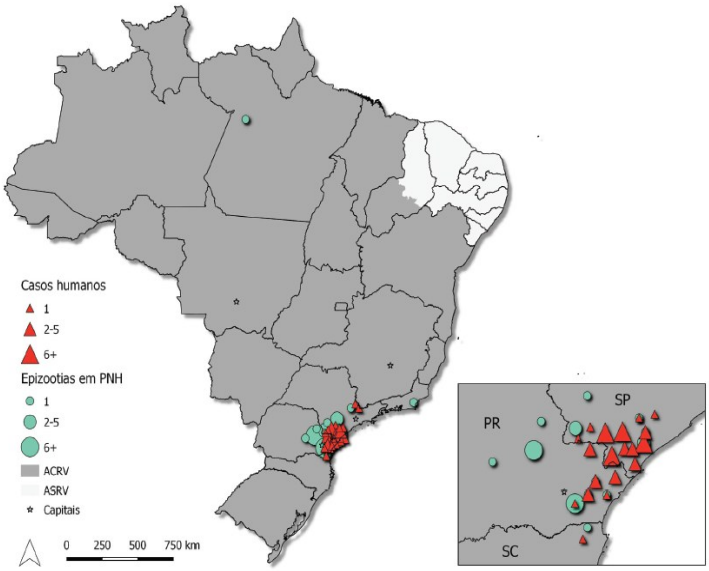
♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

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, 22 de mayo de 2019

En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1239 casos humanos, de ellos se confirmaron 82 y fallecieron 14. Permanecen 367 en investigación y 790 fueron descartados. Además, se notificaron 1157 casos no humanos, de ellos se confirmaron 48, permanecen 305 en investigación, 410 se clasificaron como indeterminados y 394 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 (13) y Santa Catarina (1). La mayoría de los casos eran trabajadores rurales y / o en el área silvestre, de ellos 73 (89%) 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 (17,1%). 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.

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 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, aunque con una tendencia a la disminución en las últimas semanas. Esto sigue a un período de seguridad mejorada y, por lo tanto, de acceso a las comunidades, lo que permite que los equipos de respuesta operen con mayor libertad. Sin embargo, el laboratorio en Komanda actualmente no funciona después del vandalismo y robo en los últimos dos días, y el laboratorio de Beni solo funciona parcialmente después de las demostraciones de taxis en la ciudad. Desde el último informe del 2 de junio de 2019, se han notificado 62 nuevos casos confirmados de EVE, con 45 muertes adicionales, una disminución considerable con respecto a los 82 nuevos casos confirmados informados en la semana anterior.

Hasta el 8 de junio de 2019, se reportó un total de 2056 casos de EVE, incluidos 1962 confirmados y 94 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 22 zonas de salud: Alimbongo (1), Beni (317), Biena (8), Butembo (238), Kalunguta (108), Katwa (594), Kayna (8), Kyondo (19), Lubero (11), Mabalako (233), Manguredjipa (13), Masereka (38), Musienene (61), Mutwanga (5), Oicha (41) and Vuhovi (85) en la provincia Kivu del Norte; y Bunia (1), Komanda (28), Rwampara (2), Mandima (148), Nyankunde (1), and Tchomia (2) en la provincia Ituri. Al 8 de junio de 2019, once zonas de salud reportaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 19 de mayo al 8 de junio de 2019).

Se registraron un total de 1384 muertes, incluyendo 1290 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 66% (1290/1962). Entre los nuevos casos confirmados notificados el 8 de junio de 2019, se contó un trabajador de salud, lo que elevó el número total acumulado de trabajadores de salud afectados a 112 (5% de los casos confirmados y probables).

Mabalako, Butembo y Katwa siguen siendo las principales áreas de transmisión activa, con el 27% (64/234), 22% (52/234) y 15% (35/234) de los casos confirmados en los últimos 21 días, respectivamente. Ocho zonas de salud: Mabalako, Butembo, Musienene, Manguredjipa, Rwampara, Mandima, Katwa y Beni reportaron nuevos casos confirmados en los 3 últimos días y siguen siendo puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 16 zonas de salud. Un total de 15 045 contactos se registraron al 8 de junio de 2019, de los cuales 12 503 se había visto en las últimas 24 horas (83%; varía entre 39-100% entre las zonas con informes). Las alertas en las dos provincias afectadas continuaron siendo elevadas e investigadas. De 1159 alertas procesadas (de las cuales 1027 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 8 de junio de 2019, se investigaron 1050 y se validaron 271 (26%) como casos sospechosos.

Acciones de Salud Pública

- Se estableció 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 8 de junio de 2019, un total acumulado de 131 471 personas han sido vacunadas desde el inicio del brote en agosto de 2018. Cuatro nuevos anillos (2 en Katwa, uno en Mandima y uno en Mabalako) se han abierto alrededor de 8 casos confirmados el 7 de junio de 2019. La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 64 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 74/78 (95%) PoE / PoC estaban operativos el 8 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.
- 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 con la descontaminación de 4 instalaciones de salud y 4 de cada 5 hogares que han tenido casos confirmados en las zonas de salud Kalunguta, Katwa, Mabalako, Rwampara y Mandima.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con plataformas de expresión populares en el área de salud Masuli para abordar las preocupaciones de la comunidad; a través de una demostración del proceso de entierro seguro y digno, junto con foros en el mercado de Kihwede, en el área de salud Vutsundo, para abordar las inquietudes que llevan a las comunidades a resistirse a la respuesta; una visita de la Primera Dama a Goma para difundir conciencia entre la multitud en el aeropuerto de Goma; una reunión informativa de los directivos de Agencias de transporte por carretera en Goma en los puntos de entrada y cómo observar medidas de prevención de EVE; y el ministro de salud visitó el área Aloya, en Mabalako, enviando un fuerte mensaje en torno a la prevención de la EVE y la colaboración con equipos de respuesta, así como intercambios con líderes comunitarios en la aldea Lumumba.

Interpretación de la situación por la OMS

El continuo descenso en los nuevos casos de EVE en las provincias de Kivu del Norte e Ituri es alentador, destacando el compromiso de las autoridades locales y nacionales y los socios para una efectiva respuesta a este grave brote. Todas las actividades de movilización comunitaria, centradas en el reclutamiento de las poblaciones locales como socios en la respuesta deben continuar, así como las medidas de salud pública, con el fin de aprovechar esta tendencia y llevar el brote a su fin.

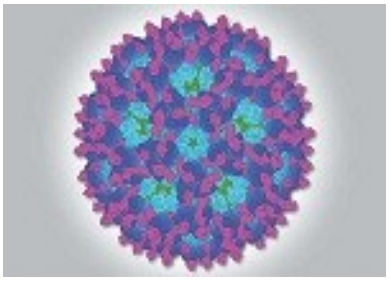
Fuente: Organización Mundial de la Salud

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo
⇒ Situación de influenza
⇒ Dengue y chikungunya en Argentina
⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia
⇒ 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 en Benin
⇒ Dengue en Isla Reunión, Francia
⇒ Chikungunya en República del Congo
⇒ Fiebre amarilla en Perú
⇒ Malaria en Colombia
⇒ Malaria en Guatemala
⇒ Malaria en México
⇒ Sarampión en Camerún
⇒ Sarampión en Colombia
⇒ Sarampión en Estados Unidos
⇒ Sarampión en Madagascar
⇒ Sarampión en Mali
⇒ Cólera en Camerún
⇒ Cólera en Zambia
⇒ Ántrax en Lesotho
⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
⇒ Fiebre de Lassa en Liberia
⇒ Virus del Nipah en India
⇒ Brote de poliovirus derivado de la vacuna circulante en Camerún
⇒ Poliovirus salvaje tipo 1 en República Islámica de Irán
⇒ Poliomielitis en República Democrática del Congo

Recomendamos leer

Una imagen detallada del virus chikungunya abre la puerta a nuevos tratamientos



El virus del chikungunya ha infectado a más de un millón de personas en América desde 2013, cuando se descubrieron mosquitos portadores del virus en el Caribe. La mayoría de personas que se infectan sufren fiebre y dolor en las articulaciones, durante un periodo que dura aproximadamente una semana. Pero hasta en la mitad de los pacientes, el virus puede causar artritis severa que persiste durante meses o años. Y por el momento no hay tratamientos que prevengan que la infección derive en esa artritis crónica.

Ahora, un equipo de investigadores de la Universidad Washington en Estados Unidos ha tomado imágenes de alta resolución del virus, atrapado en una proteína que se encuentra en la superficie de las células de las articulaciones.

La proteína observada en el estudio se tomó de ratones, pero las personas tienen la misma proteína y el virus interactúa con los ratones y con los humanas de manera prácticamente idéntica. Este hallazgo, publicado en la revista *Cell*, muestra en detalle a nivel atómico cómo encajan el virus y la proteína de la superficie celular. Leer más...

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Medicina, médicos y enfermedades en el Antiguo Egipto

Desde la antigüedad, la sabiduría que poseían los Antiguos Egipcios ha ejercido sobre el resto de la humanidad una extraña fascinación, especialmente en lo concerniente a sus logros en el campo de la ciencia y la técnica. Herodoto de Halicarnaso, conocido como "el padre de la historia" describió Egipto como: "*Tierra fecunda que produce abundantes drogas; unas son remedios, otras venenos; país de médicos, los más sabios del mundo".* En estas páginas vamos a tratar de la modernidad de la medicina Egipcia: ¿Mito o realidad?

Uno de los aspectos más desconocidos de la civilización egipcia, pero sin duda uno de los más fascinantes, es la creación de las bases de la medicina moderna. Cuando todas las culturas antiguas se acercaban a la enfermedad y a sus tratamientos basándose en creencias irracionales de posesión de malos espíritus u ofensas a los dioses, los egipcios daban un gran salto en el conocimiento de los mecanismos que rigen la salud humana, tratando al enfermo, no como culpable, sino sencillamente como afectado por la enfermedad. Inventaban la medicina moderna, basada en métodos científicos como el estudio de los síntomas, el diagnostico, el pronóstico y por último, el tratamiento. Conozcamos algunos aspectos de una ciencia que hace más de 4.000 años inventó cosas como el precedente de la aspirina, las tiritas, y los puntos de sutura.

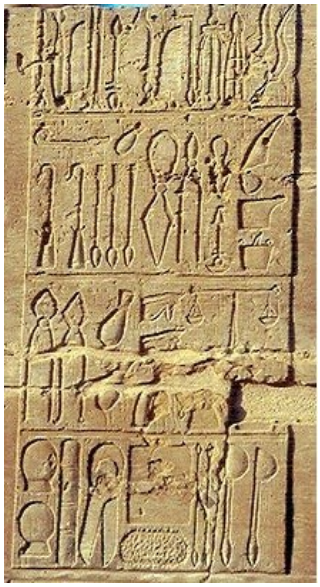


Imagen 1. Instrumentos médicos representados en el templo de Kom Ombo. Época Ptolemaica.

Pero ¿de dónde procede nuestro conocimiento sobre la medicina egipcia? Disponemos de diversas fuentes: Las más importantes son los papiros médicos:

I. Los papiros médicos

Los papiros médicos son recopilaciones de tratamientos para la consulta de los profesionales de la medicina. Los más importantes que han llegado hasta nosotros son los conocidos como el Papiro Ebers, datado en la Dinastía XVIII (1550-1307 a.C.) y el Papiro Edwin Smith, datado en la Dinastía XVII (1640-1550 a.C.), aunque trata de una recopilación de textos más antiguos, las "*Invocaciones a los dioses y fórmulas para recitar cuando se trata a un enfermo"* que posiblemente se remontan a la época de las pirámides. Es curioso que aunque mucho se ha hablado de la vinculación de la magia en la medicina egipcia, en el Papiro Edwin Smith la única mención mágica se halla al final de un caso ejemplar de los pasos utilizados en la medicina egipcia, los mismos de la medicina moderna: ***Síntomas:*** *espasmos, inmovilidad a partir de las cervicales, ojos enrojecidos;* ***Diagnóstico:*** *Rotura de la espalda a nivel del cuello;* ***Veredicto:*** *es una enfermedad que conozco y con la que no puedo luchar; y* ***Tratamiento:*** *no existe, ahora el paciente puede consultar a un mago o curandero, pues no le hará ningún mal".*

El veredicto era equivalente a nuestro pronóstico y se presenta en tres formas: *"una enfermedad que yo trataré, una enfermedad con la que me batiré, una enfermedad por la cual no puedo hacer nada".* (Lamentablemente, la medicina actual no ha superado este certero diagnóstico, y sigue sin existir un tratamiento eficaz para la fractura de la médula espinal).

Los egipcios **atribuyeron la autoría de los papiros médicos a Tot**, dios de la sabiduría, "*Aquel que ha dado a los hombres la palabra y la escritura".* Era el patrón de los escribas, médico y mago de los dioses. Los griegos lo asimilaron al dios Hermes y dieron a los libros que Tot había revelado el nombre de Herméticos. El célebre médico Galeno afirma que en el XI a.C, los médicos griegos seguían consultando las obras medicas de la biblioteca del templo de **Imhotep** en Menfis. La ciencia médica parece estar ya totalmente establecida en el Imperio Antiguo. El supuesto origen divino de los papiros médicos supuso un obstáculo para la experimentación de nuevos remedios. Diodoro de Sicilia relata: *"Ellos establecen el tratamiento de acuerdo con los preceptos escritos, revelados y transmitidos por un gran número de ancianos médicos celebres. Si siguiendo los preceptos del libro sagrado no pueden salvar al enfermo, son declarados inocentes y exentos de todo reproche, si al contrario, se comportan contrariamente a los preceptos escritos, podían ser acusados y condenados a muerte".* No cabe duda de que los jóvenes médicos que deseaban probar nuevas terapias exponían su vida, aunque hemos de recordar que los viajeros griegos llegaron a Egipto en un momento en que se hallaba en franca decadencia, y el culto al pasado esplendor de la civilización faraónica sustituía a un futuro desalentador en manos de griegos y romanos.

II. La profesión médica

La palabra que designaba al médico era *sunu,* "el de los que sufren". Aunque existía la medicina general, Egipto era conocido por sus reputados especialistas. Según Herodoto: "La medicina está repartida en Egipto de esta manera: cada médico cura una única enfermedad, no varias" "Todo está lleno de médicos, unos para los ojos, otros para la cabeza, para el abdomen, y para las enfermedades de localización incierta" Algunas especialidades eran: el Oculista (*sunu-irty*), el "Médico del vientre" (*sunu khet*), "El pastor del ano", y dos tipos de dentistas, diferenciando a los que habían estudiado medicina, como los actuales estomatólogos.

Imagen 2. Mereruka, supervisor de médicos del palacio real. Época Ptolemaica.

ARTE Y MEDICINA

Status

Algunos médicos estaban sometidos a una vigilancia del estado, para garantizar a los usuarios la calidad del servicio. Eran funcionarios, una especie de Seguridad Social que cubría las necesidades más esenciales, como la traumatología. A su vez, existía un ejercicio privado, sobre todo en odontología y veterinaria. Según Diodoro de Sicilia, "en las expediciones militares y en los viajes todo el mundo es curado de manera gratuita, porque los médicos son alimentados a expensas de la sociedad".

Los médicos reales eran escogidos entre los mejores del país. Tenían bajo su cargo al "director de los dos lados de remeros del barco de los médicos reales", para realizar desplazamientos con rapidez. Gozaban de una gran reputación e, incluso, desde el extranjero se hacían largos viajes para consultarlos. A veces el faraón enviaba sus médicos a las cortes extranjeras. Según Herodoto, Amasis, de la Dinastía XXVI, es enviado a Ciro, respondiendo a la petición del mejor oculista conocido para sanar a la madre del monarca, y el médico, enfadado por el viaje, incita a Ciro a atacar Egipto. También es célebre la petición del rey hitita Hattusil de un buen ginecólogo para curar la esterilidad de su hermana ¡de 50 años! Ramses II, responde en una carta cargada de fina ironía, que no hay médicos tan eficientes en Egipto, y envía un profesional más adecuado a este caso: un mago.

También existieron en Egipto mujeres dedicadas a la medicina, las *senut*. Estela de la dama Peseshet, que portaba el título de "Supervisora de las doctoras". Imperio Antiguo.

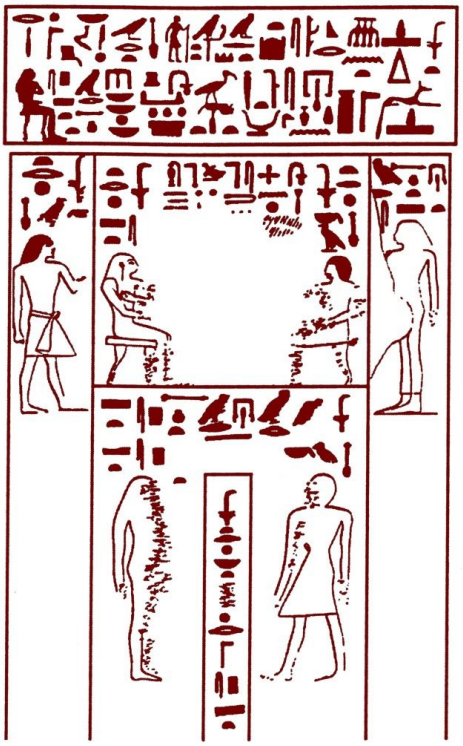


Imagen 3. Estela de la dama Peseshet, supevisora de las doctoras. Imperio Antiguo.

La Formación

Los médicos recibían formación en "La casa de la Vida", escuela de medicina y biblioteca en la que escribas y sabios recopilaban antiguas tradiciones. Los alumnos adquirían las bases de la profesión en contacto con sus maestros, leyendo, elaborando y copiando textos, así como procediendo a la práctica controlada de la medicina por parte de los estudiantes. Tras la graduación en estos centros podían dedicarse al ejercicio de la profesión.

Continuará en el próximo número el boletín...

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