ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 25, 2019 *25 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 741 508 casos de dengue en las Américas hasta el 18 de junio de 2019. Sobresale Brasil con 586 569 (79%) casos, seguido de Colombia con 48 930, Nicaragua con 33 282 y México con 20 414 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 Brasil, hasta el 4 de junio de 2019, se reportaron 1281 casos humanos notificados, de ellos 82 se confirmaron y 14 fallecieron. Además, se notificaron 1240 casos no humanos, de ellos se confirmaron 48.

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Virus del Ébola en Uganda
Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas
Actualización epidemiológica de influenza
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
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 Paraguay
Dengue en República Dominicana
Malaria en Argentina
Malaria en Colombia
Malaria en Guatemala
Malaria en México
Malaria en Nicaragua
Malaria en República Dominicana
Sarampión y la Rubéola en Argentina
Sarampión en Colombia
Sarampión en Estados Unidos
Sarampión en Guatemala
Cólera en Burundi
Cólera en Etiopía
Cólera en Kenia
Cólera en República Democrática del Congo
Cólera en Tanzania
Cólera en Zambia

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 al 2017.

- **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 **741 508 casos de dengue en las Américas** hasta el 25 de junio de 2019. Sobresale **Brasil con 586 569 (79%) casos**, seguido de Colombia con 48 930, Nicaragua con 33 282 y México con 20 414 casos.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	586569		Guadalupe	192
Colombia	48930		Antigua y Barbuda	182
Nicaragua	33282		Trinidad y Tobago	106
México	20414		Martinica	93
Honduras	12878		Estados Unidos	91
Perú	4772		Aruba	59
Venezuela	4654		Granada	46
Guatemala	4642		Suriname	32
Bolivia	4560		San Martín	20
El Salvador	4139		Dominica	11
Jamaica	3663		Santa Lucía	7
Paraguay	3058		Isla Vírgenes (UK)	7
Rep. Dominicana	2469		San Vicente y las Granadinas	5
Ecuador	1910		Guyana	4
Panamá	1460		Barbados	2
Costa Rica	1448		Bermuda	1
Argentina	1154		Puerto Rico	1
Belice	647			
Total				**741 508**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 25 de junio de 2019.

Se reportaron **287 (+12) fallecidos** (Brasil 166, Honduras 36, Colombia 20, México 15, Guatemala 12, Perú 9, Venezuela 8, Bolivia 7, Nicaragua 4, Jamaica, Panamá y Paraguay 3 cada uno y Ecuador 1.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

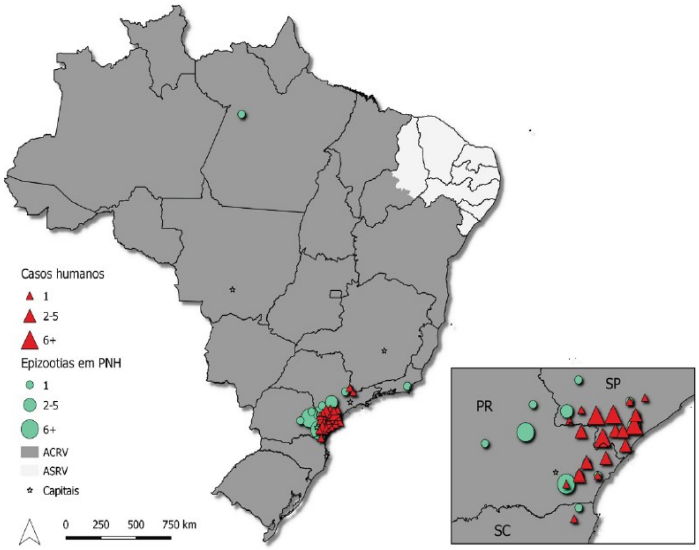
♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

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, 4 de junio de 2019

En el presente periodo estacional (2018-2019) se notificaron 1281 casos humanos, de ellos se confirmaron 82 y fallecieron 14. Permanecen 286 en investigación y 913 fueron descartados. Además, se notificaron 1240 casos no humanos, de ellos se confirmaron 48, permanecen 321 en investigación, 435 se clasificaron como indeterminados y 436 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 influenza en las Américas, 14 de junio de 2019

Ante el inicio temprano de la temporada de influenza en algunos países del hemisferio sur, y la posibilidad de que se presente el pico máximo de actividad estacional en las próximas semanas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) llama a los Estados miembros a adoptar las medidas necesarias para garantizar un manejo clínico adecuado, asegurar el cumplimiento estricto de las medidas de control de prevención de infecciones en los servicios de atención de salud, brindar los suministros adecuados de antivirales y prevención, y a dar el tratamiento oportuno de las complicaciones.

Resumen de situación

La situación de la subregión del Cono Sur; la cual presenta una temporada de influenza anterior a la esperada se informa primero; la situación de las otras subregiones con actividad esperada se presenta luego por orden alfabético de la subregión. Se puede obtener información más detallada sobre la situación de influenza y otros virus respiratorios en la Actualización Regional de Influenza de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS), publicada semanalmente, en el sitio web de la OPS / OMS en: www.paho.org/reportesinfluenza

En la **subregión del Cono Sur** (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, y Uruguay), se notificó una mayor actividad de influenza e infección respiratoria aguda (IRAG) en toda la subregión desde la semana epidemiológica (SE) 13 de 2019, con predominio de influenza A(H1N1) pdm09 en la mayoría de los países. En **Argentina**, se ha observado un inicio temprano de la temporada de influenza desde la SE 13 de 2019 con predominio de la influenza A(H3N2); la actividad de IRAG evaluada por la tasa de hospitalizaciones se encuentra en niveles moderados, aunque en aumento. En **Chile**, la temporada de influenza parece haber comenzado tempranamente en comparación a años anteriores, con una tendencia creciente en la actividad de influenza desde la SE 17 de 2019 y un fuerte aumento registrado entre la SE 21 y SE 22 de 2019; influenza A(H1N1) pdm09 predominó con co-circulación de influenza A (H3N2) e influenza B (predominó el linaje B/ Yamagata). La actividad de IRAG, según la tasa de hospitalizaciones y las admisiones en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se encuentra en niveles elevados en comparación con temporadas anteriores; las muertes por influenza registradas son similares a las del mismo periodo de los años previos. En **Paraguay**, hasta la SE 22 de 2019, la actividad de influenza continúa elevada con predominio de influenza A(H1N1) pdm09; se registró un aumento pronunciado entre la SE 21 y 22 de 2019. La actividad de IRAG evaluada por la tasa de hospitalizaciones y las admisiones en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se encuentra en niveles elevados en comparación con temporadas anteriores y el número de muertes por influenza registradas está por debajo de los niveles esperados en comparación con los años previos. En **Brasil**, a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza se mantuvo baja con predominio de influenza A(H1N1) pdm09; La actividad de IRAG evaluada por la tasa de hospitalizaciones se encuentra en niveles elevados en comparación con el año anterior. En **Uruguay** la actividad de influenza está en niveles bajos, pero en aumento. En la SE 21, la actividad de IRAG evaluada por la tasa de hospitalizaciones y los ingresos en la unidad de cuidados intensivos se encuentra en niveles moderados en comparación con temporadas anteriores.

En la **subregión Andina** (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), a partir de la SE 22 de 2019, se ha informado una baja actividad de influenza con predominio de influenza A(H3N2). En **Bolivia**, la influenza y las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) han aumentado lentamente en las últimas semanas, pero se mantuvieron en los niveles esperados. En **Colombia**, la actividad de influenza e IRAG está en niveles bajos, pero en aumento; La actividad del virus sincitial respiratorio (VSR) se mantuvo en niveles moderados a partir de la SE 22 de 2019. En **Ecuador**, la positividad del porcentaje de influenza aumentó sobrepasando el umbral de alerta, aunque el porcentaje de casos de IRAG se mantuvo en los niveles esperados. En **Perú**, hasta la fecha, se reportaron actividades de influenza baja e IRAG con actividad RSV moderada a partir de la SE 22 de 2019. En **Venezuela**, la actividad de influenza fue baja con predominio de influenza A(H1N1) pdm09.

En la **subregión del Caribe** (Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Guyana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, San Cristóbal y Nevis, Santa Lucía, San Vincente y Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago), de la SE 4 a SE 16 de 2019, la actividad de influenza aumentó en la subregión con predominio de influenza A(H1N1) pdm09. A partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza e IRAG es baja y continúa disminuyendo; la influenza A(H3N2) predominó en las últimas semanas, con la excepción de Puerto Rico, donde hasta la SE 16 de 2019, la actividad de influenza se encuentra en niveles moderados en comparación con la temporada anterior en 2018.

En la **subregión de América Central** (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá), a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza e IRAG se mantuvo en niveles bajos en la mayoría de los países con co-circulación de influenza A(H1N1) pdm09, influenza A(H3N2) e influenza B. Sin embargo, en **Costa Rica**, a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza se encuentra en niveles moderados con una tendencia creciente desde la SE 17 de 2019; circularon influenza A(H1N1) pdm09 e influenza A(H3N2). La actividad de IRAG, medida por hospitalizaciones, ingresos y muertes en la unidad de cuidados intensivos (UCI), aumentó ligeramente en las últimas semanas, pero se mantuvo dentro de los niveles esperados. Además, en **Guatemala**, la actividad de influenza se notificó como moderada entre la SE 9 y 17 de 2019; sin embargo, las detecciones han tenido una tendencia a la baja desde la SE 18 de 2019; la actividad de IRAG se mantuvo en niveles bajos a partir de la SE 22 de 2019.

En la **subregión de América del Norte** (Canadá, México y Estados Unidos de América), a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza se mantuvo en niveles bajos y disminuyó a niveles inter-estacionales.

Recomendaciones: La OPS / OMS reitera sus recomendaciones previas a los Estados Miembros con respecto a la vigilancia, el manejo clínico, la implementación de medidas de control de prevención de infecciones en los servicios de salud y la comunicación con el público sobre medidas preventivas. Es importante abordar estas áreas considerando la temporada intensa temprana que se observa en los países del hemisferio sur. Leer informe completo con las principales recomendaciones para vigilancia, manejo clínico, comunicación y vacunación en: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas, 18 de junio de 2019

Desde el 1 de enero al 18 de junio de 2019 se notificaron 1722 casos confirmados de sarampión en 13 países de la Región de las Américas: Argentina (5 casos), las Bahamas (1 caso), Brasil (122 casos), Canadá (65 casos), Chile (4 casos), Colombia (125 casos), Costa Rica (10 casos), Cuba (1 caso importado), Estados Unidos de América (1044 casos), México (2 casos), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (332 casos). En este mismo periodo no hubo reporte de defunciones.

Desde la Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 17 de mayo, siete países han notificado casos confirmados de sarampión adicionales: Argentina (1 caso), Brasil (49 casos), Canadá (20 casos), Colombia (16 casos), Cuba (1 caso importado), Estados Unidos de América (205 casos), y la República Bolivariana de Venezuela (129 casos).

En 2019, son tres los países (Brasil, Colombia y Venezuela) que siguen notificando casos relacionados con el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 cuya circulación había sido detectada por primera vez en Venezuela en 2017. Mientras que en 2018 la mayor proporción de casos de la Región de las Américas se registró en Brasil y Venezuela; en 2019 la mayor proporción proviene de Estados Unidos, la República Bolivariana de Venezuela, Colombia y Brasil.

El caso notificado de Cuba fue un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso es una mujer de 31 años de edad, residente de Australia, con antecedente de viaje a la ciudad de Bogotá y la Isla de San Andrés, Colombia. El caso no tenía antecedente de vacunación contra sarampión e inició exantema el 20 de mayo de 2019. El genotipo viral identificado en este caso es D8.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en países de la Región de 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, aeropuertos, pasos fronterizos, medios de transporte masivo urbano y otros), así como viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéolaparotiditis (SRP), **y jeringas/insumos** para acciones de prevención y control ante casos importados.
- **Identificar los flujos migratorios** externos (llegada de personas extranjeras o personas del mismo país que realizan actividad temporal en países con brotes en curso) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) dentro de cada país, incluyendo las poblaciones indígenas u otro grupo poblacional vulnerable, 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** a fin incrementar la inmunidad poblacional.
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** de sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos, privados y de seguridad social, para contener el riesgo mediante las acciones de salud pública oportunas 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.
- Fortalecer la **vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras** para detectar y responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- 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, subnacional 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 de pacientes internados 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.

Más detalles sobre los países en: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Actualización Epidemiológica de rubéola en las Américas, 21 de junio de 2019

Ante el riesgo de importación y reintroducción del virus de la rubéola en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a reforzar la vigilancia, intensificar las actividades de vacunación para lograr niveles de cobertura superiores al 95% en todos los menores de 5 años y a responder rápidamente a los casos importados.

Rubéola: es una enfermedad viral aguda, generalmente leve que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes susceptibles y es considerada de importancia en salud pública debido al potencial teratogénico del virus. Es causada por el virus de la rubéola, que pertenece al género *Rubivirus* (familia *Togavirus)*. Se transmite por contacto con secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas (gotículas en el aire, cuando las personas infectadas estornudan o tosen). La infección en las mujeres embarazadas puede causar aborto involuntario, muerte fetal, o defectos congénitos en la forma de síndrome de rubéola congénita (SRC). El periodo de incubación se ha descrito que varía entre 14 a 21 días.
Clínicamente, en los primeros días presenta un cuadro febril inespecífico caracterizado por fiebre, cefalea, malestar general, coriza leve y conjuntivitis. La linfadenopatía retroauricular, occipital, y cervical posterior es el signo más característico, y se presenta 5 a 10 días antes del exantema. Se caracteriza por un exantema maculopapuloso y puntiforme difuso. Un porcentaje importante de las infecciones se complican con artralgia y artritis, particularmente en mujeres adultas. Se observa encefalitis en 1 de cada 6000 casos, más a menudo en adultos. Hasta el 50% de las infecciones por rubéola no muestran exantema o son subclínicas.

Resumen de la situación en las Américas

Durante 2009, en la Región de las Américas, se reportaron los últimos casos endémicos de rubéola en Argentina y Brasil. El mismo año, Canadá y Estados Unidos reportaron casos de rubéola importados y asociados a importación.
Entre 2010 y 2019 se notificaron 84 casos confirmados de rubéola en ocho países de la Región de las Américas mientras que en el mismo periodo se reportaron 16 casos de síndrome de rubéola congénita, tres en Canadá (uno en 2011, uno en 2015 y otro en 2018) y 13 casos en los Estados Unidos (tres en 2012; tres, uno cada año, entre 2013 y 2015; dos en 2016 y 5 en 2017). Todos importados o relacionados a importación.
En 2015, la Región de las Américas fue la primera Región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ser declarada libre de la transmisión endémica del virus de la rubéola, por el Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas. Sin embargo, los retos para mantener a la Región libre de rubéola continúan, debido al riesgo permanente de importación y reintroducción del virus.
En 2016, se reportaron 2 casos confirmados de rubéola importados, uno en Canadá y otro en Estados Unidos. No se reportaron casos confirmados de síndrome de rubéola congénita.
En 2017, se reportaron 8 casos confirmados de rubéola importados, un caso en México y 7 casos en Estados Unidos. Adicionalmente se reportaron dos casos confirmados de síndrome de rubéola congénita en Estados Unidos.
En 2018, se reportaron 4 casos confirmados de rubéola asociados a importación, 2 casos en México y 2 casos en Estados Unidos. Adicionalmente se reportó un caso confirmado de síndrome de rubéola congénita en Canadá.

En 2019, Argentina y Chile notificaron casos confirmados. **Argentina** notificó 3 casos confirmados de rubéola. El primer caso fue clasificado como importado, corresponde a un hombre extranjero de 27 años, residente en la provincia de Córdoba desde hace 3 años, con antecedente vacunal desconocido. Inició exantema el 19 de abril y tuvo antecedente de viaje a la provincia de Fujian, de la República Popular de China, de donde regresó el 9 de abril. El genotipo viral identificado fue 1E. El segundo y tercer caso corresponden a dos hermanos de 7 y 11 años, argentinos, residentes en la ciudad de Buenos Aires, sin antecedentes de vacunación ni de viajes. Iniciaron exantema el 8 y 16 de mayo, respectivamente. La fuente probable de infección de estos casos fue un contacto familiar con antecedente de viaje a la India. El último caso autóctono confirmado de rubéola en Argentina se registró en la provincia de Buenos Aires en 2009 y el genotipo identificado fue el 2B. **Chile** notificó un caso confirmado de rubéola importado. El caso corresponde a una mujer de 34 años procedente de la India, que reside en la ciudad de Santiago desde hace 5 años, con antecedente vacunal desconocido. Inició exantema el 6 de abril y tuvo antecedente de viaje a la India, con regreso el 26 de marzo.
Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante el riesgo de importación y reintroducción del virus de la rubéola en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros a:

- Redoblar esfuerzos para implementar el "**Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023",** en sus 4 líneas estratégicas: 1)garantizar el acceso universal a los servicios de vacunación; 2)fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola, y el síndrome de rubéola congénita; 3) desarrollar la capacidad nacional y operativa para mantener el estado de eliminación; 4) establecer mecanismos estándares para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola, y el síndrome de rubéola congénita para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica en los países (4).
- **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, aeropuertos, pasos fronterizos, medios de transporte masivo, y otros), así como a viajeros internacionales.
- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), **y jeringas/insumos** para acciones

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 y rubéola.** 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.

Leer informe completo con otras recomendaciones en: 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 del 16 de junio de 2019, se han notificado 94 nuevos casos confirmados de EVE, con 69 muertes adicionales.

Hasta el 22 de junio de 2019, se reportó un total de 2239 casos de EVE, incluidos 2145 confirmados y 94 probables. Hasta la fecha, los casos confirmados se han informado de 22 zonas de salud: Alimbongo (2), Beni (347), Biena (11), Butembo (243), Kalunguta (120), Katwa (603), Kayna (8), Kyondo (21), Lubero (20), Mabalako (302), Manguredjipa (16), Masereka (38), Musienene (68), Mutwanga (8), Oicha (41) and Vuhovi (85) en la provincia Bunia (4), Komanda (29), Rwampara (7), Mandima (169), Nyankunde (1), and Tchomia (2) en la provincia Ituri. Al 22 de junio de 2019, dieciséis zonas de salud reportaron al menos un caso confirmado en los últimos 21 días (del 2 al 22 de junio de 2019).

Se registraron un total de 1506 muertes, incluyendo 1412 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 66% (1412/2145). Un trabajador sanitario se encontraba entre los nuevos casos confirmados en Mabalako el 12 de junio de 2019 y dos entre los nuevos casos confirmados registrados el 15 de junio de 2019, uno de Musienene y otro de Rwampara, lo que elevó el número de trabajadores de salud afectados a 122 (5% del total de los casos).

Mabalako (36%; 88/245), Mandima (14%; 34/245), Beni (13%; 33/245), Katwa (7%; 18/245), Butembo (6%; 12/245) y Kalunguta (6%; 15/245) siguen siendo los principales focos del brote, con la mayoría de los nuevos casos confirmados registrados en los últimos 21 días. Nueve zonas de salud (Mabalako, Beni, Kalunguta, Lubero, Mandima, Manguredjipa, Rwampara, Bunia y Kawa) han reportado nuevos casos confirmados en los últimos tres días y siguen siendo puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 22 zonas de salud. Un total de 15 903 contactos se registraron al 22 de junio de 2019, de los cuales 13 875 se había visto en las últimas 24 horas (87%; varía entre 58-100% entre las zonas con informes). Las alertas en las dos provincias afectadas continuaron siendo elevadas e investigadas. De 1245 alertas procesadas (de las cuales 1123 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 22 de junio de 2019, se investigaron 1145 y se validaron 276 (24%) 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 en centros de salud y comunidades, así como la identificación y listado de contactos en torno a los últimos casos confirmados. La búsqueda de contactos perdidos continúa, con el monitoreo remoto de un contacto de Katwa que se mudó a Dubai. La colaboración entre las autoridades de salud en la República Democrática del Congo y Uganda continúa con el monitoreo de los contactos desplazados, particularmente desde que el brote se extendió a Uganda.
- Hasta el 22 de junio de 2019, un total acumulado de 140 794 personas han sido vacunadas desde el inicio del brote en agosto de 2018. Se abrieron 5 nuevos anillos alrededor de 9 nuevos casos confirmados el 18 de junio de 2019, otros 4 nuevos anillos se abrieron alrededor de 7 nuevos casos el 17 de junio de 2019 y un anillo adicional se abrió alrededor de 2 casos confirmados el 22 de junio de 2019.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 68 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 65/78 (83%) PoE / PoC estaban operativos el 19 de junio de 2019.
- Continúan las actividades de reintegración comunitaria para los pacientes dados de alta de los Centros de Tratamiento de Ébola (CTE), junto con sesiones de psicoeducación para fortalecer el compromiso y la colaboración de la comunidad en la respuesta.
- La mediación está en marcha para reintegrar y curar a paciente de Wayene, en la zona de salud Katwa, que ha sido rechazado por su familia, así como para el traslado de un caso confirmado que permanece en la comunidad en la zona de salud Mabalako.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con un foro popular con la población de Ngote, área de salud Makangala, zona de salud Katwa, para aclarar rumores que suelen ser la causa de incidentes comunitarios; una reunión de intercambio fue organizada por el Gerente del Distrito con su grupo de líderes para la gestión de incidentes comunitarios; y el Ministro de Salud y el Gobernador de Ituri enviaron un fuerte mensaje a los líderes de la comunidad de YIRA sobre los riesgos de la EVE y la necesidad de la participación de la comunidad durante una reunión organizada en Bunia.

Interpretación de la situación por la OMS

Nuevos casos de EVE continúan ocurriendo en las provincias Kivu del Norte e Ituri, con fluctuaciones en la intensidad de transmisión. Mientras que la tendencia de la enfermedad se ha reducido en puntos de acceso anteriores como Butembo y Katwa, lo contrario está sucediendo en áreas que anteriormente tenían bajas tasa de transmisión, como Mabalako, Lubero y Mandima. Esta tendencia es preocupante y requiere que se mantengan fuertes intervenciones de control de brotes en todas las áreas afectadas concomitantemente, especialmente la investigación de casos y el rastreo de contactos, junto con el compromiso continuo con las comunidades sobre la importancia de la notificación temprana de los signos y síntomas de la enfermedad y la asistencia temprana a las instalaciones sanitarias. Todas las actividades de movilización comunitaria enfocadas en la inclusión de las poblaciones locales como socios en la respuesta deben continuar, así como otras medidas probadas de salud pública.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo
- ⇒ Virus del Ébola en Uganda
- ⇒ Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas
- ⇒ Actualización epidemiológica de influenza
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ 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 Paraguay
- ⇒ Dengue en República Dominicana
- ⇒ Malaria en Argentina
- ⇒ Malaria en Colombia
- ⇒ Malaria en Guatemala
- ⇒ Malaria en México
- ⇒ Malaria en Nicaragua
- ⇒ Malaria en República Dominicana
- ⇒ Sarampión y la Rubéola en Argentina
- ⇒ Sarampión en Colombia
- ⇒ Sarampión en Estados Unidos
- ⇒ Sarampión en Guatemala
- ⇒ Cólera en Burundi
- ⇒ Cólera en Etiopía
- ⇒ Cólera en Kenia
- ⇒ Cólera en República Democrática del Congo
- ⇒ Cólera en Tanzania
- ⇒ Cólera en Zambia
- ⇒ Hantavirus en Argentina

Recomendamos leer

Meningitis eosinofílica causada por Angiostrongylus cantonensis: SOS Caracol Gigante africano

En Cuba y en el hemisferio occidental se reportó por primera vez en 1981, la presencia del parásito Angiostrongylus cantonensis que causa la meningoencefalitis eosinofílica, por el consumo de alimentos crudos mal lavados como los vegetales y frutas en contacto con las larvas del parásito que pueden encontrarse en estos o en los hospederos intermediarios, que son ciertos moluscos y caracoles terrestres. Los investigadores cubanos Ana Margarita Manso López y Elbert Garrido Tapia, realizaron un estudio con la finalidad de alertar sobre una zoonosis emergente que podría ocasionar un desastre sanitario ante la recién introducción del Caracol gigante africano en Cuba, para ello realizaron una revisión bibliográfica sobre esta zoonosis parasitaria haciendo énfasis en su cadena epidemiológica, cuadro clínico, diagnóstico, riesgos para Cuba, posible peligro o amenaza sanitaria del Caracol gigante como causa teórica de un desastre sanitario, su forma de prevención y control. El estudio titulado *Meningitis eosinofílica causada por Angiostrongylus cantonensis: SOS Caracol Gigante Africano*, fue presentado en la Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

Museo de Medicina Tropical "Carlos J. Finlay"

El museo fue creado por el **profesor Pedro Kourí Esmeja**, el 7 de diciembre de 1938 -un año después de fundado el Instituto de Medicina Tropical, adjunto a la Cátedra 20 de Parasitología y Enfermedades Tropicales de la Universidad de La Habana, en el pabellón "Domingo Cubas", del Hospital "General Calixto García".

Al incrementarse el desarrollo de la Cátedra de Parasitología, el Profesor Pedro Kourí convocó a profesores de diferentes especialidades médicas (Cirugía, Pediatría, etc.), con los que existía un buen intercambio científico, tomando de forma unánime el acuerdo, en primer lugar, de exhibir las piezas anatómicas y los parásitos conservados, colocándolos en frascos y vitrinas adecuadas para crear un Museo Docente al cual se le puso el nombre de "Museo Finlay" y por el que pasarían todos los estudiantes de medicina al cursar la asignatura.

El museo se amplió paulatinamente, gracias al paciente trabajo del Profesor Pedro Kourí y de sus colaboradores, quienes lograron una impresionante colección, siendo visitado por alumnos preuniversitarios y de diferentes escuelas de Medicina, Biología y especialidades afines. El interés despertado por la Sociedad Médica de la época hizo que al Instituto de Medicina Tropical acudieran colegas con casos de notable interés; por ejemplo: Amebiosis cutánea, Amebomas de colon, sorprendentes casos de diagnóstico radiológico de ascaridiosis, cisticercosis y quistes hidáticos. No existe un parásito que no se haya estudiado allí. Por otra parte, innumerables colegas acudieron a resolver sus dudas sobre algunos parásitos, elementos de tránsito, lográndose una importante colaboración entre ellos.

La exposición de estos valiosos aportes constituyó uno de los elementos más importantes de las ciencias médicas y biológicas, al ser utilizados como material docente para médicos en formación de Cuba y de América.

El Museo permaneció en el Hospital "General Calixto García" hasta 1988, cuando fue trasladardo a la nueva sede del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" en el año 1991, donde quedó adscrito a la Subdirección Docente.

LÍNEAS DE TRABAJO

Las líneas de trabajo que se plantea el Museo, en sentido general, son:

1. Preservar y actualizar el patrimonio científico-cultural que atesora.
2. Realizar trabajos investigativos para la conservación y evitación del biodeterioro de las colecciones del museo.
3. Ejecutar proyectos de investigación histórica de la medicina tropical con enfoque multidisciplinario.
4. Programas docentes vocacionales a estudiantes de enseñanza primaria, secundaria, tecnológica y preuniversitaria. Estos programas incluyen: **círculos de interés** (Parasitología, Peces Larvíparos, Pediculosis y Herpesvirus) y **video debates** (infección intrahospitalaria, sida y control de vectores)
5. Está dirigido a estudiantes de 2do. año de Medicina: Laboratorio Microbiología Clínica, Laboratorio Anatomía Patológica, Salas de Medicina. VIH/sida, Bioterio.
6. Talleres de actualización en Biología y Medicina Tropical a profesores del nivel secundario y preuniversitario: temáticas (Áscaris lumbricoides, Necator americano, Taenia saginata, Cestodes, Flagelosis: Giardia y Trichomonas, Fasciola hepática y Amebiosis)
7. Producir y explotar la base de datos.

SERVICIOS

Entre los servicios que presta el Museo a sus visitantes se encuentran:

- Consulta de libros y revistas en la sala de lectura: *Avance Medical, Revista Parasitología y Laboratorio Clínico, KUBA Revista de Parasitología y Medicina* y otros documentos históricos.
- Préstamo interinstitucional de material biológico y medios audiovisuales.
- Coordinación y atención de visitas dirigidas: lunes, miércoles y viernes de 2.00 a 4.00 pm
- Servicio de Referencia
- Laboratorio Docente de muestras museables.

COLECCIONES

Las colecciones que atesora el Museo "Carlos J. Finlay" del IPK incluyen:

- 600 piezas anatómicas y parásitos conservados en formol al 10%.
- Preparaciones fijas de Protozoos y Helmintos, montadas con diferentes técnicas.
- Pequeñas colecciones de insectos, moluscos, aves y reptiles de interés médico.
- Fondo documentario: **audiovisuales** (más de 1437 diapositivas, más de 1000 latern-slider, así como videoteca y cintas de audio) y **documentos** (docentes, investigativos, administrativos legales, clínicos y de personalidades).
- Minibiblioteca con sala de lectura y de coloquios con 550 volúmenes de gran valor histórico, biográfico y de personalidades, así como colección de revistas médicas: *Avance Medical; Revista de Medicina Tropical, Bacteriología, Parasitología y Laboratorio Clínico; Revista KUBA de Medicina Tropical y Parasitología* desde 1935.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

SALAS

Sala A: muestra, en vitrinas confeccionadas en genuino cedro cubano, interesantes piezas anatómicas, parásitos adultos conservados en formol al 10%, cortes histológicos conservados del período de tiempo de 1937-1950, así como presentaciones de casos interesantes y trabajos sobre Amebiosis, Schistosomiosis, Fasciolosis, entre otros, del período de 1950-1964.

Sala B: en ella se aprecian 4 microscopios antiguos mono-oculares, enchapados en bronce, utilizados en la Cátedra 20 desde 1924 hasta1940, pequeñas colecciones de insectos, moluscos, aves reservorio de enfermedades virales, reptiles de interés médico, etc.

Sala histórica 1: se expone el mobiliario de madera preciosa cubana, perteneciente al despacho del Profesor Pedro Kourí, conjuntamente con sus diplomas, certificados y órdenes de honor, así como sus libros.

Sala histórica 2: se encuentra el sitial Dr. Federico Sotolongo Guerra, uno de los colaboradores del profesor, se exponen sus diplomas y condecoraciones.

Sala de referencia: se encuentra la Fototeca histórica y científica; se presentan postales que ilustran el desarrollo del Instituto de Medicina Tropical desde sus inicios, así como la labor docente-investigativa en todas sus etapas.

Laboratorio docente: en el cual se hacen labores de conservación de muestras, microscopía de preparaciones fijas, y es de vital importancia en las clases prácticas de los círculos de interés que se desarrollan con escuelas de los diferentes niveles enseñanza.

Fondo de documentación: Dotado de una Minibiblioteca con sala de Lectura y coloquios, con volúmenes de gran valor histórico, biográfico y docente, frecuentada por alumnos de Medicina que realizan investigaciones sobre la historia de la Medicina Tropical, también se pueden apreciar vitrinas de almacén fijo de las colecciones de parásitos, etc. y con archivo de cientos de documentos investigativos, administrativos, legales, clínicos y de personalidades.

Invitación

El **Museo de Medicina Tropical "Carlos J. Finlay"** invita a los estudiantes de Medicina, Biología y Veterinaria del país, y en particular a los de 2do. año, a participar en los círculos de interés y visitas especializadas que ofrece el IPK durante el presente curso académico, y durante su estancia por la asignatura Agentes Biológicos.

Este Museo, de índole científico-médica, representa la infatigable obra que nos ha legado el Profesor Pedro Kourí, cuya memoria, talento y prestigio se acrecienta con el tiempo en sus obras docentes y trabajos científicos al frente de su Cátedra de Parasitología que fundara junto a valiosos colaboradores.

Temáticas que se ofertan: Tuberculosis, Lepra, Hepatitis, Herpes Virus, Áscaris lumbricoides, Necator americano, Enterobio vermicularis, Nematodes, Cestodes, Inermicapsifer cubensis, Fasciola hepática, Amebiosis, Flagelosis (Giardia, Trichomonas).

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