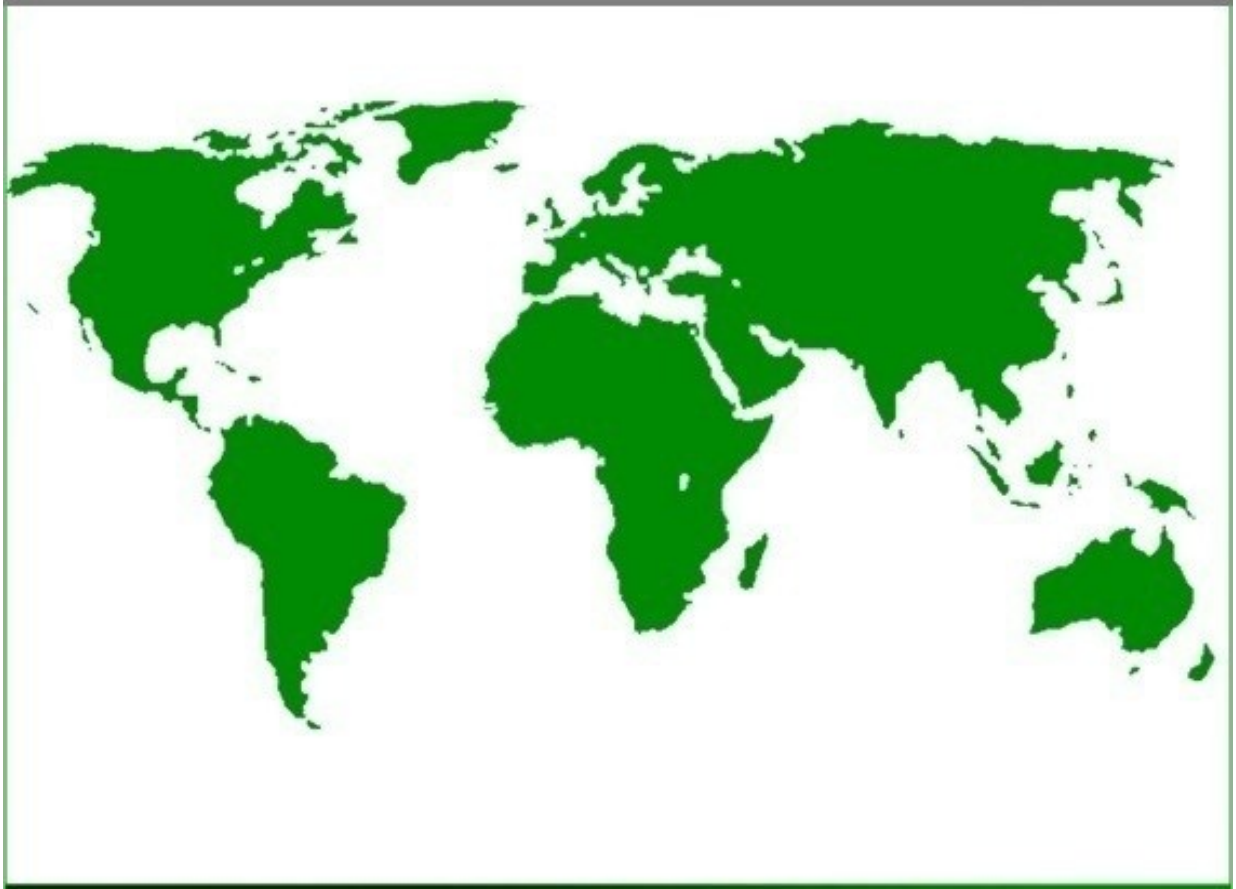
ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI No. 26, 2019 *2 de julio*



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 **1 290 118 casos en las Américas** hasta el 2 de julio de 2019. Sobresale **Brasil con 1 127 244 (87,4%) casos**, seguido de Colombia con 52 064, Nicaragua con 33 282 y México con 24 756 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 dengue en las Américas
Alerta epidemiológica de rubéola en las Américas
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 México
Dengue de Benin, Costa de Marfil y Tanzania
Fiebre amarilla en Nigeria
Malaria en Colombia y México
Sarampión en Chad, Colombia, Etiopía, Kenia, Liberia y Níger,
Sarampión en República Democrática del Congo, Sudán del Sur
Cólera en Kenia y Tanzania
Fiebre del Valle de Rift en Uganda
Fiebre de Lassa en Liberia
Fiebre de Lassa en Nigeria
Fiebre de Lassa en Sierra Leona
Hepatitis E en Namibia
Hepatitis E en Sudán del Sur
Hepatitis E en República Centroafricana
Leishmaniosis en Kenia
Viruela del simio en República Centroafricana
Poliomielitis en Camerún
Poliomielitis en República Centroafricana
Situación de salud en Sudán del Sur

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/

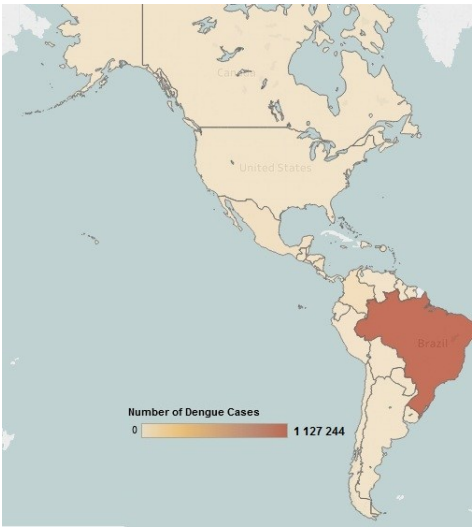
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **1 290 118 casos de dengue en las Américas** hasta el 2 de julio de 2019. Sobresale **Brasil con 1 127 244 (87,4%) casos**, seguido de Colombia con 52 064, Nicaragua con 33 282 y México con 24 756 casos.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	1127244		Martinica	430
Colombia	52064		Guadalupe	192
Nicaragua	33282		Antigua y Barbuda	182
México	24756		Trinidad y Tobago	106
Honduras	12878		Estados Unidos	91
Perú	4772		Aruba	59
Venezuela	4654		Granada	46
Guatemala	4642		Suriname	32
Bolivia	4560		San Martín	20
El Salvador	4522		Dominica	11
Jamaica	3633		Santa Lucía	7
Paraguay	3058		Isla Vírgenes (UK)	7
Rep. Dominicana	2689		San Vicente y las Granadinas	5
Ecuador	1910		Guyana	4
Costa Rica	1448		Barbados	2
Argentina	1154		Bermuda	1
Panamá	979		Puerto Rico	1
Belice	647			
Total				**1 290 118**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 2 de julio de 2019.



Se reportan **489 (+214) fallecidos** (**Brasil 366**, Honduras 36, Colombia 23, México 15, Guatemala 12, Perú 9, Venezuela 8, Bolivia 7, Nicaragua 4, Jamaica y Paraguay 3 cada uno, Panamá 2 y Ecuador 1.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

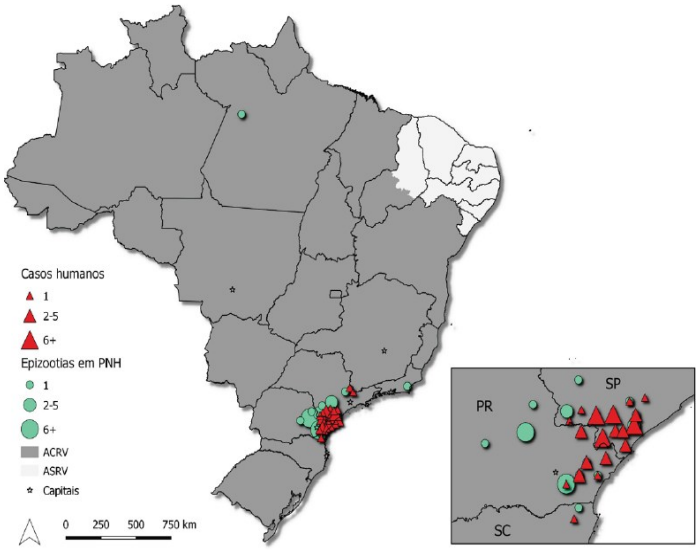
♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

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

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

Alerta Epidemiológica de dengue en las Américas, 25 de junio de 2019

Resumen de la situación

En la Región de las Américas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 22 de 2019 se notificaron 1 191 815 casos de dengue (118,5 casos por 100 000 habitantes), de los cuales 546 589 casos (46%) fueron confirmados por criterios de laboratorio. Del total de casos notificados, 5599 (0,47%) fueron clasificados como dengue grave y la letalidad reportada fue de 0,02%.

El número de casos reportados en este periodo (SE 1 a 22 de 2019) fue superior al total registrado en 2017 y 2018, pero inferior al histórico reportado entre el 2015 y el 2016. La proporción de casos de dengue grave registrado en lo que va de 2019, es superior a lo reportado en 2016-2017, pero inferior al histórico reportado en el periodo 2006-2015.

Después de un periodo de casi dos años con baja transmisión de dengue, desde finales de 2018 e inicios de 2019 se observa una tendencia creciente tanto en el número de casos de dengue reportados, como en el número de casos de dengue grave.

Aunque la letalidad por dengue reportada en la Región, entre la SE 1 y la 22 de 2019, es la más baja en los últimos 10 años, se observa un aumento de esta en los menores de 15 años y adultos de 75 y más años en Brasil, siendo el serotipo predominante DENV 2.

Actualmente, en la Región de las Américas circulan simultáneamente los 4 serotipos de dengue (DENV 1, DENV 2, DENV 3 y DENV 4), lo cual incrementa el riesgo de aparición de casos graves, con la consecuente carga en la atención para los servicios de salud. Durante el 2019, dos países reportaron la circulación de los 4 serotipos (Guatemala y México) y 4 países reportaron la circulación de 3 serotipos [Colombia (DENV 1, DENV 2 y DENV 3), Paraguay (DENV 1, DENV 2 y DENV 4), Perú (DENV 2, DENV 3 y DENV 4) y Venezuela (DENV 1, DENV 2 y DENV 3)].

Brasil, Colombia y Honduras, que suman el 93% del total de casos reportados en la Región de las Américas, notificaron un incremento en el número de casos en comparación con el mismo periodo del 2018.

Los cuatro países con mayor incidencia de casos reportados hasta la SE 22 de 2019 fueron Brasil, Nicaragua, Colombia y Honduras. Brasil, es el país de la Región con la mayor incidencia reportada (505,5 por 100 000 habitantes), con una tasa de letalidad de 0,03%. Nicaragua, registró una tasa incidencia de 441,9 por 100 000 habitantes, pero reportó una de las tasas de letalidad más baja en la Región. Por su parte, Colombia, que está tercero en la lista de países con mayor incidencia, reportó un aumento de casos desde la SE 42 de 2018, y se encuentra en la zona de epidemia del canal endémico a partir de la SE 8 de 2019, con una tasa de letalidad de 0,04%. Honduras, que ocupa el cuarto lugar entre los cuatro países con mayor incidencia, reportó un aumento sostenido de casos desde la SE 44 de 2018, y se encuentra en la zona de epidemia del canal endémico, con una tasa de letalidad de 0,3% que es la mayor registrada en la Región en lo que va de 2019.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud reitera a los Estados Miembros las recomendaciones realizadas en la Alerta Epidemiológica del 21 de noviembre del 20183 y en la Actualización Epidemiológica del 22 de febrero de 20194.

A continuación, un resumen de las principales recomendaciones en relación con la preparación y respuesta a brotes, atención al paciente, diagnóstico por laboratorio, comunicación de riesgo y manejo integrado de vectores.

Preparación y respuesta a brotes

Como parte de la preparación y respuesta a brotes se recomienda a los Estados Miembros que:

• intensifiquen la vigilancia de la enfermedad, incluyendo el diagnóstico de laboratorio,
• revisen sus planes de emergencia,
• fortalezcan e intensifiquen la vigilancia y control de vectores,
• aseguren que los profesionales de atención de salud estén debidamente capacitados para el adecuado diagnóstico y manejo clínico de pacientes con arbovirosis, **con especial atención a los grupos de edad y grupos de riesgo que presenten la mayor tasa de letalidad**.
• involucren a la comunidad en las actividades de prevención y control,
• garanticen el monitoreo y sistematización del desempeño de la respuesta en cada brote, incluido el establecimiento de sala de situación, y
• adapten la comunicación de riesgo de acuerdo con el escenario epidemiológico.

En los países con presencia de vectores, pero sin virus circulante, los planes de preparación y respuesta deben centrarse en estrategias para disminuir los riesgos de transmisión. Se debe realizar la investigación rápida de todo caso con sospecha clínica y buscar la confirmación de laboratorio sobre la presencia del virus del dengue.

Sala de Situación

La sala de situación de salud es una herramienta fundamental que favorece el uso de la información para la toma de decisiones. En la misma se analiza la información mediante el trabajo multidisciplinario para apoyar la gestión en salud. Tiene un rol clave en la respuesta a situaciones de brotes y emergencias. En el caso del dengue la sala de situación es regularmente el escenario donde se da seguimiento a los aspectos claves de la respuesta intersectorial, confluyendo en ella la información de todos los sectores involucrados. Las actividades para realizar en la sala de situación incluyen, pero no se limitan a:

• Análisis y evaluación sistemática continua de la situación actual y prospectiva.
• Integración de la información epidemiológica, incluido el diagnóstico de laboratorios, control de vectores y manejo del paciente. Con el objetivo de: detectar tempranamente casos y brotes, monitorear tendencias e incidencia, conocer la dinámica de la circulación viral.
• Orientar y mantener el mecanismo de recolección de datos, incluido el control de calidad de los datos.
• Monitoreo las acciones e impacto de las medidas de intervención.
• Producción periódica y concisa de informes de situación operativos destinados a apoyar la coordinación de la respuesta a la emergencia o brote.

El Informe de situación debe: proporcionar una visión instantánea de las necesidades actuales, de la respuesta y las brechas en el brote o la emergencia; ser una herramienta de movilización de recursos; manejar los aspectos claves de la logística en la respuesta de prevención y control que está en curso.

Leer informe completo relacionado con la atención al paciente con dengue, diagnóstico por laboratorio, comunicación de riesgo, manejo integrado de vectores y medidas de prevención personal 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

Se registraron un total de 1563 muertes, incluyendo 1469 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 66% (1469/2231). El número de trabajadores de salud afectados se mantiene en 126, el 5% del total de casos. Mabalako, Beni y Mandima son las principales áreas activas en el brote, con 33% (89/269), 24% (65/269) y 9% (23/269) de los casos nuevos confirmados en los últimos 21 días, respectivamente. Doce zonas de salud: Mabalako, Beni, Butembo, Lubero, Masereka, Biena y Kalunguta han informado nuevos casos confirmados en los últimos tres días y permanecen como puntos de atención.

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 colaboración entre las autoridades de salud en la República Democrática del Congo y Uganda continúa con el monitoreo de los contactos desplazados.
- Hasta el 29 de junio de 2019, un total acumulado de 146 319 personas han sido vacunadas desde el inicio del brote en agosto de 2018. Se abrieron 6 nuevos anillos alrededor de 10 nuevos casos confirmados el 24 de junio de 2019, otros 7 nuevos anillos se abrieron alrededor de 12 nuevos casos el 25 de junio.
- La supervisión en puntos de entrada / puntos de control (PoE / PoC) continúa, con más de 70 millones de evaluaciones hasta la fecha. Un total de 68/78 (83%) PoE / PoC estaban operativos el 25 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 en las áreas de salud Lukanga y Kipembe para superar la renuencia de los seis casos sospechosos de ir a los centros de tratamiento, quienes permanecen en la comunidad.
- Se están fortaleciendo las sesiones de sensibilización y movilización de la comunidad, con cobertura de los medios de comunicación con motivo de la vacunación de Mbusa Nyamwisi, el líder político de la comunidad Nande, en Butembo; en Goma, equipos de gestión de la salud del área de salud Rutshuru y enfermeras fueron informadas sobre comunicación de riesgos y participación comunitaria; en Katwa, los jóvenes de la célula Mukondi enviaron agradecimiento público a los equipos de respuesta y a toda la comunidad en una misa organizada para celebrar los últimos 3 meses sin nuevos casos confirmados en el área de salud Muchanga; un diálogo con los líderes de las áreas de salud Kasalala y Baraka tuvo lugar para reforzar su participación en el compromiso de la comunidad y resistencia en la zona de salud Lubero; un foro popular se llevó a cabo en el mercado Biasa para la población del área de salud Vulindi, con la participación de grupos de resistencia, para abordar las preocupaciones y fortalecer los mensajes sobre la gravedad de la EVE.

Interpretación de la situación por la OMS

Nuevos casos de EVE continúan ocurriendo en las provincias de Kivu del Norte e Ituri, con una intensidad de transmisión fluctuante, reduciéndose en puntos de acceso anteriores, pero aumentando en áreas con tasas de transmisión previamente relativamente bajas. La continuación de esta tendencia es de preocupación y requiere fuertes intervenciones de control de brotes para ser sostenido en todos los 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 signos y síntomas de la enfermedad y la asistencia temprana a los centros de salud. Todas las actividades de movilización de la comunidad enfocadas en reclutar a 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 dengue en las Américas
- ⇒ Alerta epidemiológica de rubéola en las Américas
- ⇒ 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 México
- ⇒ Dengue de Benin
- ⇒ Dengue en Costa de Marfil
- ⇒ Dengue en Tanzania
- ⇒ Fiebre amarilla en Nigeria
- ⇒ Malaria en Colombia
- ⇒ Malaria en México
- ⇒ Sarampión en Chad
- ⇒ Sarampión en Colombia
- ⇒ Sarampión en Etiopía
- ⇒ Sarampión en Kenia
- ⇒ Sarampión en Liberia
- ⇒ Sarampión en Níger
- ⇒ Sarampión en República Democrática del Congo
- ⇒ Sarampión en Sudán del Sur
- ⇒ Cólera en Etiopía
- ⇒ Cólera en Kenia
- ⇒ Cólera en Tanzania
- ⇒ Fiebre del Valle de Rift en Uganda
- ⇒ Fiebre de Lassa en Liberia
- ⇒ Fiebre de Lassa en Nigeria
- ⇒ Fiebre de Lassa en Sierra Leona
- ⇒ Hepatitis E en Namibia
- ⇒ Hepatitis E en Sudán del Sur
- ⇒ Hepatitis E en República Centroafricana
- ⇒ Leishmaniosis en Kenia
- ⇒ Viruela del simio en República Centroafricana
- ⇒ Poliomielitis en Camerún
- ⇒ Poliomielitis en República Centroafricana
- ⇒ Situación de salud en Sudán del Sur

Recomendamos leer

Más de un millón de infecciones de transmisión sexual se contagian diariamente

Una de cada 25 personas tiene al menos una enfermedad de transmisión sexual curable, alerta un nuevo informe publicado recientemente por la Organización Mundial de la Salud. La investigación resalta que los países no están haciendo lo suficiente para detener la propagación de estas infecciones que se transmiten a un millón de personas diariamente, y advierte que si no se tratan, pueden tener un impacto profundo en la salud de los adolescentes, adultos y niños que ni siquiera han nacido. Los efectos negativos de las cuatro dolencias de transmisión sexual curables que se tratan en el informe (clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis) incluyen alteraciones neurológicas y cardiovasculares, infertilidad, complicaciones del embarazo, muerte fetal y un mayor riesgo de adquirir el VIH. Leer más...

ARTE Y MEDICINA

Munch y van Gogh: el arte de expresar la locura en el lienzo

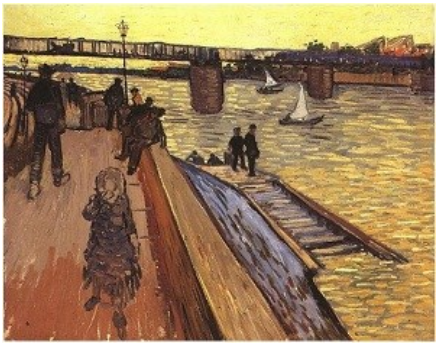
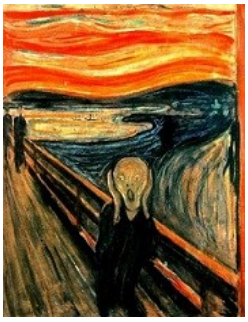


Imagen 1. ¿Puedes adivinar de quién es esta pintura? ¿Van Gogh o Munch?



Munch y van Gogh se caracterizan por expresar con sus pinceladas un alto contenido emocional en cada lienzo. Cuando Munch paseaba por un sendero con dos amigos, el sol se puso, el cielo se tiñó de rojo sangre, y, agotado por haber caminado tanto, a punto de desfallecer, veía la sangre y las lenguas de fuego aparecer en el cielo azul oscuro por toda la ciudad. Sus amigos continuaron avanzando, él se quedó quieto, temblaba por la ansiedad y, de pronto, sintió un grito infinito que atravesaba la naturaleza, no pudo hacer otra cosa que llegar a su estudio y plasmar esta emoción que desbordaba su ser.

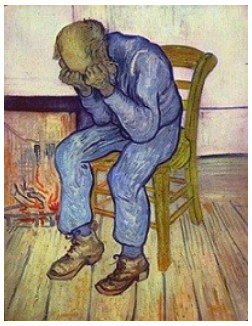
Imagen 2. *El grito*, Edvard Munch.

Cuando van Gogh estuvo internado en el sanatorio mental de Saint-Rémy, las ansias y la tristeza lo convertían en presa de la desesperación. Por 12 meses solo veía lo que había en el sanatorio y desarrolló cuadros intrépidos relacionados con su melancolía y algunas reinterpretaciones de Rembrandt, Delacroix y Millet. En su cuadro "Depresión" pintó un hombre desecho, con las manos sobre su rostro, llorando, rompiendo en desconsuelo, sin saber nada más que su dolor.

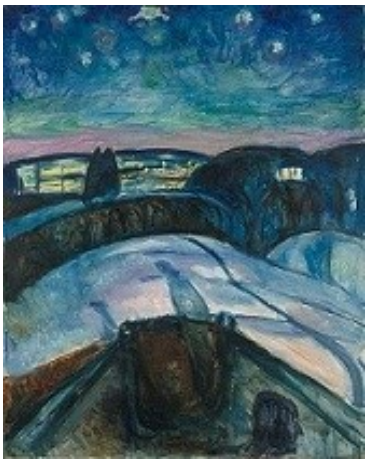
Imagen 3. *Trigal de cuervos*, Vincent van Gogh.

Imagen 4. *La asesina*, Edvard Munch.

Imagen 5. *Depresión*, Vincent van Gogh.



Van Gogh y Munch tuvieron una vida complicada, los dos mostraban una fuerte conexión emocional con los colores y los dos lograron expresar un nuevo estilo que no se parecía al de las corrientes modernas. En muchas ocasiones, el público y los historiadores de arte comparan su trabajo, su locura y su vida. Las ambiciones artísticas que tenían y los trazos de sus pinceles son similares en un nivel mucho más profundo del que nos imaginamos y exposiciones artísticas han intentado desentrañar el misticismo que hay detrás.



París se convirtió en uno de los sitios más importantes para ambos. Las nuevas tendencias y vanguardias artísticas impactaron en su creación. Los dos optaron por los colores brillantes y vibrantes, un lenguaje muy estilizado y personal. Los colores amarillos de van Gogh en lugar de dar vitalidad a sus obras se convertían en un reflejo de la crudeza de su vida, y las distorsiones de Munch daban la sensación de una atmósfera llena de angustia emocional.

Es difícil interpretar la obra de un pintor, sobre todo si no se tiene su testimonio. Pero las comparaciones entre ambos siempre fueron constantes. Los dos realizaron proyectos ambiciosos como la famosa imagen del *Friso de la vida* de Munch en la que se observan temas del amor, la angustia y la muerte y el proyecto de van Gogh *Decoración*, con imágenes independientes que, al presentarse en conjunto, se convertía en una sinfonía. Sus figuras estilizadas, la composición, el uso del espacio y sus pinceladas son referentes de su parecido.

Imagen 6. *Noche estrellada*, Edvard munch.

Tanto Munch como van Gogh tuvieron que enfrentar la locura muy de cerca. Munch era alcohólico y tuvo episodios psicóticos que lo llevaban siempre a la depresión. "Estaba al borde de la locura: era solo tocar y caer. Así como Leonardo estudió la anatomía humana y disecó cuerpos, yo trato de disecar almas". No hay un testimonio certero sobre su enfermedad, pero según un análisis de la Revista médica de Chile, pudo ser la bipolaridad del artista la que lo llevó a diferentes hospitalizaciones psiquiátricas.

ARTE Y MEDICINA

Imagen 7. *Noche estrellada sobre el Ródano*, Vincent van Gogh.

Van Gogh, por otro lado, sufría esquizofrenia y como se dijo antes, esa esquizofrenia fue la que lo llevó a hospitalizarse voluntariamente. Hizo un retrato del doctor Paul Gachet, su amigo y médico de cabecera, pero como era costumbre, se desilusionó de él, también de su mejor amigo Paul Gauguin y de todas las mujeres que pasaron por su vida.

Los dos tenían gran pasión por las el cuerpo femenino, ambos con relaciones amorosas tormentosas y un cariño extravagante por los cuerpos de las prostitutas, desnudos y trastabillados. Ambos poseían un afán obsesivo y psicótico por autorretratarse. Munch pintó aproximadamente 50 autorretratos y van Gogh unos 30.

Imagen 8. *Vincent van Gogh*.

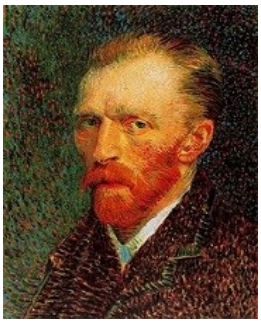


Imagen 9. *Edvard Munch*.

Son padres del expresionismo, pues antes de que el término existiera, ya se encontraban los dos, reflejando la posibilidad de mirar en su interior para retratarlo en la realidad.

Nunca se conocieron, pero crearon las obras más potentes en un periodo de incertidumbre. Tenían visiones muy similares de la vida y el arte. Se convirtieron en artistas el mismo año: 1880, uno en Oslo y otro en Amberes. Se movieron en los mismos círculos y se enfrentaron al poderío del impresionismo y el posimpresionismo, Pisarro, Manet, Lautrec y Millet fueron su inspiración. Los dos llevaron la representación de sus imágenes hasta el extremo y buscaron nuevas perspectivas y composiciones.

Los dos fueron solitarios, sin muchos amigos ni amor. Van Gogh tenía a su hermano Theo, pero Munch ya había perdido a toda su familia. Fueron genios expresionistas y ahora, los recordamos por su maestría al hacernos parte de sus sentimientos. Un empate técnico no es posible así que por sus pinturas oscuras, mi voto es para Munch, ¿y el tuyo?

Por cierto, la pintura es *El Puente de Trinquetaille,* de Vincent van Gogh.

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