ISSN 1028-4346

SEI SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

SEI 30, 2019 *30 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 **1 577 413 casos de dengue en las Américas** hasta el 30 de julio de 2019. Sobresale **Brasil con 1 345 994 (85,3%) casos**, seguido de Colombia con 65 149, Nicaragua con 49 929 y México con 32 856.

⇒ ***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.

Cuba

Destacan éxito del programa de atención al diabético en Cuba

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Alerta epidemiológica en Bolivia por fiebre hemorrágica por Arenavirus
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 Argentina
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala
Dengue, virus del Zika y chikungunya en México
Malaria en Colombia, Guatemala y México
Sarampión y la Rubéola en Argentina
Sarampión en Colombia
Sarampión en Estados Unidos
Sarampión en Guatemala
Cólera en Benin, Etiopía y Haití
Cólera en Kenia, Nigeria y Somalia
Cólera en Uganda y Yemen

Noticias

Señalan medidas para evitar transmisión del virus del papiloma humano

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 **1 577 413 casos de dengue en las Américas** hasta el 30 de julio de 2019. Sobresale **Brasil con 1 345 994 (85,3%) casos**, seguido de Colombia con 65 149, Nicaragua con 49 929 y México con 32 856.

Países	Casos		Países	Casos
Brasil	**1345994**		Guadalupe	192
Colombia	65149		Antigua y Barbuda	192
Nicaragua	49929		Estados Unidos	129
México	32856		Trinidad y Tobago	106
Honduras	26178		Aruba	106
Paraguay	7859		Granada	46
El Salvador	7642		Isla Vírgenes (UK)	35
Perú	7492		Suriname	33
Venezuela	5983		San Martín	20
Guatemala	5610		Islas Turcas y Caicos	13
Bolivia	4560		Dominica	11
Rep. Dominicana	3791		Santa Lucía	9
Jamaica	3787		San Vicente y las Granadinas	6
Argentina	2493		Guyana	4
Costa Rica	2366		Barbados	2
Ecuador	1910		San Cristóbal y Nieves	2
Panamá	1829		Bermuda	1
Belice	647		Puerto Rico	1
Martinica	430			
Total				**1577413**

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 30 de julio de 2019.

Se reportaron **658 (+56) fallecidos** (Brasil 485, Honduras 58, Colombia 25, México 20, Perú 13, Guatemala 12, Paraguay 9, Venezuela 8, Bolivia y Nicaragua 7 c/u, Jamaica 5, República Dominicana 3, Ecuador, El Salvador y Panamá 2 c/u.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

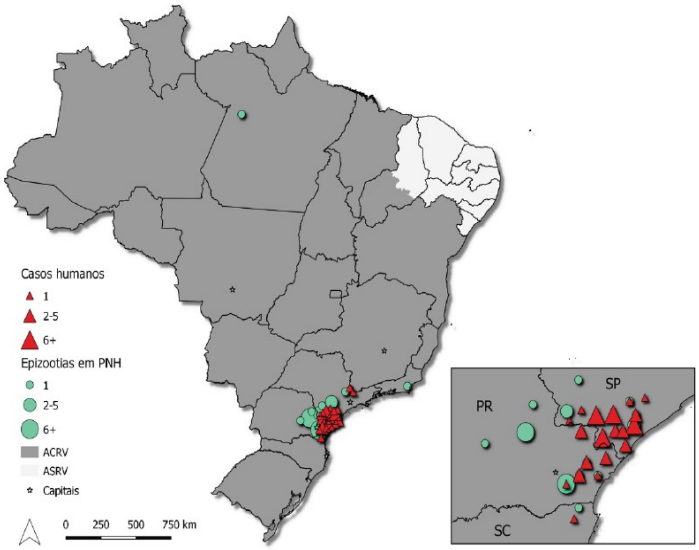
♦ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas, 6 de marzo de 2019

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 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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

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

Alerta epidemiológica en Bolivia por fiebre hemorrágica por Arenavirus, 18 de julio de 2019

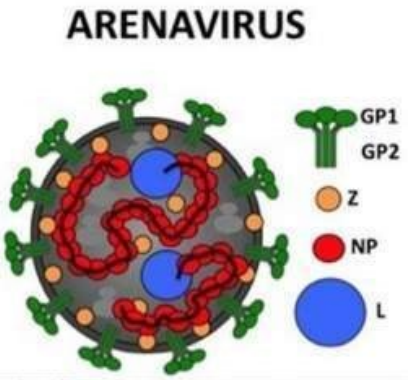
En Bolivia se encuentra en curso la investigación de un brote de fiebre hemorrágica causado por un Arenavirus, con casos reportados en personal de salud.

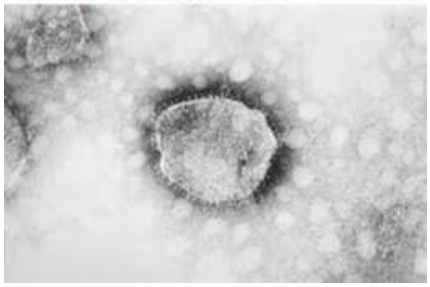
El 28 de junio de 2019, el Ministerio de Salud recibió el reporte de 3 casos de síndrome febril hemorrágico de etiología desconocida, con sospecha de transmisión de persona a persona. Hasta el 17 de julio de 2019, se reporta un total de cinco casos, incluidas tres defunciones. Del total de casos, tres han sido confirmados por laboratorio (uno de ellos falleció) y 2 fueron clasificados como casos probables (los dos fallecieron).

Los casos, iniciaron síntomas entre el 29 de abril y el 29 de mayo de 2019.

Cuatro de los cinco casos son hombres, con edades entre 21 y 65 años (mediana 42 años).

Tres de los casos son personal de salud y los otros dos agricultores. Con relación al lugar probable de exposición, para el personal de salud fue el ambiente hospitalario, donde tuvieron contacto directo con sangre, secreciones respiratorias y gastrointestinales durante los procedimientos invasivos realizados (intubación y endoscopia) a uno de los casos. Mientras que para los agricultores, la exposición probablemente fue la comunidad de Siliamo, municipio de Guanay, departamento de La Paz, durante la cosecha de arroz.





La fiebre hemorrágica por Arenavirus es una zoonosis producida por un virus perteneciente al género Arenavirus de la familia de *Arenaviridae*, asociados generalmente a enfermedades transmitidas por roedores en humanos. Entre los 21 Arenavirus del Nuevo Mundo conocidos, cinco se han vinculado con fiebres hemorrágicas en humanos y dos de ellos en Bolivia: Machupo y Chapare. La transmisión a los seres humanos se produce principalmente por inhalación de aerosoles de partículas finas provenientes de excrementos o saliva de roedores que contienen el virus. Algunos Arenavirus, están asociados con la transmisión de persona a persona en entorno comunitario y/o sanitario.

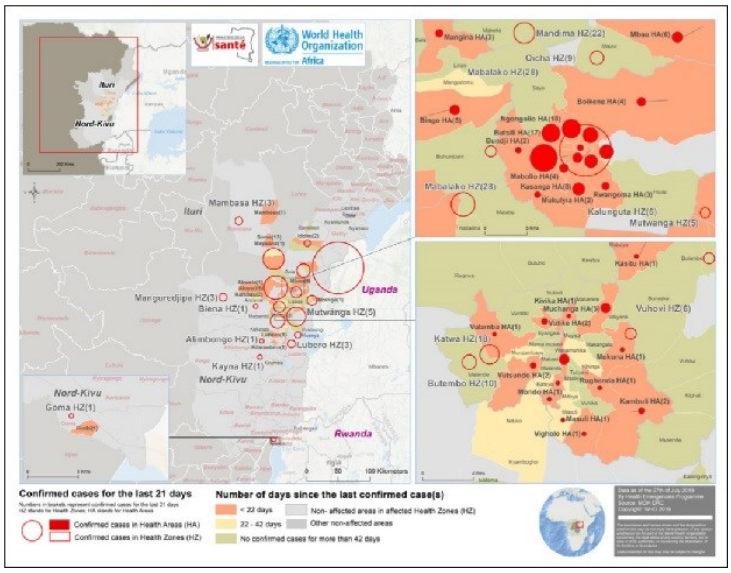
Las manifestaciones clínicas de las fiebres hemorrágicas por Arenavirus de America del Sur son enfermedades febriles víricas agudas que duran de 6 a 14 días. Inicia gradualmente con malestar general, cefalea, dolor retroorbitario, hiperemia conjuntival y fiebre moderada pero sostenida, seguida de signos y síntomas del aparato digestivo. Puede haber peteguias y equimosis, acompañadas de eritema en cara, cuello y parte superior del torax. En los casos graves, son características la leucopenia y la trombocitopenia progresivas. Los síntomas se resuelven de 10 a 15 días después del inicio de la enfermedad en los pacientes que sobreviven. En los casos documentados, el período de incubación en general es de 6 a 14 días, sin embargo, puede variar entre 5 a 21 días.

Orientaciones para las autoridades nacionales 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

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, continúa con una transmisión persistente. Desde el último el 21 de julio de 2019, se informan 81 nuevos casos confirmados con 45 muertes adicionales de 13 zonas de salud en las dos provincias afectadas. La transmisión sostenida continúa ocurriendo en la zona de salud Beni, que representa más de la mitad de los nuevos casos reportados.



Hasta el 27 de julio de 2019 se reportaron 2659 casos de EVE, incluidos 2565 confirmados y 94 casos probables. En los últimos 21 días (del 7 al 27 de julio), se reportó al menos un caso confirmado en 17 zonas de salud. Hasta la fecha, se han reportado casos confirmados de 25 zonas de salud: Goma (1), Alimbongo (4), Beni (559), Biena (15), Butembo (259), Kalunguta (131), Katwa (623), Kayna (10), Kyondo (22), Lubero (31), Mabalako (354), Manguredjipa (20), Masereka (48), Musienene (71), Mutwanga (14), Oicha (50) y Vuhovi (95), en la provincia Kivu del Norte; y Mambasa (5), Ariwara (1), Bunia (4), Komanda (34), Rwampara (8), Mandima (203), Nyankunde (1) y Tchomia (2), en la provincia Ituri.
Se registra un total de 1782 muertes, incluyendo 1688 entre los casos confirmados, resultando en una tasa de letalidad entre los casos confirmados de 66% (1688/2565). El número acumulado de trabajadores de la salud aumentó a 145 (5% de los casos confirmados y probables hasta la fecha).

Al 27 de julio, Beni y Mandima son las principales áreas activas del brote, con 57% (144/251) y el 11% (28/251) de los nuevos casos confirmados en los últimos 21 días, respectivamente. Trece zonas de salud: Lubero, Beni, Katwa, Komanda, Mandima, Butembo, Kalunguta, Kayna, Vuhovi, Oïcha, Mutwanga, Mabalako y Mambasa han reportado nuevos casos confirmados en los últimos 7 días y siguen siendo puntos de atención.

El rastreo de contactos está en curso en 21 zonas de salud. Un total de 20 072 contactos fueron registrados al 27 de julio de 2019, de los cuales 14 915 se habían visto en los últimos 24 horas (74%; varía entre el 7 y el 100%). Las alertas en las dos provincias afectadas continúan siendo elevadas e investigadas. De 1717 alertas procesadas (de las cuales 1604 eran nuevas) en las zonas sanitarias informantes al 27 de julio de 2019, se investigaron 1588 y se validaron 358 (23%) como casos sospechosos.

El 17 de julio de 2019, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Ghebreyesus, declaró el brote de EVE en la República Democrática del Congo como Emergencia salud pública de preocupación internacional (PHEIC), después de una reunión del Comité Internacional de Normas Sanitarias para la EVE. La declaracion puede ser vista aquí, con la declaración completa disponible aquí.

El comité citó desarrollos recientes en el brote al hacer su recomendación, incluido el primer caso confirmado en Goma, una ciudad de casi dos millones de personas que limita con Ruanda. El comité determinó que el riesgo de propagación sigue siendo muy alto a nivel nacional y regional, pero aún bajo a nivel mundial. No se recomiendan restricciones comerciales o de viaje.

Leer: Acciones de Salud Pública

Interpretación de la situación por la OMS

Los patrones epidemiológicos fluctuantes y los puntos críticos cambiantes, con tasas sustanciales de transmisión, continúan caracterizando el brote de EVE en curso en la República Democrática del Congo. Las estrategias de respuesta se están adaptando a las circunstancias cambiantes, en medio del resurgimiento de los ataques armados de actores no estatales, que continúan complicando los esfuerzos de respuesta. Con compromisos renovados de donantes y socios internacionales para contribuir con los recursos que tanto necesitan, especialmente fondos, para apoyar y mantener las operaciones de respuesta en curso, se anticipa que las actividades de respuesta se fortalecerán aún más y se emplearán estrategias novedosas para abordar los desafíos enfrentados. Uganda ha declarado recientemente el brote de EVE contenido después de más de 42 días desde la muerte del último caso confirmado. Sin embargo, Uganda y varios países vecinos siguen en peligro debido a las altas tasas de movimiento de la población desde las áreas afectadas por el brote. Las actividades de preparación y preparación operativa deben mantenerse para garantizar la detección temprana y el control de cualquier caso futuro.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Cuba

⇒ Destacan éxito del programa de atención al diabético en Cuba

El mundo

⇒ Situación del ébola en la República Democrática del Congo

⇒ Alerta epidemiológica en Bolivia por fiebre hemorrágica por Arenavirus

⇒ 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 Argentina

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Guatemala

⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en México

⇒ Malaria en Colombia

⇒ Malaria en Guatemala

⇒ Malaria en México

⇒ Sarampión y la rubéola en Argentina

⇒ Sarampión en Colombia

⇒ Sarampión en Estados Unidos

⇒ Sarampión en Guatemala

⇒ Cólera en Benin

⇒ Cólera en Etiopía

⇒ Colera en Haití

⇒ Cólera en Kenia

⇒ Cólera en Nigeria

⇒ Cólera en Yemen

Noticia

⇒ Señalan medidas para evitar transmisión del virus del papiloma humano

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.

"Esta es una llamada de atención para lograr un esfuerzo concertado y asegurar que todos, en cualquier lugar, puedan acceder a los servicios que necesitan para prevenir y tratar estas enfermedades debilitantes", expresó en un comunicado de prensa el doctor Peter Salama, director ejecutivo de la Cobertura Universal de Salud de la Organización. Leer más….

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

El corazón desde lo simbólico

Aun cuando el corazón es un órgano muy bien diferenciado de nuestra anatomía, bomba principal del sistema circulatorio, desde tiempos inmemoriales ha cargado de múltiples significados, y ha llegado a ocupar, gracias a su simbolismo, un sitio privilegiado en las expresiones artísticas. Nos parece interesante hacer una disertación sobre sus aspectos semióticos que no radique en la visión estrictamente médica que pudiera aportar.

El corazón es una estructura central donde han residido varias nociones relacionadas con la vida, con connotaciones que van desde la afectividad, espiritualidad, ánimo, valor y hasta el intelecto. Es un órgano afectado por nuestras emociones debido a los cambios que muestra en el ritmo o de la fuerza de su contracción que en algunos momentos pudiera presentar con motivo de la liberación de sustancias neurohormonales muchas veces relacionadas con situaciones anímicas (las hormonas afectan a la conducta y la conducta afecta a la secreción hormonal).

Desde la antigüedad, este órgano ha aparecido reflejado en diversas situaciones donde su representación ha llegado a caer en el mito y el misterio. Una de sus primeras manifestaciones conocidas data del final del **período paleolítico** vista en El Mamut de la cueva de El Pindal, en Asturias, pintura rupestre que muestra un gran corazón rojo pintado en el centro del animal. No se conoce si el hombre paleolítico lo pintó para señalar el lugar ideal para dirigir las flechas a fin de abatirlo, queda en el pensamiento de que ya entonces existía la idea de que en el corazón estaba la fuente de la vida.

Los antiguos egipcios pensaban que en el corazón residía el alma y la mente del hombre, era el asiento de la conciencia moral, el trono donde habita el dios interno del hombre, le adjudicaban capacidades cognitivas: raciocinio, inteligencia, valor, poder creador y pensamiento espiritual. En el proceso de momificación la mayoría de las vísceras del occiso eran colocadas en vasos canopos, solamente el corazón y los riñones eran dejados en su sitio.

Se resguardaba el corazón del cadáver con amuletos protectores, y se pensaba que el difunto necesitaba ese órgano para su viaje por la otra vida pues tendría un papel crucial durante el juicio del difunto en el más allá. Los egipcios representaron a este órgano por una vasija (imagen anterior) donde se hallaba la esencia de las experiencias vividas. En jeroglíficos se observa representada la creencia de que cuando una persona moría su corazón era pesado durante el juicio final de Osiris en una balanza contra la pluma de la verdad y la justicia. Si la persona había tenido buenos sentimientos y había llevado una vida virtuosa, el corazón debía ser tan liviano como la pluma para que el fallecido fuese aceptado en el mundo de Osiris y disfrutara de la vida eterna. Si era más pesado lo devoraba una bestia infernal (Ammit) y el alma del muerto desaparecía.

El jeroglífico que representa al corazón se lee como *ib* o como *haty* según los signos acompañantes. *Haty* se refería al corazón como víscera. En cambio, *ib* era la representación del corazón como sede del alma y el pensamiento.

Al corazón se le dedicaron hechizos en los textos funerarios, para protegerlo e incluso para suplicarle al mismo que no hablara en contra de su dueño, que no evidenciara sus debilidades para que fuese admitido a la vida eterna.

Desde **la antigua Grecia** vemos como no siempre el corazón fue el asiento del alma, aunque Hipócrates (siglo V a.C) situaba en el ventrículo izquierdo la dirección del alma entre los filósofos presocráticos se sostenía que el lugar del alma era el hígado. Platón (siglo IV a.C), llegó a sostener -al igual que los asirios de Mesopotamia en el siglo III antes de Cristo- que el mundo emocional y sensorial se localiza en el hígado.

Platón también llamó al corazón “Nudo de los vasos”, a pesar de lo antes expuesto en sus escritos se deja ver la vinculación que se hizo del corazón con la bondad y los sentimientos señalando que es el corazón quien permite que la parte mejor impere en la personalidad y que solo la voz del corazón sea escuchada por “todo lo que en el cuerpo tiene sensibilidad”. El corazón –según decía Platón– lo mismo combate en favor de la razón que se pone al lado del deseo.

En el siglo IV a.C. Aristóteles estableció que el corazón era lo más importante del cuerpo, concluyó en aquel momento que el corazón era el primero de los órganos que se forma en el embrión y el último en morir, era donde residían el movimiento, las sensaciones, el alma y la razón, mientras que en el hígado se fabricaba la sangre.

Erasístrato (siglo III a.C), quien fue considerado el primer ritmólogo, se dice que hizo la siguiente aportación una vez que Seleuco, septuagenario rey de los sirios, le llamara para que curara a su hijo Antíoco, severamente enfermo. Tras examinar al joven el médico pide que todas las mujeres de la corte desfilen ante la cama del enfermo. Al ver a Estratónica, su joven madrastra, el pulso de Antíoco comienza a latir rápida e irregularmente. Erasístrato participó su diagnóstico a Seleuco quien prudentemente deja a su mujer y la casa con su hijo, que cura definitivamente. De este modo, por primera vez en la cabecera de un enfermo se pone en evidencia la relación entre el ritmo cardíaco y las relaciones amorosas.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Cuadro de Pompeo Batoni, 1746, *Antíoco y Estratonice*.

En la **América prehispánica** el corazón fue un órgano espiritual y misterioso. **Los aztecas** tenían también al corazón en un elevado concepto, tanto así que era una práctica religiosa arrancar el corazón de sus víctimas con un afilado instrumento cortante de obsidiana, considerándolo la ofrenda más valiosa y lo elevaban a los dioses, siendo luego depositado en un recipiente llamado: "Cuauxicalli".

En **civilizaciones orientales** (India, China y Japón), existe la idea desde hace milenios que en el cuerpo existen unos chakras o puntos de "energía vital universal inmensurable", de los cuales, el que se está a la altura del corazón, simboliza el amor y la compasión.

Los Indios consideran el corazón (hridaya) como centro de todo ser y de todo estado de existencia, por ello reside en el centro y al que se designa Brahma-Pura, ciudad divina. El corazón del creyente, se dice **en el islam**, es el Trono de Dios, su templo en el hombre. Igualmente, e**n el vocabulario cristiano**, se dice que el corazón contiene el Reino de Dios, representa el estado primordial, y lugar de la actividad divina.

El llamado "Corazón de Jesús" de la religión católica –que suele aparecer acompañado de elementos como cruces, llamas, rayos, espinas o coronas– se relaciona con el amor y el fervor religioso.

La Iglesia católica sostiene que esta forma del símbolo del corazón no surgió hasta el siglo XVII, cuando Santa Margarita María Alacoque experimentó una visión de un corazón rodeado de espinas que luego fuera usado en la iconografía eclesiástica. El corazón irradiante de esta manifestación, que puede generar similitud con el sol, es común a varias doctrinas y tiene un significado de centro o de eje, además de generar calor que es símbolo de fuente de vida. Luego de este corazón irradiante será en el siglo XVIII cuando el corazón ahora en llamas se vuelve una representación del amor, no solo religioso.

La primera representación del corazón como un **símbolo romántico** es del siglo XIII. Apareció en una ilustración perteneciente a la novela francesa "Roman de la poire" (Romance de la pera). En el manuscrito iluminado aparece una escena de amor alegórica en la que el hombre ofrece su corazón a la amada. Es la primera representación del corazón que conocemos como símbolo romántico.

Entre las analogías simbólicas el simbolismo del corazón y de la rosa coincidieron en un punto de equivalencia. Cuando el corazón se ilumina, y es llenado por el conocimiento divino, se simboliza como una rosa de pétalos abiertos donde ha florecido la actualización de su naturaleza primordial.

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