

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 7, 2020

18 de febrero



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 **233 820 casos de dengue en las Américas hasta el 17 de febrero de 2020.**
- ⇒ **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, durante el monitoreo 2019/2020, fueron notificados 428 casos humanos sospechosos de todas las regiones del país, de los que se confirmaron 2 casos y se reportaron 1277 eventos que implica la muerte de monos con sospecha de fiebre amarilla, de los cuales 46 epizootias fueron confirmadas.**

Cuba

Médicos cubanos en Haití reinician Operación Milagro
Presentan libro sobre la batalla de Cuba contra el ébola en África Occidental
Virtudes del Interferón cubano utilizado contra el coronavirus
Expertos cubanos participan en México en taller sobre el virus Covid-19

El mundo

Situación del ébola en la República Democrática del Congo
Actualización Epidemiológica de la OMS del nuevo coronavirus (COVID-19)
Actualización Epidemiológica de la OPS sobre el nuevo coronavirus (COVID-19)
Actualización Epidemiológica de dengue en las Américas
Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas
Informe de situación de influenza
Dengue en República Dominicana
Dengue, virus del zika y chikungunya en Argentina
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
Chikungunya en Kenia
Fiebre amarilla en Brasil y Uganda
Malaria en Colombia, México y República Dominicana
Sarampión en Chad, Colombia, Etiopía y Kenia
Sarampión en Liberia, Mali, República del Congo y Seychelles
Cólera en Camerún, Etiopía, Kenia y Malawi
Fiebre de Lassa en Liberia y Nigeria
Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Mali
Leishmaniasis en Kenia
Enfermedades en Burkina Faso y Sudán del Sur

Noticias

La neumonía podría matar nueve millones de niños en la próxima década
Los defectos de nacimiento debido al zika podrían depender de la respuesta inmunitaria materna
Investigadores alemanes calculan cuánto tiempo persisten los coronavirus en la superficie de los objetos
Lo que más inquieta del coronavirus no son las muertes, sino los 25 000 casos en un mes
Identifican personas capaces de controlar el VIH sin tratamiento durante más de 25 años

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL♦ **Resumen semanal de dengue**

La Organización Panamericana de la Salud reporta **233 820 (+77 265) casos de dengue** en las Américas hasta el 17 de febrero de 2020.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	113259	Dominica	37
Paraguay	57712	Estados Unidos	18
Colombia	16406	Saint Kitts y Nevis	16
México	9592	Chile	13
Bolivia	9142	Islas Caimán	13
Nicaragua	8160	San Vicente y las Granadinas	12
Perú	5480	Trinidad y Tobago	12
Honduras	5348	Islas Vírgenes (UK)	11
Panamá	1880	Haití	8
Venezuela	1212	Guyana	7
Guadalupe	1050	Santa Lucía	7
República Domin.	941	Anguila	5
El Salvador	904	Puerto Rico	4
Guatemala	732	Antigua y Barbuda	0
Costa Rica	470	Aruba	0
Martinica	465	Bahamas	0
Ecuador	327	Barbados	0
Belice	184	Bermuda	0
Argentina	109	Montserrat	0
Jamaica	103	San Martín (Francia)	0
Islas Turcas y Caicos	69	San Bartolomé (Francia)	0
Guayana Francesa	65	San Martín (Países Bajos)	0
Surinam	57		
Total			233 820

En 2020, se han reportado **41 fallecidos** hasta el 17 de febrero (Brasil 12, Perú 8, Paraguay 6, Bolivia y Honduras 5 cada uno, Venezuela 3, Jamaica y Panamá 1 cada uno).

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Actualización epidemiológica de dengue en las Américas, 7 de febrero de 2020

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52 de 2019 en la Región de las Américas se notificaron 3 139 335 casos de dengue (incidencia de 321,58 casos por 100 000 habitantes), incluidas 1538 defunciones. Del total de casos notificados, 1 367 353 (43,6%) fueron confirmados por criterio de laboratorio y 28 169 (0,9%) fueron clasificados como dengue grave. La tasa de letalidad fue 0,049%. Entre la SE 1 y la SE 5 de 2020, se reportaron 155 343 casos de dengue, incluidas 28 defunciones. Del total de casos notificados, 15 392 fueron confirmados por laboratorio y 715 fueron clasificados como dengue grave.

El número de casos reportados hasta la semana 52 de 2019 (3 139.335), es el mayor registrado en la historia de dengue en las Américas, superando en 30% al número de casos reportados en el año epidémico 2015. Con relación a la proporción de casos de dengue grave, la cifra (0,9%) ha superado a lo observado en los cuatro años previos, sin embargo, se mantiene por debajo de lo observado entre 2010 y 2014 (variando entre 1.35% y 3.05%).

Entre la SE 1 y la SE 5 de 2020, se reportaron 155 343 casos de dengue, incluidas 28 defunciones. Del total de casos notificados, 15 392 fueron confirmados por laboratorio y 715 fueron clasificados como dengue grave.

Al comparar el comportamiento de las tasas de incidencia acumulada por subregiones, entre el año 2019 (a la SE 52) y el periodo epidémico anterior (2015-2016, a la SE 52), se observa que, con la excepción de la subregión Andina, en el resto de las subregiones las tasas de incidencia superan al ciclo epidémico previo.

Durante el 2019, treinta y cuatro países y territorios de la Región de las Américas reportaron un incremento de casos a nivel nacional o en algunas áreas del país en comparación con el 2018. Países como Belice, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua reportaron tres veces más casos que en el año previo. Otros países y territorios como Antigua y Barbuda, Brasil, Guadalupe, Guatemala, Honduras, Jamaica, Martinica y República Dominicana reportaron entre siete a diez veces más casos de dengue.

En las primeras 4 semanas del 2020 en la Región de las Américas se notificaron 125 514 casos de dengue (tasa de incidencia de 12,86 casos por 100 000 habitantes), incluida 27 defunciones, 12 891 casos confirmados por laboratorio y 498 casos clasificados como dengue grave (0,4%). Países como Bolivia, Honduras, México y Paraguay han reportado un incremento de dos a tres veces más casos de dengue en comparación al mismo periodo del año previo.

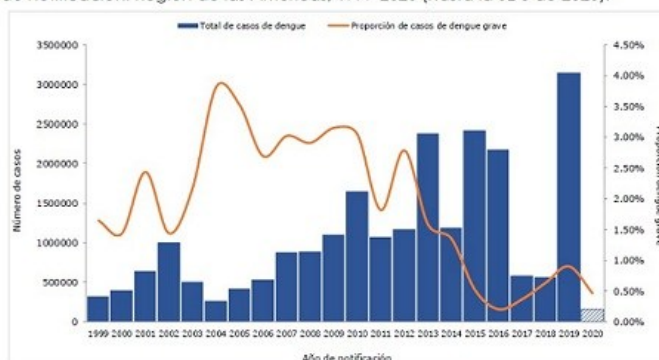
Los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV 1, DENV 2, DENV 3 y DENV 4) están presentes en las Américas y en 2019 se detectó la circulación simultánea de todos ellos en Brasil, Guatemala y México; mientras que, en Colombia, Martinica, Panamá, República Dominicana y Venezuela, circulan los serotipos DENV 1, DENV 2 y DENV 3, en Paraguay y Perú, DENV 1, DENV 2 y DENV 4, y en Islas Caimán se reportó la circulación de los serotipos DENV 2, DENV 3 y DENV 4.

En 2019, los cinco países de la Región de Américas con las tasas de incidencia más altas fueron Nicaragua (2962,2 casos por 100 000 habitantes), Belice (2173,3 casos por 100 000 habitantes), Honduras (1230,7 casos por 100.000 habitantes), Brasil (737,4 casos por 100 000 habitantes) y El Salvador (428,4 casos por 100 000 habitantes).

Leer [Resumen de la situación epidemiológica en países seleccionados](#)

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

Figura 1. Distribución de casos reportados de dengue y proporción de dengue grave por año de notificación. Región de las Américas, 1999-2020 (hasta la SE 5 de 2020).



RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

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**

Después del resurgimiento en la región del Medio Oeste, en 2014, el virus de la fiebre amarilla progresó progresivamente a través del territorio brasileño, llegando a áreas con baja cobertura de vacunación y donde no se recomendaba la vacunación. Los mayores brotes en la historia de la fiebre amarilla selvática (FA) en Brasil, desde que se describió este ciclo de transmisión en la década de 1930, ocurrieron en los años de monitoreo 2016/2017 y 2017/2018, cuando alrededor de 2100 casos y más de 700 muertes por la enfermedad. Durante el monitoreo 2018/2019, la llegada del virus a Vale do Ribeira / SP allanó el camino para su entrada en Paraná (enero/2019) y Santa Catarina (marzo/2019) a través de la región costera, donde produjo brotes más pequeños en comparación los de años anteriores. Sin embargo, estas áreas no han registrado la circulación del virus durante décadas, por lo que recientemente se adoptó la recomendación de vacunación para estas poblaciones. También se registraron detecciones en la región amazónica, que indican la circulación activa del virus en el área endémica y el riesgo de nuevas introducciones en la región del Medio Oeste, especialmente en la región hidrográfica Tocantins-Araguaia.

En el monitoreo 2019/2020, iniciado en julio/2019, las detecciones del virus entre primates no humanos (PNH) durante los meses previos al verano, especialmente a partir de noviembre/2019, indicaron que su dispersión a través de corredores ecológicos estimados a partir de los datos de ocurrencia del período anterior tendría lugar durante el período estacional (diciembre a mayo). Los datos actualizados para el período se presentan a continuación.

Epizootias en primates no humanos (monos)

En el período de monitoreo actual (2019/2020), iniciado en julio/2019, se reportaron 1277 eventos que involucraron la muerte de monos con sospecha de FA, de los cuales 46 las epizootias fueron confirmadas por criterios de laboratorio, 394 fueron descartadas, 320 permanecen bajo investigación y 517 fueron clasificadas como indeterminadas, ya que no fue posible recolectar muestras para el diagnóstico. Las detecciones del virus de la fiebre amarilla en la PNH se registraron en São Paulo (3), Paraná (41) y Santa Catarina (2), lo que indica la circulación activa del virus en estos Estados y el mayor riesgo de transmisión a las poblaciones humanas con la llegada del verano. Según lo predicho por el modelo del corredor ecológico, el mantenimiento de la transmisión en estas áreas apunta a la probable dispersión del virus en el oeste de Paraná y el suroeste de Santa Catarina, además de la posible dispersión a Rio Grande do Sul.

Casos humanos

Durante el monitoreo 2019/2020, se notificaron 428 casos humanos sospechosos, de todas las regiones del país, de los cuales 71 (16,6%) permanecen bajo investigación. Se confirmaron 2 casos humanos en el período. El más reciente, con aparición de síntomas a mediados de enero/2020, ocurrió en São Bento do Sul / SC, donde se notificaron varias epizootias en la PNH y se confirmó una.

Fuente: [Ministerio de Salud pública de Brasil](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

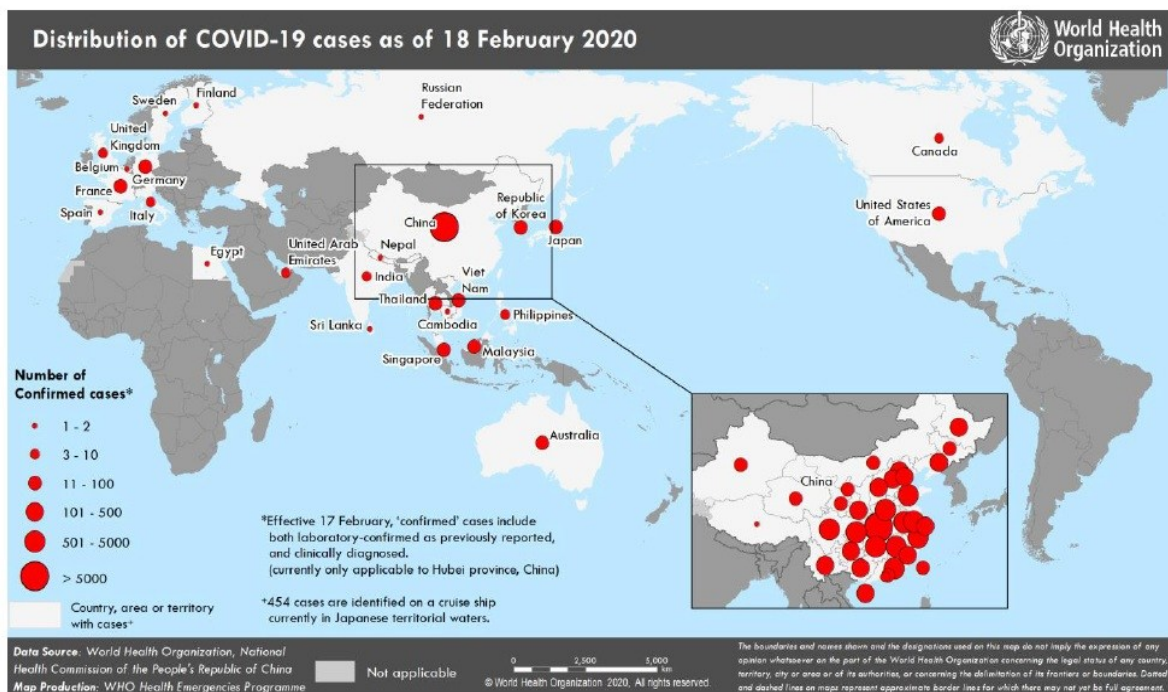
RESUMEN DE OTROS EVENTOS

Nuevo coronavirus (2019-nCoV), actualización 18 de febrero de 2020.

Resumen

Ningún país nuevo informó casos de COVID-19 en las últimas 24 horas. Se han confirmado 73 332 casos en el mundo debido al nuevo coronavirus. En China se han confirmado 72 528 casos y 1870 personas han fallecido. El coronavirus de Wuhan se propaga por Asia y el resto del mundo. Fuera de China se han confirmado 804 casos de 25 países y han fallecido 3 casos (en Filipinas, Japón y Francia). Los países afectados son China (72 528), Singapur (77), Tailandia (35), República de Corea (31), Japón (65), Malasia (22), Alemania (16), Vietnam (16), Australia (15), Estados Unidos de América (15), Francia (12), Emiratos Árabes Unidos (9), Reino Unido (9), Canadá (8), India (3), Filipinas (3), Italia (3), Rusia (2), España (2), Camboya (1), Nepal (1), Sri Lanka (1), Bélgica (1), Finlandia (1), Suecia (1), Egipto (1) y otros 454 en un medio de transporte internacional (Japón). El riesgo de infección en China es muy alto, mientras que a nivel regional y global es alto. El Apoyo de Operaciones y Logística de la OMS (OSL) continúa reuniendo y evaluando las necesidades de los Estados Miembros para artículos críticos como el Equipo de Protección Personal (PPE). El 14 de febrero, OSL comenzó el envío de kits de prueba COVID-19 de laboratorio para 56 países. Hasta el 17 de febrero, se habían enviado 37 envíos a 34 países y 3 oficinas regionales. Los trabajadores de la salud están en la primera línea de la respuesta al brote de COVID-19. La OMS ha desarrollado una guía sobre los derechos, roles y responsabilidades de los trabajadores de la salud, incluidas las consideraciones clave para la seguridad y salud en el trabajo.

Comportamiento del virus 2019-nCoV en el mundo. 18 de febrero de 2020



Fuente: [Organización mundial de la Salud](https://www.who.int)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**RESUMEN DE OTROS EVENTOS****Actualización Epidemiológica de la OPS sobre el nuevo coronavirus (COVID-19)****Contexto**

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, China, informó sobre un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. El 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó un nuevo coronavirus COVID-19 como el agente causante de este brote. El 30 de enero de 2020, con más de 9700 casos confirmados en China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote era una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC), aceptando los consejos del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El 11 de febrero, siguiendo las mejores prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para nombrar nuevas enfermedades infecciosas humanas, la OMS ha denominado a la enfermedad, COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019".

Resumen de la situación global

Entre el 31 de diciembre de 2019 y el 14 de febrero de 2020, se han notificado un total de 49 070 casos confirmados por laboratorio de COVID-19 en todo el mundo, aunque la mayoría de los casos se siguen notificando desde China (99%). En China, los trabajadores de la salud representan 1716 casos confirmados de COVID-19, incluidas 6 muertes. Del total de 1383 muertes reportadas hasta la fecha, 1381 son de China (1 en la RAE de Hong Kong) y los dos restantes son de Filipinas (1) y Japón. Fuera de China, 25 países informaron un total de 523 casos confirmados de los cuales al menos 170 tenían un historial de viajes a China y 218 están relacionados con un brote en un crucero. El último país en confirmar un caso COVID-19 fuera de China es Egipto.

El 12 de febrero de 2020, China anunció que la definición de caso para casos confirmados en la provincia de Hubei (solo) se cambiaría para incluir también casos diagnosticados clínicamente. Entre el 12 y el 13 de febrero, la provincia de Hubei notificó 16.427 casos con diagnóstico clínico. La OMS ha solicitado formalmente información adicional sobre los casos clínicamente diagnosticados y continuará informando sobre ambos.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

El 21 de enero de 2020, el primer caso de COVID-19 importado a la región de las Américas se identificó en los Estados Unidos de América en el estado de Washington. Unos días después, el 25 de enero, Canadá informó su primer caso confirmado de nuevo coronavirus COVID-19 en Toronto, en Ontario. Desde entonces y hasta la fecha, ha habido 22 casos confirmados de nuevo coronavirus en la Región de las Américas: 15 en los Estados Unidos de América y 7 en Canadá.

Los 15 casos en los Estados Unidos de América se informaron de 6 estados: Arizona, California, Illinois, Massachusetts, Texas y Washington entre el 21 de enero y el 13 de febrero de 2020. Del total de casos, 13 tenían antecedentes de viajar a China y 2 estuvieron entre los contactos cercanos de casos confirmados previamente. Los últimos dos casos con historial de viajes a China fueron entre individuos en cuarentena federal en los estados de Texas y California.

En Canadá, los 7 casos confirmados se informaron de 2 provincias: Ontario (3) y Colombia Británica (4). De 7 casos, 6 tenían un historial de viajes a China y uno está actualmente bajo investigación sobre el sitio de transmisión. Canadá es el segundo país dentro de la Región en informar un caso confirmado (después de EE. UU.)

Evaluación de riesgo para las Américas

A nivel regional, existe una creciente preocupación por la propagación internacional del evento a otros países, ya que se han informado casos confirmados en viajeros y sus contactos cercanos de 23 países, incluidos 2 países de la región de las Américas.

Los países de la Región de las Américas están mejorando las medidas de preparación para detectar y controlar COVID-19, y hay 29 Centros Nacionales de Influenza (NIC) en 32 países y 32 países con plataformas de diagnóstico molecular.

A nivel regional, el riesgo general se evalúa como Alto debido al alto nivel de preocupación dada la propagación de casos y la transmisión de persona a persona; un gran número de viajeros que entran y salen de China, conectando a China con todas las partes del mundo, existen muchas incertidumbres con respecto a la epidemiología de la propagación internacional; existen desafíos para diagnosticar casos debido a síntomas inespecíficos y la posibilidad de cocirculación de otros patógenos respiratorios (por ejemplo, influenza, VSR), por lo tanto, con potencial de transmisión no detectada.

En el caso de una introducción de COVID-19 en la región, se espera que el impacto en los servicios de salud sea alto, dado que los hospitales pueden sobrecargarse rápidamente con pacientes que necesitan aislamiento y en la UCI. Además, se espera que se necesiten suministros esenciales como mascarillas, respiradores, guantes y batas quirúrgicas en cantidades importantes que generen estrés en las reservas de estos materiales y los procedimientos de la cadena de suministro.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**RESUMEN DE OTROS EVENTOS****Actualización Epidemiológica de la OPS sobre el nuevo coronavirus (COVID-19) (continuación)****Orientación y recomendaciones para las autoridades nacionales.**

Basado en lo que se conoce actualmente sobre COVID-19 en términos de epidemiología, historia natural de la infección en humanos, así como medidas de control, y también considerando las características epidemiológicas y clínicas de otros coronavirus, como el SARS-CoV y el MERS-CoV: indica que las funciones esenciales de salud pública, definidas como capacidades básicas en el Anexo 1 del RSI, y más detalladas en la herramienta utilizada por los Estados Parte para presentar su Informe Anual del RSI a la Asamblea Mundial de la Salud, constituyen las bases para construir sobre la preparación para contener la transmisión posterior del COVID-19 luego de la importación de uno o más casos.

Debido a la importación de casos de COVID-19, la OPS / OMS recomienda que los Estados Miembros refuercen las actividades de vigilancia para detectar de forma temprana los casos sospechosos de COVID-19, detectar eventos respiratorios inusuales y garantizar que los trabajadores de salud tengan acceso a información actualizada sobre esta enfermedad, y estamos familiarizados con los principios y procedimientos para controlar las infecciones por COVID-19 y están capacitados para consultar el historial de viajes de un paciente para vincular esta información con datos clínico

1. Vigilancia y reporte

La guía provisional actualizada de la OMS para la vigilancia de COVID-19 está disponible en (en inglés): <https://bit.ly/3b4RHwy>

La definición de caso para caso sospechoso incluye dos grupos de personas:

- (1) Una persona con infección respiratoria aguda severa (IRAG) sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica Y un historial de viaje o haber vivido en China en los 14 días previos al inicio de los síntomas,
- (2) Una persona con alguna enfermedad respiratoria aguda que, durante los 14 días previos al inicio de la enfermedad, tuvo contacto con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19, o trabajó o asistió a un centro de atención médica donde los pacientes con infecciones por COVID-19 confirmado o probable fueron tratadas.

La OMS solicita que las autoridades nacionales notifiquen a través del Punto Focal Nacional del RSI los casos probables y confirmados de infección por COVID-19 dentro de las 24 horas posteriores a la identificación, proporcionando el conjunto mínimo de datos descrito en el formulario provisional de informe de casos para COVID-19 de casos confirmados y probables. El formulario provisional de informe de casos está disponible en (en inglés): <https://bit.ly/2SmVcHn>

2. Laboratorio

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado y teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal adecuado para virus respiratorios. La OPS ha publicado recientemente el 1 de febrero de 2020 una Guía de laboratorio para la detección y el diagnóstico del nuevo coronavirus (COVID-19). Información sobre la recolección de muestras y el envío adecuado, pruebas de laboratorio incluyendo el algoritmo de prueba e informes de casos y resultados de pruebas se pueden encontrar en esta guía provisional. La guía está disponible en (en español): <https://bit.ly/2SICA3y>

La OMS ha puesto a disposición algunos protocolos de diagnóstico molecular para pruebas de laboratorio y una actualización de la guía provisional para pruebas de laboratorio para COVID-19 en casos humanos sospechosos está disponible en (en inglés): <https://bit.ly/31PdtjO>

3. Prevención y control de infecciones

La transmisión de COVID-19 de persona a persona fue documentada, con transmisión nosocomial e implicaciones en la amplificación de la enfermedad en los centros de salud. Las posibles rutas de transmisión de COVID-19 incluyen el contacto directo, las gotas y la transmisión por el aire (aerosol).

Cualquier aparición de enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG) entre los trabajadores de la salud justifica una investigación inmediata.

Se recomiendan las siguientes medidas para la prevención y el control de infecciones (PCI):

- Reconocimiento temprano de signos y síntomas de IRAG de etiología desconocida en centros de salud a través de un sistema de clasificación y aislamiento inmediato de casos sospechosos o confirmados de COVID-19
- Implementación de precauciones estándar para todos los pacientes:
 - o Higiene de las manos antes y después de tocar al paciente, cada vez que toca los alrededores del paciente o después del contacto con fluidos corporales
 - o Uso de equipo de protección personal, de acuerdo con la evaluación de riesgos

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS

Actualización Epidemiológica de la OPS sobre el nuevo coronavirus (COVID-19) (continuación)

- o Higiene respiratoria (o etiqueta para la tos)
 - o Eliminación segura de objetos punzantes
 - o Gestión adecuada del medio ambiente y los residuos hospitalarios.
 - o Esterilización y desinfección de dispositivos médicos
 - Implementación de precauciones basadas en la transmisión:
 - o Para cualquier caso sospechoso o confirmado de COVID-19: precauciones estándar + contacto + gotitas
 - o Para cualquier caso sospechoso o confirmado de COVID-19 y procedimiento generador de aerosol (PGA): precauciones estándar + contacto + aerosoles
- El uso de equipos de protección personal (EPP) por parte de los trabajadores de la salud requiere una evaluación del riesgo del nivel de atención. La Tabla 1 muestra el uso de EPP de acuerdo con los siguientes niveles de atención:
- o Triage
 - o Recolección de muestras para diagnóstico de laboratorio
 - o Caso sospechoso o confirmado de COVID-19 que requiere admisión a un centro de salud y NOPGA
 - o Caso sospechoso o confirmado de COVID-19 que requiere admisión a un centro de salud y PGA

Tabla 1. Uso de equipo de protección personal (EPP) según el nivel de atención.

Nivel del caso	Higiene de manos	Bata	Máscara médica	Respirador (N95 or FFP2)	Gafas (protección ocular) O protector facial	Guantes
Triage	X		X			
Recolección de muestras para diagnóstico de laboratorio	X	X		X	X	X
Caso sospechoso o confirmado de COVID-19 que requiere admisión a un centro de salud y NO requiere procedimiento generador de aerosoles	X	X	X		X	X
Caso sospechoso o confirmado de COVID-19 que requiere admisión a un centro de salud y SI requiere procedimiento generador de aerosoles	X	X		X	X	X

- Control administrativo:
 - o Establecimiento de infraestructuras (área de triaje y unidades de aislamiento) y actividades sostenibles de prevención y control de infecciones (PCI)
 - o Formación y educación del personal sanitario
 - o Desarrollo e implementación de pautas sobre el reconocimiento temprano de la infección respiratoria aguda potencialmente debido a COVID-19
 - o Acceso rápido a pruebas de laboratorio para la identificación del agente etiológico
 - o Prevención de hacinamiento, especialmente en servicios de emergencia
 - o Provisión de áreas de espera específicas para pacientes sintomáticos (área de triaje) y disposición adecuada de pacientes hospitalizados que promueven una adecuada relación asistencial personal-paciente
- Control ambiental y de ingeniería:
 - o Ventilación ambiental adecuada en áreas dentro de los centros de salud
 - o Limpieza del ambiente hospitalario
 - o Separación de cama de al menos 1 metro entre pacientes

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS

Actualización Epidemiológica de la OPS sobre el nuevo coronavirus (COVID-19) (continuación)

Orientación disponible en:

- i) Asesoramiento sobre el uso de máscaras en la comunidad, durante la atención domiciliaria y en entornos de atención médica en el contexto del nuevo brote de coronavirus (COVID-19) (en inglés) <https://bit.ly/2v0kCkV>
- ii) Prevención y control de infecciones durante la atención médica cuando se sospecha una nueva infección por coronavirus (COVID-19) (en inglés) <https://bit.ly/31syVuw>
- iii) Atención domiciliaria para pacientes con sospecha de nueva infección por coronavirus (COVID-19) que presentan síntomas leves y manejo de contactos (en inglés) <https://bit.ly/2v3iGZ2>

4. Gestión clínica

Actualmente, no existe un tratamiento específico para COVID-19, como antivirales, glucocorticoides o inmunoterapia. Ha habido informes anecdóticos sobre el uso de estos agentes, sin embargo, su eficacia y seguridad aún no se han determinado.

El reconocimiento temprano de pacientes sospechosos permite el inicio oportuno de la prevención y el control de infecciones (PCI) y la identificación temprana de aquellos con manifestaciones graves permite tratamientos de atención de apoyo optimizados e inmediatos (oxígeno, antibióticos, hidratación y fiebre / alivio del dolor) y admisión segura o rápida o derivación a centros de salud para la provisión de atención de acuerdo con protocolos institucionales o nacionales.

La aplicación de terapias de apoyo oportunas, efectivas y seguras es la piedra angular de la terapia para pacientes que desarrollan manifestaciones graves de COVID-19.

Orientación disponible en (en inglés): <https://bit.ly/36AvKC6>

5. Organización de los servicios de salud.

Con el fin de mejorar la preparación de los servicios de salud a nivel de país, se ha elaborado la siguiente lista de verificación de alistamiento para la respuesta a COVID-19 en los hospitales. El propósito de esta herramienta es ayudar a los países a verificar en los hospitales designados, el estado de alistamiento para la respuesta a COVID-19 e identificar acciones inmediatas y prioritarias para responder de manera eficiente y oportuna a la emergencia. La herramienta se basa en la lista de preparación de la OMS para la pandemia de influenza (2009) y otros documentos de alistamiento hospitalario. También incluye mejoras generadas como resultado de las experiencias en los países de la región después de la pandemia de influenza de 2009.

La lista de verificación está disponible (en español) en: <https://bit.ly/31Tq4T5>

6. Tráfico internacional

El 30 de enero de 2020, el Director General determinó que el brote de COVID-2019, que actualmente afecta principalmente a la República Popular de China, constituye una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional y emitió Recomendaciones Temporales.

De conformidad con las disposiciones del Artículo 43 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), la Secretaría de la OMS publica en el sitio seguro de información de eventos para los Puntos Focales del RSI las medidas sanitarias adicionales que interfieran significativamente con el tráfico internacional y que los Estados Parte aplican en relación con este evento.

A partir del 13 de febrero de 2020, el número de Estados Parte que proporcionaron a la OMS informes oficiales sobre medidas sanitarias adicionales ha aumentado en ocho Estados Parte, incluidos dos en las Américas, desde el último anuncio publicado el 6 de febrero. Esto eleva el número total a 28 Estados Parte. Se recibió un informe de un territorio incorporado de un Estado Parte.

Prácticamente todos los Estados Parte en las Américas han implementado medidas complementarias que involucran puntos de entrada y viajeros internacionales. Los ejemplos de medidas complementarias incluyen: detección de entrada, observación de salud pública, comunicación de riesgo. El asesoramiento de la OMS relacionado con el tráfico internacional está disponible en (en inglés): <https://bit.ly/380FCXg>

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Informe de situación de Influenza

Actualización Regional – SE 5, 2020

La información presentada en esta actualización se obtiene a partir de los datos distribuidos por los Ministerios de Salud de los Estados Miembros y de los Centros Nacionales de Influenza de los Estados Miembros a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o de actualizaciones de los Ministerios de Salud de los Estados Miembros en sus páginas web.

Actualización Regional – SE 5, 2020

- *América del Norte:* en general la actividad de influenza continuó elevada en la subregión. En Canadá, influenza A(H1N1)pdm09 predominó entre los virus de la influenza A, a los cuales se les determinó el subtipo; las tasas más altas de hospitalización acumulada se presentaron entre los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 años. En los Estados Unidos predominaron los virus influenza A (H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria y los indicadores de hospitalizaciones y fallecidos no son altos en este momento de la temporada. En México, el virus influenza A(H1N1)pdm09 predominó con los virus influenza A(H3N2), influenza B/Victoria y B/Yamagata circulando concurrentemente; los casos de influenza confirmados por laboratorio y las muertes por IRAG/ETI acumuladas asociadas a la influenza fueron menores en comparación con la temporada 2018-2019.
- *Caribe:* en general, la actividad de la influenza es moderada en la subregión. En Puerto Rico, la actividad de la enfermedad similar a la influenza (ETI) continuó alta con el predominio de influenza A(H3N2) y la circulación concurrente de los virus influenza B. En Jamaica, la actividad de la influenza continúa elevada, con la circulación concurrente de los virus influenza B/Victoria e influenza A; los indicadores de severidad permanecieron bajos esta semana. En Surinam la actividad de influenza estuvo elevada en semanas recientes con la circulación de influenza A(H1N1)pdm09.
- *América Central:* la actividad de influenza continuó en niveles inter estacionales en la subregión y los casos de IRAG entre todas las hospitalizaciones estuvieron en niveles bajos.
- *Región Andina:* en general, la actividad de influenza y otros virus respiratorios se mantuvo baja en la subregión.
- *Brasil y Cono Sur:* la actividad de influenza continuó en niveles bajos en la subregión.

[Lea el informe de influenza completo - SE 5](#)

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

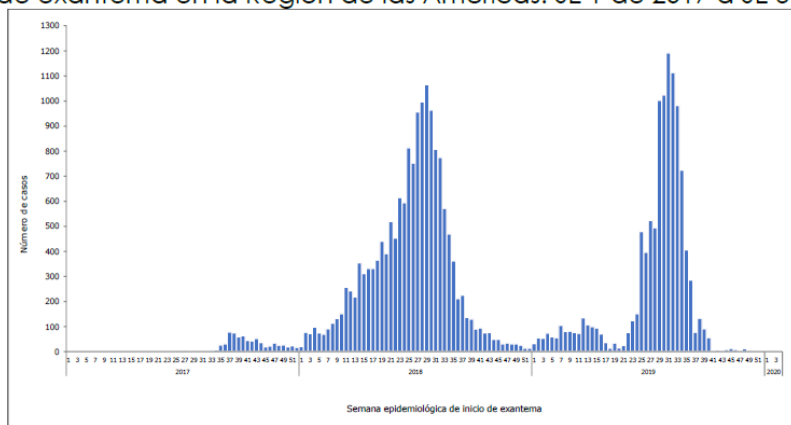
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

RESUMEN DE OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas, 24 de enero de 2020

Desde el 1 de enero de 2019 al 24 de enero de 2020 se notificaron 20 430 casos confirmados de sarampión, incluidas 19 defunciones, en 14 países y territorios de la Región: Argentina (114 casos), Bahamas (3 casos), Brasil (18 073 casos, incluidas 15 defunciones), Canadá (113 casos), Chile (12 casos), Colombia (242 casos, incluida una defunción), Costa Rica (10 casos), Cuba (un caso), Curazao (un caso), los Estados Unidos de América (1282 casos), México (20 casos), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (548 casos, incluidas 3 defunciones). Brasil contribuyó el 88% del total de los casos confirmados en las Américas.

Figura 1. Distribución de casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema en la Región de las Américas. SE 1 de 2017 a SE 3 de 2020.



* Información disponible de casos confirmados. 2017 – SE 3 de 2020 (36.750 casos).

Fuente: Datos proporcionados por los Centros Nacionales de Enlace para el RSI o publicados en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Desde la Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 13 de diciembre de 2019 y hasta el 24 de enero de 2020, hubo un incremento de 29% en el total de casos confirmados, dado que 5 países notificaron casos confirmados adicionales: Argentina (29 casos), Brasil (3669 casos), Chile (un caso), Colombia (12 casos) y Estados Unidos de América (6 casos); Argentina y Chile notificaron casos confirmados en 2020.

Leer [situación epidemiológica detallada de sarampión en países/territorios](#) que han actualizado los casos confirmados desde la [Actualización Epidemiológica de sarampión publicada el 13 de diciembre de 2019](#).

Leer [orientaciones para las autoridades nacionales](#)

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

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 la República Democrática del Congo continúa mejorando. Desde el último informe de la OMS, el 9 de febrero (Boletín Semanal 6) ha habido un caso confirmado y 2 nuevas muertes en la zona de salud de Beni. En los últimos 21 días (del 26 de enero al 15 de febrero de 2020) se informaron 11 nuevos casos confirmados en 4 áreas de 2 zonas de salud. Beni sigue siendo el principal foco del brote en los últimos 21 días (91%; n = 10), y sigue siendo la única zona de salud que informa nuevos casos confirmados en los últimos siete días.

Hasta el 15 de febrero de 2020, se reportó un total de 3432 casos de EVE, incluidos 3309 casos confirmados y 123 casos probables. Se han informado casos confirmados de 29 zonas de salud: Ariwara (1), Bunia (4), Komanda (56), Lolwa (6), Mambasa (82), Mandima (347), Nyakunde (2), Rwampara (8) y Tchomia (2) en la provincia Ituri; Alimbongo (5), Beni (720), Biena (19), Butembo (295), Goma (1), Kalunguta (198), Katwa (653), Kayna (28), Kyondo (25), Lubero (31), Mabalako (463), Manguredjipa (18), Masereka (50), Musienene (85), Mutwanga (32), Nyiragongo (3), Oicha (65), Pinga (1) y Vuhovi (103) en la provincia Kivu del Norte y Mwenga (6) en provincia Kivu del Sur.

Hasta el 15 de febrero de 2020, se registró un total de 2253 muertes, incluyendo 2130 entre los casos confirmados, lo que resulta en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 64% (2130/3309). Hasta el 15 de febrero de 2020, el número total de trabajadores de la salud afectados permanece en 172, que representa el 5% de los casos confirmados y probables.

El rastreo de contactos está en curso en 2 zonas sanitarias. Un total de 1972 contactos estaban en seguimiento hasta el 15 de febrero de 2020, de los cuales 1814 (90%) habían sido vistos en las últimas 24 horas. En Beni, la proporción de contactos seguidos fue del 91%. Treinta y cinco de 50 zonas de salud generaron alertas el 15 de febrero de 2020. De 5229 alertas procesadas (de las cuales 5196 eran nuevas) en las zonas de salud que informaron al 15 de febrero de 2020, se investigaron 5183 y 504 (9.7%) se validaron como casos sospechosos.

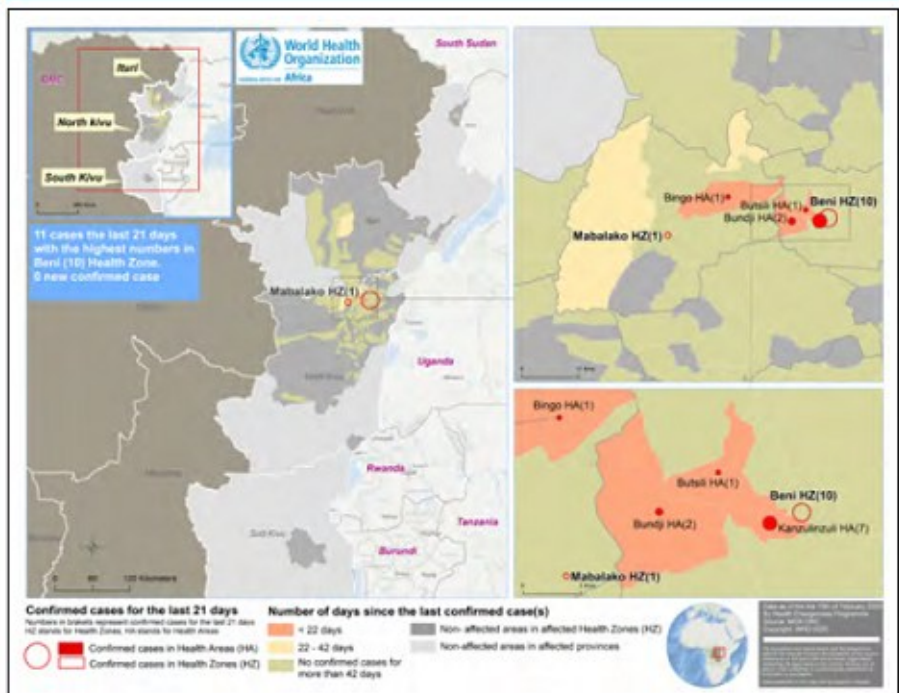
Leer: Acciones de Salud Pública (inglés) en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331023/OEW07-1016022020.pdf>

Interpretación de la situación por la OMS

Beni sigue siendo el principal punto de acceso para el brote continuo de EVE a medida que el número de casos nuevos sigue disminuyendo. Si bien hay margen para un optimismo cauteloso en torno a la disminución de los nuevos casos confirmados, se requiere un acceso continuo y una mayor vigilancia para mantener la investigación de casos y las actividades de localización de contactos en todas las zonas de salud.

Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

Geographical distribution of confirmed Ebola virus disease cases reported from 26 January 2020 to 15 February 2020, North Kivu, South Kivu and Ituri provinces, Democratic Republic of the Congo.



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

Cuba

- ⇒ [Médicos cubanos en Haití reinician Operación Milagro](#)
- ⇒ [Presentan libro sobre la batalla de Cuba contra el ébola en África Occidental](#)
- ⇒ [Virtudes del Interferón cubano utilizado contra el coronavirus](#)
- ⇒ [Expertos cubanos participan en México en taller sobre el virus Covid-19](#)

El mundo

- ⇒ [Situación del ébola en la República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Actualización Epidemiológica de la OMS del nuevo coronavirus \(COVID-19\)](#)
- ⇒ [Actualización Epidemiológica de la OPS sobre el nuevo coronavirus \(COVID-19\)](#)
- ⇒ [Actualización Epidemiológica de dengue en las Américas](#)
- ⇒ [Actualización Epidemiológica de sarampión en las Américas](#)
- ⇒ [Informe de situación de influenza](#)
- ⇒ [Dengue en República Dominicana](#)
- ⇒ [Dengue, virus del zika y chikungunya en Argentina](#)
- ⇒ [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](#)
- ⇒ [Chikungunya en Kenia](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Brasil](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Uganda](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en México](#)
- ⇒ [Malaria en República Dominicana](#)
- ⇒ [Sarampión en Chad](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en Etiopía](#)
- ⇒ [Sarampión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarampión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarampión en Mali](#)
- ⇒ [Sarampión en República del Congo](#)
- ⇒ [Sarampión en Seychelles](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Etiopía](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Malawi](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Liberia](#)
- ⇒ [Fiebre de Lassa en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Mali](#)
- ⇒ [Leishmaniasis en Kenia](#)
- ⇒ [Enfermedades en Burkina Faso](#)
- ⇒ [Enfermedades en Sudán del Sur](#)

Noticias

- ⇒ [La neumonía podría matar nueve millones de niños en la próxima década](#)
- ⇒ [Los defectos de nacimiento debido al Zika podrían depender de la respuesta inmunitaria materna](#)
- ⇒ [Investigadores alemanes calculan cuánto tiempo persisten los coronavirus en la superficie de los objetos](#)
- ⇒ [Lo que más inquieta del coronavirus no son las muertes, sino los 25 000 casos en un mes](#)
- ⇒ [Identifican personas capaces de controlar el VIH sin tratamiento durante más de 25 años](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Una sala del hospital durante la visita del médico jefe

El Dr. [Alberto Ortiz](#), en su comentario sobre el cuadro, que en esta ocasión nos ocupa, escribe:

“...La pintura de Aranda representa la visita al hospital de un grupo de estudiantes acompañados por su profesor, que les enseña a examinar el cuerpo de los pacientes para observar los efectos de la enfermedad y así no solo emitir un diagnóstico y administrarle un tratamiento sino también vigilar su curso.

En este caso, se trata de una joven semiinconsciente, vestida por las enfermeras con camisón y gorro blancos que indican ciertos conocimientos de higiene. La pobre muchacha es incapaz de incorporarse por sí sola, de manera que el médico ha pedido a uno de los ayudantes, tocados con un bonete negro, que le ayude a sostenerla mientras él realiza la auscultación directa, fase primordial del examen físico. Esta consiste en pegar el oído a la espalda de la paciente para escuchar el ritmo de los latidos cardíacos, exploración que actualmente se realiza con el estetoscopio. El otro ayudante, a los pies de la cama, sostiene unas hojas con el historial médico, información que se completa con la ficha colgada de la cabecera. Seguramente, esta contiene observaciones sobre la dieta, los fármacos y las pautas que han de cumplirse con ese paciente en concreto. En una balda colocada encima hay, además, algunas botellas y un tazón con el que se administran brebajes o caldo.”

Y añade Ortiz:

“Mientras tanto, el grupo de alumnos observa atentamente. Cubren sus ropas de calle con un delantal blanco como medida higiénica, si bien todavía está lejos de la asepsia imprescindible en un hospital.



Luis Jiménez Aranda (1845-1927). *Una sala del hospital durante la visita del médico en jefe* (1889). Óleo sobre lienzo. 290 x 445 cm. Museo del Prado.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Entre ellos hay una mujer que también atiende la actividad del profesor. En la época, en España, era algo extremadamente raro y difícil que una mujer pudiera acceder a los estudios de Medicina. Cuando lo hacía, debía obtener el apadrinamiento de un médico que guiara sus pasos y que le diera el visto bueno para poder doctorarse, todo ello con el recelo de sus compañeros masculinos. Además, era necesario atravesar toda una maraña de papeleo burocrático, solo por el hecho de ser mujer. Cabe añadir que la ceguera institucional de la época admitió los doctorados de estas mujeres pioneras, como la barcelonesa [Dolors Aleu i Riera](#) (1857-1913), primera doctora en Medicina del país, pero cortó de raíz el problema al prohibir la matriculación de nuevas estudiantes mujeres en sus universidades.”

Con este cuadro, **Luis Jiménez Aranda**, un pintor nacido en Sevilla, donde inició su formación, pero que muy pronto -con poco más de veinte años de edad- se trasladó a Francia, obtuvo la primera medalla en la Exposición Universal de París de 1889 convirtiéndose en uno de los exponentes del realismo social en la pintura.

Pero conviene señalar también, como apunta el Dr. **Francisco Javier Tostado**, que a principios del siglo XIX **Laënnec** ya había inventado el **estetoscopio** por lo que la [auscultación inmediata](#) -es decir, aplicando la oreja directamente sobre el paciente como lo hace el “médico jefe”- ya había quedado obsoleta cuando se pintó el cuadro. El estetoscopio se difundió enseguida y en Cádiz, por ejemplo, ya se conocía en 1820.

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.