

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 39, 2018

2 de octubre

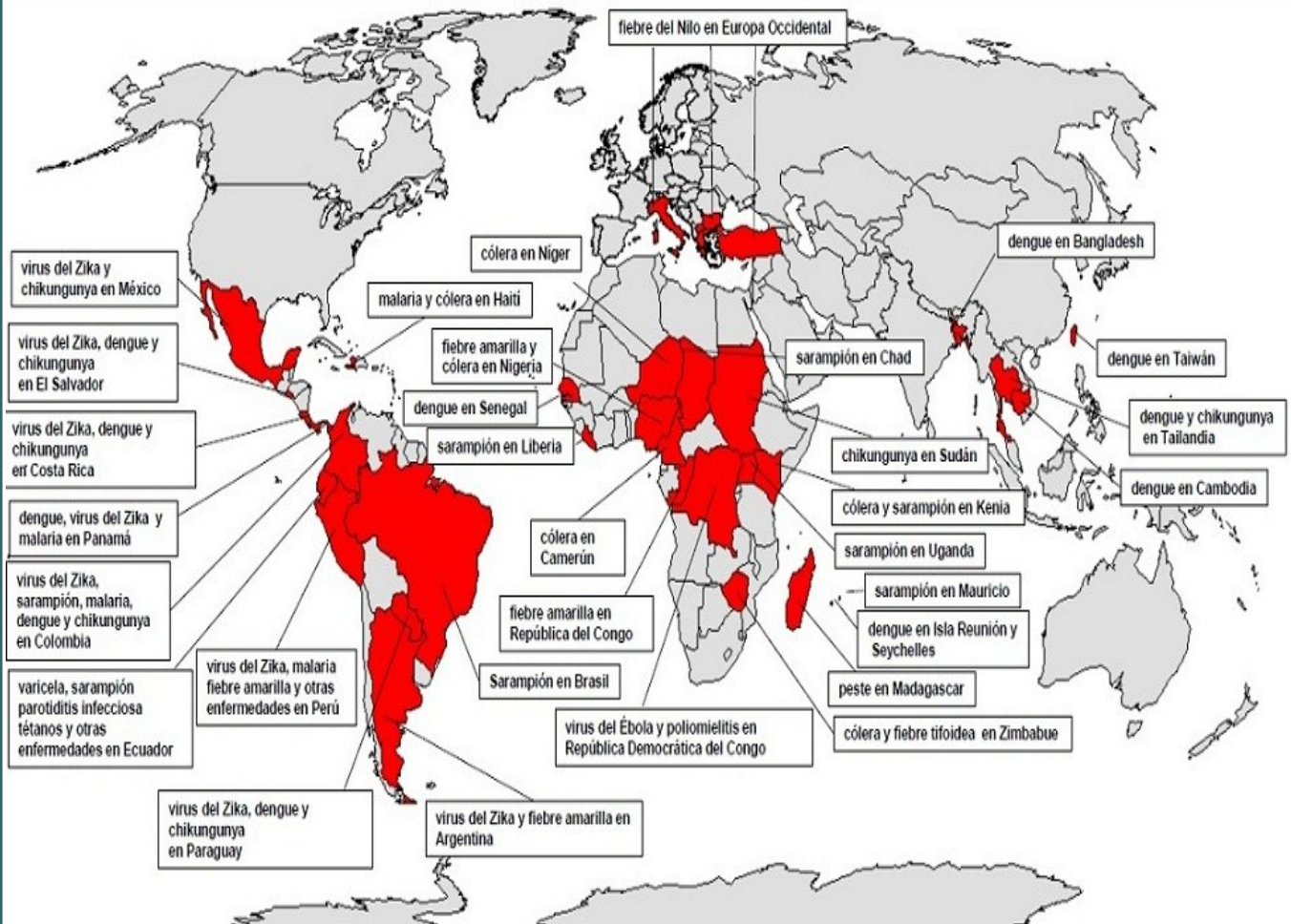


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.
Código Postal: 10 400.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Esta semana:



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de zika, chikungunya ni fiebre amarilla):

- ⇒ **Zika:** hasta el 21 de 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 **367 513 casos de dengue en las Américas** hasta el 1 de octubre de 2018. Sobresale **Brasil con 198 784 casos**, seguido de México con 36 101, Nicaragua con 34 506, Paraguay con 28 819, y Colombia con 25 746.
- ⇒ **Fiebre amarilla:** Entre el 1 de julio de 2017 y el 16 de mayo de 2018 se confirmaron 1266 casos en Brasil, incluidos 415 fallecidos, mientras que 1232 casos permanecen en investigación.

El mundo

- ⇒ Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo
- ⇒ Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú
- ⇒ Dengue en Panamá y Seychelles
- ⇒ Virus del Zika en México y Panamá
- ⇒ Chikungunya en México
- ⇒ Dengue y chikungunya en África
- ⇒ Dengue y chikungunya en Asia
- ⇒ Fiebre amarilla en Nigeria, Perú y República del Congo
- ⇒ Malaria en Colombia, Haití, Panamá y Perú
- ⇒ Virus del Nilo Occidental en Europa
- ⇒ Enfermedades en Ecuador esta semana
- ⇒ Sarampión en Brasil, Chad, Colombia, Kenia, Liberia, Mauricio y Uganda
- ⇒ Fiebre tifoidea en Zimbabue
- ⇒ Cólera en Camerún, Haití, Kenia, Níger, Nigeria y Zimbabue
- ⇒ Enfermedad de Chagas en Perú
- ⇒ Peste en Madagascar
- ⇒ Poliomiélitis en República Democrática del Congo

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Virus del Zika en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN SEMANAL

Los casos acumulados de Zika están 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.

Por otra parte, México reportó 11 805 casos confirmados.

En general, la evaluación del riesgo global no ha cambiado por lo que la vigilancia debe mantenerse elevada.

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

RESUMEN GLOBAL

⇒ Se mantienen **84 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus del Zika** transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

Las Américas:

Se mantiene en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en cinco 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.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla.1 Países y territorios que han notificado microcefalia y/o casos de malformación del SNC potencialmente asociados con la infección por el virus del Zika en las Américas hasta el 4 de enero de 2018, última actualización OPS.



Países/Territorios	Número de casos confirmados	Países o territorios	Número de casos confirmados
Canadá	1	Colombia	248
Estados Unidos	102	Ecuador	14
México	20	Brasil	2.952
Costa Rica	19	Argentina	5
El Salvador	4	Paraguay	2
Guatemala	140	Barbados	1
Honduras	8	Granada	2
Nicaragua	2	Guyana	3
Panamá	17	Surinam	4
República Dominicana	85	Trinidad y Tobago	17
Guyana Francesa	1		
Guadalupe	5		
Haití	1		
Martinica	5		
Puerto Rico	47		
Saint Martin	1		
Bolivia	14		
3 720			

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado a virus Zika, 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018](#)

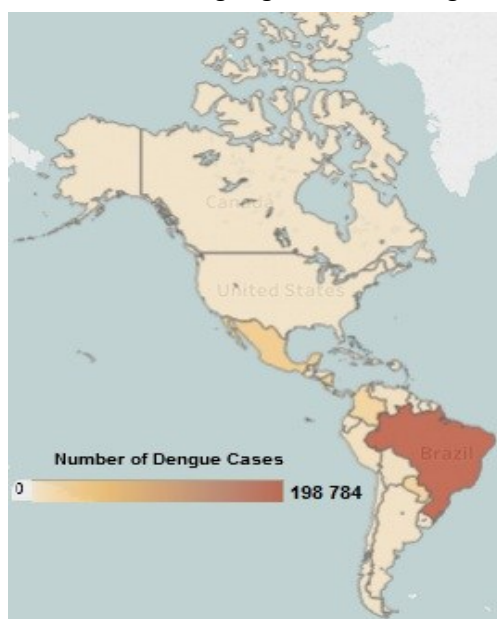
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **367 513 casos de dengue en las Américas** hasta el 1 de octubre de 2018. Sobresale **Brasil con 198 784 casos**, seguido de México con 36 101, Nicaragua con 34 506, Paraguay con 28 819, y Colombia con 25 746.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	198784	Estados Unidos	150
Nicaragua	34506	Guyana Francesa	115
México	36101	Trinidad y Tobago	74
Paraguay	28819	Martinica	73
Colombia	25746	Santa Lucía	66
Perú	6519	Haití	48
El Salvador	5252	Dominica	35
Venezuela	5223	San Martín	29
Honduras	5155	Aruba	29
Bolivia	4663	Chile	18
Panamá	4492	Islas Caimán	17
Guatemala	3122	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2556	Bahamas	9
Argentina	1803	Guadalupe	8
Costa Rica	1671	Antigua y Barbuda	8
Belice	955	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	776	San Vicente y las Granadinas	2
Granada	263	Puerto Rico	1
Jamaica	217	Anguila	1
Guyana	186	Montserrat	1
Total			367513

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas el 1 de octubre de 2018.



Se han reportado **180 fallecidos en 2018** (Brasil 100, Colombia 20, México y Paraguay 15 cada uno, Perú 12, Guatemala y Venezuela 5 cada uno, Panamá 3, Nicaragua 2, El Salvador, Honduras y República Dominicana 1 cada uno).

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

Entre enero de 2016 y el 13 de marzo de 2018, siete países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: El Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Perú y Suriname. Durante este periodo se notificó el mayor número de casos humanos y epizootias registradas en la Región de las Américas en varias décadas.

Desde la [Actualización Epidemiológica del 16 de febrero de 2018](#), **Brasil y Perú** notificaron casos nuevos de fiebre amarilla:

En **Perú**, entre las SE 1 y 9 de 2018, se notificaron 22 casos de fiebre amarilla, 8 de los cuales fueron confirmados por laboratorio y los 14 restantes se encuentran en investigación. Esta cifra es superior a la registrada en el mismo periodo de 2017 cuando se notificaron 5 casos confirmados de fiebre amarilla en 2 departamentos (2 en Amazonas y 3 en Ayacucho). En 2018, la mayoría de los casos corresponden a residentes del Distrito Callería, provincia Coronel Portillo en el departamento de Ucayali, área considerada de riesgo para fiebre amarilla.

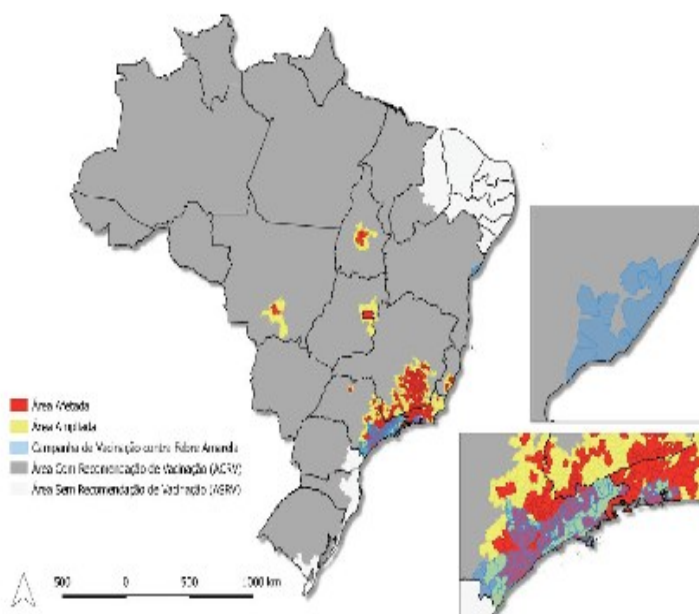
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

El Ministerio de Salud de **Brasil no actualiza los datos desde el 16 de mayo**, se mantienen la información. En el período de monitoreo (julio de 2017 a junio de 2018), hasta el 16 de mayo, Semana Epidemiológica (SE) 19, fueron notificados 6589 casos humanos sospechosos de fiebre amarilla, de los cuales 4091 fueron descartados, permanecen en investigación 1232 y se han confirmado 1266. Del total de casos confirmados, 415 han fallecido (letalidad del 32,8% [415 / 1266]).

La mayoría de los casos confirmados fueron notificados en la región Sudeste (99,9% [1265 / 1266]), principalmente de **Minas Gerais, São Paulo y Río de Janeiro**.

En el período de monitoreo 2016/2017 hasta la SE 19, se confirmaron 771 casos de fiebre amarilla silvestre, mientras que en el período actual (2017/2018) se confirmaron 1266. En una comparación preliminar entre el período de monitoreo 2016/2017 y el período más reciente (2017/2018), se observó que, aunque el número absoluto de casos confirmados sea mayor en el período actual (771 contra 1266), la incidencia fiebre amarilla por cien mil habitantes en los municipios con registro de casos humanos confirmados fue menor (6,15 contra 3,59).

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



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ OPS: Actualización epidemiológica de sarampión en las Américas**

De enero a 21 de septiembre de 2018 se notificaron 6629 casos confirmados de sarampión, incluidas 72 defunciones, en 11 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (11 casos), Brasil (1735 casos, incluidas 10 defunciones), Canadá (22 casos), Colombia (85 casos), Ecuador (19 casos), Estados Unidos de América (124 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (21 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (4605 casos, incluidas 62 defunciones).

Desde la actualización epidemiológica publicada el 20 de agosto de 2018 se notificaron 1625 casos confirmados adicionales de sarampión, incluidas 4 defunciones en 8 países de la Región (Argentina 3 casos, Brasil 498 casos y 4 nuevas defunciones, Canadá 3 casos, Colombia 25 casos, Ecuador 2 casos, Estados Unidos 17 casos, Perú 17 casos y la República Bolivariana de Venezuela 1060 casos).

En **Argentina**, entre las SE 11 y 34 de 2018, fueron confirmados 11 casos de sarampión, todos ellos residentes en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires. Los tres primeros casos fueron importados (2 casos) o relacionados con importación (1 caso). Los 8 casos restantes estuvieron relacionados a una segunda importación cuya procedencia no fue identificada y en cinco de ellos se identificó el genotipo D8, linaje Mvi/Hulu Langat.MYS/26.11.

En **Brasil**, el brote se inició en la SE 6 de 2018 en el estado de Roraima y tres semanas después se extendió a Amazonas. Posteriormente se notificaron casos en Pará, Pernambuco, Río de Janeiro, Río Grande do Sul, Rondônia, São Paulo, y Sergipe. Se identificó el genotipo D8, en los estados de Amazonas, Río Grande do Sul, Río de Janeiro, Rondônia, Roraima y São Paulo.

Entre las SE 6 y 37 se registraron 1735 casos confirmados, incluidas 10 defunciones, en los estados de Amazonas (1358 casos y 4 defunciones), Pará (13 casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Río Grande do Sul (24 casos), Río de Janeiro (18 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (310 casos y 4 defunciones), São Paulo (2 casos) y Sergipe (4 casos).

En **Colombia**, entre las SE 11 y 38 de 2018 se notificaron 85 casos confirmados (44 son importados, 40 relacionados con la importación y un caso de fuente de infección desconocida). No se registraron fallecidos. Los casos fueron notificados en los departamentos Antioquía, Arauca, Bolívar, Cauca, Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; y en los distritos Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta. La genotipificación realizada en muestras de 22 casos, indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

En **Ecuador**, entre las SE 13 y 33 de 2018, se notificaron 19 casos confirmados de sarampión (12 son importados y 7 relacionados a importación) procedentes de Quito (12 casos), Cuenca (1 caso), Riobamba (1 caso) y Tulcán (5 casos). Seis de los casos confirmados corresponden a una misma cadena de transmisión en el sector sur de la ciudad de Quito. La genotipificación en las muestras se encuentra en curso.

En **Estados Unidos**, entre el 1 de enero y el 11 de agosto se confirmaron 124 casos de sarampión en 22 estados y el Distrito de Columbia. La información se actualiza periódicamente en la página web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), disponible en: <https://bit.ly/2iMFk71>.

En **Perú**, entre las SE 8 y 35 se notificaron 21 casos confirmados de sarampión, tres de ellos fueron importados (2 de Venezuela y uno de Filipinas) y el resto tiene como lugar probable de infección a Callao (11), Puno (2), La Libertad (1), Cusco (1), Ica (1) y Lima (2). El genotipo aislado en los dos primeros casos corresponde al D8 proveniente de la India; mientras que en los casos importados se identificó el genotipo D8 similar al identificado en Venezuela.

En **Venezuela**, el brote continúa activo con transmisión en todos los estados y el Distrito Capital. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 35 de 2018, se notificaron 7370 casos sospechosos, de los cuales 5332 fueron confirmados (727 en 2017 y 4605 en 2018). Se registraron 64 defunciones, 2 en 2017 y 62 en 2018 (34 en Delta Amacuro, 19 en Amazonas, 6 en Miranda y 3 en Distrito Capital).

Sarampión en comunidades indígenas

En **Brasil**, se notificaron 157 sospechosos en indígenas, de los cuales 127 fueron confirmados en el Estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris. Por otra parte, en Amazonas se notificaron 15 casos sospechosos en indígenas de los cuales 2 fueron descartados y 13 permanecen en investigación.

En **Venezuela**, los casos en comunidades indígenas se detectaron a partir de la SE 1 de 2018 y hasta la SE 35 de 2018, se confirmaron 486 casos de sarampión, incluidas 48 defunciones, en poblaciones indígenas de Amazonas (161 casos, de los cuales 135 son de la etnia Sanema, 24 Yanomami, 3 Yekuana), Delta Amacuro (307 casos, todos ellos de la etnia Warao), y Monagas (18 casos, todos ellos de la etnia Warao). De las 48 defunciones 29 corresponden a Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 19 son de Amazonas (todas de la etnia Sanema).

[Informe completo y orientaciones para las autoridades nacionales en la web de la OPS](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ OPS: Actualización epidemiológica de difteria en las Américas**

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 37 de 2018, tres países (Colombia, Haití y la República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria. En Colombia no se detectaron nuevos casos de difteria desde julio de 2018; en Haití y Venezuela el brote continúa activo. En 2017 cuatro países de la Región (Brasil, Haití, República Bolivariana de Venezuela y República Dominicana) notificaron casos confirmados.

En **Colombia**, desde la última actualización epidemiológica publicada el 29 de agosto, no se notificaron casos adicionales ni defunciones; el número de casos confirmados en 2018 se mantiene en 8, incluidas tres defunciones.

En **Haití**, el brote continúa activo con un total de 673 casos probables acumulados, incluidas 102 defunciones, notificados entre las SE 51 de 2014 y la 38 de 2018. De estos casos, 240 fueron confirmados (233 por laboratorio y 7 por nexo epidemiológico). Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, y 8% en 2017 y 2018. En 2018, el rango de edad de los casos probables es de 0 a 78 años, el 65% son menores de 15 años. En cuanto al género, el 60% del total de casos fueron del sexo femenino, mientras que en 2015, 2016 y 2017 esa proporción fue de 57%, 50% y 59%, respectivamente. El número de casos probables reportados hasta la SE 38 de 2018 es 46% más alto que el número total de casos reportados en 2017 y 142% más que en 2016, debido al aumento de la sensibilidad del sistema nacional de vigilancia. En 2018, se notificaron 281 casos probables (entre las SE 1 y 38), de los cuales 70 fueron confirmados (65 por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Durante el mismo periodo, se notificaron 22 defunciones (10 confirmadas por laboratorio o nexo epidemiológico, 8 con muestras de laboratorio no viables, 3 permanecen en investigación y una fue descartada). Con relación a las características de los casos confirmados y reportados en 2018 (70 casos), el 91% corresponde a menores de 15 años (rango 1 a 40 años) y 56% son del sexo femenino.

En **Venezuela**, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 36 de 2018 se notificaron 2028 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017 y 660 en 2018), de los cuales 1217 fueron confirmados. Se reportan 201 fallecidos (17 en 2016, 103 en 2017 y 81 en 2018) La tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 16,5%. En 2016, se notificaron casos en 5 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre), en tanto en 2017 los casos se registraron en 22 estados y el Distrito Capital. En lo que va de 2018, son 22 las entidades federales que reportan casos confirmados. Los casos se registraron en todas las edades, pero la población más afectada es la del grupo de 1 a 39 años, donde la mayor incidencia corresponde al grupo de 10 a 14 años.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria (3 dosis) y refuerzos (3 dosis). Este esquema de vacunación brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, DPT (difteria, tétanos y tos ferina) para niños de 1 a 7 años y Td (toxoide diftérico) para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.

La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, los trabajadores de salud, el personal del servicio militar, integrantes de las comunidades penitenciarias y las personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas. Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis refuerzo.

Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar el tratamiento oportuno en los afectados y el seguimiento de sus contactos.

La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica. La vacunación, es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.

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

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ Brote de la enfermedad por virus del Ébola en Kivu del Norte, República Democrática del Congo**

La epidemia de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias Kivu Norte e Ituri continúa evolucionando. El Ministerio de Salud, la OMS y los socios han progresado en la respuesta al brote y las tendencias recientes sugieren que las medidas de control están funcionando. Sin embargo, estas tendencias aún se deben interpretar con precaución. Desde el último informe el 21 de septiembre de 2018, se han reportado 15 nuevos casos de EVE y cuatro nuevas muertes. El 28 de septiembre de 2018, dos nuevos casos confirmados fueron reportados en Beni (1) y Butembo (1). Veintitrés nuevos casos sospechosos fueron identificados luego de la investigación de 48 alertas. Estos nuevos casos sospechosos se notificaron en las zonas sanitarias: Tchomia (7), Beni (6), Mabalako (6), Butembo (2) y Masereka (1) y Mandima (1).

Hasta el 28 de septiembre de 2018, se reportó un total de 157 casos confirmados y probables de EVE, que incluyen 102 muertes (tasa de letalidad del 65%). Entre el 157 casos, 126 están confirmados y 31 son probables. Los casos confirmados fueron comunicados desde ocho zonas sanitarias: Mabalako (69), Beni (35), Oicha (2), Masereka (1), Butembo (7), Kalunguta (1), Mandima (9) y Tchomia (2). Es la primera vez que se notifican casos confirmados en la zona de salud Tchomia, en Ituri, que tiene fronteras con Uganda. Ambos casos confirmados informados desde Tchomia se vincularon a la cadena de transmisión en curso en Beni. De las 102 muertes, 71 ocurrieron en casos confirmados. Acumulativamente, 19 trabajadores de la salud se han visto afectados, de los cuales 18 son casos confirmados y tres fallecieron. Desde el inicio del brote, 45 pacientes se han recuperado de la enfermedad, se les dio de alta y se reintegraron en sus comunidades.

De los 140 casos confirmados y probables con edad y sexo conocidos, el 56% (78/140) son mujeres, entre las cuales el grupo de edad más afectado es de 25 a 34 años, mientras que en los hombres, el grupo de edad más afectado es de 35 a 44 años.

Los epicentros del brote permanecen en las zonas de salud de Mabalako y Beni, en Kivu del Norte, con el 57% (n = 90) y el 24% (n = 39) de todos los casos confirmados y probables, respectivamente. Beni informa un número creciente de casos nuevos, lo que indica la persistencia de la transmisión activa del virus en esta área. Beni ha informado el 60% de todos los casos reportados desde principios de septiembre. Del total de muertes informadas hasta la fecha, el 42% (n = 65) fueron de Mabalako, mientras que el 17% (n = 26) fueron de Beni. Otras cinco zonas de salud en Kivu Norte y tres en Ituri han reportado casos confirmados y probables.

Las actividades de campo se suspendieron en Beni el 23 de septiembre tras los enfrentamientos entre los rebeldes y las fuerzas armadas congoleñas que tuvieron lugar el 22 de septiembre. En consecuencia, la proporción de contactos seguidos en Beni cayó al 35% en ese día. Las actividades se reanudaron el 26 de septiembre de 2018, pero el movimiento continúa restringido en la ciudad. Hasta el 28 de septiembre, quedaban 1410 contactos en vigilancia, y a 11 281 (91%) contactos se les daba seguimiento.

El 25 de septiembre de 2018, tres refugiados de la República Democrática del Congo (RDC) informaron ser contactos de un caso confirmado de EVE que murió el 20 de septiembre en la zona de salud de Tchomia, en la provincia de Ituri (RDC) llegados al punto de entrada Segaboro en Hoima (Uganda) y actualmente están siendo monitoreados. Alertas han sido reportadas e investigadas en varias provincias de la República Democrática del Congo, así como en los países vecinos Burundi, República Centroafricana, Ruanda y Uganda, y hasta la fecha, la enfermedad ha sido descartada en todas estas alertas.

Acciones de salud pública: Todas las medidas de salud pública continúan implementándose en áreas clave de la respuesta al EVE: coordinación de actividades de respuesta, vigilancia, servicios de laboratorio, atención médica, prevención y control de infecciones, vacunación, comunicación, apoyo logístico y psicosocial. El seguimiento sistemático y la investigación rápida de todas las alertas continúan en todas las provincias de la República Democrática del Congo y en los países vecinos. Actividades psicosociales de rutina se brindan a las personas y familias afectadas, a los contactos y a los huérfanos en los centros de tratamiento del Ébola (CTE). Hasta el 22 de septiembre de 2018, más de 5 millones de viajeros han sido examinados en los puntos de entrada y más de 17 000 medios de transporte han sido descontaminados. Los CTE continúan proporcionando terapia y hasta la fecha, 39 pacientes han sido tratados con mAb 114, Remdesivir o Zmapp. De estos 39 pacientes, 19 están curados y fueron dados de alta, 12 han muerto y 8 todavía están hospitalizados. Desde el inicio de la campaña de vacunación el 8 de agosto de 2018, han sido vacunadas 12 549 personas en riesgo, incluidas 5191 trabajadores de la salud. Se han establecido centros operaciones en Butembo y Tchomia con el apoyo especializado de coordinación de la OMS, los socios y el Ministerio de Salud.

Interpretación de la situación por la OMS: El brote de EVE en la República Democrática del Congo ha estado en curso durante más de siete semanas y se ha avanzado mucho para limitar la propagación de la enfermedad a nuevas áreas. La situación en Mangina, en la zona de salud Mabalako, se está estabilizando, mientras que Beni se ha convertido en el nuevo punto de acceso y los equipos deben continuar mejorando las actividades de respuesta para mitigar posibles grupos de casos en la ciudad de Butembo y en la zona de salud de Masereka. Todavía hay amenazas significativas de una mayor propagación de la enfermedad. Los desafíos continuos incluyen contactos perdidos durante el seguimiento, retraso en el reconocimiento de EVE en los centros de salud, control de infecciones deficiente en los centros de salud y casos que abandonan los centros de salud y rechazan la transferencia a los CTE. Si bien la mayoría de las comunidades han acogido con satisfacción las medidas de respuesta, en algunos, los riesgos de transmisión y los pobres resultados de la enfermedad se han visto amplificados por comportamientos desfavorables, con reticencia a adoptar estrategias de prevención y mitigación de riesgos. La prioridad sigue siendo el fortalecimiento de todos los componentes de la respuesta en las zonas afectadas, así como continuar mejorando la preparación operacional en las provincias no afectadas de la República Democrática del Congo y en los países vecinos.

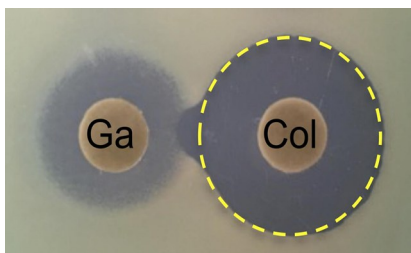
Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y fiebre amarilla en Argentina](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Costa Rica](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Perú](#)
- ⇒ [Dengue en Panamá](#)
- ⇒ [Dengue en Seychelles](#)
- ⇒ [Virus del Zika en México](#)
- ⇒ [Virus del Zika en Panamá](#)
- ⇒ [Chikungunya en México](#)
- ⇒ [Dengue y chikungunya en África](#)
- ⇒ [Dengue y chikungunya en Asia](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Nigeria](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en Perú](#)
- ⇒ [Fiebre amarilla en República del Congo](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Haití](#)
- ⇒ [Malaria en Panamá](#)
- ⇒ [Malaria en Perú](#)
- ⇒ [Virus del Nilo Occidental en Europa](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador esta semana](#)
- ⇒ [Sarapión en Brasil](#)
- ⇒ [Sarapión en Chad](#)
- ⇒ [Sarapión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarapión en Kenia](#)
- ⇒ [Sarapión en Liberia](#)
- ⇒ [Sarapión en Mauricio](#)
- ⇒ [Sarapión en Uganda](#)
- ⇒ [Fiebre tifoidea en Zimbabue](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Kenia](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Cólera en Nigeria](#)
- ⇒ [Cólera en Zimbabue](#)
- ⇒ [Enfermedad de Chagas en Perú](#)
- ⇒ [Peste en Madagascar](#)
- ⇒ [Poliomielitis en República Democrática del Congo](#)

Recomendamos leer



Un metal pesado como artillería contra infecciones bacterianas

Un nuevo tratamiento con antibióticos que contienen el metal pesado **galio** logró combatir de forma segura el crecimiento bacteriano en ratones y mostró signos de eficacia en un ensayo clínico preliminar de fase 1 en pacientes con fibrosis quística e infecciones pulmonares crónicas. Estos descubrimientos, publicados en *Science Translational Medicine*, respaldan la idea de que la alteración del metabolismo de las bacterias empleando galio y otros metales podría ser una alternativa viable a los antibióticos estándar.

[Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



Medicina y literatura

En la sociedad primitiva, el médico fue un artista y por ello, médico y artista tuvieron un tronco común histórico. Tal vez por eso Hipócrates comparó el ejercicio de la medicina con un drama donde había tres comediantes: El paciente, el médico y la enfermedad. Dichos actores han sido como imperceptibles hilos que se han entrelazado con la literatura manteniendo una unión imperecedera; pues ambas partes literatura y medicina se han interesado en la vida y adversidades del hombre. Los símbolos médicos, como el dolor, la muerte y la enfermedad, han sido utilizados como instrumentos literarios por distintos escritores a lo largo de la humanidad,

proporcionándoles éxito en sus obras. Quizás por esto Somerset Maugham, conocido escritor y médico, decía: "No conozco mejor escuela para un escritor que pasar algunos años en la profesión de curar". Agregaba que debían tener más que todo conocimientos en fisiología y psicología para comprender bien cómo los elementos literarios están muy relacionados con la mente y cuerpo del hombre.

Una de las principales razones del acierto literario visto frecuentemente en los médicos más que todo en la novela reside en su especial aptitud para estudiar la naturaleza humana, pues la práctica de la medicina fortalece ese espíritu de observación. Oliver Wendell Holmes, célebre médico norteamericano que, además, cultivó la literatura, dijo que "la combinación más afortunada que jamás se había visto era la de médico y hombre de letras".

Realmente el común denominador de los médicos escritores es la aplicación a su técnica literaria del método naturalista y observador de la medicina, creando así un estilo sobrio, con desenlaces lógicos y generalmente matizados con tonos muy reales. Todos han escrito literatura realista, ni siquiera los poetas románticos perdieron el sentido de la realidad exterior y humana del hombre, infundida por el contacto con el dolor y muerte del quehacer médico, sirviendo como adiestramiento literario para un buen escritor. En nada se aprecia tanto la claridad de una prosa como en una comunicación médica, en el relato del método científico y descripción de aparatos, donde se pone a prueba la capacidad de claridad y concisión.

Actualmente los lectores quieren explorar los abismales callejones del alma y los oscuros bosques de los instintos y pasiones. Es allí donde el médico escritor puede satisfacer ese deseo, pues la inclinación de este a escribir literatura psicológica experimental y naturalista los hace diestros en tales asuntos. Dice el Dr. Felix Martí Ibañez (Médico) que "el médico tiene el deber de escribir, y para ello debe aprender a meditar, teniéndose que alejar del tumulto para concentrarse en la búsqueda de esa luz interior, casi extinguida actualmente por las luces artificiosas de la ciudad." Por esta razón, escribir requiere soledad, siendo así la más solitaria de las ocupaciones. Y este ocio creativo es un artículo de lujo para el médico, a menos que sacrifique horas de su descanso o trabajo.

Hacer una buena historia clínica es prácticamente ser un novelista clínico, pues al observar con detalle y describir con precisión, es hacer que el lector inconscientemente se identifique con el enfermo, como un buen novelista hace que el lector se identifique con el protagonista.

Cierto número de médicos en diferentes épocas, han dado salida tímidamente a una afición secundaria, que ha sido escribir, pero esta, de pronto cobra grandes proporciones y se torna arrolladora, impulsando al médico a un camino diferente al que había seguido, convirtiéndose así la literatura en su verdadera vocación, dejando ya de ser secreta e íntima. "Esta ha sido la razón para que varios hayan querido divorciarse de la esposa –la medicina– para casarse con la amante y legalizar así su "escandalosa" pasión por la literatura". Ejemplo de esto han sido Rabelais, Chejov, Conan Doyle y muchos otros. Ellos se vieron en la encrucijada que les mostraba la vida de seguir en la medicina o abandonarla completamente, pero decidieron aventurarse por el camino de la literatura con muchos más riesgos de perderse por sus senderos agrestes y sucumbir, o también ser rechazados por la sociedad o los críticos, sin haber podido disfrutar verdaderamente de la cosecha de esta ni de la medicina. Pero realmente para la mayoría de los médicos escribir ha sido tan solo una pequeña distracción de su trabajo verdadero, utilizándola solo para disminuir la tensión de su actividad médica.

Lincon decía: "Escribir, el arte de comunicar pensamientos a la mente a través de los ojos, es la invención más grande del mundo". Quizás por esta magia de poder "conversar" con grandes hombres como Cervantes a través de sus obras, es que muchos médicos han decidido cambiar el estetoscopio por la pluma.

ÉPOCAS Y TENDENCIAS

El pensamiento médico ha influido sobre los escritores, y por ende en la literatura en diversas épocas de la civilización. En la antigüedad clásica, Homero mostró claramente en sus poemas como antes de Alcmeón e Hipócrates, la medicina era empírica y mágica (Alcmeón fue el iniciador de la "medicina fisiológica" e Hipócrates su verdadero fundador).

En esta época de la Grecia clásica la poesía y medicina aparecieron íntimamente ligadas entre sí, de ahí que uno de los primeros poemas europeos es un himno a Apolo, dios de la poesía y la medicina. También por ese tronco común el médico estudió y escribió sobre filosofía. De allí que la medicina clásica haya nacido en los templos y, además, hubiera sido el lugar para la meditación. Por esto los galenos clásicos se dedicaron a la filosofía en su tiempo libre. Así lo hizo Aristóteles, que estudió medicina, aunque no la practicó.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

La filosofía médica medieval sostenía que la enfermedad era un castigo al pecado; esto se ve reflejado en la obra de Dante. Igualmente siglos más tarde, el Positivismo de Claude Bernard influyó en Emile Zolá. Este sostenía que cada novela debía ser como la historia clínica de un caso, o un experimento provocado.

Fécondite escribió sobre los males del aborto, y L'assomoir mostró los estragos del alcoholismo, describiendo el



La literatura es mi esposa legítima y la medicina mi amante. Cuando me canso de una, paso la noche con la otra.

(Antón Chéjov)

Delirium Tremens de manera magistral. También Celso, uno de los grandes mundanos romanos de su época que tenía un elegante latín, conmocionó no solo con su medicina, sino también con sus escritos filosóficos.

Entre la clase médica, el cultivo de la poesía en latín, fue una tradición que duró cientos de años. La poesía había servido desde tiempos remotos para educar la memoria, manteniéndose por esto viva a través de la edad media y el renacimiento, se traducían en verso tratados sobre venenos y mordeduras ponzoñosas. El más célebre de los poemas didácticos medievales fue *El régimen sanitates salernitanum*, escrito por la escuela de Salerno entre los siglos XI y XIII.

Hasta que salió el primer libro impreso, la medicina se transmitió oralmente a través de miles de médicos. El saber clásico sobrevivió en los papiros, y más tarde acabaron siendo traducidos en los conventos italianos y palacios de Toledo. Allí los monjes y traductores, a la luz del sol medioevo, transmitieron el saber helénico.

Fue a partir de esta época, en plena edad media, cuando el médico comenzó a incursionar en el campo propiamente literario. Fueron entonces los poetas médicos medievales los que iniciaron el camino literario que más tarde llevaría a Schiller, Keats y otros. El verdadero iniciador de tal camino fue Rabelais, que está a la altura de un Cervantes, Shakespeare o Dante. Fue el que realmente inició la tradición del médico escritor, sabiendo conciliar la formación científico religiosa con la literaria. *Gargantúa y Pantagruel* es una sátira en el mundo medieval, “un alegre grito de rebeldía, tan importante en la literatura, como lo fue Paracelso en la medicina.”

Se ha observado también una actitud de los médicos y la medicina en cada época de la historia, influyendo notoriamente en la literatura:

La edad media: se dice que fue una época de “colectivismo”, por lo tanto abundaron enfermedades colectivas como la peste, lepra o fiebres; por tal razón se escribieron obras como *El Decamerón*, de Boccaccio, o *El diario del año de la plaga*, de Daniel Defoe.

El renacimiento: fue al contrario, una época de gran “individualismo”, por lo tanto abundaron enfermedades contraídas individualmente como la sífilis. Esta enfermedad fue tema de varios poemas y obras literarias, siendo favorito de los escritores que la padecieron como Baudelaire, Maupassant y Daudet.

En el siglo XVIII: los médicos fueron blanco de sátiras, como puede verse en la obra *El médico a palos*, de Moliere. Este dejó un irónico estudio de las enfermedades iatrogénicas: *Enfermedades producidas por descuido de los mismos médicos*.

En la época romántica: se observó un gran interés hacia el uso del Laúdamo (medicamento que tiene como base el opio) por distintos artistas, dándosele incluso el nombre de pócima del romanticismo.

En el siglo XIX: la tendencia cambió un poco. Los médicos referidos por Balzac en sus obras eran generalmente rectos e imparciales, modelos de devoción y generosidad.

En el siglo XX: A excepción de Bernard Shaw, los escritores presentan a los médicos de manera heroica, luchando contra la ignorancia y tentaciones del dinero y la carne.

Fragmento de [La literatura en la medicina](#) (2006), de Olga Elena Martínez Gómez.

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.

Mapas: MSc. Roberto Yaniel Romero Carrazana.

Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Vedado, Plaza,

La Habana, Cuba. CP: 10 400.

Teléfono: (537) 8396273.