

Boletín de Alertas Epidemiológicas

Febrero 17
de 2016

Semana epidemiológica 6



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Boletín

Alertas epidemiológicas

Alcalde Mayor de Bogotá

Enrique Peñalosa

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario de Salud Pública

Patricia Arce Guzmán (E)

Coordinación General del Documento

Directora de Epidemiología, Análisis y
Gestión de Políticas de Salud Colectiva

Luz Adriana Zuluaga Salazar (E)

Subdirectora (e) de Vigilancia
en Salud Pública

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Subdirección de Vigilancia
en Salud Pública

José Jewel Navarrete Rodríguez

Profesional Especializado

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2015

www.saludcapital.gov.co

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA –
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y
GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD
COLECTIVAS – SUBDIRECCIÓN DE
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN
SALUD PÚBLICA

Elaborado por:

Nelly Yaneth Rueda Cortes
Profesional Especializado

Revisado por:

José Jewel Navarrete Rodríguez
Profesional Especializado

CONTENIDO

EVENTOS DE INTERES INTERNACIONAL 3

EVENTOS DE INTERES DISTRITAL 5

EVENTOS DE INTERES INTERNACIONAL

<p style="text-align: center;">BROTE DE EBOLA EN AFRICA OCCIDEN- TAL</p>	<p>El 7 de noviembre de 2015, Sierra Leona había sido declarada libre de EVE, y entrado en un periodo de vigilancia intensificada por 90 días, el 14 de enero 2016 (día 68 de vigilancia) se informa la muerte de una mujer positiva para el virus, en prueba post-mortem y quien tuvo un entierro inseguro, identificando 150 contactos de los cuales 108 se encontraban en seguimiento hasta el 3 de febrero y 48 contactos se encuentran perdidos. Los contactos de alto riesgo se enviaron a cuarentena voluntaria, allí el 20 de enero una tía de la paciente fallecida es positiva para EVE y es retirada para su tratamiento.</p> <p>La OMS declara libre del virus a Guinea, el 29 de diciembre y entra en vigilancia intensificada por 90 días que se cumplen el 27 de marzo de 2016. En Liberia, la transmisión humano a humano asociada al último cluster de casos finalizó el 14 de enero 2016 y entró en el período de 90 días de vigilancia Intensificada .</p> <p>El Total de casos entre sospechosos y confirmados es de 28.639 y 11.316 mortalidades a la SE 4 de 2016.</p>
	<p>FUENTE: Organización Mundial de la Salud http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-3-february-2016</p>
<p style="text-align: center;">MERS COV</p>	<p>Desde abril de 2012 al 13 de febrero de 2016, se han reportado 1655 casos de MERS incluyendo 639 mortalidades a nivel mundial; la última semana Arabia Saudita reportó 5 nuevos casos, todos en hombres quienes reportaron haber tenido contacto con camellos.</p> <p>Expertos evaluaron el brote de MERS como de riesgo bajo para la Unión Europea, los esfuerzos para contener los grupos nosocomiales en los países afectados son vitales para prevenir la transmisión. Aunque la transmisión sostenida de humano a humano es poco probable, la transmisión secundaria a contactos cercanos, especialmente en establecimientos de salud, sigue siendo posible, como se documentó en el brote de Corea del Sur.</p>
	<p>FUENTE: Centro Europeo para el control de enfermedades. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/communicable-disease-threats-report--13-feb-2016.pdf</p>
<p style="text-align: center;">INFLUENZA A H7N9</p>	<p>En marzo de 2013, se detectó un virus nuevo de Influenza aviar A (H7N9) en China. Desde entonces, 721 casos incluyendo 283 mortalidades han sido reportado hasta el 11 de febrero de 2016, en la semana SE 6 se reportaron 28 nuevos casos y 5 mortalidades en China.</p> <p>No hay casos autóctonos reportados fuera de China, pero si hay tres casos importados, dos a Canada y uno a Malasia.</p> <p>La mayoría de casos no están asociados y la transmisión zoonótica esporádica de aves de corral a los seres humanos es la explicación más probable para el brote.</p>
	<p>FUENTE: Centro Europeo para el control de enfermedades. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/communicable-disease-threats-report--13-feb-2016.pdf</p>

<p>POLIOMIELITIS POR POLIOVIRUS SALVAJE</p>	<p>La polio fue declarada una Emergencia de importancia en Salud Pública internacional (ESPII) el 05 de mayo 2014, debido a la circulación creciente y la propagación internacional del poliovirus salvaje durante 2014. El 25 de noviembre de 2015, la recomendaciones temporales en relación con la ESPII continúan a pesar que la OMS declaró erradicado del mundo, el poliovirus salvaje tipo 2. Razón por la cual en 11 semanas se llevará a cabo el cambio a nivel mundial de la trivalente a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, un hito importante para un mundo libre de polio. Hasta el 10 de febrero de 2016, se ha reportado un casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1), en Pakistán, con inicio de parálisis el 17 de enero en comparación con siete casos en el mismo período de 2015, En República de Laos, se han reportado 2 casos de poliovirus tipo 1 derivados de la vacuna quienes iniciaron parálisis el 8 y 11 de enero repectivamente. De otra parte, se resaltar el logro de Siria, país que cumplió dos años sin un caso reportado de poliomieltis a pesar del conflicto que ha afectado la prestación de servicios de salud, incluyendo las vacunas en los niños.</p> <p>La OMS recomienda que todos los viajeros a zonas afectados por poliomieltis deben estén vacunados. Los residentes (y los visitantes por más de 4 semanas) de áreas infectadas deben recibir una dosis adicional de vacuna oral contra la polio (OPV) o vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) en un plazo de 4 semanas a 12 meses del viaje.</p>
<p>CHICUNGUNYA EN LAS AMERICAS</p>	<p>En 2016 a SE 6 se han reportado 14-459 casos sospechosos, 232 casos confirmados, 232 casos importados con 0 mortalidades. El Istmo centroamericano aporta el 61% de los casos, especialmente Honduras y El Salvador.</p> <p>FUENTE: Organización Panamericana de la salud. Boletín Número de casos reportados de chicungunya en las Américas a SE 6 file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/2016-feb-12-cha-CHIKV-casos-se-06.pdf</p>
<p>FIEBRE DE LASSA EN NIGERIA</p>	<p>Desde diciembre de 2015 al 23 de enero 2016, Nigeria ha notificado un brote de Fiebre de Lassa con 159 casos sospechosos, 54 de ellos confirmados y 89 mortalidades , afectando 19 estados. Cuatro trabajadores de la salud han enfermado y 2 de ellos han muerto.</p> <p>Hasta el 21 de enero, se tienen identificados 2.504 contactos y solo 1.942 están en seguimiento y de estos 562 contactos han completado el seguimiento. Hasta el momento, ninguno de los contactos han dado positivo a la fiebre de Lassa.</p> <p>La fiebre de Lassa ocurre anualmente durante el verano en Nigeria y se detectó por primera vez en 1969 alcanzando el pico máximo en 2012. Un 80% de las personas son asintomáticas y uno de cada cinco desarrolla enfermedad grave, afectando el hígado, el bazo y los riñones. El período de incubación oscila de 6 a 21 días. El comienzo de síntomas, es gradual, iniciando con fiebre, debilidad y malestar general. Después de unos días, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolor muscular, dolor de pecho, náusea, vómitos, diarrea, tos y dolor abdominal. El reservorio animal es un roedor del género Mastomys, que elimina el virus en la orina y las heces. La transmisión persona a persona y en laboratorio puede darse durante atención médica por falta de medidas de bioseguridad. Debido a que el curso clínico de la enfermedad es variable, la detección es difícil; sin embargo, cuando la enfermedad se confirma en la comunidad, el aislamiento inmediato de los pacientes es la forma de control junto con el seguimiento a los contactos .</p> <p>Centro Europeo para el control de enfermedades. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/communicable-disease-threats-report-26-dec-</p>

ZIKA EN EL MUNDO

En los últimos 9 meses y hasta el 28 de enero de 2016, varios países de las Américas han reportado casos confirmados autóctonos de infección por el virus Zika : Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Curazao, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guyana francesa,, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martín, Suriname, Venezuela y la isla de Virginia (Estados Unidos). El consolidado de casos desde inicio de la epidemia en 2015 hasta SE 6 es de 118.208 casos sospechosos, 2.048 confirmados y 12 mortalidades.

En el resto del mundo se han reportado casos autóctonos en Tailandia, Cabo verde, isla Maldivas, Islas Salomón, nueva caledonia en Francia.

Eslovenia informó un caso de malformación congénita del SNC y microcefalia causada por la infección transplacentaria del virus Zika publicada en el New England Journal of Medicine el 10 de febrero de 2016. La mujer desarrolló una infección similar a Zika durante su primer trimestre de embarazo durante su residencia en Brasil. El embarazo se interrumpió luego que la ecografía reveló malformaciones del SNC. Las muestras de tejido del feto abortado mostraron evidencia inequívoca de la infección por el virus Zika en el SNC, es el primer caso documentado de malformación congénita en la Unión Europea que está asociado con infección por el virus Zika adquirido en una área afectada. Varios casos similares se han registrado en Brasil y uno en Hawaii.

Fuente: Organización Panamericana de la salud/ OPS/OMS. http://ais.paho.org/hip/viz/ed_zika_cases.asp

Centro Europeo para el control y Prevención de enfermedades. ECDC <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/communicable-disease-threats-report--13-feb-2016.pdf>

BROTE DE FIEBRE AMARILLA EN ANGOLA

El 21 de enero de 2016, Angola notificó a la OMS un brote de fiebre amarilla. Los primeros tres casos fueron identificados en el distrito de Viana (provincia de Luanda) el 5 de diciembre de 2015 y hasta el 8 de febrero, se habían notificado un total de 164 casos sospechosos y 37 muertes. La mayoría de los casos (n = 138) había sido reportado en la provincia de Luanda. Otras provincias afectadas incluyen Cabinda, Cuanza Sur, Huambo, Huila y Uige. Los casos sospechosos son sometidos a pruebas de laboratorio con el fin de descartar otras etiologías y reacciones cruzadas con la fiebre amarilla.

FUENTE: Organización Mundial de la Salud, OMS <http://www.who.int/csr/don/12-february-2016-yellow-fever-angola/en/>

ZIKA EN COLOMBIA

A partir de la confirmación de la circulación de virus Zika en el país y el inicio de la fase epidémica (desde la semana epidemiológica 40 de 2015), hasta la semana epidemiológica 05 de 2016, se han notificado 1 504 casos confirmados por laboratorio, distribuidos en 31 de las 37 entidades territoriales, 25.950 casos confirmados por clínica procedentes de 30 de las 37 entidades territoriales y 4 101 casos sospechosos procedentes de 33 de las 37 entidades territoriales. A la fecha se han notificado 31.555 casos en todo el territorio nacional. En la semana epidemiológica 05 de 2016, se notificaron 5.910 casos nuevos, 4.574 casos de la semana 05 y 1-336 de semanas anteriores. Por procedencia, Norte de Santander, Huila, Cundinamarca, Barranquilla y Tolima registran el 56,4 % de los casos .

Se ha confirmado circulación del virus en 222 municipios; 100 (el 45,0 %) de la región central y 46 (el 20,7 %) de la región caribe. Cundinamarca es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados por laboratorio (23 municipios). Hasta la semana epidemiológica 05 de 2016, han notificado casos sospechosos de enfermedad por virus Zika 386 municipios, para 608 municipios a nivel nacional que han reportado casos.

FUENTE: Instituto nacional de Salud. Boletín epidemiológico SE 3 2016. <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%205.pdf>

CHICUNGUNYA EN COLOMBIA

A semana epidemiológica 05 de 2 016, se han notificado al SIVIGILA 5 860 casos, de los cuales, 5 722 casos (el 97,6 %) se han confirmado por clínica, 30 casos (el 0,5 %) confirmados por laboratorio y 108 casos (el 1,6 %) sospechosos. El promedio de casos notificados por semana hasta la semana 05 de 2 016 es de 1 172. Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

El 50% de los casos, según la procedencia los aporta Tolima, Cundinamarca, Valle del Cauca, Huila.

La incidencia nacional de chikunguña es de 21,7 casos por 100 000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Cundinamarca, Tolima, Caquetá, Putumayo y Huila, pero la confirmación viral se ha confirmado en 724 municipios.

FUENTE: Instituto nacional de Salud. Boletín epidemiológico SE 3 2016. <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%205.pdf>

EVENTOS DE INTERES DISTRITAL

EVENTO	SITIO	E.S.E.	COMENTARIOS 15 DE FEBRERO DE 2016 / 10:00 hrs
VARICELA	COMPAÑÍA A- BASAN	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL TRES CASOS EN AISLAMIENTO.
PAROTIDITIS	Centro Transitorio de Atención CETA	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL ONCE CASOS. TODOS EN AISLAMIENTO.
PAROTIDITIS	DHLUYER - BASAN	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 23 CASOS.
PAROTIDITIS	Compañía DHLUYER PM 13	PUENTE ARANDA	NUEVO EVENTO. SIETE CASOS. TODOS EN AISLAMIENTO
PAROTIDITIS	EC BOGOTÁ	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 5.
VARICELA	Escuela Militar de Cadetes José María Córdoba	BARRIOS UNIDOS	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 1 CASO NUEVO, EN AISLAMIENTO.
EDA	HOGAR DE PASO SOCIAL DE BOGOTÁ 2000	BARRIOS UNIDOS	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 14 CASOS.
PAROTIDITIS	BATALLÓN GUARDIA PRESIDENCIAL	LA CANDE-LARIA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 10 CASOS NUEVOS
PAROTIDITIS	Luis Amigo - CIPA	TUNJUELTIO	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 5 CASOS
PAROTIDITIS	Escuela de Artillería Dispensario Sur	TUNJUELTIO	NUEVO EVENTO. ONCE CASOS. TODOS EN AISLAMIENTO.
ETA	Colegio Anglo Americano	USAQUEN	NUEVO EVENTO. 60 CASOS. EN ESTUDIO

Fuente: Reporte de Eventos Brotes por Mireya Martínez y ETA por Adriana García. Unidad Comando en Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia en Salud.