

Boletín de Alertas Epidemiológicas

Marzo 3
de 2016

Semana epidemiológica 8



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

BROTE DE EBOLA EN AFRICA OCCIDENTAL	<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 2015 (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, el 20 de enero la tía de la paciente fallecida es positiva para EVE y a la fecha ya fue dada de alta, luego de dos pruebas negativas para EVE , los contactos identificados terminaron seguimiento el 11 de febrero y los que no se identificaron irían hasta el 24 de febrero, si no se detectan más casos, la transmisión asociada a este grupo de casos habrá terminado el 17 de marzo.</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 clúster 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 (Semana Epidemiológica) 6 de 2016.</p>
	<p>FUENTE: Organización Mundial de la Salud http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-2-march-2016</p>
MERS COV	<p>Desde abril de 2012 al 13 de febrero de 2016, se han reportado 1.655 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>
INFLUENZA A H7N9	<p>En marzo de 2013, se detectó un virus nuevo de Influenza aviar A (H7N9) en China. Desde entonces, 722 casos incluyendo 283 mortalidades han sido reportado hasta el 26 de febrero de 2016, en la semana SE 7 se reportó un caso en Hong Kong.</p> <p>No hay casos autóctonos reportados fuera de China, pero si hay tres casos importados, dos a Canadá 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/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.aspx?ID=1368&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&Source=http%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fen%2FPages%2Fhome%2Easpx</p>

**POLIOMIELITIS
POR
POLIOVIRUS
SALVAJE**

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 24 de febrero de 2016, se han reportado dos casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1), en Pakistán, con inicio de parálisis el 17 y el 22 de enero en comparación con 2015 que para el mismo periodo reportó 9 casos.

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 respectivamente.

Estamos a 8 semanas para el "switch" mundial del cambio de vacuna trivalente a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, un hito importante para el logro de un mundo libre de polio.

La OMS recomienda que todos los viajeros a zonas afectados por polio-mielitis 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.

FUENTE: Global polio eradication initiative. <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>

**CHICUNGUNYA
EN LAS
AMERICAS**

En 2016 a SE 8 se han reportado 18.080 casos sospechosos, 376 casos confirmados, 16 casos importados con 0 mortalidades. El Istmo centroamericano aporta el 50% de los casos, especialmente Honduras y El Salvador.

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

**SARAMPION EN
EL MUNDO**

La eliminación del sarampión requiere vacunación consistente por encima del 95 % con dos dosis de la vacuna contra el sarampión en todos los grupos de población, una fuerte vigilancia y efectivas medidas de control de brotes.

En el mundo se han reportado brotes de sarampión en Senegal (número desconocido de casos con 1 mortalidad) Nigeria (brote en barrio de bajos ingresos con 25 mortalidades) Sudán (40 casos), Camboya,(1 caso en menor de 7 meses de edad), Australia (14 casos) y Nueva Zelanda (1 caso que adquirió la enfermedad en vuelo y 300 contactos en seguimiento).

En las Américas en lo corrido de 2016, se han presentado 3 casos confirmados por laboratorio, 2 en Canadá (SE 3) y 1 en Estados Unidos (SE 1)

FUENTE: Centro Europeo para el control de enfermedades. file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/2016-feb-26-cha-CHIKV-cases-ew-08%20(1).pdf

ZIKA EN EL MUNDO

Hasta el 25 de febrero de 2016 la transmisión no autóctona del virus Zika en la Unión Europea ha registrado 177 casos importados en 15 países; Austria (1), República Checa (2) Dinamarca (1), Finlandia (2), Francia (66), Alemania (20), Irlanda (3), Italia (6), Malta (1), Países Bajos (30), Portugal (7), España (27), Suecia (2), Eslovenia (1) y el Reino Unido (8). Diez de los casos importados son mujeres embarazadas.

En los últimos nueve meses y hasta el 25 de febrero de 2016, varios países o territorios confirmaron casos autóctonos de infección por el virus Zika: Samoa Americana, Aruba, Barbados, Bolivia, Brasil, Bonaire, Cabo Verde, Colombia, Costa Rica, Curaçao, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Fiji, Guyana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Maldivas, Islas Marshall, Martinica, México, Nueva Caledonia, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Samoa, San Martín, Islas Salomón, Suriname, Tailandia, Tonga, Trinidad y Tobago, Vanuatu, Venezuela y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.

Treinta países de la Unión Europea han emitido recomendaciones a personas que viajan a zonas afectadas por el Zika, en especial a las mujeres embarazadas aplazar los viajes a los países afectados por la epidemia Zika.

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--27-feb-2016.pdf>

ZIKA Y SU ASOCIACION CON MICROCEFALIA

Existe una creciente evidencia de que la infección transplacentaria con el virus Zika pueden causar daño severo al sistema nervioso central y microcefalia . Varios estudios han documentado los pasos de la cadena de infección intrauterina, desde infección sintomática similar a Zika en una embarazada que reside en área endémica para Zika , para la detección de microcefalia con calcificaciones cerebrales en el feto y la detección de virus Zika , ya sea en el líquido amniótico , en el líquido cefalorraquídeo del recién nacido, o en el sistema nervioso central de un feto abortado o un recién nacido muerto. Sin embargo , una relación causal entre la infección intrauterina del virus Zika y resultados adversos en el embarazo todavía no se ha confirmado con certeza.

Además, con el fin de proteger a las embarazadas, los viajeros masculinos que provienen de zonas de riesgo deben considerar el uso de un condón con una pareja femenina embarazada hasta el final del embarazo o durante seis meses para los padres en riesgo de embarazarse. Dicha medida se basa en la limitadas pruebas y evidencia de la posible transmisión sexual del virus.

FUENTE: Centro Europeo para el control y Prevención de enfermedades. ECDC <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/communicable-disease-threats-report--27-feb-2016.pdf>

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 07 de 2016, se han notificado 1.612 casos confirmados por laboratorio, distribuidos en 34 de las 37 entidades territoriales, 34.464 casos confirmados por clínica procedentes de 32 de las 37 entidades territoriales y 6.630 casos sospechosos procedentes de 32 de las 37 entidades territoriales. A la fecha se han notificado 42.706 casos de enfermedad por virus Zika en todo el territorio nacional. En la semana epidemiológica 07 de 2016, se notificaron 5.695 casos nuevos, 3.344 casos de la semana 07 y 2.351 de semanas anteriores. Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato. Por procedencia Norte de Santander, Huila, Tolima, Cundinamarca y Barranquilla registran el 58,7 % de los casos

FUENTE: Instituto nacional de Salud. Boletín epidemiológico SE 7 2016. <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%207.pdf>

CHICUNGUNYA EN COLOMBIA

Hasta la semana epidemiológica 07 de 2.016, se han notificado al Sivigila 7.362 casos, 7.207 casos (el 97,9 %) confirmados por clínica, 46 casos (el 0,6 %) confirmados por laboratorio y 109 casos (el 1,5 %) sospechosos; en la semana epidemiológica 07 se notificaron 719 casos del evento, 590 corresponden a la semana epidemiológica 07 y 129 a semanas epidemiológicas anteriores. El promedio de casos notificados por semana hasta la semana 07 de 2.016 es de 1.051.

Por procedencia, Valle del Cauca, Tolima, Cundinamarca, Santander y Huila notificaron el 49,6% de los casos .

La incidencia nacional de chicungunya es de 27,3 casos por 100.000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Cundinamarca, Tolima, Putumayo, Caquetá y Guainía

FUENTE: Instituto nacional de Salud. Boletín epidemiológico SE 3 2016. <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%207.pdf>

PROBABLE BROTE DE MENINGITIS EN EL VALLE DEL CAUCA

Según el Instituto Nacional de Salud entre enero y febrero de 2016, el Distrito de Buenaventura (Valle del Cauca) ha identificado un brote de meningitis bacteriana por Neisseria Meningitidis del serogrupo C; a la fecha se han detectado 7 casos, de los cuales cinco fallecieron y dos están vivos. De acuerdo con la investigación de campo y los análisis realizados a la fecha, 4 casos fueron confirmados, uno por laboratorio y tres por nexo epidemiológico; 1 descartado (condición vivo) y 2 muertes se encuentran pendientes de unidad de análisis con resultados de laboratorio para confirmarlos o descartarlos .

En Cali se han presentado dos casos sospechosos que están en investigación.

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Diario de Noticias de Interés Sanitario N° 061 de 2016

EVENTOS DE INTERES DISTRITAL

EVENTO	SITIO	E.S.E.	COMENTARIOS 03 DE MARZO DE 2016 / 09:00 hrs
PAROTIDITIS	Centro Transitorio de Atención CETA	PUENTE ARANDA	DOS CASOS NUEVOS. TOTAL TRECE CASOS. TODOS EN AISLAMIENTO.
PAROTIDITIS	DHLUYER - BASAN	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 19 CASOS.
PAROTIDITIS	Compañía DHLUYER PM 13	PUENTE ARANDA	TRES CASOS NUEVOS. DIEZ CASOS.
PAROTIDITIS	EC BOGOTÁ	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 7 CASOS
VARICELA	Escuela Militar de Cadetes José María Córdoba	BARRIOS UNIDOS	CERRADO. TOTAL 1 CASO.
PAROTIDITIS	BATALLÓN GUARDIA PRESIDENCIAL	LA CANDELARIA	CERRADO. TOTAL 10 CASOS NUEVOS
PAROTIDITIS	Luis Amigo - CIPA	TUNJUELTIO	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 5 CASOS
PAROTIDITIS	Escuela de Artillería Dispensario Sur	TUNJUELTIO	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL 16 CASOS.

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