

Boletín de Alertas Epidemiológicas

Mayo 20
de 2016

Semana epidemiológica 20



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

Coordinación General del Documento

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

Carlos Julio Pinto Iza

Subdirectora (e) de Vigilancia
en Salud Pública

Daibeth Elena Henríquez Iguarán

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>La emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en relación con el Ébola en África occidental, fue levantada el 29 de marzo de 2016. Un total de 28 616 casos entre confirmados, probables y sospechosos se reportaron en Guinea, Liberia y Sierra Leona, con 11310 muertes. En Guinea, el último caso con prueba negativa por segunda vez para EVE se presentó el 19 de abril. En Liberia, el último caso negativo por segunda vez fue el 28 de abril. Habrán de pasar 42 días (dos períodos de incubación) para que el brote pueda ser declarado cerrado, para el caso de Guinea será el 31 de mayo 2016 y para Liberia se terminará el 9 de junio. La contención del último brote de marzo de 2016, en Sierra Leona ha implicado incrementar la vigilancia, realización de pruebas a todas las mortalidades y la inmediata investigación del caso.</p> <p>Los indicadores de resultados sugieren que Guinea, Liberia y Sierra Leona todavía tienen capacidad variable para prevenir, detectar (vigilancia epidemiológica y de laboratorio) y responder a los nuevos brotes El riesgo de brotes adicionales originado por la exposición a los fluidos corporales de los supervivientes es permanente y requiere asesoramiento permanente sobre las prácticas de sexo seguro y pruebas de los fluidos corporales.</p> <p>FUENTE: Organización Mundial de la Salud http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206536/1/ebolaitrep_19May2016_eng.pdf?ua=1</p>
MERS COV	<p>Desde abril de 2012 al 10 de marzo de 2016, se han reportado 1733 casos de MERS incluyendo 652 mortalidades a nivel mundial; desde el 30 de abril y el 5 de mayo se han notificado 5 nuevos casos en Arabia Saudita, de estos 1 mortalidad.</p> <p>Expertos evaluaron el brote de MERS como de riesgo bajo para el resto del mundo, los esfuerzos se encaminan a contener los brotes nosocomiales en los países afectados para prevenir la transmisión. Si bien es cierto que, la transmisión sostenida humano-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: Organización Mundial de la Salud . http://www.who.int/csr/don/16-may-2016-mers-saudi-arabia/en/</p>
INFLUENZA A H5N1 y otras cepas.	<p>Según la OMS entre el 25 de febrero y el 4 de abril de 2016, se reportaron cuatro casos humanos de influenza A (H5N1) en Egipto.</p> <p>Además entre el 4 de abril y 4 de mayo de 2016, China notificó la OMS de cuatro casos confirmados por laboratorio de infección humana por virus de gripe aviar A (H5N6) virus. Todos los casos tuvieron exposición a aves de corral.</p> <p>Otros subtipos de influenza aviar H7N7 y H9N2, han infectado personas de forma esporádica, muchas de estas infecciones han sido leves o incluso subclínicas, pero algunos han sido graves y han resultado en muertes.</p> <p>FUENTE: Centro Europeo para el control de enfermedades. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Communicable-disease-threats-report-14-may-2016.pdf</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, 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.

Entre el 17 de abril y el 1 de mayo, 155 países y territorios participaron en el plan estratégico switch, que significa, la interrupción histórica de la vacuna oral trivalente para cambio por vacuna oral bivalente, lo que significa retirar el componente tipo dos de la vacuna para proteger a las generaciones futuras contra el poliovirus circulantes derivados de la vacuna oral (OPV) o vacuna antipoliomiélfica inactivada (IPV) en un plazo de 4 semanas a 12 meses

Hasta el 11 de mayo 2016, se han reportado 14 casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en los dos países endémicos: 9 en Pakistán y 5 en Afganistán, comparado con el mismo periodo de 2015 donde se presentaron 23 casos (22 de Pakistán y 1 en Afganistán).

En cuanto a los países no endémicos, la República de Laos, ha reportado 3 casos de poliovirus tipo 1 derivados de la vacuna quienes iniciaron parálisis el 8 y 11 de enero respectivamente.

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

FIEBRE AMARILLA EN ANGO- LA

Un brote de fiebre amarilla en Angola comenzó en diciembre de 2015 en el municipio de Viana, provincia de Luanda y se propagó a 16 provincias de Angola, realizando una campaña de vacunación masiva. La vecina República Democrática del Congo, informó casos de fiebre amarilla y el 2 de mayo informó la primera confirmación de la transmisión autóctona importada, en Kinshasa, la capital. El 5 de mayo, la RDC informó un caso autóctono adicional en Kongo Central. Los medios informaron un caso importado en Namibia. Un brote de la fiebre amarilla no relacionado con el brote en Angola ha sido reportado en varios distritos de Uganda.

Angola: Ha reportado 2 267 casos sospechosos (445 son de Luanda y 251 son de fuera de Luanda) y 293 muertes. De ellos, se confirman 696 casos. Los casos confirmados ahora se han reportado en 14 de las 18 provincias.

República Democrática del Congo; ha reportado 5 casos probables y 39 casos confirmados por laboratorio: 37 importados de Angola, dos casos autóctonos en Ndjili, Kinshasa y Matadi, provincia central Kongo. La posibilidad de infecciones autóctonas está siendo investigada en unos 10 casos no clasificados, tanto en Kinshasa y Kongo.

Uganda, entre el 26 de marzo y el 18 de abril de 2016, reportó 41 casos incluyendo siete muertes. Se confirmaron por laboratorio, siete casos y dos muertes.

Los 41 casos se reportan en los distritos de Masaka, Rukungiri, Ntungamo, Bukumansimbi, Kalungu, Lyantonde, y Rakai. Ninguno de los casos tiene antecedentes de viaje reciente a Angola.

FUENTE: Centro Europeo para el control de enfermedades. <http://http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Communicable-disease-threats-report-14-may-2016.pdf>

ZIKA EN EL MUNDO

Al 12 de mayo de 2016, 51 países han reportado casos autóctonos de infección por el virus Zika durante los últimos nueve meses. El 1 de febrero de 2016, la OMS declaró que la infección por el virus Zika y los grupos relacionados de casos microcefalia y otros trastornos neurológicos constituyen una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Ahora hay un consenso científico, que el virus Zika es una de las causas de la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré. Dado este consenso científico, se recomienda que las mujeres embarazadas pospongan los viajes no esenciales a las áreas afectadas por el Zika.

España; el 5 de mayo, se detectó el primer caso de microcefalia en un feto de una madre con infección del virus Zika en Cataluña.

Alemania; el 12 de mayo de 2016 informó un caso por transmisión sexual de hombre a mujer.

Argentina: Se detectaron dos casos autóctonos de infección por el virus Zika en Tucumán, Argentina.

Brasil: De octubre 2015 al 7 de mayo de 2016, reportó más de 7438 casos sospechosos de microcefalia. De estos casos, 1 326 son casos confirmados de microcefalia, de los cuales 205 tenían laboratorio confirmando la presencia del virus . De los casos restantes, 2 679 fueron descartados, mientras que 3433 casos están bajo investigación. Entre los 7438 casos sospechosos de microcefalia, se reportaron 262 mortalidades intrauterinas o neonatales.

Microcefalia y otras malformaciones fetales asociados con la infección por el virus Zika o sugestivo de infección congénita: Brasil (1 326 casos), Cabo Verde (2 casos), Colombia (7 casos), Polinesia Francesa (8 casos), Martinica (3 de los casos), Islas Marshall (1 caso), Panamá (5 casos), Estados Unidos de América (2 casos) y España (1). En el contexto de la circulación de virus del Zika, 13 países o territorios han informado un aumento en la incidencia del síndrome de Guillain-Barré y / o confirmación por laboratorio de infección por el virus Zika en ellos.

Fuente: Centro Europeo para el control de enfermedades. [http://http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Communicable-disease-threats-report-14-may-2016.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Communicable-disease-threats-report-14-may-2016.pdf)

FIEBRE DE LASSA EN LIBERIA

Desde 1 enero de 2016, se han notificado 38 casos sospechosos de fiebre de Lassa en Liberia. Los casos sospechosos se registraron en 6 prefecturas: Bong (17 casos, incluyendo 9 muertes), Nimba (14 casos, incluidas 6 muertes), Gbarpolu (4 casos), Lofa (1 caso), Margibi (1 caso) y Montserrado (1 caso).

Del 1 de enero al 3 de abril de 2016, se procesaron por laboratorio, 24 muestras de casos sospechosos de estos, 7 fueron positivos para fiebre de Lassa.

A la fecha, 134 contactos han completado el período de seguimiento de 21 días. Se están monitoreando un total de 17 contactos adicionales. Ninguno de estos contactos ha desarrollado síntomas hasta ahora.

FUENTE. Organización Mundial de la Salud OMS
<http://www.who.int/csr/don/18-may-2016-lassa-fever-liberia/en/>

FIEBRE HEMORRAGICA EN SUDAN

Desde diciembre de 2015 a mayo de 2016, Sudán del Sur notificó un brote de fiebre hemorrágica. Hasta el 9 de mayo, un total de 51 casos sospechosos, incluyendo 10 muertes, se han informado de los condados de Aweil del Norte (45 casos, incluyendo 10 muertes) y Aweil Hueso (6 casos). No hay trabajadores de la salud reportados entre los casos. La mayoría (74,5%) de los casos son menores de 20 años de edad.

Los síntomas más frecuentes incluyen sangrado inexplicable, fiebre, fatiga, dolor de cabeza y vómitos. Los síntomas no parecen ser graves y resolver rápidamente después de un tratamiento de soporte. Actualmente, no hay evidencia de transmisión de persona a persona de la enfermedad. La investigación por laboratorio ha incluido, virus, bacterias, toxinas y continúa en curso para identificar el agente causal.

FUENTE. Organización Mundial de la Salud OMS. <http://www.who.int/csr/don/19-may-2016-hf-south-sudan/en/>

ZIKA EN COLOMBIA

A partir de la declaración de la fase epidémica en SE 40 de 2015 hasta la SE 18 de 2016, se han notificado 4867 casos confirmados y 75926 sospechosos por clínica, de los cuales 71299 proceden de 431 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio y 4 627 proceden de 316 municipios donde no se han confirmado casos. Sumando los casos confirmados y sospechosos, los departamentos que concentran el 54,6 % del total de los casos notificados son Valle del Cauca, Norte de Santander, Huila, Tolima y Santander. Se ha confirmado circulación viral en 431 municipios; Cundinamarca reporta el mayor número de municipios con casos confirmados por laboratorio (40 municipios). Se han notificado casos sospechosos de enfermedad por virus Zika en 316 municipios, sumando un total de 747 municipios con casos reportados entre confirmados y sospechosos. En gestantes hasta SE 18 de 2016, se han confirmado 2.948 casos en mujeres embarazadas y se han notificado 11.417 casos sospechosos en gestantes que refieren haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika. El departamento con mayor proporción de casos es Norte de Santander con el 17,14 % (2 462 gestantes). En el mismo periodo se han confirmado cinco casos de microcefalias asociados al virus Zika, 24 casos fueron descartados y 43 casos están en estudio. Desde el 15 de diciembre de 2015 a SE 18 de 2016 se han notificado 517 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con infección por virus Zika, los cuales se encuentran en proceso de verificación .

FUENTE: Instituto nacional de Salud. Boletín epidemiológico SE 7 2016. <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%202018.pdf>

EVENTOS DE INTERES DISTRITAL

EVENTO	SITIO	E.S.E.	COMENTARIOS 17 DE MAYO DE 2016 4:30 PM
PAROTIDITIS	ESTACIÓN SEXTA DE POLICÍA	TUNJUELITO	SIN CASOS NUEVOS. TOTAL SIETE (7) CASOS. EN AISLAMIENTO EN SU DO-
VARICELA	JARDIN INFANTIL SAMPER MENDOZA	LOS MARTIRES	NUEVOS CASOS: TOTAL (55) CASOS.
VARICELA	CENTRO PENITENCIARIO Y CARCELARIO LA PICOTA	RAFAEL URIBE URIBE	SIN CASOS NUEVOS. TRES (3) CASOS TOTAL
VARICELA	CARCEL DISTRITAL	SAN CRISTOBAL	SIN CASOS NUEVOS, UN (1) CASO.
IRAG	ALOJAMIENTO EMBERA ASOCIACION CRISTIANA	LOS MARTIRES	CASOS NUEVOS 7. TOTAL 37 CASOS
PAROTIDITIS	EC BOGOTÁ MODELO	PUENTE ARANDA	SIN CASOS NUEVOS. UN (1) CASO TOTAL PATIO 2 A
MENINGITIS POR NEISE-	COLEGIO PINAR DEL RIO	KENNEDY	SIN CASOS NUEVOS, UN (1) CASO.

Fuente: Reporte de Eventos Brotes. Subsecretaría de Vigilancia en Salud.