

## BOLETIN SEMANAL DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS

CORTE A 01 DE ABRIL DE 2014

### CORONAVIRUS DEL MEDIO ORIENTE

Esta cepa de coronavirus no se había identificado antes en el ser humano. Hasta ahora los datos sobre su transmisión, gravedad e impacto clínico son muy reducidos.

Desde septiembre de 2012 a la fecha se han notificado 206 casos de *MERS-CoV* confirmados por laboratorio y de ellos 86 mortalidades. El brote se inició en el medio oriente y ha afectado los países de Arabia Saudita, Emiratos árabes, Omán, Qatar, Kuwait, Jordán. Sin embargo, se han presentado casos importados en Italia, Túnez, Francia, Alemania y Reino Unido.

Se recomienda la intensificación de la vigilancia de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) con antecedente de viaje a estos países o contacto con caso confirmado de la enfermedad.

### BROTE DE FIEBRE DE EBOLA ZAIRE EN GUINEA, LIBERIA Y SIERRA LEONA

Desde el 9 de febrero de 2014 hasta el 28 de marzo de 2014, se han notificado 122 casos compatibles, 24 han sido confirmados por PCR incluyendo 80 mortalidades, lo que representa una tasa de mortalidad del 65.5%, y se le hace seguimiento a más de 400 contactos. Dos de los nuevos casos han sido en trabajadores de la Salud.

Dicho brote se ha extendido a Liberia donde se han notificado 8 casos sospechosos con seis muertes y 27 contactos bajo seguimiento médico; igualmente Sierra Leona reportó seis casos sospechosos y cinco mortalidades. Todos los casos sospechosos tienen antecedente de viaje a Guinea.

El riesgo de contraer la infección para viajeros es bajo a menos que estén en contacto directo con fluidos corporales de personas o animales infectados vivos o muertos. Puede darse el caso, que los viajeros infectados en Guinea lleguen a sus países de origen incubando la enfermedad y desarrollar los síntomas. Estos casos deben buscar atención médica inmediata y ser aislados para evitar la transmisión adicional y referenciar su antecedente de viaje.

La infección por el virus del Ébola procedente de África causa enfermedad grave en humanos. El inicio de los síntomas es súbito e incluye fiebre, dolores musculares, debilidad, dolor de cabeza y dolor de garganta. La siguiente etapa se caracteriza por vómitos, diarrea, erupción cutánea y el mal funcionamiento del hígado y los riñones y en la etapa final, los pacientes desarrollan insuficiencia multiorgánica. El período de incubación de la enfermedad varía de 2 a 21 días. La tasa de letalidad se estima entre el 50% y el 90%. El Virus de Ebola es altamente transmisible por contacto directo con la sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de muertos o de personas infectadas. La transmisión a través del contacto sexual puede ocurrir hasta siete semanas después de la recuperación clínica. La transmisión también puede producirse por contacto con animales muertos o vivos infectados por ejemplo, monos, chimpancés, antílopes y los murciélagos forestales. La transmisión aérea, como en el caso del sarampión o viruela, no se ha documentado.

### INFECCION HUMANA POR INFLUENZA A (H7N9)

El virus de la gripe A (H7N9) forma parte de un subgrupo de virus gripales que normalmente circulan en las aves. Ahora está produciendo infecciones humanas. La información existente sobre el alcance de la enfermedad causada por este virus y sobre la fuente de exposición es escasa. La enfermedad es preocupante porque ha sido grave en la mayoría de los casos. Por el momento no hay indicios de que se pueda transmitir

de persona a persona, pero se están investigando activamente las vías de transmisión tanto de los animales a las personas como de persona a persona.

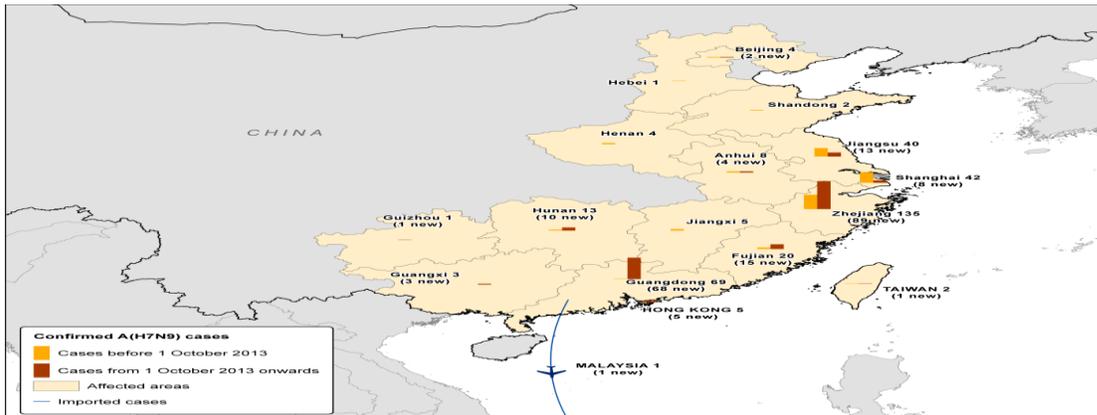
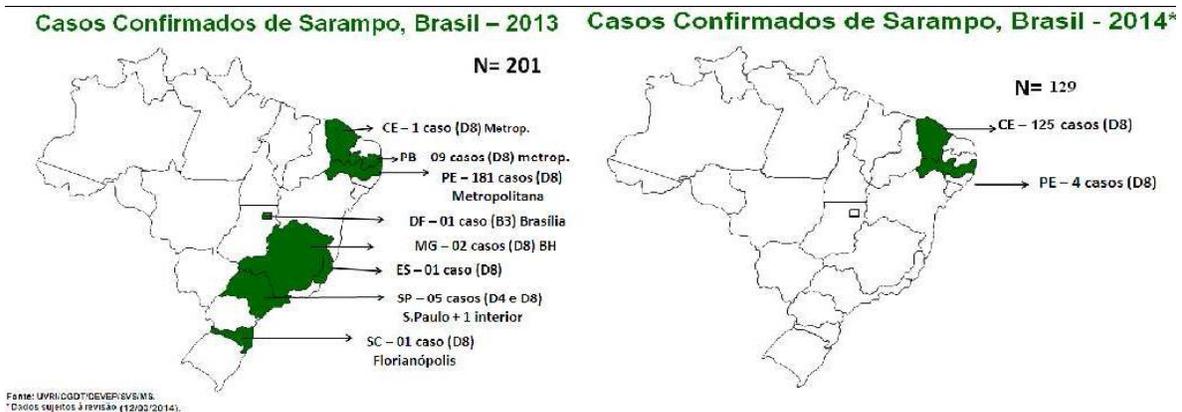


Figura 1. Distribución de casos confirmados A (H7N9) por lugar de reporte, de semana 8/2013 a 10/2014, en China (n=375)

China notificó el primer caso en febrero de 2013 y ha presentado dos picos epidemiológicos; el primero de febrero a mayo de 2013 con 133 casos. Los reportes empezaron a descender en el verano donde se presentaron solo dos casos. Un segundo pico se viene presentando desde octubre de 2013 y hasta el 18 de marzo 2014 se han notificado 242 casos, todos en las provincias del oriente de China. En total se tienen 375 casos y de ellos 115 mortalidades.

#### BROTE DE SARAMPION EN BRASIL

En Brasil, hay evidencia de la interrupción de la transmisión autóctona del virus del sarampión desde el año 2000. Sin embargo, el Ministerio de Salud ha confirmado una serie de casos de sarampión importados entre los años 2001 y 2014. En el año 2010 , 68 casos ( 3 en Pará 8 en Rio Grande do Sul y 57 confirmados en Paraíba ) , en 2011, 43 casos fueron confirmados ( 1 Piauí , Bahía 1 , 1 Distrito Federal , 1 en Minas Gerais, Mato Grosso 1 en el Sur, 4 en Río de Janeiro , 7 en Río Grande do Sul y 27 en Sao Paulo) . En 2012, un caso fue confirmado en Minas Gerais. En 2013, se notificaron 621 casos sospechosos y 201 fueron confirmados, un número cinco veces mayor que en 2011 .Los casos de sarampión han sido confirmados en Minas Gerais (2 casos), Distrito Federal (01 casos), Pernambuco (181 casos), São Paulo (05 casos), Paraíba (09 casos), Santa Catarina (01 caso), Espírito Santo (01 caso) y Ceará (01 caso). En 2014 a SE 12, hay 125 casos confirmados en Ceará y en Pernambuco (4).



*Figura 2. Distribución de casos confirmados de sarampión en Brasil 2013 y 2014. (Fuente Boletim Epidemiológico Sarampo Governo do estado do Ceará. 28/ 03/ 2014)*

Según el Ministerio de Salud, el brote de Pernambuco parece no haber sido controlado y ahora, se ha extendido a 20 municipios. El caso índice no fue identificado y no se puede decir a ciencia cierta cómo fue la introducción del virus en esta región.

Aparece un nuevo brote en el Estado de Ceará, con 351 casos sospechosos de sarampión reportados entre 25/12/2013 y 11/03/2014, para confirmar la circulación del virus del sarampión (D8 genotipo) en el Estado, se consideran casos confirmados, los pacientes con fiebre, erupción cutánea y una o más de las siguientes signos y síntomas - tos y / o coriza y / o conjuntivitis-con resultados serológicos IgM positiva e IgG negativo, sin antecedentes de vacunación en los últimos 21 días.

Entre los casos reportados el 35.6% (125/351) fueron confirmados, el 57% (200/351) fueron descartados y el 7.2% (26/351) se encuentran en investigación epidemiológica. La semana epidemiológica (SE) con el mayor número de casos notificados fue la 5 (26/01/2014 al 01/02/2014), sin embargo, la SE con mayor número de casos confirmados fue la 4 (19/01 al 25/01/2014).

Entre los casos confirmados, el 43,2% (54/125) son menos de un año de edad, entre ellos, 16.8% (21/125) son menores de seis meses de edad y el 26.4% (33/125) tienen entre seis meses y un año de edad, siendo esta la población más afectada por el brote por no estar inmunizados y porque la dosis de la vacuna contra el sarampión se aplica a los 12 meses. Por sexo se distribuyen así, 60.8% (76/125) son masculino y el 39.2% (49/125) son mujeres. El estado vacunal de los casos confirmados fue: 32.8% (40/125) no estaban vacunados, ya que son menores de un año, el 27% (33/125) ignora el estado de vacunación, el 27% (33/125) no estaban vacunados y 13.1 % (16/125) tenía una dosis de vacuna. El 25.4% (31/125) de los casos fueron hospitalizados, pero todos los pacientes respondieron satisfactoriamente.

#### **SARAMPION EN ESTADOS UNIDOS Y CANADA**

En Estados Unidos, se ha producido un aumento marcado de casos, a la fecha se contabilizan 49 casos y 11 han sido pacientes que han viajado fuera de norte o sur América. Aún se está tratando de identificar la fuente del contagio de 5 casos. El condado con más casos es Orange con 21 personas infectadas, seguido por Los Ángeles con 10, Riverside con 5, San Diego y Contra Costa con 4 cada uno. En el Norte de California, el condado de San Mateo registró 3 casos, y Alameda y Santa Clara con 1, respectivamente. La mayoría de los casos registrados se han dado en personas que no han sido vacunadas, agregaron las autoridades.

En Canadá, hasta el 27 de marzo se han confirmado más de 200 casos, en el valle de Fraser, una región al este de Vancouver, en el oeste de Canadá, en donde las tasas de inmunización son menores en ciertos grupos escolares y religiosos.

#### **INICIO DE MAYOR CIRCULACIÓN DE INFLUENZA EN AMÉRICA DEL SUR Y EL CARIBE**

Ante el inicio de la temporada de mayor circulación de la influenza en América del Sur y el Caribe, es importante tener en cuenta lo ocurrido durante la temporada 2013-2014 de influenza en el hemisferio norte, que se caracterizó por un predominio de circulación de influenza A (H1N1) pdm091 y por afectar principalmente a adultos jóvenes.

En Canadá, el virus predominante fue influenza A (H1N1) pdm09, el 55% correspondió a personas de 20 a 64 años. En relación con las hospitalizaciones, desde el inicio de la temporada hasta la semana epidemiológica (SE) 11 del 2014, tuvieron lugar 1.250 hospitalizaciones asociadas a influenza, el 88% por A (H1N1) pdm09. Más de tres cuartas partes de las hospitalizaciones y aproximadamente el 80% de los ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se dieron en el grupo de pacientes de 45 o más años de edad. El 73% de los ingresados no había sido vacunado.

En Estados Unidos, el virus predominante también fue influenza A (H1N1) pdm09 y aproximadamente el 61 % de las hospitalizaciones por influenza tuvieron lugar en personas de 18 a 64 años, por encima de lo registrado en la anterior temporada de influenza en la que predominó el virus influenza A (H3N2).

En México, también predominó el virus de influenza A (H1N1) pdm09. Desde el inicio de la temporada hasta la SE 12 de 2014, se confirmaron 6.627 casos de influenza de los cuales 5.241 (79%) fueron debidos a influenza A (H1N1) pdm09. La mayor proporción casos de influenza se registró en el grupo de edad de 30 a 44 años. El 68% de los fallecidos presentó alguna comorbilidad y el 90% de ellos no habían sido vacunados.

En resumen, la temporada de influenza en el hemisferio norte mostró un predominio de circulación de influenza A (H1N1) pdm09 y, de acuerdo a los datos disponibles, afectó principalmente a adultos jóvenes. Esto no implica que necesariamente lo observado en el hemisferio norte, se vaya a replicar en el hemisferio sur, pero ofrece posibles líneas de acción para la preparación de los países.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Organización Mundial de la salud  
[http://www.who.int/csr/don/2014\\_03\\_27\\_mers/en/](http://www.who.int/csr/don/2014_03_27_mers/en/)
2. Organización Mundial de la salud  
[http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/influenza\\_h7n9/Risk\\_Assessment/en/](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/Risk_Assessment/en/)
3. Organización Mundial de la salud  
[http://www.who.int/csr/don/2014\\_03\\_30Ebola\\_lbr/en/](http://www.who.int/csr/don/2014_03_30Ebola_lbr/en/)
4. Organización Mundial de la Salud  
[http://www.who.int/csr/don/2014\\_03\\_30Ebola/en/](http://www.who.int/csr/don/2014_03_30Ebola/en/)
5. Centro Europeo para el control y prevención de enfermedades.  
[http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/layouts/forms/News\\_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=976](http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/layouts/forms/News_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=976)
6. Secretaría de Salud Gobierno de Ceará. Brasil  
<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>
7. Organización Panamericana de la Salud  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=24715+&Itemid=999999&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24715+&Itemid=999999&lang=es)

Realizado por: Nelly Yaneth Rueda Cortés  
Grupo Urgencias y emergencias en Salud Pública.