

BOLETIN SEMANAL DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS

CORTE A 02 DE JUNIO 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. Cada vez hay más evidencia de que el dromedario es una especie huésped para el MERS-CoV y que desempeñan un papel importante en la transmisión a los seres humanos, debido a la detección de altas tasas de anticuerpos contra MERS-CoV en dromedarios en la Península Arábiga. La evidencia de infección en camellos precede a la primera evidencia de infección humana. Recientemente, el ARN viral se ha detectado en diferentes muestras de camellos y el virus se ha aislado a partir de muestras nasales y fecales.

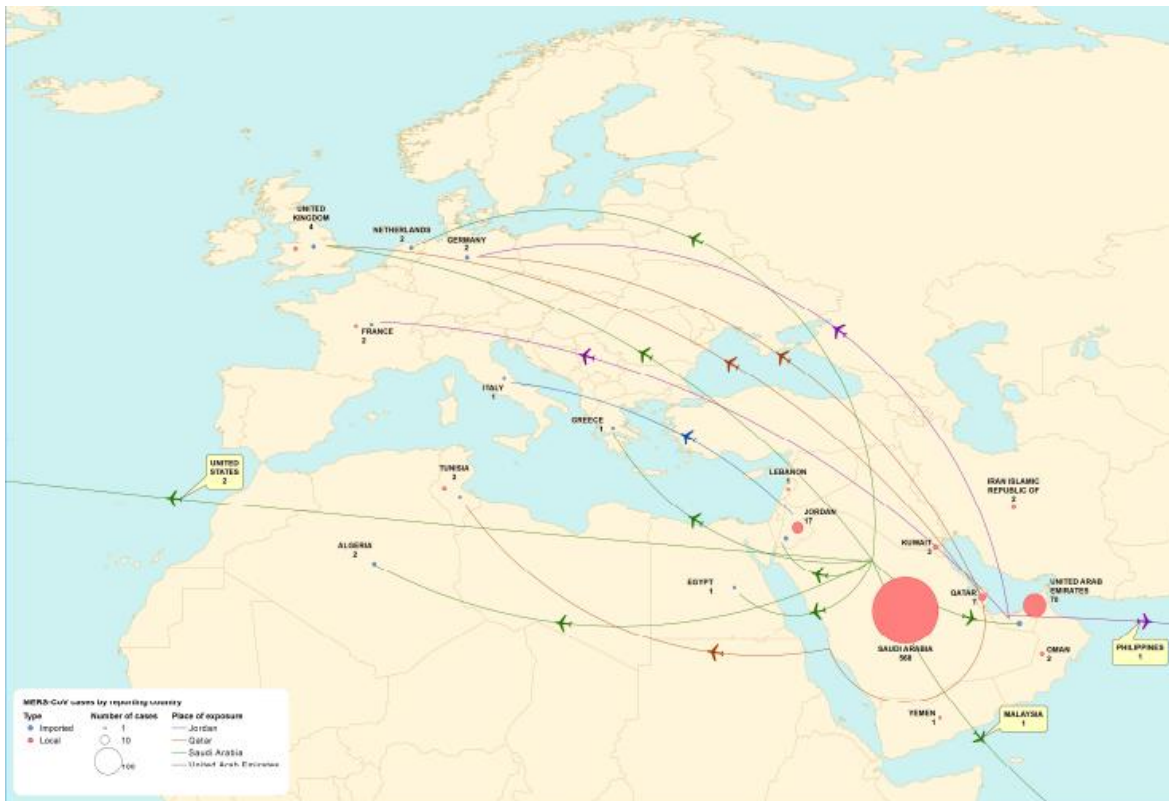


Figura1. Distribución geográfica de casos de Mers-CoV por país de reporte y lugar probable de infección a 2 de junio 2014 (n= 693) Fuente ECDC

Desde septiembre de 2012 hasta el 2 de junio de 2014 se han notificado 693 casos de *MERS-CoV* confirmados por laboratorio y de ellos 219 mortalidades. Desde el 1 de abril de 2014, se han registrado 483 casos, en comparación con los 210 casos registrados desde el inicio del brote, entre marzo 2012 y el 31 de marzo de 2014. Fuera del medio Oriente se han notificado 21 casos, en Francia, Tunisia y Reino Unido ha habido transmisión local entre pacientes que no han estado en el Medio Oriente, pero que han tenido contacto estrecho con casos confirmados o probables de MERS- CoV, por lo que la transmisión persona a persona solo se ha evidenciado en contactos estrechos o entre profesionales de la salud.

La semana anterior, Estados Unidos informó un tercer caso con prueba serológica positiva pero no cumplía definición de caso para un caso confirmado, pero sí para caso probable, por lo que requirió pruebas adicionales que concluyeron que el paciente no estaba infectado por lo que se descartó.

La directora de la OMS, Margaret Chan, el 14 de mayo de 2014, basada en el informe de la comisión de expertos del RSI, informa que el brote de MERS- CoV, no es una emergencia de salud pública Internacional, pues no cumple los criterios, sin embargo, la seriedad de la situación ha incrementado en términos de impacto en salud pública, por no tener evidencia concluyente de la transmisión persona a persona.

En la tabla 1, se muestran los países que han notificado y confirmado casos por continente.

MEDIO ORIENTE	CASOS	MORTALIDADES
Arabia Saudita	568	189
Emiratos Árabes	70	9
Qatar	7	4
Jordán	17	5
Omán	2	2
Kuwait	3	1
Egipto	1	0
Yemen	1	1
Líbano	1	0
Irán	2	1
CASOS IMPORTADOS		
EUROPA		
Reino Unido	4	3
Alemania	2	1
Francia	2	1
Italia	1	0
Grecia	1	0
Holanda	2	0
AFRICA		
Tunisia	3	1
Algeria	2	0
ASIA		
Malasia	1	1
Filipinas	1	0
AMERICA		
Estados Unidos	2	0
Total	693	219

El riesgo de una transmisión secundaria en los países de la Unión Europea es bajo y puede reducirse a través del screenig de pacientes expuestos que presenten sintomatología respiratoria (incluidos los contactos), y la implementación estricta de medidas de control y prevención en pacientes bajo seguimiento.

Se recomienda continuar 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.

Tabla 1. Número de casos y mortalidades por país a 2 de junio 2014. Fuente ECDC

BROTE DE FIEBRE DE EBOLA ZAIRE EN AFRICA

GUINEA

Desde el 9 de febrero de 2014 hasta el 23 de mayo se han notificado en Guinea, un total de 291 casos compatibles clínicamente, incluyendo 193 mortalidades. En esta última semana, aparecen 8 nuevos casos y 3 mortalidades, tres de los casos en un nuevo distrito, Telimele. Ahora son sietedistritos de Guinea los afectados: Conakry (53 casos, 27 muertes), Guekedou (179 casos/133 muertes), Macenta (40 casos/23 muertes), Kissidougou (7 casos /5 muertes), Dabola (4 casos / 4 muertes); Djingaraye (1 caso/ 1 muerte) y Telimele(4 casos/ 0 muertes). El número total de casos en aislamiento es 13 y se está haciendo seguimiento a 493 contactos. Dentro de los trabajadores de la salud, se han presentado 26 casos, de los cuales 18 se han confirmado por laboratorio y 16 mortalidades.



Figura 3. Casos sospechosos y confirmados de Ebola en África a 28 de mayo 2014. Fuente OMS Oficina África

El número de casos y contactos está sujeta a cambios debido a la consolidación de los casos, los contactos, datos de laboratorio, actividades de vigilancia mejoradas y actividades de rastreo de los contactos. A la fecha hay más de 480 casos en seguimiento.

LIBERIA: Se tiene un total acumulado de 12 casos, 6 casos confirmados por laboratorio, 2 probables y 4 casos sospechosos y se han atribuido 11 mortalidades, 6 de ellas confirmadas por laboratorio.

SIERRA LEONA: El número de casos ha ascendido a 50 (14 confirmados, 3 probables y 33 sospechosos) incluyendo 6 mortalidades. Autoridades Nacionales de Sierra Leona han iniciado las medidas de respuesta preliminares y el desarrollo de propuestas de financiamiento basado en la preparación para la enfermedad del virus del Ébola y el plan de respuesta.

El origen del brote se desconoce, y se ha localizado en tres países vecinos, sin embargo, evaluado el riesgo se considera que los viajeros tienen un “riesgo bajo” de adquirir la enfermedad a menos que tengan contacto directo con fluidos y secreciones de personas enfermas.

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.

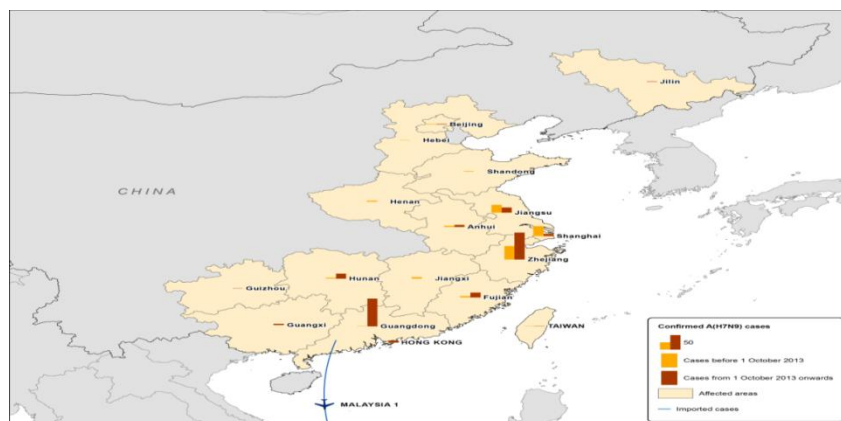


Figura 4. Distribución de casos confirmados A (H7N9) por lugar de reporte, de semana 8/2013 a 17/2014, en China (n=426) Fuente ECDC.

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 abril 2014 se han notificado 293 casos, todos en las provincias del oriente de China. Esta última semana se notificaron 6 casos adicionales para un total de 426 casos y de ellos 121 mortalidades (Tasa de mortalidad del 28.4%). En Malasia se reportó un caso importado de China.

ACTUALIZACION DE VIRUS DE CHIKUNGUNYA

Desde el 6 de diciembre de 2013, Francia informó dos casos autóctonos confirmados por laboratorio de chikungunya en la parte francesa de la isla caribeña de Saint Martin. Desde entonces, la transmisión local se ha confirmado en la parte holandesa de San Martín, en Martinica, San Bartolomé, Guadalupe, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Anguila y Guyana Francesa, etc. Aruba sólo ha reportado casos importados.



Santa Lucía, República Dominicana y Haití ya están reportando casos sospechosos y confirmados de chikungunya. Este es el primer brote documentado de chikungunya con transmisión autóctona en las Américas. Al 30 de mayo de 2014, se tienen más de 60000 casos probables y confirmados en la región y al menos 13 muertes reportadas. (Actualización a 30 de mayo 2014).

Isla del Caribe	casos sospechosos	casos confirmados o probables	Mortalidades
Islas Vírgenes (UK)		20 confirmados	
Saint Martin (FR)	3280	793	3
Saint Maarten (NL)	325	301 autóctonos	
Martinica	26670	1515	9
Saint Bartholomé	510	135	
Guadalupe	18000	1328	1
Dominica	1817	122	
French Guiana		176 confirmados/ 123 autóctonos	
Anguilla		33 autóctonos/ 1 importado de Saint Martin	
Aruba		1 importado de Saint Martin	
St. Kitts and Nevis		21 confirmados	
Sta Lucia	5	5 confirmados	
República Dominicana	8017	17 confirmados	
San Vicente y las Granadinas	110	57 confirmados	
Haití		632	

Tabla 2. Distribución de casos de fiebre de Chikungunya en las Islas del Caribe a 30 de mayo de 2014. Fuente ECDC

SARAMPION EN EL MUNDO

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 Río 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 18, se han confirmado 161 casos en Ceará, 24 casos en Pernambuco y 7 casos en Sao Paulo.

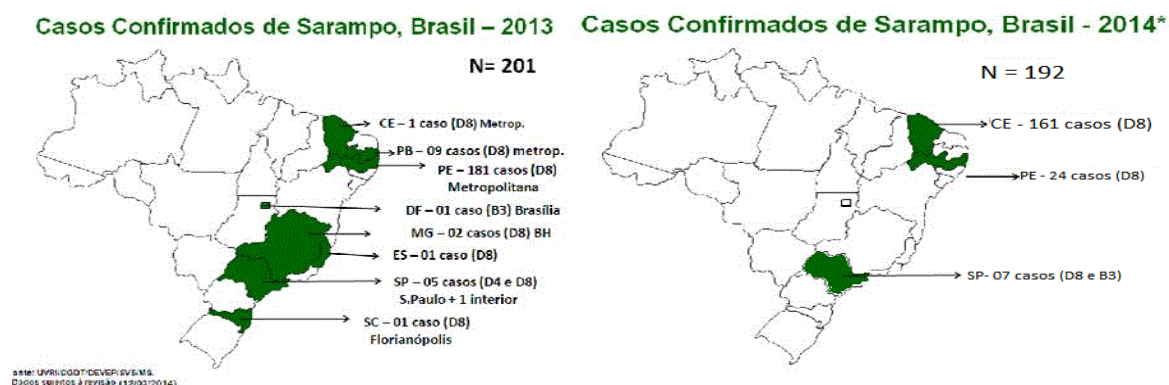


Figura 6. Casos confirmados de sarampión en Brasil 2013 y 2014. Fuente Boletín Epidemiológico secretaria da Saude Ceará.

Celebraciones masivas, como la Copa Mundial de futbol en Brasil, atraen un gran número de viajeros internacionales que aumentan el riesgo de importación de virus como el de Sarampión y la Rubéola en la región de las Américas. De los 32 países participantes en el Mundial de futbol, 19 notificaron casos de sarampión en el 2013. En la semana de vacunación en las Américas del 26 de abril al 3 de mayo, 9 países están adelantando actividades de vacunación contra sarampión y rubéola, además de campañas de prevención y protección para los viajeros.

	2008				2009				2010				2011				2012				2013				2014*			
Country	D4	D5	D8	H1	B3	D4	H1	B3	D3	D4	D8	D9	G3	H1	B3	D4	D8	D9	B3	D3	D4	D7	D8	D9	H1	B3	D8	H1
Argentina			1			1		3								1				1								
Brazil								14	2							24		1		1	1	1		81			31	
Canadá	1	2	31			8		3	3	8	2	2	34	3	134	4	5		5	1	2		15		34	2	25	5
Chile																8	1											
Colombia																6				1				*				
Ecuador	1														45	1			22									
USA	10	7		1	1	26	3	4	3	5	6	7		3	10	63	7	16	9	1	11	4	10	1	11	1	3	1
Total	12	9	32	1	1	35	3	20	3	5	8	3	2	34	58	236	11	21	10	1	38	8	13	1	27	1	4	1

Genotipo	B3	D3	D4	D7	D8	D9	G3	H1
Cantidad	210	4	306	1	264	40	12	50

Tabla 3. Genotipos identificados en América de 2008 a 2014. Fuente boletín semanal sarampión- rubéola OPS. A 26 de abril de 2014.

EUROPA

- Durante el período más reciente de 12 meses (abril 2013 a marzo 2014) 30 países de la Unión Europea notificaron 9579 casos de y 27 de los 30 países reportaron en este período de 12 meses.

- Alemania, Italia, Países Bajos, Rumania y el Reino Unido representaron el 90,2% de los casos en este período.
- En diez países, la tasa de notificación del sarampión fue de menos de un caso por millón de habitantes durante los últimos 12 meses.
- De todos los casos, el 54,3% dio positivo para el sarampión (serología, detección de virus, o de aislamiento).
- De todos los casos, el 93,5% tenía conocimiento de su estado vacunal, y de éstos, el 88,7% no estaban vacunados. En el grupo objeto para la vacunación infantil de rutina (de uno a cuatro años de edad), el 79,2% de los casos no estaban vacunados.
- Tres muertes relacionadas con el sarampión se registraron durante el período abril 2013 a marzo 2014 y cinco casos se complicaron por encefalitis aguda por sarampión.
- Desde el boletín anterior, varios brotes han sido detectados en varios Estados miembros de la UE: España, Letonia, Irlanda, la República Checa, los Países Bajos, Dinamarca e Italia.
- El caso primario sospechoso en un gran brote de más de 400 personas en una comunidad religiosa de Canadá tenía antecedente de viaje a Holanda.
- Varios de brotes en los Estados miembros de la Unión Europea tienen una relación epidemiológica y serológica con el gran brote en curso en Filipinas.

Country	2013									2014			Total cases	Cases per million	Total lab-positive cases
	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar			
Austria	11	11	5	0	6	5	9	3	5	33	11	8	107	12.7	70
Belgium	5	13	6	2	2	0	0	0	0	2	8	4	42	3.8	5
Bulgaria	0	6	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1.9	13
Croatia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0.5	1
Cyprus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4.6	2
Czech Republic	4	3	1	0	0	0	0	0	1	0	2	32	43	4.1	42
Denmark	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	19	3.4	11
Estonia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.7	1
Finland	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0.6	0
France	46	37	34	25	13	13	15	11	7	41	38	27	307	4.7	149
Germany	136	499	391	306	127	108	76	47	20	23	26	36	1795	22.0	1039
Greece	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
Hungary	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
Iceland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NR	0	0.0	0
Ireland	4	10	7	2	4	2	16	6	1	2	6	15	75	16.4	43
Italy	212	356	383	200	74	42	37	178	263	315	205	271	2536	41.7	1197
Latvia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
Lithuania	0	27	7	0	0	1	0	0	0	0	0	2	37	12.3	2
Luxembourg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	NR	0	1	1.9	0
Malta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
Netherlands	5	18	295	700	407	444	473	177	106	38	0	NR	2663	159.2	883
Norway	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1.4	7
Poland	20	12	17	10	3	1	1	1	1	16	26	25	133	3.5	94
Portugal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1	1
Romania	146	80	127	83	27	11	23	22	12	26	0	0	557	26.1	429
Slovakia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
Slovenia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5	1
Spain	15	15	18	31	8	4	3	0	0	8	3	2	107	2.3	92
Sweden	1	8	15	6	0	0	0	0	0	2	7	0	39	4.1	39
United Kingdom	479	233	124	81	22	15	28	13	4	39	27	20	1085	17.6	1080
Total	1092	1329	1444	1448	694	646	681	458	420	548	365	454	9579	18.7	5201

Tabla 4. Número de casos de sarampión por mes y tasas de notificación por país en el periodo marzo 2013 a abril 2014.

NORTE AMERICA

Canadá: Hay brotes en curso en las provincias de Alberta, Saskatchewan y Manitoba. El gran brote en Columbia Británica en los últimos meses se ha cerrado, pero ha sido el mayor brote en la provincia en casi 30 años con más de 400 casos.

Estados Unidos: Del 1 de enero al 23 de mayo de 2014, se han reportado 288 casos de sarampión en 18 estados; Alabama, California, Connecticut, Hawái, Illinois, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Nueva York, Nueva Jersey, Ohio, Oregón, Pensilvania, Tennessee, Texas, Virginia, Wisconsin y Washington. Se han presentado 15 brotes y el número de casos corresponde al 72% de todos los casos del año. De ellos 280 casos se han asociado a importaciones de al menos 18 países. El 90 % de los casos no estaban vacunados o desconocían su estado vacunal y el 85% corresponden a grupos religiosos, filósofos o con creencias personales que les impiden vacunarse.

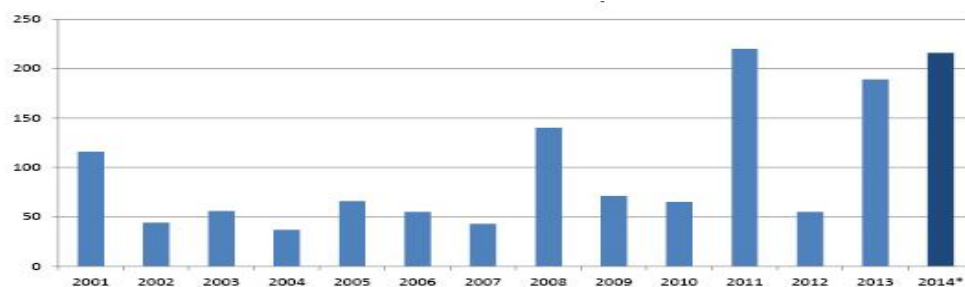


Figura 7. Número de Casos de sarampión en Estados Unidos por año. Fuente CDC

OTRAS PARTES DEL MUNDO

Vietnam: Hasta ahora se han reportado 3716 casos que afectan a todo el país, sin embargo el número de casos reportados por semana ha iniciado a descender.

Rusia: Se presenta un brote nosocomial al Oriente de Rusia con 11 pacientes, 6 de ellos son niños. El caso índice es una mujer quien viajó a Filipinas y Hong Kong. El número de casos en Moscú desde inicios de 2014, es 10 veces mayor al mismo periodo del año pasado. Al momento hay 263 casos notificados, incluidos 117 casos en menores de 18 años. Fuera de Moscú, se han presentado brotes en varias regiones de Rusia en lo corrido del año.

La ex República Yugoslava de Macedonia: Un brote está en curso desde enero de 2014 en la región de Skopje, con 25 casos confirmados, 22 de los cuales fueron hospitalizados. La mitad de los pacientes tienen edades comprendidas entre 20 y 40 años, y el resto son niños menores de cuatro años.

China: En los últimos dos meses, un número creciente de casos de sarampión han sido reportados al Centro de Control y prevención de Enfermedades de Beijing (CDC). A partir de principios de marzo se notificaron 149 casos. Más de la mitad de las personas infectadas en Beijing y las regiones adyacentes son adultos. En China, los niños deben ser vacunados contra el sarampión a la edad de 8 meses y 7 años.

Filipinas: La Organización Mundial de la Salud, ha recibido la notificación de 26014 casos sospechosos y de ellos 6016 casos se han confirmado, con 41 mortalidades en lo corrido de enero a abril de 2014. Australia, Canadá, Japón, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos han reportado casos en los viajeros que han retornado de Filipinas.

POLIO EN EL MUNDO

El 5 de mayo de 2014, la Organización Mundial de la Salud declaró la propagación internacional de poliovirus salvaje como una emergencia de Salud Pública de interés Internacional. La declaración se basa en el estudio del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que se convocó para evaluar si la propagación internacional de la poliomiélitis en 2014 durante lo que normalmente es la temporada "baja" para la transmisión de poliovirus es un ESPII. Con la temporada "alta" para la transmisión de poliovirus que se

pude extender de mayo a noviembre / diciembre, se requiere un esfuerzo internacional coordinado para hacer frente a este evento extraordinario, por lo que se han dado una serie de recomendaciones temporales para hacer frente a la ESPII.

Para consultar el documento completo de las recomendaciones de la OMS ingrese a <http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Emergency/PolioPHEICguidance.pdf>

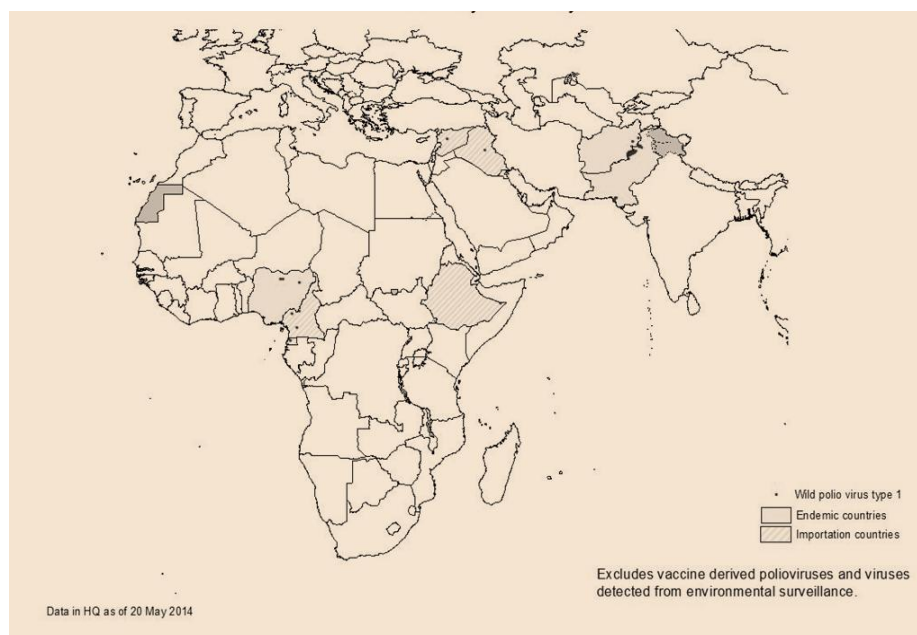


Figura 8. Distribución de casos de polio en países endémicos y países con casos importados a 28 de mayo de 2014. Fuente www.polioeradication.org

Siria viene sufriendo un brote que inició en 2013 y a la fecha ya contabiliza 36 casos de parálisis flácida, 35 en 2013 y 1 caso en 2014 causados por WPV-1.

Total casos	1 Enero a 28 Mayo 2014	1 Enero a 28 mayo 2013
GLOBAL	84	34
PAISES ENDEMICOS	74	35
Afganistán	4	2
Pakistán	67	9
Nigeria	3	22
PAÍSES NO ENDÉMICOS	10	6
Camerún	3	0
Siria	1	0
Etiopia	1	0
Irak	2	0
Guinea ecuatorial	3	0

Tabla 5. Casos de Poliovirus salvaje en el mundo a 28 de Mayo de 2014
Fuente <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>

CONTINÚA ALERTA POR COLERA EN AMERICA

En Cuba, entre la semana epidemiológica (SE) 35 de 2013 y la SE 8 de 2014 continuaron investigando casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 23 casos adicionales de cólera. Con este dato, el total de casos de cólera confirmados en Cuba desde el inicio del brote en la SE 27 de 2012 a la SE 8 del 2014 asciende a 701, incluyendo tres defunciones.

En Haití, entre el 1 de enero y el 10 de marzo de 2014, se registraron 3.850 casos de cólera y 18 defunciones (tasa de letalidad acumulada para el 2014 de 0,5%), lo que significa un promedio semanal de 385 casos y 2 defunciones. Esta es una cifra menor a la registrada en el mismo período en 2013 (con un promedio semanal de 1.106 casos y 9 defunciones), 2012 (promedio semanal de 4.429 casos y 77 defunciones) y 2011 (29.167 casos y 243 defunciones). En lo que va de 2014 se registra una tendencia decreciente tanto en el número de casos como de defunciones, pero todos los departamentos continúan registrando casos nuevos.

En República Dominicana, entre la SE 1 y la SE 8 del 2014, se registraron 57 casos sospechosos de cólera y ninguna defunción, lo que significa un promedio mensual de 28 casos. Esta es una cifra menor a la registrada en el mismo período entre 2011 a 2013. En lo que va de 2014, se registra una tendencia decreciente en el número de casos y solamente tres provincias, María Trinidad Sánchez, Santo Domingo y San Pedro de Macorís, registraron casos nuevos en las últimas tres semanas.

ALERTA EPIDEMIOLOGICA POR RABIA EN LAS AMERICAS

En las Américas, la rabia humana transmitida por perros se encuentra en vías de eliminación. Desde la puesta en marcha del programa regional de eliminación de la rabia de origen canino en 1983, el número de casos humanos en la Región se ha reducido en un 95% al día de hoy. En los últimos años la rabia transmitida por perros se detectó en Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, Perú y la República Dominicana. Los últimos casos se concentran en la periferia de ciudades y en zonas de frontera internacional y se relacionan con la pobreza y ambientes desfavorecidos donde la población de perros no siempre recibe vacunas y la provisión de la profilaxis post exposición es un reto logístico.

Aunque la mayor parte de los casos se notificaron de inmediato, la falta de prescripción de la profilaxis por parte de los servicios de salud que atendieron a los pacientes, fue el elemento común de los últimos casos de rabia humana transmitida por perros en la Región (finales de 2013 y hasta la fecha en 2014).

Por otro lado, en los últimos años la rabia humana transmitida por animales silvestres es considerada como un problema de salud pública en las Américas. Los reservorios animales más importantes de rabia silvestre en la Región son la mangosta (Cuba y la República Dominicana), murciélagos insectívoros y fructíferos (Chile), y los murciélagos hematófagos (Brasil, Ecuador y Perú). Brasil, Ecuador y Perú son los países de la Región que han notificado más casos de rabia humana de origen silvestre.

La prevención de la rabia humana debe ser un esfuerzo conjunto en el que participen los servicios veterinarios y los servicios de salud pública. Hay vacunas seguras y eficaces para prevenir la rabia tanto en los animales como en los humanos, antes y después de la sospecha de exposición a la rabia.

A través de esta alerta, la OPS/OMS refuerza su recomendación de que los países de la Región continúen con sus esfuerzos para inmunizar a perros y que estén preparados para responder a eventuales casos de rabia humana disponiendo de la profilaxis post exposición (vacuna e inmunoglobulina antirrábicas) para cualquier emergencia que aparezca. Se recomienda:

1. Realizar la vacunación masiva de perros hasta obtener niveles de inmunidad adecuados y sostenidos en el tiempo.
2. Sensibilizar a la población para asegurar la búsqueda de atención médica por parte de las personas expuestas y al personal de salud, para la adecuada prescripción por parte de los servicios de salud.
3. Recordar a la población y al personal de salud que la limpieza de la herida y la inmunización tan pronto como sea posible tras un contacto con un animal sospechoso de padecer rabia, permite prevenir la aparición de la rabia en prácticamente el 100% de las exposiciones, según las recomendaciones de la OMS. La profilaxis post exposición no está contraindicada para embarazadas, infantes y ancianos o en quienes tengan alguna enfermedad.
4. Iniciar de inmediato el tratamiento post exposición en caso de exposición humana, la cual solo puede detenerse si el animal agresor bajo observación durante un periodo (10 días en el caso de perros), no demuestra signos de rabia. Los animales sacrificados o que hayan muerto deben ser sometidos a pruebas de detección del virus, y los resultados deben enviarse a los servicios veterinarios y de salud pública.

competentes para la programación y ejecución de las actividades de control pertinentes en la zona donde ocurrió la exposición.

BIBLIOGRAFIA

1. 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=998
2. Organización Mundial de la salud. Western Pacific Region http://www.wpro.who.int/outbreaks_emergencies/H7N9/en/
3. Organización Mundial de la salud. Oficina regional de África. <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news/>
4. Organización Panamericana de la Salud http://www.who.int/csr/don/2014_05_01_h7n9/en/
5. Secretaría de Salud Gobierno de Ceará. Brasil <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>
6. Global polio Eradication initiative <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>
7. Organización Panamericana de la Salud http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25404+&Itemid=999999&lang=es
7. Centro para el control y prevención de enfermedades de Atlanta. <http://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>

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