

BOLETIN SEMANAL DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS

CORTE A 2 DE SEPTIEMBRE DE 2014

BROTE DE FIEBRE DE EBOLA ZAIRE EN AFRICA

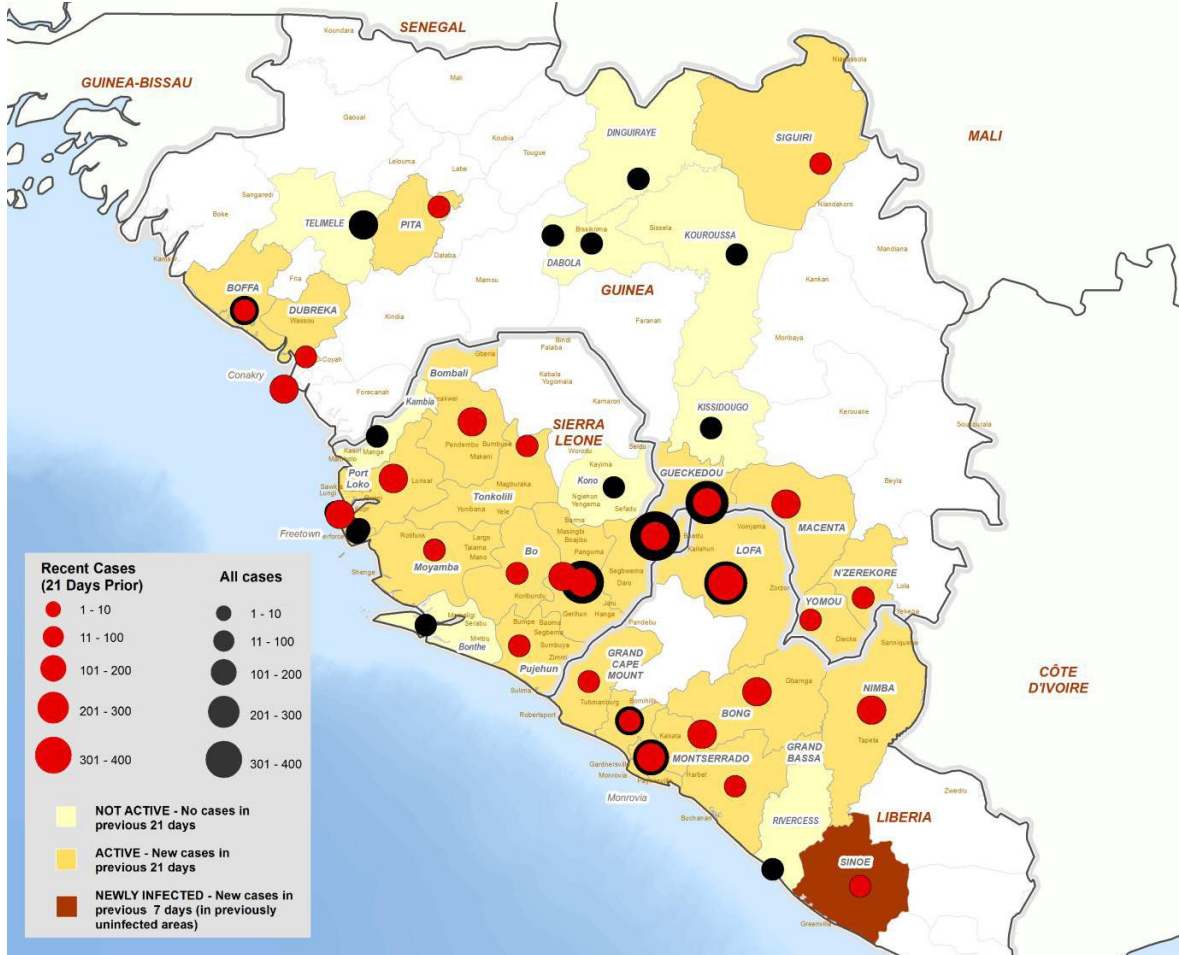


Figura1. Distribución geográfica de los casos de virus de ébola en África occidental, diferenciando el número acumulado de casos hasta la fecha en cada área, y el número de casos ocurrido dentro de los últimos 21 días (es decir que corresponde al periodo de incubación de la enfermedad). Fuente OMS a 29 agosto 2014.

Epidemiología del brote:

- El número total de casos probables y confirmados en el brote actual en los cuatro países afectados según lo informado por los respectivos Ministerios de Salud de Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona asciende a 3069, con 1.552 muertes.
- El brote continúa aceleradamente. Más del 40% del número total de casos se han producido en los últimos 21 días. Sin embargo, la mayoría de los casos se concentran en unas pocas localidades.
- La tasa global de letalidad es del 52%; va desde el 42% en Sierra Leona al 66% en Guinea.

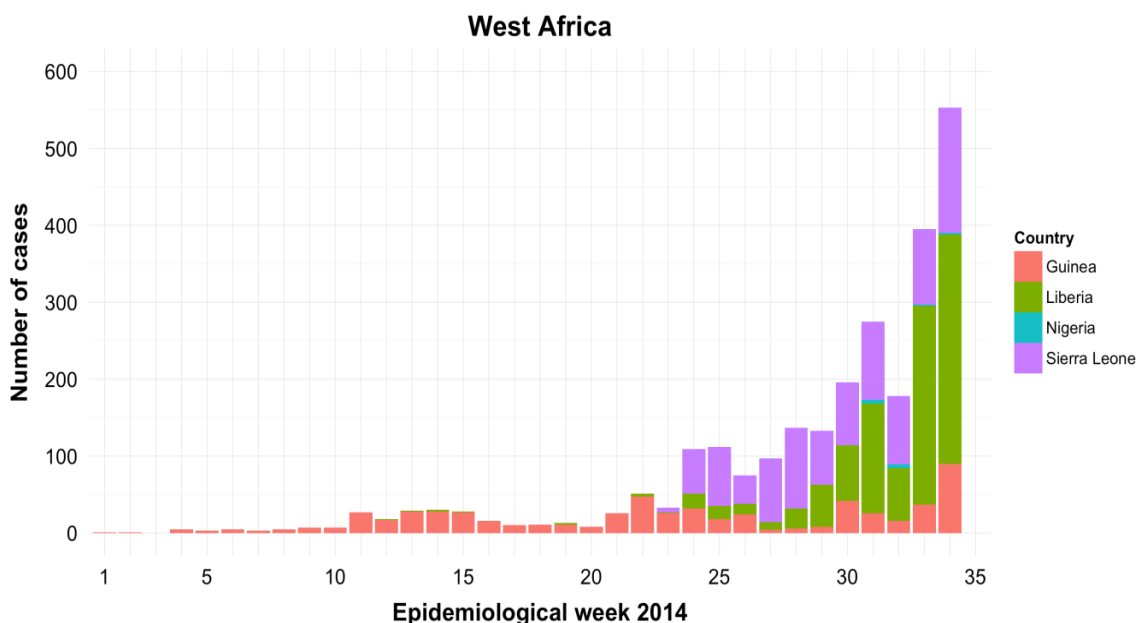


Figura 2. Curva epidémica del brote de Ebola en África Occidental.

- Un brote aislado, de la enfermedad por virus Ebola, fue confirmado por el laboratorio el 26 de agosto en la República Democrática del Congo y no está relacionado con el brote de África occidental.
- Fuera de los cuatro países afectados de África occidental (Guinea, Liberia, Sierra Leona y Nigeria) y República Democrática del Congo, no hay nuevos casos confirmados en otros países. Sin embargo, la República de Senegal, notificó un caso sospechoso, presentado en un paciente de 21 años, quien regresó de Dakar, y al parecer es un contacto estrecho de un caso confirmado de Ebola, quien al parecer escapó del sistema de vigilancia, por lo que se está en espera de su confirmación por el Instituto Pasteur.
- La infección en personal médico no tiene precedentes, hasta la fecha, más de 240 trabajadores de la salud han desarrollado la enfermedad en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona, y más de 120 han muerto.
- Varios factores ayudan a explicar la alta proporción de personal médico infectado, entre ellos, la escasez de equipo de protección personal o su uso inapropiado, demasiado poco personal médico para un brote tan grande, y la compasión que hace que el personal médico trabaje en salas de aislamiento más cantidad de horas recomendadas como seguras, y la no familiarización con la respuesta a la enfermedad.
- Varias enfermedades infecciosas endémicas en la región, como la malaria, la fiebre tifoidea y la fiebre de Lassa, imitan los síntomas iniciales de la enfermedad del virus del Ébola. Los pacientes infectados con estas enfermedades a menudo necesitan atención de emergencia y los médicos y enfermeras no ven la razón para sospechar Ebola y no ven la necesidad de tomar medidas de protección.

	CONFIRMADOS	PROBABLES	SOSPECHOSOS	TOTALES
GUINEA				
Casos	482	141	25	648
Muertes	287	141	2	430
LIBERIA				
Casos	322	674	382	1 378
Muertes	225	301	168	694

NIGERIA				
Casos	13	1	3	17
Muertes	5	1	0	6
SIERRA LEONE				
Casos	935	37	54	1 026
Muertes	380	34	8	422
Totales				
Casos	1 752	853	464	3 069
Muertes	897	477	178	1 552

Tabla1. Descripción de los casos y muertes por Ebola en Guinea, Liberia, Sierra Leona y Nigeria a 28 de agosto 2014

Los resultados preliminares muestran que los casos siguen concentrados (62% de todos los casos reportados desde el inicio del brote) en el epicentro del brote en Gueckedou (Guinea); Lofa (Liberia), donde los casos siguen aumentando; y Kenema y Kailahun (Sierra Leona). Las ciudades capitales son de particular interés, debido a su densidad de población y las repercusiones para los viajes y el comercio.

La OMS continúa vigilando los informes de casos de rumores o casos sospechosos de países de todo el mundo y la verificación sistemática de estos casos está en curso. Se alienta a los países a que sigan participando en las actividades de vigilancia activa y preparación.

La OMS no recomienda aplicar restricciones a los viajes o al comercio, salvo en los casos en que las personas han sido confirmadas o sospechosos de estar infectados con el virus de Ebola o quienes hayan tenido contacto con casos confirmados. (Los contactos no incluyen trabajadores de la salud debidamente protegidos y personal de laboratorio).

BROTE DE EBOLA EN REPUBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

El 26 de agosto de 2014, el Ministerio de Salud, República Democrática del Congo (RDC) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de Ebola en la provincia de Ecuador. Entre el 28 de julio y 18 de agosto de 2014, 24 casos sospechosos de fiebre hemorrágica, incluyendo 13 muertes, se han identificado. El caso índice es una mujer embarazada de Ikanamongo quien tuvo contacto con un animal muerto, la paciente murió el 11 de agosto. Las costumbres locales y los rituales llevaron a varios trabajadores de la salud a su exposición, luego presentaron síntomas similares y cinco de ellos murieron. Otras muertes se han registrado entre los familiares que asistieron al caso índice, las personas que estuvieron en contacto con el personal de la clínica, y los que maneja los cuerpos de los fallecidos durante el funeral. Otros once casos están siendo tratados en centros de aislamiento. Ochenta contactos están siendo objeto de seguimiento.

La cepa del brote se identificó como ebolavirus Zaire. Según la OMS, el caso índice y los contactos no tienen antecedente de viaje a los países afectados por el brote en el África occidental y tampoco tienen antecedente de contacto con personas de las zonas afectadas, por lo que este brote es probable que no guarde relación con el brote en curso en África Occidental.

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.

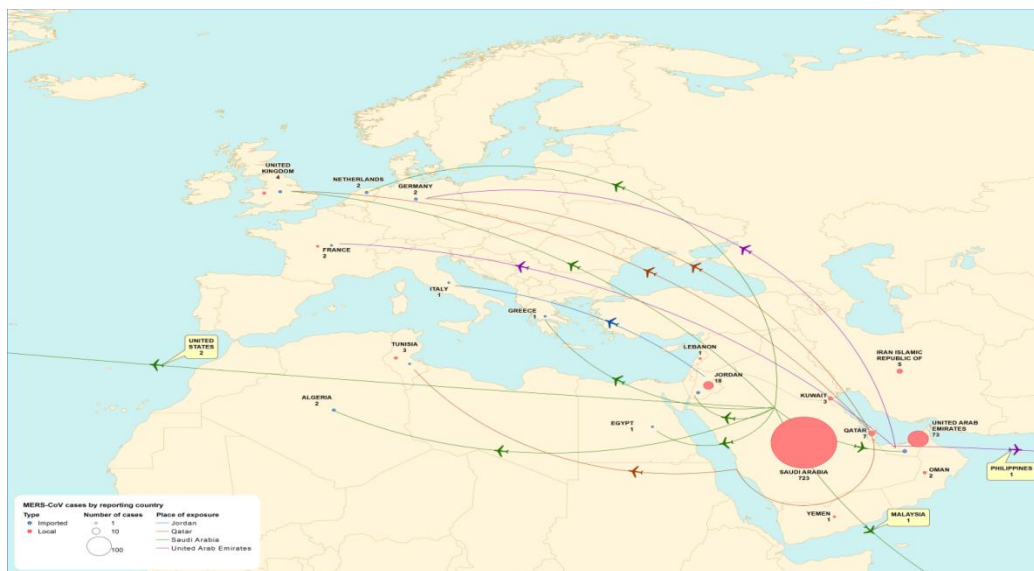


Figura 3. Distribución geográfica de casos de Mers-CoV por país de reporte y lugar probable de infección a 28 de agosto 2014 (n= 857) Fuente ECDC

Desde septiembre de 2012 hasta el 28 de agosto de 2014 se han notificado 857 casos de *MERS-CoV* confirmados por laboratorio y de ellos 334 mortalidades. La OMS define como “bajo” el riesgo de una transmisión secundaria en los países de la Unión Europea 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 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.

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.

MEDIO ORIENTE	CASOS	MORTALIDADES
Arabia Saudita	725	301
Emiratos Árabes	73	9
Qatar	7	4
Jordán	18	5
Omán	2	2
Kuwait	3	1
Egipto	1	0
Yemen	1	1
Líbano	1	0
Irán	5	2
CASOS IMPORTADOS		
EUROPA		
Reino Unido	4	3
Alemania	2	1
Francia	2	1
Italia	1	0
Grecia	1	1
Holanda	2	0
AFRICA		
Túnez	3	1
Algeria	2	1
ASIA		
Malasia	1	1
Filipinas	1	0

SARAMPION EN EL MUNDO

AMERICAS

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 de 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 34, se han confirmado 307 casos en el Estado de Ceará, 24 casos en Pernambuco y 7 casos en Sao Paulo, para un total de 338 casos.

Casos Confirmados de Sarampo, Brasil - 2013* Casos Confirmados de Sarampo, Brasil - 2014*

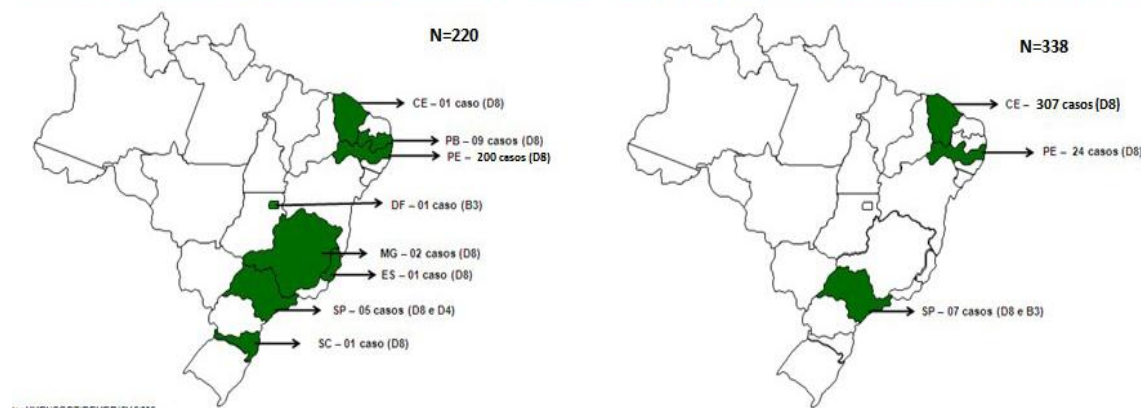


Figura 5. Comparativo de casos confirmados de sarampión en Brasil 2013 y 2014 a SE 34. Fuente Secretaría Salud de Ceará, Brasil.

Estados Unidos: Del 1 de enero al 15 de agosto de 2014, se han reportado 593 casos de sarampión en 21 estados; Alabama, California, Connecticut, Hawái, Illinois, Indiana, Kansas, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Nueva Yersi, Nueva York, Ohio, Oregón, Pensilvania, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, Wisconsin y Washington. Se han presentado 18 brotes y el número de casos corresponde al 89% 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. Este es el mayor número de casos reportados en Estados Unidos desde el 2000.

EUROPA

El informe del Centro para el Control de enfermedades de Europa ECDC, del periodo julio 2013 a junio 2014, indica que los 30 países de la Unión Europea continúan reportando casos de sarampión con un total 7116 casos.

- Alemania, Italia y Holanda aportan el 77.3% del total de casos en el periodo.
- De todos los casos, el 51.8% dio positivo para sarampión (serología, detección de virus, o de aislamiento).

- De todos los casos, el 93,1% tenían un estado de vacunación conocido y, de éstos el 88,1% no estaban vacunados y en el grupo objeto para vacunación infantil de rutina (1- 4 años de edad), el 76.8% de los casos estaban sin vacunar.
- En el mismo periodo se presentó una mortalidad relacionada con el sarampión y un caso complicado que llevó a encefalitis aguda por sarampión.
- Desde el boletín de mayo 2014, en los Países Bajos, se declaró en brote y países como Suecia y Belgica han reportado nuevos brotes.
- Se reportó transmisión nosocomial en tres brotes de sarampión recientemente en República Checa, Letonia y España, lo que demuestra la presencia de trabajadores sanitarios susceptibles.
- Varios de los brotes de la Unión Europea como de otros países del mundo tienen vínculo serológico y epidemiológico con el brote en curso de Filipinas donde van más de 47000 casos.
- Fuera de la Unión Europea, se han producido grandes brotes,, algunos todavía en curso, en la antigua República Yugoslava de Macedonia, Rusia, Siria, Pakistán, EE.UU., Nueva Zelanda, Australia, Japón, Vietnam y los Estados Federados de Micronesia y varios países del sur y este de África.

POLIO EN EL MUNDO

El 5 de mayo del 2014, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aceptó la evaluación del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y declaró que la propagación internacional del poliovirus salvaje en el 2014 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

El 31 de julio del 2014, el Comité de Emergencia del RSI se reunió por segunda vez para evaluar la situación y asesorar nuevamente a la Directora General de la OMS. En base a las conclusiones de esta reunión y tomando en consideración los informes presentados por los Estados Partes afectados, la Directora General de la OMS aceptó la evaluación del Comité y declaró que la propagación internacional del poliovirus salvaje en el 2014 sigue constituyendo una ESPII. Las recomendaciones temporales emitidas el pasado 5 de mayo continúan vigentes. Para consultar la alerta dirigirse al siguiente link http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=26391&Itemid&lang=es.

Total casos	1 Enero a 24 agosto 2014	1 Enero a 24 de agosto 2013
GLOBAL	149	214
PAISES ENDEMICOS	131	72
Afganistán	8	4
Pakistán	117	25
Nigeria	6	43
PAISES NO ENDEMICOS	18	142
Camerún	5	0
Siria	1	0
Etiopia	1	1
Irak	2	0
Guinea ecuatorial	5	0
Somalia	4	128

Tabla 3. Casos de Poliovirus salvaje en el mundo a 24 de agosto de 2014. Fuente Global polio eradication

Además, el 21 de junio de 2014, la organización Panamericana de la Salud ante la detección de poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1) en muestras ambientales en

Brasil, en aguas residuales en el aeropuerto internacional de Viracopos, situado en Campinas, Sao Paulo. El análisis genético de la muestra indicó una gran similitud con un poliovirus de Guinea Ecuatorial. Aun así, la investigación epidemiológica se encuentra en curso. Se recomienda a los Estados Miembros de la Región de las Américas, a que continúen fortaleciendo la vigilancia de casos de parálisis flácida aguda para la detección precoz de cualquier caso sospechoso, así como que mantengan una elevada cobertura de inmunización contra polio. (Consultar el documento en http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25924+&Itemid=999999&lang=es).

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 Mundial 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&qid=25404+&Itemid=999999&lang=es
8. Centro para el control y prevención de enfermedades de Atlanta.
<http://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>
9. Organización Panamericana de la Salud.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=255&Itemid=40899&lang=en

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