



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS MUNDIALES

ACTUALIZACION A 1 AGOSTO DE 2011

La presente información fue extraída de fuentes internacionales formales vía Web con el fin de mantener actualizada la información de Eventos de Interés en Salud Pública Internacional ESPII, que pueden convertirse en casos para nuestro país, por importación a través de puntos de entrada

BROTOS DE COLERA EN LA REPUBLICA DEMOCRATICA DE CONGO Y LA REPUBLICA DE CONGO

Los brotes de cólera se han presentado a lo largo del río Congo, afectando la República Democrática de Congo y la República de Congo, según reporte del 22 de julio de la OMS

En República Democrática de Congo, el brote fue reportado en marzo de 2011 y se ha intensificado en las últimas 3 a 4 semanas, afectando cuatro provincias (Bandundu, Equateur, Kinshasa and P Orientale). Al 20 de julio del 2011, un total de 3.896 casos, incluyendo 265 muertes han sido reportados, con una tasa de letalidad del 7%.

En la República del Congo, entre el 14 de Junio y el 20 de Julio de 2011, un total de 181 casos sospechosos incluyendo 6 muertes se han reportado desde 4 provincias, Brazzaville, Cuvette, Likouala and Plateaux, con una tasa de letalidad del 3%. En pruebas de laboratorio han confirmado cuatro casos de colera, provenientes de Brazzaville y Likouala.

Hay un alto riesgo de que la epidemia se propague a lo largo del río Congo, pues ya se ha reportado que el brote se ha propagado a nuevas localidades particularmente en Kinshasa, donde hay un gran grupo poblacional con inadecuada calidad de agua potable.

En respuesta a los brotes, los gobiernos de los dos países,





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales de las dos Repúblicas han intensificado la vigilancia, el manejo de casos y actividades de promoción en salud en las áreas afectadas, además de la creación de centros de tratamiento de cólera en sitios seleccionados.

En la República Democrática de Congo, la OMS está llevando a cabo una evaluación de riesgos para identificar rápidamente las necesidades urgentes en las próximas semanas. Dos epidemiólogos, un profesional de promoción de la salud han sido enviados a Kinshasa para apoyar las actividades de respuesta. (1)

SITUACIÓN DEL CÓLERA EN HAITÍ Y REPÚBLICA DOMINICANA

En Haití, al 26 de julio de 2011, el número de casos y hospitalizaciones por cólera a nivel nacional registra una disminución en las últimas tres semanas luego de un incremento que se presentó entre la SE 20 y la 25. A nivel departamental, dos departamentos -Nord y Nord Ouest- registraron un incremento en el número de casos nuevos y nuevas hospitalizaciones por cólera desde la SE 22. Mientras que Port-au-Prince y los departamentos de Centre, Grande Anse y Nippes que habían registrado un incremento de casos y hospitalizaciones entre las SE 22 y 23, han presentado un descenso en las últimas tres semanas.

Mientras que en República Dominicana, el Ministerio de Salud Pública informó que desde el inicio de la epidemia hasta la SE 29 del 2011 se registró un total de 13.200 casos sospechosos de cólera y se confirmaron 87 defunciones. El Distrito Nacional y las provincias de Santo Domingo Este y Oeste, Elías Piña, San Cristóbal, San Juan, Santiago y San Pedro de Macoris registraron la mayor actividad en la transmisión de cólera, en las últimas dos semanas.

Recomendaciones sobre viajes y comercio internacional.

La experiencia ha demostrado que medidas tales como la cuarentena para limitar el movimiento de personas y el embargo de mercancías resultan innecesarias e inefectivas para controlar la dispersión del cólera. Por lo tanto, no se justifica la restricción del movimiento de personas ni la imposición de restricciones a la importación de alimentos producidos de conformidad con las prácticas adecuadas de fabricación, basándose exclusivamente en el hecho de que el cólera es epidémico o endémico en un país determinado (2)

TRANSMISIÓN ESTACIONAL DEL VIRUS DE NILO OCCIDENTAL EN LA UNIÓN EUROPEA.

Debido a que se han incrementado las poblaciones de mosquitos, los primeros casos humanos confirmados





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

de fiebre del Nilo Occidental han sido registrados la región Europea.

El 21 de Julio de 2011, se confirmó el primer caso de infección neuro-invasiva del Nilo Occidental en una mujer de 37 años en un área donde se han reportado casos previamente del Este de Rumania. Después de la gran epidemia del verano de 2010 en la región central de Macedonia y el distrito de Larissa, las autoridades de salud de Grecia, reportaron el primer caso confirmado del 2011 el día 27 de Julio, este caso corresponde a una mujer de 52 años de edad residente en Karditsa, donde previamente no se habían reportado casos, pero que esta ubicada adyacente a la región epidémica del 2010. A partir del 22 de Julio, tres casos humanos de fiebre del Nilo Occidental se han confirmado en la Federación Rusa (Volgogradskaya oblast).

Los estados miembros de la Unión Europea han reforzado la vigilancia en las aéreas donde se ha reportado transmisión del virus y en zonas de alto riesgo de transmisión. El ECDC sigue de cerca la información sobre la transmisión del virus del Nilo Occidental en la Unión Europea y en los países vecinos. Semanalmente se están actualizando los mapas de distribución geográfica de casos

humanos confirmados de infección por virus del Nilo Occidental

Muchas de las infecciones por virus del Nilo Occidental son asintomáticas en humanos. Después de un periodo de incubación de 3 a 14 días, la mayoría de los casos clínicos desarrollan una enfermedad leve con síntomas de gripe. Sin embargo, en los casos más graves (se estima que alrededor de 5 por mil de las formas clínicas), pueden ser signos de encefalitis, meningoencefalitis o meningitis.

La tasa de letalidad en pacientes con enfermedad neuro-invasiva varía de 4% a 14%, pero puede ser mayor en los ancianos. El Virus del Nilo Occidental se transmite a través de las picaduras de mosquitos, principalmente de especies de mosquitos Culex. Evitar las picaduras de mosquitos es la prevención más eficaz contra la infección del virus de Nilo Occidental. Las personas pueden usar repelentes de insectos, usar mangas largas y pantalones cuando están al aire libre, o tratar de estar adentro cuando los mosquitos están más activos. En las zonas con alta población de mosquitos, los mosquiteros en ventanas y puertas pueden evitar que los mosquitos entren a las casas. (3)





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

NEISSERIA GONORRHOEAE MULTIRESISTENTE.

En el medio científico se ha identificado una cepa de Neisseria gonorrea resistente a todos los microbianos disponibles para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), se trata de una nueva cepa, denominada H041, que contiene mutaciones genéticas que le confiere resistencia a la penicilina, ciprofloxacina, tetraciclina y a las cefalosporinas de tercera generación. En tanto que mantiene la sensibilidad frente a espectinomicina y sensibilidad reducida a azitromicina.

En los últimos años, ya se había observado una disminución de la sensibilidad a las cefalosporinas, por lo que esta nueva cepa presenta retos para el correcto tratamiento de los síndromes ocasionados por la *N gonorrhoeae*.

La vigilancia epidemiológica de la aparición de estas cepas resistentes es de importancia crítica para guiar las decisiones terapéuticas y para contener el aumento de la resistencia mediante la identificación y tratamiento precoz.

Recomendaciones de la OPS/OMS:

Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud realiza las siguientes recomendaciones:

1. Informar a los trabajadores de salud, instituciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan en prevención y control de las ITS sobre el riesgo de la resistencia de la *N. gonorrhoeae* y solicitar confirmación microbiológica a los pacientes con recidivas.
2. Fortalecer la vigilancia de la resistencia del gonococo a nivel nacional. Para lograrlo, es imprescindible contar con una buena colaboración entre los Programas Nacionales de VIH/SIDA/ITS y el Laboratorio Nacional de Referencia. Aquellas cepas que presenten un perfil inusual de resistencia o resistencia a cefalosporinas han de ser remitidas para confirmación. La confirmación de cepas con características H041 debe ser notificada a los Centros Nacionales de Enlace de cada Estado Miembro para su evaluación de riesgo y notificación al Punto de Contacto Regional de la OMS, según corresponda.
3. Promover el empleo de métodos de barrera para la prevención de las ITS. (5)





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SARAMPION:

Entre enero y junio de 2011 más de 21.000 casos de sarampión fueron reportados por países de la Unión Europea, la mayoría de casos se distribuyeron así: Francia (12.699), España (2.261), Rumania (1.619), Italia (más de 1.500) y Alemania (1.199).

Desde el último informe de mayo, un nuevo brote se reportó en la Provincia de Bolzano, Italia, con más de 600 casos reportados en 2011.

Siete de los 30 países no han reportado ningún caso en 2011: Hungría, Luxemburgo, Eslovaquia, Chipre, Islandia, Letonia, Liechtenstein.

El día mundial de la juventud y otros eventos masivos en los meses de verano en Europa, pueden incrementar el riesgo de propagación del sarampión tanto en Europa como en las demás regiones del mundo. (6)

En Bogotá, con ocasión del Mundial de Fútbol Sub 20, se tomaron medidas de prevención para evitar la presencia de casos de éste evento, en un momento importante para Colombia, cuando nos encontramos en vía de certificación como “país libre de sarampión”, por lo tanto, se han intensificado las acciones de

vigilancia de este evento, entre las que se cuentan las jornadas de vacunación contra Sarampión-Rubéola en grupos de riesgo y poblaciones susceptibles logrando mejorar las coberturas útiles, se ha capacitado al personal asistencial del Distrito en la detección y notificación inmediata del evento y a las oficinas de epidemiología en lo concerniente a intervenciones e investigaciones epidemiológicas de campo según el protocolo del Instituto Nacional de Salud..

BIBLIOGRAFIA

1. http://www.who.int/csr/don/2011_07_22/en/index.html
2. <http://new.paho.org/blogs/haiti/index.php?lang=es.html><http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>
3. http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvice/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=1167&RootFolder===%2Fen%2Factivitie s%2Fsciadvice%2FLists%2FECDC%20Reviews
4. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14022&Itemid=
5. European montly measles monitoring. June 2011.

Elaborado por: Nelly Yaneth Rueda Cortés. Grupo Reglamento Sanitario Internacional SDS.

Revisado por: Claudia Moreno Grupo ASIS de la Secretaría Distrital de Salud.

