ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS MUNDIALES

ACTUALIZACION A 30 DE MAYO 2012

La información que se presenta en este boletín, se recolectó de fuentes Internacionales y Nacionales formales con el fin de mantener actualizada la información de Eventos de Interés en Salud Pública Internacional y Nacional, y se genere una alerta ante la presencia de casos compatibles especialmente aquellos que puedan ser importados a través de puntos de entrada del país.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA: SITUACIÓN EN EL CINTURÓN AFRICANO DE LA MENINGITIS

La Organización Mundial de la Salud, el 24 de mayo de 2012, da a conocer la situación de la semana epidemiológica 17 comprendida entre el 1 de enero al 17 de abril de 2012 en África, donde se han notificado brotes epidémicos de enfermedad meningocóccica en 42 distritos de 10 de los 14 países del cinturón africano de la meningitis como resultado de la vigilancia intensificada.

Los 10 países (Benin, Burkina Faso, Chad, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Malí, Nigeria, República Centroafricana y Sudán) notificaron un total de 11.647 casos de meningitis, 960 de ellos mortales, lo que supone una tasa de letalidad del 8,2% y el serogrupo principal aislado es el W135 de la bacteria *Neisseria meningitidis* (Nm). (*Tabla 1*).

Dentro de las medidas de prevención y control, se implementó el reforzamiento de la vigilancia, manejo de los casos, sensibilización de la población, fortalecimiento de la colaboración transfronteriza y provisión de vacunas por conducto del grupo internacional coordinador del suministro de vacunas para controlar la meningitis epidémica (ICG). (1)

Tabla 1. Distribución de casos por País año 2012

País	Sospechosos	Muertes	Tasa letalidad %	No.de distritos con epidemia
Benin	758	71	9.4	6
Burkina Faso	5.300	553	10.4	13
Chad	2.828	135		12
Côte d'Ivoire	399	49	12.3	1
Ghana	569	56	9.8	4
Sudán	275	13	4.7	1

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El país con mayor número de casos notificados es Burkina con 5.300 y 13 de sus estados han presentado epidemia de meningitis, éste aporta 553 muertes, sin embargo Côte, presenta la mayor tasa de letalidad del 12.3% y Sudan la más baja con 4.7%, pero muy significativas para el evento.

BROTE DE ENFERMEDAD DE LEGIONELOSIS EN CALPE, ESPAÑA

Desde la presentación del brote de Legionelosis, que viene cursando desde noviembre de 2011 en un hotel en Calpe, en la provincia de Alicante, España, el Centro de Control de Enfermedades

Europeo (ECDC) en febrero de 2012, alertó nuevamente sobre los riesgos que este evento tiene sobre la población al presentarse cuatro nuevos casos.

Se han notificado 22 casos de la enfermedad de los legionarios asociados al brote del hotel y captados por la Red de Vigilancia, además, otros tres casos en miembros del personal del hotel; así a la fecha, se han notificado 25 casos y de ellos seis muertes.

Los casos que se presentaron en los visitantes del hotel se distribuyen de la siguiente manera: Reino Unido (16 casos), España (3 casos), Francia (2 casos) y Bélgica (1 caso); la edad media de la población afectada es de 73 años, presentando un mínimo de 44 años y un máximo de 89, con una distribución por sexo de 11 hombres y 11 mujeres lo que conlleva a tomar como medida de prevención el cierre del hotel del 2 al 10 de febrero y el Spa del 8 al 13 de mayo, pero al no tener evidencia de transmisión persona a persona el riesgo se limita al personal del hotel y sus visitantes durante las tres últimas semanas. Igualmente, las autoridades españolas y agencias turísticas han pedido a todos los turistas que se hospedaron en dicho hotel desde mediados de abril hasta mayo, sobre la necesidad de consultar a un médico si aparecieran síntomas compatibles con la enfermedad.

La enfermedad del legionario es de tipo infecciosa potencialmente mortal que tiende a ser sub-diagnosticada y de baja notificación. El tratamiento precoz de los pacientes es importante y se debe recordar al personal médico la presencia de esta enfermedad especialmente en pacientes que consultan por neumonía, preguntando antecedentes de viaje y su respectiva notificación al sistema de vigilancia en salud pública. (2)

ACTUALIZACION DE ENFERMEDAD DE MANO, PIE Y BOCA EN ASIA.

Hasta mayo de 2012, Vietnam continúa con una elevada y constante incidencia de la enfermedad de manos, pies y boca (MPB) desde el comienzo del año. Hong Kong (China), Macao (China) y Singapur han estado reportando un aumento en el número de casos. El pico de la actual epidemia no ha pasado aún, la incidencia sigue creciendo en Vietnam, China Hong Kong (China), Macao (China) y Singapur. En la República de Corea y Japón, los dos países afectados de manera especial durante el año 2011, la incidencia se mantiene baja y se continúa la vigilancia centinela.

Los brotes de la enfermedad (MPB) son frecuentes en Asia y tienen un patrón cíclico de presentación cada 2 a 3 años y generalmente inician en mayo. Los últimos grandes brotes en el sudeste asiático se registraron en 2008 y 2010. La baja actividad en la República de Corea y Japón en comparación con el 2011 y el aumento de la actividad en los demás países reportados parecen ser consistentes con los patrones cíclicos de 2 a 3 años frecuentemente observados.

Si bien la situación actual no es inesperada en Vietnam, pero es particular, pues se han reportado 46.277 casos, incluidas 27 muertes en 63 de las provincias desde el comienzo del año hasta el 18 de mayo de 2012.

Esta es una enfermedad viral común y leve que afecta principalmente a niños pequeños debido a las diferentes infecciones por enterovirus no-polio (enterovirus 71, el virus Coxsackie A). Los síntomas de la enfermedad MPB incluyen fiebre, similares a ampollas dolorosas en la boca y una erupción

cutánea. La presentación clínica grave con síntomas neurológicos tales como la meningitis, la encefalitis y parálisis similar a la polio puede ocurrir, pero las muertes son raras. El riesgo de desarrollar complicaciones depende de la edad (mayor para los bebés) y el agente patógeno (por lo general más alto para las infecciones por enterovirus 71 en comparación con las infecciones de virus A Coxsackie). La enfermedad de MPB es una enfermedad infantil común en Europa, donde suele ser autolimitada.

Actualmente no hay vacuna o medicamento para prevenir la enfermedad de MPB, sin embargo para los ciudadanos europeos que viajan a zonas de epidemia, el riesgo de infección está limitado cuando se aplica una estricta higiene personal. (3)

MONITOREO DEL SARAMPION EN EUROPA

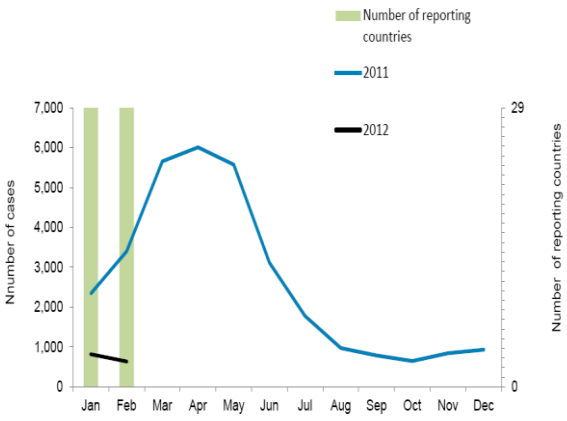
El sarampión sigue siendo endémico en algunos países de Europa, debido a que la última década aumentó la población susceptible por la baja cobertura de inmunización, lo que dio lugar al resurgimiento de la enfermedad, el aumento de la incidencia del sarampión y disminución del intervalo entre los picos epidémicos.

La transmisión del sarampión sigue el patrón tradicional estacional, los brotes del año pasado en Europa alcanzaron su punto máximo en mayo y disminuyeron en el resto del año. Este año la transmisión del sarampión se encuentra en un nivel mucho más bajo durante la temporada alta de transmisión, en comparación con los dos años anteriores. Sólo tres países han mostrado brotes importantes en 2012: el Reino Unido, Rumania y España.

En lo corrido del 2012, el número de brotes y casos reportados en los países Europeos es mucho más bajo comparado con lo sucedido en 2010 y 2011; Sin embrago Ucrania, presenta un brote, motivo de preocupación, con más de 9800 casos reportados hasta 31 de mayo de 2012. (4)

En junio de 2012, Ucrania y Polonia organizarán la Eurocopa con cientos de miles de visitantes que se esperan de varios países europeos, por lo que el ECDC ha preparado una rápida evaluación de riesgos y estrategias para evitar la importación y propagación del sarampión dentro de los países de la Unión Europea.
Un análisis comparativo del ECDC, de los meses de enero y febrero de 2012 con los mismos meses de 2010 y 2011 concluye: Entre enero y febrero de 2012 se reportaron 1447 casos, donde Rumania aporta el 56% (816) del total. El número de casos de este período 2012 es mucho mas bajo en los mismos dos meses de 2010 (5752 casos) y que 2011 (5731 casos).

Gráfica 1. Comparativo de casos de sarampión en Europa de Enero y febrero de 2011 y 2012.



Fuente ECDC.

De todos los casos reportados entre enero a febrero 2012 el 61% (886 casos) se confirmaron por laboratório, 25% (364 casos) fueron probables y se confirmaron por nexo epidemiológico y 13% (194 casos) como posibles y tres casos no se clasificaron por pérdida de información.. La mayor tasa de notificación se presentó en niños menores de un año (3.8 casos por 100.000 habitantes) seguida de la de niños entre 1 y 4 años (1.9 casos por 100.000 habitantes).
El estado vacunal se conoció en el 91% de los casos, el 83% estaban sin vacunar y el 17% fueron vacunados. De estos el 75% recibieron una dosis de vacuna, el 22% dos dosis o más y 6 casos desconocían el número de dosis recibidas.

En la tabla 2 se muestran las complicaciones presentadas solo sobre el 65% del total de casos notificados.

Tabla 2. Complicaciones presentadas por Sarampión en Europa.

Complicación	No casos
Muertes	0
encefalitis	2
Neumonía	169
Diarrea	12
Otitis media	2
Otras	23
No complicación	544
Desconocido	408
Total	1160

Fuente ECDC

El estado de importación de caso se reportó para el 74% (859), de ellos el 96% se infectó en su propio país de residencia y 3.6% fueron infectados en el extranjero y registrados importados y 5 casos fueron relacionados con casos importados. (5)

BROTE DE LEPTOSPIROSIS EN PERU

Las inundaciones han causado un brote de leptospirosis en el Perú, especialmente en la región de Loreto, siendo la peor inundación vista en esta área en los últimos 20 años. Perú ha reportado más de 300 casos y 3 muertes por leptospirosis en lo que va de 2012, por lo cual las autoridades sanitarias han alertado a la gente para tomar precauciones contra la infección.

Los adultos viajeros que visitan la región de Loreto del Perú se encuentran en mayor riesgo de adquirir leptospirosis y se les aconseja la quimioprofilaxis con doxiciclina (200 mg por vía oral, semanal), 1-2 días antes del viaje y durante el período de exposición. Las indicaciones para el uso profiláctico de doxiciclina en niños menores de 8 años de edad no se han establecido. Los viajeros con mayor riesgo de leptospirosis y ante la necesidad de quimioprofilaxis para paludismo pueden considerar el uso de doxiciclina para quimioprofilaxis de ambas condiciones. (6)

ALERTA POR TOS FERINA

El 2 de marzo de 2012, la Organización Panamericana de la Salud, emitió una alerta por la situación de Tos ferina en las Américas, donde el número anual de casos registrados es entre 20.000 y 30.000 y la cobertura de la vacuna DPT3 es del 93%, sin embargo se están presentando brotes en varios países, por lo que se hace necesario implementar estrategias para la población. En el 2011 e inicios de 2012 se registró un aumento de casos de tos ferina en Chile, Colombia, Argentina, Canadá y Estados

Unidos, especialmente en adolescentes y neonatos.

Las recomendaciones de la OPS son:

1. Fortalecer la vigilancia a fin de monitorizar la carga de la enfermedad, evaluar el impacto de la estrategia de vacunación implementada en el país e identificar brotes.

2. Analizar las coberturas de vacunación en niños de 1 año y menores de 5 años, con especial énfasis en la identificación de bolsones con bajas coberturas.

3. Vacunar a los trabajadores de salud para prevenir la trasmisión nosocomial a lactantes menores de seis meses y personas inmunocomprometidas.

4. Tener presente que según las recomendaciones realizadas en la última reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación:

a. Implementar iniciativas para mejorar la vigilancia de tos ferina.

b. La inmunización de mujeres embarazadas en caso de un brote, a fin de proporcionar una protección óptima a recién nacidos. (7)

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante circular 009 de febrero 21 de 2012 hace las recomendaciones para el fortalecimiento de la vigilancia, control y manejo de casos de Tos ferina, con base en el aumento de casos en las primeras semanas del 2012, donde se incrementó la notificación en un 59% y del 43% en la confirmación por laboratorio y cerca del 90% son casos en menores de un año.(8)

INFLUENZA AVIAR- ACTUALIZACION

La organización Mundial de la Salud, informa el 29 de mayo de 2012, un nuevo caso de Influenza Aviar AH5N1 en Camboya. La paciente es una niña de 10 años quien inicia síntomas el 20 de mayo y a pesar de recibir tratamiento en su localidad y ser hospitalizada muere el 27 de mayo**.**

La Investigación de campo evidencia la muerte de aves de corral en su localidad y la preparación de alimentos con esas aves enfermas.

Camboya registra 21 casos de influenza Aviar y de ellos 19 han muerto. (9)

El anexo 1, es el cuadro de casos de influenza Aviar por país, confirmados y con número de mortalidades en el periodo comprendido desde el año 2003 a 31 de mayo de 2012. (10)

BIBLIOGRAFIA

1. http://www.who.int/csr/don/2012_05_24/es/index.html

2.http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1205-TER-Updated-Risk-assessment-Legionnares-Spain.pdf

3.http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Lists/News/ECDC_DispForm.aspx?List=32e43ee8%2De230%2D4424%2Da783%2D85742124029a&ID=639&RootFolder=%2Fen%2Fpress%2Fnews%2FLists%2FNews

4.http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Communicable%20Disease%20Threats%20Report%2001.06.2012.pdf

5.http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1205-SUR-Measles-monthly-monitoring.pdf

6.http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/outbreak-notice/leptospirosis-in-peru.htm

7.http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17053&Itemid=

8.http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/CIRCULAR_EXTERNA_CONJUNTA_0009_DE_2012_TOSFERINA.pdf

9. http://www.who.int/csr/don/2012_05_29/es/index.html

10.http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/EN_GIP_20120529CumulativeNumberH5N1cases.pdf

Elaborado por: Nelly Yaneth Rueda Cortés. Grupo Urgencias y Emergencias en Salud Pública. Proceso Reglamento Sanitario Internacional Secretaría Distrital de Salud.

Revisado por: José delgado de Grupo ASIS de la Secretaría Distrital de Salud.

BOGOTÁ HUMANA

Anexo 1

Número Acumulado de casos humanos de Influenza Aviar A/(H5N1) reportados a OMS a 30 mayo 2012 (10)

País	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	0
Cambodia	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	1	0	1	0	1	1	8	8	1	1	21	19
China	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	4	4	7	4	2	1	0	0	1	1	42	28
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	8	4	39	4	29	13	32	12	5	2	167	60
Indonesia	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	24	20	21	19	9	7	7	5	2	2	189	157
Irak	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
República democrática de Lao	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Myanmar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pakistán	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Thailandia	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	17
Turquía	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	4
Viet Nam	3	3	29	20	61	19	0	0	8	5	6	5	5	5	7	2	0	0	2	2	123	61
Total	4	4	46	32	98	43	115	79	88	59	44	33	73	32	48	24	49	25	5	4	604	357