



# *Situación Epidemiológica Internacional*

Vigilancia en Salud

ISSN 1028-4346

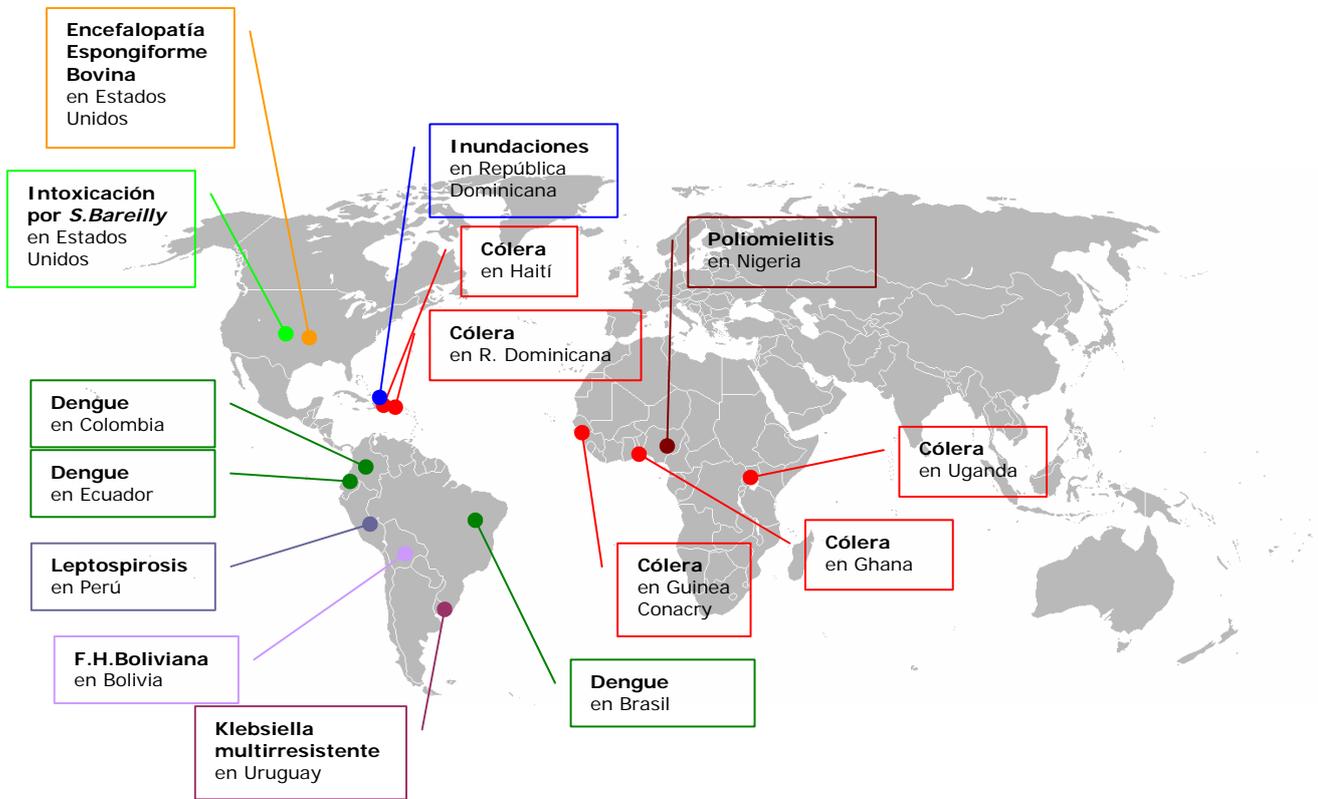
No. 425

27 de abril de 2012

## **En este número:**

<b>Esta semana en el boletín Situación Epidemiológica Internacional:</b> .....	<b>2</b>
<b>Desde la OPS: Alerta Epidemiológica. Meningitis meningocócica</b> .....	<b>3</b>
<b>Dengue</b> .....	<b>4</b>
Las Américas .....	4
Brasil (Río de Janeiro) .....	4
Colombia (Valle del Cauca) .....	4
Ecuador .....	5
<b>Fiebre Hemorrágica Boliviana</b> .....	<b>5</b>
Bolivia (Beni) .....	5
<b>Poliomielitis</b> .....	<b>6</b>
Nigeria .....	6
<b>Cólera</b> .....	<b>6</b>
Haití.....	6
República Dominicana .....	6
Guinea Conacry .....	7
Ghana (Greater Accra).....	7
Uganda (Nebbi) .....	7
<b>Leptospirosis</b> .....	<b>8</b>
Perú (Iquitos) .....	8
<b>Intoxicación alimentaria por <i>Salmonella bareilly</i> en atún</b> .....	<b>8</b>
Estados Unidos (brote multi-estado) .....	8
<b>Encefalopatía Espongiforme Bovina</b> .....	<b>9</b>
Estados Unidos .....	9
<b>Infección nosocomial por <i>Klebsiella pneumoniae</i> multirresistente</b> .....	<b>9</b>
Uruguay.....	9
<b>Desde la Organización Mundial de la Salud: Día Mundial de Lucha contra el Paludismo</b>	<b>10</b>
<b>Desastres naturales</b> .....	<b>10</b>
Inundaciones en República Dominicana .....	10
<b>Estudios epidemiológicos</b> .....	<b>11</b>
Incremento de Sarampión en Estados Unidos durante el 2011 .....	11
Incremento de Sarampión en India, 2011 .....	13
Incremento de paludismo importado en Reino Unido procedente del subcontinente indio.....	14

## Esta semana en el boletín Situación Epidemiológica Internacional:



## Desde la OPS: Alerta Epidemiológica. Meningitis meningocócica

---

La meningitis meningocócica es una proporción variable de la meningitis bacteriana endémica y se suele presentar en pequeños conglomerados con variaciones estacionales en el número de casos registrados. En las regiones templadas, el número de casos aumenta en invierno y primavera.

En las Américas, durante 2011 e inicios de 2012, Argentina, Bolivia, Brasil (1), Chile (2), Colombia (3), Estados Unidos (4), México (5), Uruguay (6) y Venezuela (7) reportaron casos de meningitis meningocócica, la mayoría de ellos como pequeños conglomerados que pudieron ser controlados. En algunas situaciones, como la de Bolivia, llamó la atención que se detectara en un área donde no se registraban casos hacia 10 años.

La mayor proporción de estos casos fueron causados por los serogrupos B y C aunque la proporción originada por los serogrupos Y y W-135 va en aumento. En Brasil, la vacunación contra el serogrupo C fue incluida en el sistema de vacunación rutinaria, luego de un brote por este serogrupo en 2009.

La falta de información histórica sobre el número de casos, la letalidad, el serogrupo involucrado y otros datos epidemiológicos no han permitido realizar una mejor caracterización y evaluación de la situación regional.

### **Meningitis meningocócica**

Es una enfermedad bacteriana aguda causada por el meningococo (*Neisseria meningitidis*). Según el polisacárido capsular de la *N. meningitidis* se distinguen al menos 13 serogrupos, de los cuales 6 se asocian más a enfermedad: A, B, C, Y, W-135 y X. Los serogrupos A y C son los de mayor potencial epidémico.

La meningitis meningocócica afecta principalmente a niños y adolescentes y se transmite de persona a persona por gotículas.

Se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, cefalea intensa, náusea y a menudo vómito, rigidez de nuca y fotofobia.

Tiene un periodo de incubación de 4 días (rango de 2 a 10 días). La transmisibilidad persiste hasta que los meningococos vivos desaparecen de las secreciones de nariz y de la boca, 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

Se conocen tres principales formas de presentación clínica: el síndrome meningéico, la forma séptica y la neumonía. La letalidad puede llegar al 50% en los casos no tratados.

En el 10-20% de los pacientes que sobreviven puede presentarse secuelas, siendo las más frecuentes la necrosis de extremidades, déficit neurológico y diversos grados de sordera (especialmente en niños).

### **Referencias**

- 1) [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37810](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37810)
- 2) [http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AB\\_101/Menin.htm](http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AB_101/Menin.htm)
- 3) <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=94853#>
- 4) [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/intd\\_boletin.html](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/intd_boletin.html)
- 5) [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_5428\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5428_1.html)
- 6) [http://issuu.com/sotero/docs/bolet\\_n\\_50/26](http://issuu.com/sotero/docs/bolet_n_50/26)
- 7) [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1563](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1563)

*Sintetizado de: Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica. Meningitis meningocócica (Fiebre cerebroespinal). 2012, abril 25. Disponible en: <http://www.paho.org>*

## Dengue

### Las Américas

Notificación de casos por países a la Organización Panamericana de la Salud, hasta el 14 de abril (semana 15)

Sub-regiones	Dengue*	Tasa incidencia x 100.000 habitantes	Dengue grave**	Muertes	Tasa de letalidad
Norteamérica, Centroamérica y México	23,580	16.0	1,129	10	0.04
Andina	54,139	52.9	936	52	0.10
Cono Sur	81,631	33.7	152	17	0.02
Caribe Hispano	1,321	5.6	43	2	0.15
Caribe inglés y francés	537	6.8	75	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>161,208</b>	<b>30.8</b>	<b>2,335</b>	<b>81</b>	<b>0.05</b>

\*Suma de Dengue + Dengue grave

\*\*Incluye Síndrome de choque por dengue y/o todas las formas de dengue grave

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. 2012, abril 14. Disponible en: <http://www.paho.org>

### Brasil (Río de Janeiro)

La Secretaría de Salud de Río de Janeiro reveló que el municipio capital sufre una epidemia de dengue, pues registra más de 300 casos de la enfermedad por cada 100 mil habitantes. Un reporte de esa autoridad sanitaria precisa que de enero al pasado día 21 de abril, la capital estadual reportó 50 mil 16 casos de dengue, con 12 muertes. Solo la semana pasada, precisa, fueron detectados 10 mil nuevos pacientes y tres fallecidos.

No obstante, la entidad municipal destaca que gracias al aumento de las medidas y la capacidad de atención en la red pública, la cantidad de muertos en 2012 es inferior a la verificada en el mismo período de años anteriores.

La epidemia de dengue en Río de Janeiro ya era esperada, pues fue adelantada la semana pasada por el secretario municipal de Salud, Hans Dohmann, en entrevista a la televisora O Globo.

Dohmann indicó que el incremento progresivo de los casos de la dolencia apuntaban a que en breve el municipio capital tendría un brote, pues los afectados pasaría de los 300 por cada 100 mil habitantes.

Fuente: Prensa Latina. 2012, abril 24. Disponible en: [http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=500462&Itemid=1](http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com_content&task=view&id=500462&Itemid=1)

### Colombia (Valle del Cauca)

La Secretaría de Salud del Valle alertó el 23 de abril sobre el incremento en pacientes enfermos por dengue en la región. Según el jefe de la dependencia, Jaime Mosquera, a la fecha tienen registro de 1.150 vallecaucanos que fueron tratados por esta enfermedad. El año pasado, la ocurrencia de casos fue de 975 reportes en el mismo periodo de tiempo.

Sin embargo, explicó el funcionario, los casos más comunes son de dengue clásico. "De dengue grave (o hemorrágico) tenemos una reducción del 8% con respecto al año anterior", indicó.

Según registros del Instituto Nacional de Salud, el departamento registró un fallecido por dengue, ocurrido en Palmira. Pero el Secretario de Salud regional explicó que todavía están en la investigación de la muerte, ya que esta puede estar relacionada con una infección respiratoria aguda. El 60% de los casos de dengue se presentan en Cali y el 25% restante en los municipios de Yumbo, Jamundí, Cartago, Palmira, Tuluá y Buga.

Por su parte, el secretario de Salud de Cali, Diego Calero, explicó que la época de lluvias es un factor determinante para que el zancudo se reproduzca.

Agregó que la tendencia en la capital del Valle es hacia la baja. "La semana pasada tuvimos 40 casos", indicó.

*Sintetizado de: El País (Colombia). 2012, abril 23. Disponible en:*

<http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/preocupacion-entre-autoridades-sanitarias-por-aumento-casos-dengue-en-valle>

## **Ecuador**

El dengue ocasionó en lo que va de año la muerte a siete personas en Ecuador, de ellas cuatro en la provincia de Guayas y cuatro en Manabí, seis más que en 2011 en igual período. El Ministerio de Salud Pública del país informó en las 15 semanas epidemiológicas del presente año se registraron 5 mil 147 enfermos, de los cuales 81 han sido diagnosticados con el tipo grave o hemorrágico. Guayas es la más azotada por la enfermedad al reportar 1 613 pacientes de la variante clásica en lo que va de 2012, cifra superior a los 429 casos diagnosticados en igual período de 2011. En ese territorio, el más poblado del país y entre los más azotados por las lluvias en la actual temporada invernal, permanecen afectadas en este territorio otras 38 personas con el tipo grave, de 11 que se atendieron el año pasado.

La tabla comparativa publicada en su sitio digital por la entidad sanitaria indica que ninguna de las 24 provincias ecuatorianas está exenta de casos de dengue, aunque algunas muestran tasas ínfimas de contagio.

Se estima que el 70 % del país exhibe condiciones ambientales propicias para la reproducción del *Aedes aegypti*. Las autoridades hacen constantes llamados a mantener la higiene personal y de la ciudad y a realizar inspecciones al menos 10 minutos cada día para evitar la proliferación del vector.

En Ecuador se ha confirmado la circulación de los cuatro serotipos de virus dengue, uno más que los registrados en el año 2011.

La Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos anunció en las últimas horas que el Gobierno analiza extender el Estado de Excepción en las provincias más afectadas por el invierno, entre ellas Guayas. Esa decisión se debe a que persisten condiciones climáticas adversas, las que, además, favorecerían la proliferación del mosquito transmisor del dengue y con ello se incrementa el riesgo de nuevos casos.

*Fuente: Prensa Latina. 2012, abril 20. Disponible en: [http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=499200&Itemid=1](http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com_content&task=view&id=499200&Itemid=1)*

## **Fiebre Hemorrágica Boliviana**

### **Bolivia (Beni)**

El responsable de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (Sedes) de Beni, Wilfredo Camargo, reportó el viernes la muerte de otra persona por fiebre hemorrágica en esa región amazónica. La autoridad añadió que, además, otra persona con esa enfermedad llegó a Trinidad de la estancia San Silvestre, también del municipio de San Ramón, próximo a los ríos Negro y Machupo, donde prolifera el ratón que transmite esa enfermedad. Informó de otro caso con los síntomas de la enfermedad es atendido en el hospital de San Ramón.

Camargo explicó que el plan de contingencia que se tenía previsto ejecutar fue cancelado por falta de recursos económicos y, por ello, se prevé que el Centro de Operaciones de Emergencia trabaje por lo menos 30 días en esa zona.

En lo que va de este año tres personas fallecieron en Beni por fiebre hemorrágica y existen 50 casos sospechosos.

*Sintetizado de: El Deber (Bolivia). 2012, abril 20. Disponible en:*  
<http://www.eldeber.com.bo/nota.php?id=120420161433>

## **Poliomielitis**

### **Nigeria**

El Estado de Níger ha registrado un pequeño retroceso en su lucha contra la enfermedad de poliovirus salvaje en el Estado con el descubrimiento de 1 caso de la enfermedad en Unguwani Biri, Bangi en el área Mariga. Esto viene apenas 3 años después de que el Estado registró su último caso de virus de la polio en el Estado. El Comisario para la salud, el Dr. Ibrahim Sule, informó a la prensa el 24 de abril que el virus fue traído por los padres de un niño con parálisis debido al poliovirus salvaje (WPV) que procedían del estado de Zamfara.

Este caso reciente en el estado de Níger se adiciona a los 6 casos reportados a inicios de la semana en Kano (3), Sokoto (2) y Zamfara (1).

(<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>).

De acuerdo con las investigaciones del Estado, el caso de Níger realmente fue importado de Zamfara. Esto subraya la necesidad de contener rápidamente la transmisión en los Estados donde se informan de nuevos casos. Además, es fundamental reforzar la vigilancia para detectar rápidamente y contener las importaciones.

*Traducido y sintetizado de: Nigerian Tribune. 2012, abril 25. <http://www.tribune.com.ng/index.php/news/39833-niger-records-first-polio-virus-case-in-3-years> y Programa para el seguimiento de Enfermedades Emergentes ProMED. 2012, abril 25. Disponible en: <http://www.promedmail.org>*

## **Cólera**

### **Haití**

Ciento treinta y cuatro personas llegaron al Centro de Tratamiento de Cólera (CTC) de Médicos Sin Fronteras en Martissant entre el 16 y 23 de abril y casi 400 en los CTC de Port-au-Prince y Léogâne. MSF tuvo que reabrir un CTC en Carrefour, en la parte sur de la capital, para enfrentar la nueva afluencia de pacientes y evitar que los centros en Martissant, Delmas y Drouillard - cercanos al centro de la ciudad – quedaran sobresaturados.

*Traducido y sintetizado de: Médecins Sans Frontières. 2012, abril 27. Disponible en:*  
[http://www.msf.org.uk/articledetail.aspx?fld=Cholera\\_returns\\_to\\_Haiti\\_20120427](http://www.msf.org.uk/articledetail.aspx?fld=Cholera_returns_to_Haiti_20120427)

## **República Dominicana**

Autoridades sanitarias dominicanas confirmaron el 23 de abril la muerte de 6 personas a causa del cólera en Tamboril, provincia de Santiago de los Caballeros, donde los afectados ya ascienden a 523 personas.

La viceministra de Salud Pública Yadira Pérez reportó que de las personas afectadas de un brote diarreico, 36 dieron positivo a las pruebas de cólera que se le practicaron.

Pérez aseguró que la situación está controlada en las zonas donde se detectó el brote, gracias a las acciones de prevención realizadas por las brigadas de Salud Pública.

Hoy permanecían internos en el hospital público de Tamboril 19 pacientes con síntomas de cólera, de los cuales siete eran mujeres y 12 hombres.

Los pacientes hidratados y que presentan menos deposiciones son despachados a sus casas, luego de recibir el debido tratamiento e instrucciones a seguir en sus hogares.

Las autoridades sanitarias instalaron tanques con agua clorada, ya que los habitantes se niegan a consumir el líquido que sale por las llaves.

*Fuente: Prensa Latina. 2012, abril 23. Disponible en: [http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=500023&Itemid=1](http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com_content&task=view&id=500023&Itemid=1)*

## **Guinea Conacry**

Después del estallido de una epidemia de cólera en Guinea Conacry, Médicos Sin Fronteras/Médecins Sans Frontières (MSF) inició una campaña de vacunación masiva, por primera vez en África. En la actualidad, los equipos están vacunando a más de 150.000 personas en la región de Boffa, cerca de la capital de Conacry, utilizando una vacuna oral. Las dos primeras fases de esta campaña comenzaron el 18 de abril.

"La epidemia en Guinea fue declarada en febrero del 2012 y la prefectura de Boffa es donde estamos viendo el mayor brote activo," dijo Charles Gaudry, jefe de misión de MSF en Guinea. "Desde el comienzo de la epidemia se han reportado 152 casos de cólera y 6 fallecidos".

"El uso de esta vacuna en el caso de un brote ha sido validado por la Organización Mundial de la salud", señala Gaudry. "Dos dosis de la vacuna oral son administradas con un intervalo entre dos y seis semanas". "Es muy importante que ambas rondas de inmunización se produzcan a fin de garantizar una protección óptima". "Junto con el Ministerio de salud, hemos creado más de 30 equipos y cada debe vacunar a más de 1.000 personas por día durante cinco días," dice Gaudry. "Comenzaremos la segunda fase en unos 15 días. Dado que esta es la primera vez que llevamos a cabo una campaña, también nos será útil documentar su factibilidad, la cobertura de vacunación y cómo es aceptado por la población. Esto nos permitirá mejorar nuestras estrategias de inmunización durante cualquier futura epidemia".

*Traducido y sintetizado de: Doctor without borders. 2012, abril 23. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=5935&cat=field-news>*

## **Ghana (Greater Accra)**

El número de muertos en la región de Greater Accra debido al brote de cólera ha aumentado a 21 de 1570 casos reportados (tasa de letalidad 1.3). El Dr. Ato Eshun, especialista en Control de Enfermedades, dijo que todos los hospitales están bien equipados para manejar casos de cólera. También instó al público a informar rápidamente esos casos en el hospital más cercano. "Hasta ahora, muchos de los casos se están notificando debido a una mayor conciencia." "Por ahora, tenemos un poco más 1570 casos y 21 muertes". Explicó: "estas muertes son debido a la gente viene en las peores condiciones". "Queremos animar al público en general a los miembros de estrictamente a la higiene personal y ambiental".

*Traducido y sintetizado de: Peace FM Online, RADIOXYZ Report. 2012, abril 18. Disponible en: <http://news.peacefmonline.com/health/201204/108851.php>*

## **Uganda (Nebbi)**

El cólera continúa haciendo estragos en Nebbi y el brote está aún lejos tenerse bajo control, ya que continúan los reportes de casos que ya alcanzan los 701.

En un distrito donde vive una gran parte de la población sin acceso a agua potable y saneamiento confiable, la extensión de la transmisión a nuevas áreas como Panyimur, Parombo y Akworo, parece inminente. Unos 200 pacientes más, además de los enfermos anteriores, siguen viviendo en

campamentos de carpas. El Inspector de salud del distrito, Sr. Anthony Andionzi, dijo: "el mercado de Singla que recibe una enorme población de clientes en Panyimur funciona sin letrinas y aún las personas defecan directamente en el lago cuya agua se utiliza para beber y cocinar". Unas 13 personas han muerto de la infección bacteriana mientras que el resto permanecer postrado en la cama.

Los funcionarios de salud temen que el brote podría convertirse en una endémica del distrito, teniendo en cuenta la resistencia de los residentes para mejorar el saneamiento y la higiene.

*Traducido y sintetizado de: Monitor. 2012, abril 21. Disponible en: <http://www.monitor.co.ug/News/National/-/688334/1390404/-/avkro3z/-/>*

## **Leptospirosis**

### **Perú (Iquitos)**

El presidente regional de Loreto (departamento de la Amazonía peruana cuya capital es Iquitos), Iván Vásquez, afirmó que un hombre de 32 años falleció esta tarde a causa de la leptospirosis y es el tercer fallecido por la enfermedad en la región. Indicó que hasta el momento hay 313 casos reportados, 38 confirmados y tres fallecidos.

Además, Carey informó que este fin de semana se llevará a cabo una jornada de limpieza en los sectores de Iquitos donde las aguas desbordadas de los ríos han empezado a descender, para evitar el avance de la leptospirosis.

#### **Comentario de experto de ProMED:**

Asistimos a un creciente brote de leptospirosis que está comenzando a cobrar víctimas fatales. Para el año 2011 la Dirección General de Epidemiología del Perú reportó 404 casos de leptospirosis a nivel nacional. En cerca de 4 meses del 2012 ya se tienen 313 casos y aumentando; y no se puede dejar de tomar en cuenta la posibilidad de subnotificación. Por otro lado, si bien es cierta la influencia del clima —en este caso la crecida del caudal de los ríos amazónicos por encima de los niveles esperados— no menos cierta es la poca atención por parte de las autoridades y pobladores en cuanto a mejorar las condiciones de vida. Las operaciones de limpieza son buenas, pero es mejor educar a las personas en cuanto a hábitos de higiene y cuidado de sus viviendas.

*Fuente: El Comercio, Perú. 2012, abril 26. <http://elcomercio.pe/peru/1406468/noticia-murio-otra-persona-leptospirosis-iquitos>*

*Tomado de: Programa para el seguimiento de Enfermedades Emergentes. 2012, abril 26. Disponible en: <http://www.promedmail.org>*

## **Intoxicación alimentaria por *Salmonella bareilly* en atún**

### **Estados Unidos (brote multi-estado)**

Pruebas realizadas por el laboratorio de Protección al Consumidor y el Ministerio de Agricultura confirmaron la presencia de contaminación con *Salmonella bareilly* en el atún de aleta amarilla y rollos de atún picante preparados con este atún que fueron retirados del mercado.

El brote de infecciones con *Salmonella bareilly* afectó, hasta el momento, a 160 personas que se intoxicaron en 20 estados y el distrito de Columbia.

El Laboratorio Estatal de Higiene de Wisconsin (WSLH), de la Universidad Wisconsin-Madison, halló que la salmonella de esas muestras de atún coincidía con la huella de ADN del brote de la cepa de *Salmonella bareilly* aislada de las personas que se intoxicaron por consumir el atún contaminado.

Estas pruebas de laboratorio confirmaron la evidencia anterior de que el atún de aleta amarilla era la fuente de la contaminación, tal como se descubrió a través de entrevistas y el rastreo de productos.

Las muestras contaminadas fueron tomadas y analizadas como parte de un esfuerzo en colaboración en el que participaron funcionarios estatales y locales de Wisconsin e investigadores federales.

El 13 de abril, Moon Marine USA Corporation (MMI) de Cupertino, California decidió retirar voluntariamente de la venta 58.828 libras (26.684 kilos) de productos congelados de atún de aleta amarilla crudo, etiquetado como Nakauchi Scrape AA o AAA. Este producto se elabora con restos de carne de atún que se retira de las espinas y tiene la apariencia de atún desmenuzado.

Si bien el producto no está disponible para la venta a consumidores particulares, puede haberse empleado para preparar sushi, sashimi, ceviche y platos similares en restaurantes y tiendas de comestibles. La Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) continúa rastreando el atún retirado del mercado, desde la empresa hasta la etapa de distribución.

Desde febrero, 15 residentes de Wisconsin sufrieron infecciones con *Salmonella bareilly* confirmadas por el laboratorio, que coinciden con las huellas de ADN de la cepa que ocasionó el brote en todo el país. Tres de esos pacientes fueron internados y todos de recuperan de la infección.

Sintetizado de: FIS (Italia). 2012, abril 26. Disponible en:

<http://fis.com/fis/worldnews/worldnews.asp?monthyear=&day=26&id=51725&l=s&special=&ndb=1%20target=>

## **Encefalopatía Espongiforme Bovina**

### **Estados Unidos**

Las autoridades estadounidenses reportaron el 25 de abril de 2012 el primer caso encefalopatía espongiforme bovina en seis años en el país y rápidamente aseguraron a consumidores e importadores mundiales que la carne del animal lechero de California no entró en la cadena alimentaria.

La encefalopatía espongiforme bovina, causa en los seres humanos que comen partes de animales infectados la variante de la mortal enfermedad cerebral Creutzfeldt-Jakob.

El primer caso del mal de la vaca loca apareció por primera vez en el país en el 2003 y produjo un derrumbe de 3.000 millones de dólares en las exportaciones de carne del año siguiente.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos empezó el proceso de notificación a las autoridades internacionales de sanidad animal y a sus socios comerciales, pero el descubrimiento no debería afectar las exportaciones de carne del país, dijo Clifford.

El USDA sigue rastreando la vida exacta del bovino, que se detectó en una planta procesadora no identificada del centro de California.

Sintetizado de: El Universo (Ecuador). 2012, abril 25. disponible en:

<http://www.eluniverso.com/2012/04/24/1/1361/eeuu-reporta-primer-caso-vaca-locaseis-anos.html>

## **Infección nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* multirresistente**

### **Uruguay**

En las últimas semanas el Hospital Militar registró nuevos casos de infecciones por la bacteria resistente KPC (*klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa). Se trata del mismo tipo de bacteria multiresistente hallada en este centro de salud en septiembre de 2011 y que en abril del mismo año causó la muerte de un paciente en Maldonado.

La bacteria KPC tiene la capacidad de resistir a la mayoría de los antibióticos utilizados a nivel clínico. Además, afecta a pacientes que se encuentran con defensas muy bajas o tienen un estado de vulnerabilidad debido a un prolongado tiempo de internación.

Según pudo saber El País, en las últimas semanas se han contabilizado unos 10 pacientes afectados por la bacteria. Algunos sufrieron infecciones del tipo urinario, de sitio quirúrgico (infecciones post-operatorias) y traqueo bronquitis (en vías respiratorias). Otros solo están colonizados; la pueden transmitir pero no están infectados.

Ante los primeros casos, e incluso antes de tener la confirmación oficial del Laboratorio Nacional del MSP, dijeron fuentes médicas, el hospital tomó medidas de control: aisló a los pacientes y extremó las medidas de higiene y desinfección.

Actualmente tanto los infectados como los colonizados se encuentran en un piso distante de las salas de internación. Los médicos procuran evitar su traslado dentro del hospital. Para que la bacteria no salga del centro de salud se restringió el régimen de visitas.

*Sintetizado de: El País (Uruguay). 2012, abril 25. Disponible en:*

<http://www.elpais.com.uy/120425/pnacio-638006/nacional/hospital-militar-detectan-bacteria/>

---

## **Desde la Organización Mundial de la Salud: Día Mundial de Lucha contra el Paludismo**

24 de abril de 2012/ Ginebra – La Organización Mundial de la Salud celebra en el Día Mundial del Paludismo los progresos mundiales en el combate contra esta enfermedad, pero destaca la necesidad de reforzar aún más la lucha. La nueva iniciativa, *T3: Test, Treat, Track*, insta a los países donde el paludismo es endémico y a los donantes a avanzar hacia el acceso universal a pruebas de diagnóstico y tratamiento contra el paludismo y construir robustos sistemas de vigilancia.

*Sintetizado de: Organización Mundial de la salud. 2012, abril 24. Disponible en:*

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/malaria\\_20120424/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/malaria_20120424/en/index.html)

---

## **Desastres naturales**

### **Inundaciones en República Dominicana**

El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de República Dominicana declaró en alerta verde (bajo) las provincias de Montecristi, Puerto Plata, Dajabón y Santiago Rodríguez, donde se pronostican fuertes lluvias.

Tamboril, en la provincia Santiago de los Caballeros, aunque no se incluye entre los territorios declarados en alerta, resultó inundado este lunes 23 de abril por el desbordamiento del río que atraviesa ese municipio en momentos que sufre brote de cólera, la cual cobró nueve víctimas.

La ciudad de Santiago de los Caballeros enfrentó igual situación, con inundación de calles y avenidas que provocaron dificultades en el tránsito de vehículos y peatones.

El COE indicó que adoptó la medida en consonancia con el boletín de la Oficina Nacional de Meteorología que vaticina aguaceros, tormentas eléctricas y ráfagas de viento ocasionales sobre las regiones Noroeste, Norte, Cordillera Central y Zona Fronteriza.

Según el Centro de Emergencias, las precipitaciones obedecen a la incidencia de una vaguada prefrontal localizada sobre Haití, moviéndose hacia el este/sureste lentamente y un sistema frontal sobre la porción oriental de Cuba, casi estacionario.

Una crecida de esa magnitud ocurrió hace 11 días provocando la rotura de la tubería que surte de agua potable a Santiago, líquido infectado con bacterias que dieron inicio a un brote de cólera. Miembros de la Defensa Civil, Cruz Roja, bomberos, la Policía y el Ejército socorrieron a personas residentes en cañadas y arroyos de esta ciudad, donde algunas viviendas colapsaron como consecuencia del deslizamiento de tierra, reportó el diario El Nacional digital.

*Fuente: Prensa Latina. 2012, abril 24. Disponible en:*

[http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=500138&Itemid=1](http://www.prensa-latina.cu/index.php?option=com_content&task=view&id=500138&Itemid=1)

### Incremento de Sarampión en Estados Unidos durante el 2011

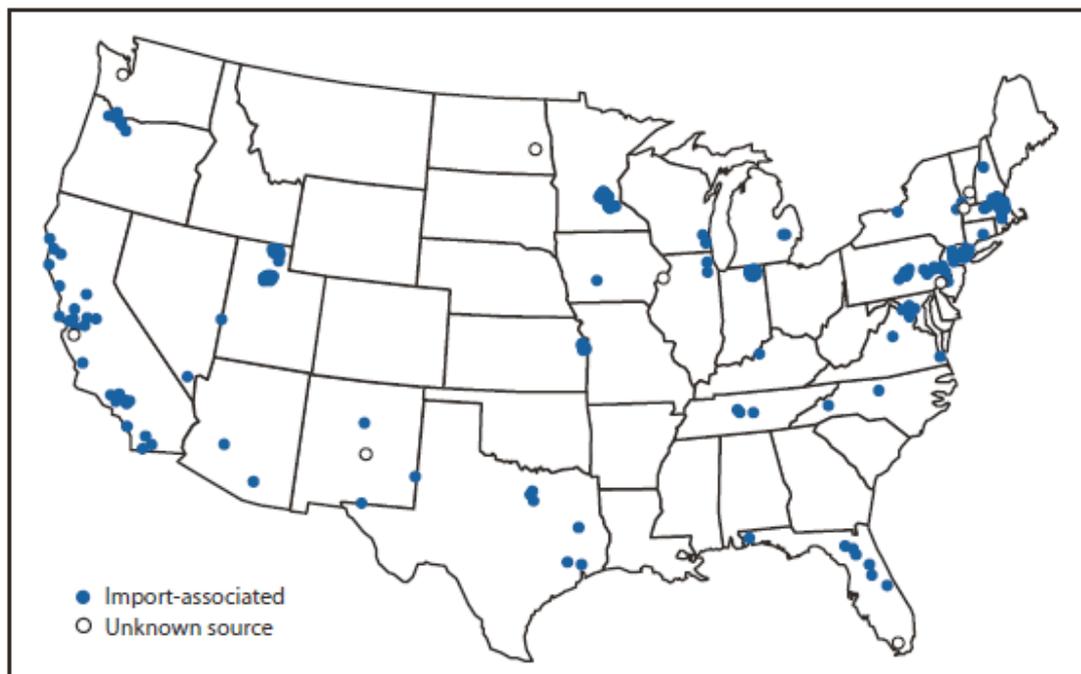
La eliminación del sarampión se ha mantenido en los Estados Unidos durante más de una década a través de la alta inmunidad de la población secundaria a la alta cobertura de vacunación de MMR. La cobertura con 1 dosis ha sido > 90% entre los niños de 19-35 meses desde 1996. El aumento de importaciones de sarampión y brotes durante 2011 sirve como un recordatorio de que el sarampión sigue siendo endémico en muchas partes del mundo y los residentes de Estados Unidos no vacunados continuarán poniendo a sus comunidades y a sí mismos en riesgo de sarampión y sus complicaciones.

En el 2000, Estados Unidos logra eliminación de sarampión (definido como la interrupción de la transmisión del sarampión endémico durante todo el año) (1). Sin embargo, las importaciones de sarampión en Estados Unidos persiste, lo que representa riesgo de brotes de sarampión y de transmisión sostenida. Durante 2011, un total de 222 casos de sarampión (tasa de incidencia: 0,7 por cada millón de habitantes) y 17 brotes de sarampión (definidos como tres o más cuadros vinculados en tiempo o lugar) se reportaron al CDC, en comparación con una media de 60 cuadros (rango: 37-140) y 4 brotes (rango: 2-10) notificados anualmente durante 2001-2010. Este informe actualiza un informe anterior de sarampión en Estados Unidos durante los 5 primeros meses de 2011.

De los 222 casos, 112 (50%) se asociaron con 17 brotes y 200 (90%) se asociaron con las importaciones procedentes de otros países, entre ellos 52 casos (26%) en residentes de Estados Unidos que regresaron desde el extranjero y 20 casos (10%) de visitantes extranjeros. Otros casos relacionados con las importaciones incluyen 67 (34%) casos vinculados epidemiológicamente con las importaciones, 39 (20%) con evidencia virológica que sugiere reciente importación y 22 (11%) vinculados a casos con pruebas virológicas de reciente importación. La mayoría de los pacientes (86%) estaban sin vacunar o su estado de vacunación era desconocido.

Durante 2011, se informó un total provisional de casos de 222 de sarampión en 31 Estados (figura 1). La edad promedio de los pacientes era de 14 años (rango: 3 meses a 84 años); 27 (14%) tenían < 12 meses de edad, 51 (26%) tenían de 1-4 años de edad, 42 (21%) tenían de 5-19 años de edad y 76 (39%) tenían ≥20 años. La mayoría de los pacientes no estaban vacunados (65%) o su estado de vacunación era desconocido (21%). De los 222, un total de 196 eran residentes de Estados Unidos. De los residentes de Estados Unidos que tenían sarampión, 166 estaban sin vacunar o su estado de vacunación era desconocido, 141 (85%) fueron elegibles para la vacunación de PRS, 18 (11%) eran demasiado jóvenes para la vacunación, seis (4%) nacieron antes de 1957 y se presumía inmunidad y uno (1%) había tenido antes evidencias de laboratorio de presuntiva inmunidad al sarampión. Entre los 141 pacientes que no estaban vacunados y eran elegibles para la vacunación de PRS, nueve (6%) eran lactantes de 6-11 meses de edad y tenían historial reciente de viajes internacionales; 14 (10%) tenían de 12-15 meses de edad, la edad recomendada para recibir la primera dosis de vacuna PRS y 66 (47%) tenían entre 16 meses hasta 19 años de edad. De estos 66 pacientes, 50 (76%) no habían sido vacunados debido a objeciones filosóficas, religiosas o personales.

**Figura 1. Origen de los casos reportados de sarampión (N = 222) — Estados Unidos, 2011**



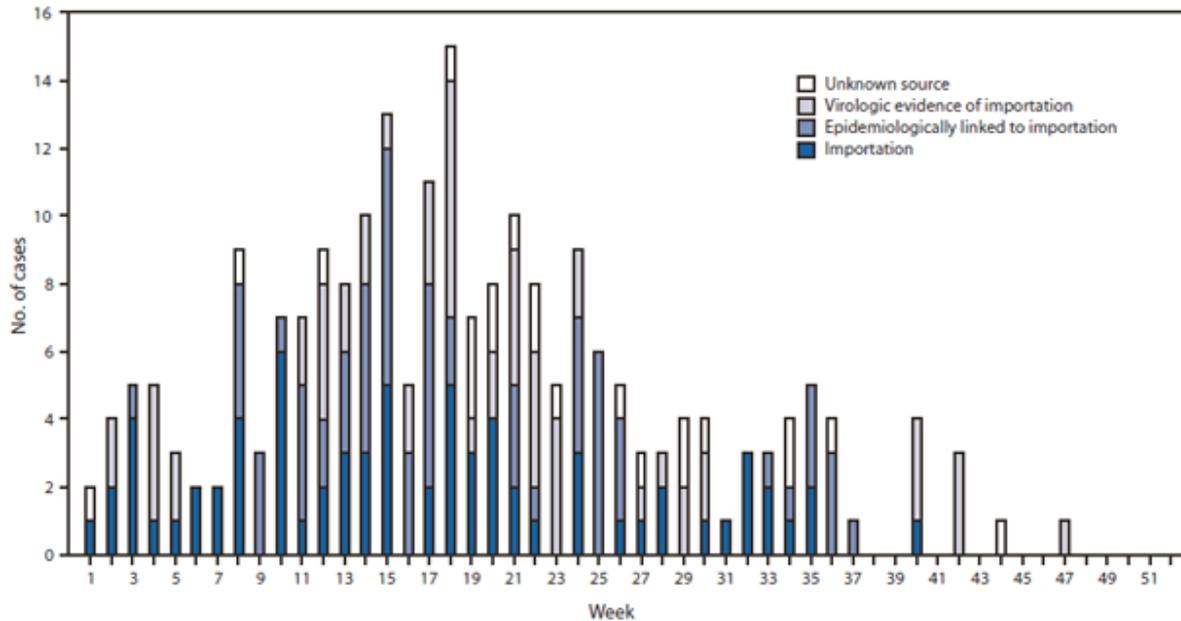
Fuente: MMWR

Entre los 70 pacientes de sarampión que tuvieron que ser hospitalizados (32%), 17 (24%) tuvieron diarrea, 15 (21%) estaban deshidratados y 12 (17%) tuvieron neumonía. No se reportaron casos de encefalitis ni fallecidos.

De los 222 casos de sarampión, 200 (90%) estaban relacionados con importaciones. De ellos, 72 (36%) fueron importaciones procedentes de otros países, 67 (30%) estaban vinculados epidemiológicamente a las importaciones, 39 (20%) tenían evidencia virológica (es decir, el aislamiento de un genotipo viral conocido por circular en un país con sarampión) lo que sugiere reciente importación y 22 (11%) estaban vinculados a los casos con evidencia virológica de reciente importación. El origen del sarampión en los otros 22 casos no pudo determinarse. Las importaciones se reportaron durante 31 de las 52 semanas (figura 2). Entre los 72 casos de sarampión importados, 52 fueron vinculados a residentes de Estados Unidos que habían viajado al extranjero y 20 estaban vinculados a visitantes extranjeros. Casi la mitad (46%) de los 72 casos importados ocurrieron entre las personas que adquirieron la enfermedad en países de la región de Europa.

Los 17 brotes incluyeron a 112 (50%) de los 222 casos. El tamaño promedio de un brote fue de 6 casos (rango: 3–21 casos), y los brotes duraron un promedio de 18 días (rango: 6–69 días). Se hicieron confirmaciones por laboratorio en 200 (90%) casos: 94 (47%) por detección de IgM específico para sarampión y ácido nucleico del virus, 69 (35%) solo por detección de IgM y 37 (19%) solo por detección del ácido nucleico del virus. Se identificaron seis genotipos: D4, D9, D8, B3, G3, y H1.

**Figura 2. Número de casos de sarampión, según tipo de importación y semana de comienzo del rash (N = 222) — Estados Unidos, 2011**



Fuente: MMWR

Traducido y sintetizado de: Morbidity and Mortality Report. Measles — United States, 2011. Disponible en: [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6115a1.htm?s\\_cid=mm6115a1\\_x](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6115a1.htm?s_cid=mm6115a1_x)

### Incremento de Sarampión en India, 2011

Una nueva investigación por la Organización Mundial de la salud (OMS), la Universidad de Penn State y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha encontrado que mientras en todo el mundo, la mortalidad por sarampión cayó 74% entre 2000 y 2010, lo que todavía está por debajo de la meta de 90%, en la India la mortalidad aumentó en un 26% durante el mismo período. El estudio publicado en la revista The Lancet señaló como la razón de por qué la enfermedad sigue siendo una causa importante de muerte en el país la relativamente baja cobertura de inmunización (74%). Según el estudio la India va a la zaga, incluso de África (76%).

En el 2010, India registró casi 30.000 nuevos casos de sarampión y 65.500 muertes. Agrega el estudio, "nuestros hallazgos sugieren que aún no se han cumplido el objetivo de reducir la mortalidad por sarampión en un 90% de 2000 a 2010". La naturaleza altamente contagiosa del virus del sarampión requiere mantenimiento de muy altos niveles de inmunidad de la población a través de la alta cobertura de rutina. El sarampión sigue siendo generalizado en la India debido a la tardía aplicación de campañas de inmunización masiva. "Esperamos que rondas de inmunización planificada dirigidos a 134 millones de niños y la introducción de una segunda dosis de rutina en algunos estados de la India durante 2011-2013 reduzcan sustancialmente la mortalidad por sarampión en 2015"

Traducido y sintetizado de: Times of India. 2012, abril 24. disponible en: [http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-04-24/science/31392204\\_1\\_measles-vaccine-second-dose-measles-mortality](http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-04-24/science/31392204_1_measles-vaccine-second-dose-measles-mortality)

## **Incremento de paludismo importado en Reino Unido procedente del subcontinente indio**

Nuevas cifras desde la Agencia de Protección de Salud (HPA) del Reino Unido muestran que a pesar la disminución de un 5% en las infecciones por paludismo reportadas en el 2011 (1.677) en comparación con 2010 (1.761), los casos entre los viajeros que regresan desde el subcontinente indio (India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Sri Lanka y Bhutan) aumentaron en 22%, de 274 casos en 2010 a 334 casos en 2011.

El aumento de casos procedentes del subcontinente indio en 2011 es debido en gran parte a una duplicación de casos de paludismo por *Plasmodium vivax* adquirida en Pakistán.

El tipo más común de paludismo reportado en el Reino Unido es el paludismo por *P. falciparum*, que generalmente se adquiere en África occidental. Este tipo de malaria continúa acumulando la mayoría de los casos (1.149) reportados en el Reino Unido. Sin embargo, en el 2011 una cuarta parte de los casos (416) fueron causadas por la *P. vivax*, que más comúnmente se adquiere en la India y Pakistán. Esta proporción ha aumentado del 20 % en 2010 y puede indicar los viajeros no están conscientes del riesgo de paludismo en el subcontinente indio, donde el *P. vivax* es más prevalente.

En el 2011, se registraron 8 muertes por paludismo, 6 por *falciparum* adquirido en África y 2 por *vivax* adquirido en la India.

El paludismo es una enfermedad casi totalmente evitable cuando se toman precauciones, pero las últimas cifras muestran que, donde se obtuvo la historia de tomar medicamentos antipalúdicos, 84 % de los casos (803 de 954 con información disponible) no tomó precauciones. El grupo que sigue estando a mayor riesgo de contraer la malaria son aquellos que visitan a amigos y familiares. En el 2011, donde era conocido motivo de viaje, el 80% de los casos (610/765), que viajaron desde el Reino Unido, estaban visitando amigos y familiares en su país de origen o en el de sus familiares. Este grupo es más propenso a adquirir paludismo por varias razones, entre ellas, no buscan o no tienen acceso adecuado a recomendaciones médicas adecuadas antes de viajar, reciben un pobre asesoramiento, no se adhieren a las orientaciones médicas o no tienen percepción de riesgo porque el destino les es familiar.

*Traducido y sintetizado de: Health Protection Agency. 2012, abril 25. disponible en:*

[http://www.hpa.org.uk/webw/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb\\_C/1317133806543?p=1317132140479](http://www.hpa.org.uk/webw/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1317133806543?p=1317132140479)

## Fuentes principales consultadas

<b>Organismos internacionales y regionales</b> World Health Organization <a href="http://www.who.int">http://www.who.int</a> World Organization for Animal Health <a href="http://www.oie.int">http://www.oie.int</a> UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs <a href="http://ochaonline.un.org">http://ochaonline.un.org</a> UN Food and Agriculture Organisation <a href="http://www.fao.org.vn">http://www.fao.org.vn</a> Organización Panamericana de la Salud <a href="http://www.paho.org">http://www.paho.org</a> CAREC. <a href="http://www.carec.org">http://www.carec.org</a> EpiNorth <a href="http://www.epinorth.org">http://www.epinorth.org</a>	<b>Instituciones de salud</b> Center for Disease Control and Prevention <a href="http://www.cdc.gov">http://www.cdc.gov</a> Public Health Agency of Canada <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php</a> Health Protection Agency (Reino Unido) <a href="http://www.phls.co.uk">http://www.phls.co.uk</a>
<b>Sistemas de monitoreo</b> Programa para el Seguimiento de Enfermedades Emergentes <a href="http://www.promedmail.org">http://www.promedmail.org</a> Medisys (Medical Intelligence System) <a href="http://medusa.jrc.it">http://medusa.jrc.it</a>	<b>Reportes epidemiológicos</b> Morbidity and Mortality Weekly Report <a href="http://www.cdc.gov/mmwr">http://www.cdc.gov/mmwr</a> Eurosurveillance Weekly <a href="http://www.eurosurveillance.org">http://www.eurosurveillance.org</a> Bulletin Meningitis <a href="http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/epidemiological/en/index.html">http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/epidemiological/en/index.html</a>

*Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.*

Director: Dr. Luis Estruch Rancaño  
Edición, compilación y traducción: Dra.C. Nancy Sánchez Tarragó  
Asesor y Corrector: Dr. Waldo Jorrín Ibáñez

Dirección Postal: Calle 23 Esq. N. Edificio Soto, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana. CP 10400.  
Telf: (537) 8383351.  
Sitio web institucional: <http://www.vigilanciaensalud.sld.cu>  
Publicaciones disponibles en: <http://www.vigilanciaensalud.sld.cu/>