Situación Epidemiológica Internacional

Vigilancia en Salud

ISSN 1028-4346

No. 428 *15 de junio de 2012*

En este número:

Esta semana en el boletín Situación Epidemiológica Internacional: 3

Influenza aviar A (H5N1) 4

Egipto 4
China 4
Cambodia 4
Acumulado de casos humanos confirmados de Influenza A H5N1 hasta el 7 de junio de 2012 5

Influenza pandémica A (H1N1) 5

Bolivia 5
El Salvador 5

Dengue 6

Ecuador 6
México (Jalisco) 6
México (Guerrero) 7
México (Michoacán) 7
Puerto Rico 7

Sarampión 8

Argentina 8
Ucrania 9
Somalia 9
China 10
Pakistán (Khyber-Pakhtunkhwa y Administración Federal de Áreas Tribales) 10
Israel 10

Enfermedad meningocócica 11

África 11

Enfermedad de Manos, Pies y Boca 12

Viet Nam (Dong Nai) 12

Cólera 12

Haití 12
República Dominicana 13
Zimbabwe (Chiredzi) 14

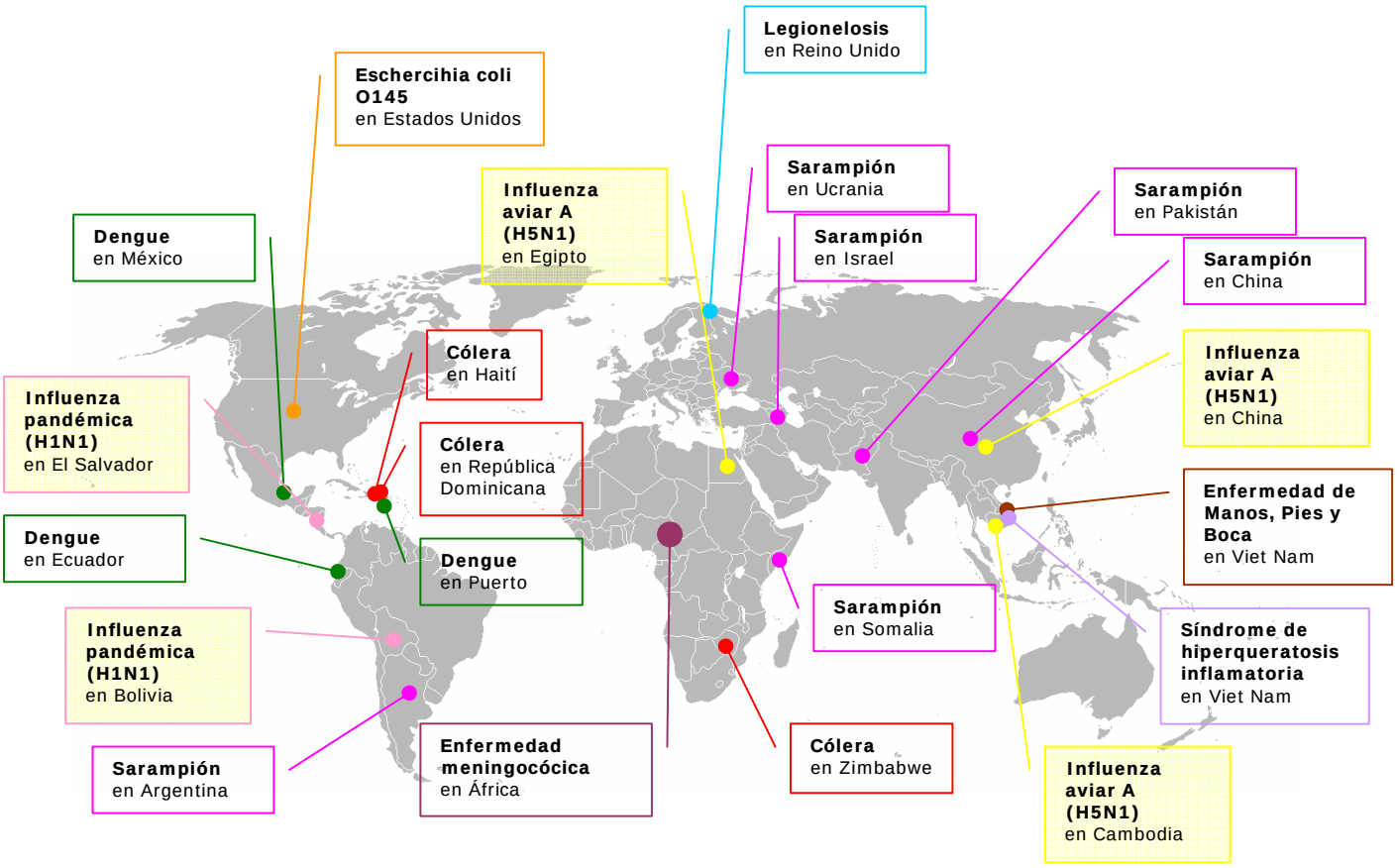
Escherichia coli O145 14

Estados Unidos 14

Legionelosis 15

Reino Unido (Escocia).....15
Síndrome de Hiperqueratosis inflamatoria palmoplantar 15
Viet Nam (Quang Ngai) 15
Estudios epidemiológicos 16
Resultados satisfactorios en la prueba de vacuna oral contra cólera en Guinea Conakry 16

Esta semana en el boletín Situación Epidemiológica Internacional:



Influenza aviar A (H5N1)

Egipto

El Ministerio de Salud y Población de Egipto ha notificado a la OMS de un nuevo caso de infección humana por el virus de la gripe aviar H5N1. Se trata de un caso femenino de cuatro de años de la gobernación Kfr – Elsheikh. Ella enfermó el 25 de abril de 2012, fue admitida a un hospital el 26 de abril de 2012 y recibió tratamiento de oseltamivir al ingreso. Ella fue dado de alta del hospital el 7 de mayo de 2012. Las investigaciones sobre el origen de la infección indican que el caso tuvo exposición a aves de corral. El caso fue confirmado por el Laboratorio Central de Salud Pública y la unidad de investigación médica (NAMRU-3), un laboratorio de referencia de la OMS.
Hasta la fecha, un total de 168 casos han sido confirmados en Egipto, de los cuales 60 han sido mortales.

Traducido de: World Health Organization. Avian influenza – situation in Egypt – update. 2012, junio 7. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_06_07/en/index.html

China

El Centro para la Protección de la Salud del Departamento de Salud de Hong Kong, China, ha informado un caso humano de infección por el virus de la gripe aviar H5N1. Es un varón de 2 años de la ciudad de Guangzhou, provincia de Guangdong. Los primeros síntomas fueron el 23 de mayo de 2012 en la provincia de Guangdong y fue a una clínica privada en Hong Kong, el 26 de mayo de 2012. Desarrolló convulsión febril y fue trasladado a un hospital el 28 de mayo de 2012 y fue confirmado por laboratorio como infección por Influenza H5N1 el 2 de junio de 2012. Se encuentra aún grave y hospitalizado.
La madre lo había llevado a visitar un mercado con aves de corral vivas en Guangzhou a mediados de mayo de 2012, allí compró y se sacrificó un pato. Los contactos íntimos del caso se han examinado y están negativos. La evidencia hasta ahora indica que se trata de un caso esporádico de infección humana con el virus H5N1, sin transmisión secundaria.
Hasta ahora se han notificado 22 casos humanos de Influenza A (H5N1) en Hong Kong, China, incluyendo 18 casos en 1997, 2 casos en el 2003, 1 caso en el 2010 y el caso actual en el 2012.

Traducido de: World Health Organization. Avian influenza - situation in China, Hong Kong Special Administrative Region (Hong Kong, SAR) – update. 2012, junio 5. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_06_05/en/index.html

Cambodia

El Ministerio de Salud del Reino de Camboya ha anunciado un nuevo caso confirmado de infección humana por el virus de la gripe aviar A (H5N1).
La paciente, una niña de 10 años de la Provincia de Kampong Speu, presentó los primeros síntomas el 20 de mayo de 2012 y, después de recibir un tratamiento inicial en su localidad, fue hospitalizada el 25 de mayo con fiebre y dificultad respiratoria. La infección por el virus de la gripe aviar A (H5N1) fue confirmada por el Instituto Pasteur de Camboya el 26 de mayo de 2012 y, pese a los intensos cuidados médicos que se le prestaron, la paciente murió el 27 de mayo de 2012.
Recientemente se ha notificado la muerte de aves de corral en la localidad de la paciente, que antes de enfermar había preparado alimentos con pollos enfermos.
Con esa muchacha ascienden a 21 las personas infectadas por el virus A (H5N1) en Camboya, 19 de las cuales han fallecido por esa causa.
Los equipos nacionales y locales de respuesta rápida están investigando el brote y dándole respuesta de conformidad con el protocolo nacional. Además, se está llevando a cabo en la localidad una campaña de educación en salud pública para que evitar que las familias contraigan la gripe aviar.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Gripe aviar – Situación en Camboya –Actualización. 2012, mayo 29. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_05_29/es/index.html

Acumulado de casos humanos confirmados de Influenza A H5N1 hasta el 7 de junio de 2012

Country	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths
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	3	0	6	0
Cambodia	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	1	0	1	0	1	1	8	8	3	3	21	19
China	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	4	4	7	4	2	1	1	1	2	1	43	28
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Egypt	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	8	4	39	4	29	13	39	15	10	5	168	60
Indonesia	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	24	20	21	19	9	7	12	10	6	6	189	157
Iraq	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Lao People's Democratic Republic	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Thailand	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	17
Turkey	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	4	2	123	61
Total	**4**	**4**	**46**	**32**	**98**	**43**	**115**	**79**	**88**	**59**	**44**	**33**	**73**	**32**	**48**	**24**	**62**	**34**	**28**	**17**	**606**	**357**

Fuente: World Health Organizations. Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A (H5N1) reported to WHO. Disponible en: http://www.who.int/entity/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/index.html

Influenza pandémica A (H1N1)

Bolivia

El ministro de Salud, Juan Carlos Calvimontes, informó que Oruro fue declarado zona epidémica tras el último reporte de casos de influenza A (H1N1), que en la última semana incrementó en 30 %. Indicó que en el país existen 926.504 casos de infecciones respiratorias agudas, de los cuales existen 2.276 casos sospechosos de gripe AH1N1 y 457 confirmados.
La Paz y Santa Cruz continúan siendo los departamentos con más casos, mientras que en Cochabamba existen 11 personas con la influenza y en total 11 mil casos registrados de resfríos.
Explicó que el departamento de Oruro está en zona epidémica por lo mismo sus autoridades locales deben declarar alerta sanitaria departamental; Pando, Tarija, Chuquisaca y Cochabamba se encuentran en el límite de zona de alarma y epidemia; La Paz en zona de epidemia, y los demás departamentos en zona de seguridad y éxito.

Fuente: Los Tiempos. 2012, junio 14. Disponible en: http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/nacional/20120614/oruro-y-la-paz-son-declarados-zonas-epidemicas-por-aumento-de_175001_368729.html

El Salvador

El Ministerio de Salud (MINSAL) confirmó el 13 de junio de 2012 que la cifra de casos de gripe H1N1 han ascendido a 96 en lo que transcurre del 2012. De acuerdo a las autoridades del MINSAL, en la última semana confirmaron 21 nuevos casos de esta enfermedad.
Hasta la semana pasada, Salud había informado que se registraban 75 casos de H1N1 y descartó decretar emergencia por el repunte de casos, asegurando que era una situación normal, por lo cual la población no debía alarmarse por los casos confirmados en el país.
La semana pasada, el colegio Santa Inés de Santa Tecla paralizó sus clases, como medida preventiva, debido a que se habían detectado casos de gripe, no del tipo H1N1, en el centro educativo. Sin embargo, el MINSAL aclaró que no había girado instrucciones para la suspensión de las actividades escolares.

Fuente: La Prensa Gráfica. 2012, junio 13. Disponible http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/social/267940-casos-de-gripe-h1n1-ascienden-a-96-en-el-salvador.html

Dengue

Ecuador

Un total de 19 personas han fallecido en lo que va del año 2012 en Ecuador por dengue, enfermedad que ha afectado a cerca de 10.000 personas, informó el 15 de junio de 2012 el Ministerio de Salud Pública.
El mayor número de fallecidos por dengue se registra en la provincia costera de Manabí (8), seguida por las de Guayas (5) y Santo Domingo (2), en tanto que Los Ríos, El Oro, Santa Elena y Pichincha reportan un fallecido cada una.
De acuerdo con el Ministerio, en lo que va del año se han reportado en el país 9.982 casos de dengue, de los cuales 162 son considerados graves.
El Ministerio recordó que en el mismo lapso de 2011 se reportaron 2.869 afectados por el dengue, de los que 49 fueron graves. En ese año se reportaron tres muertes.
Las lluvias han sido copiosas en los últimos meses en la zona costera de Ecuador, contribuyendo al aumento del vector.
Se prevé que la temporada de lluvias remita este mes para dar paso a la época seca, también conocida como el verano ecuatorial, que se extiende hasta septiembre.
Según el Ministerio, el 70 % del territorio ecuatoriano tiene condiciones ambientales propicias para la aparición del dengue.

Sintetizado de: La Prensa Gráfica. 2012, junio 15. Disponible en: http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/lodeldia/268272-un-total-de-19-muertos-y-casi-10-mil-afectados-por-dengue-en-ecuador.html

México (Jalisco)

La Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) informó que durante la semana epidemiológica número 22 (del 27 de mayo al 2 de junio) se presentaron cuatro nuevos casos de dengue en esta entidad.
Indicó que en total se han presentado 52 casos de dengue en lo que va del año, de los cuales 49 corresponden al tipo clásico y tres al hemorrágico.
Agregó que un tercer caso de dengue hemorrágico este año corresponde a una reclasificación, ya que en primera instancia se había reportado como de tipo clásico un caso presentado en la colonia Oblatos en Guadalajara.
Señaló que de acuerdo con información del departamento de Vectores y Zoonosis de la SSJ, los casos hemorrágicos corresponden a los municipios de Guadalajara y Zapopan, y el reclasificado a la capital del estado.
Puntualizó que a la misma fecha el año pasado se habían presentado 65 casos de dengue.
Añadió que a la fecha en Jalisco se han presentado casos de dengue en 12 municipios, Puerto Vallarta es donde hay mayor número de casos, con 14 hasta la fecha; seguido de Guadalajara, Tlaquepaque, La Huerta, Tonila, Tlajomulco de Zúñiga, El Salto, Tonalá, Zapopan, Chapala, Pihuamo y Tomatlán.
Resaltó que durante la presente semana epidemiológica se harán labores preventivas en las colonias Mirador Escondido, Santa Margarita, Agua Fría y Atemajac del Valle, en el municipio de Zapopan; en Tonalá, se trabajará en la colonia Jalisco, Altamira, Loma Bonita y Basilio Badillo.
Además se realizarán acciones en el centro del municipio de El Salto; en Tlaquepaque se trabajará en la colonia El Vergel y Fraccionamiento Revolución; mientras que en Guadalajara se harán acciones preventivas en la colonia San Miguel de Huentitán.

Fuente: El Universal (México). 2012, junio 12. Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/notas/852928.html

México (Guerrero)

El secretario de Salud del estado, Lázaro Mazón Alonso, reportó el primer deceso en Guerrero a consecuencia del dengue grave, y alertó a la población en general a redoblar acciones de prevención en sus hogares ante el incremento de casos durante la temporada de lluvias.
El funcionario dio a conocer que en lo que va del año 2012 se han se han contabilizado 275 casos de dengue, 182 corresponden al dengue clásico y 93 del tipo hemorrágico, entre los cuales recientemente falleció una persona.
Detalló que los municipios más afectados son Iguala con 85 casos; seguido por Acapulco con 51; Teloloapan con 20; Huitzuco con 10; Coyuca de Catalán con 9; Cocula con 9; Chilpancingo con 9; Coyuca de Benítez con 8; Ometepec con 8 y Ajuchitlán del Progreso con 6, entre otros municipios con menor proporción.
Indicó que por parte de las autoridades estatales se han reforzado los esfuerzos en prevención, principalmente en concientizar a la población, en descacharrizar patios y azoteas de casas habitación, así como la abatización para eliminar los criaderos y la reproducción del mosquito Aedes aegypti.
Aseguró que es común que con la temporada de lluvias aumente el número de casos de dengue en el estado, por lo que consideró que con estas acciones de prevención, población y gobierno lograrán frenar el incremento de casos de esta enfermedad que provoca padecimientos muy dolorosos.
Recomendó a la población colocar abate en depósitos de agua, rociado intradomiciliario, cambiar agua de floreros cada tercer día, descacharrización, limpieza constante en las casas, desyerbado de patios, y otras acciones para contener el incremento de casos de dengue en la entidad.
Comentó que la región norte del estado es el primer lugar en incidencia de dengue con 132 casos, de los cuales, 66 son de dengue clásico y 66 de dengue hemorrágico.
En el 2010 se registraron 5 mil 681 casos de dengue en Guerrero, con 13 fallecimientos; disminuyendo el 2011 ha 805 casos con 4 decesos.

Fuente: El Universal (México). 2012, junio 12. Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/notas/852976.html

México (Michoacán)

Tras asegurar que el Estado registra al momento 261 casos de dengue, el titular de la Secretaría de Salud en Michoacán (SSM), Rafael Díaz Rodríguez, advirtió que es elemental que la población no baje la guardia y siga acatando las recomendaciones, pues el objetivo es evitar que más personas contraigan esta enfermedad.
Fue claro al expresar que el hecho de que el asunto del dengue esté contenido, esto no significa que no se deban atender las recomendaciones, sobre todo en este periodo de lluvias que es cuando hay aguas estancadas y es donde se reproduce el mosquito transmisor del dengue.
Díaz Rodríguez dijo que a nivel nacional, Michoacán no se ubica en los primeros lugares en incidencia de dengue, pues los primeros lugares los ocupa el sureste del país con una diferencia muy marcada en comparación con este Estado.
Abundó que el municipio más afectado por el dengue es Lázaro Cárdenas, así como Zitácuaro, además de otras localidades, en donde se está poniendo especial atención, porque el gran desafío es precisamente que ya no se presenten más casos.

Sintetizado de: Cambio de Michoacán. 2012, junio 12. Disponible en:
http://www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=176283

Puerto Rico

Con 1,836 casos sospechosos de dengue reportados hasta la semana pasada al Programa de Prevención de Dengue del Departamento de Salud ya suman 350 casos más que los reportados el año pasado (1,486) a la misma fecha (semana 23).
Según el más reciente informe de la Subdivisión de Dengue de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés), que recoge datos hasta el 8 de junio, a

ese momento el nivel de notificación de dengue estaba “por encima del umbral epidémico”. Este es el porcentaje más alto (75%) de casos reportados a la Subdivisión de Dengue del CDC en los últimos 25 años.
Ante este cuadro, esta semana el secretario de Salud, Lorenzo González Feliciano, explicó que, si el nivel de notificación se mantiene así durante las próximas dos a tres semanas, la agencia estaría declarando una epidemia.
Con excepción del año 2010 -cuando se reportó una epidemia que registró más de 20,000 casos sospechosos de dengue- el nivel de notificación de este año es mayor que los registrados del 2006 al 2009. Para la misma fecha del 2006 se habían reportado 860 casos; en el 2007 a la semana 23 se habían registrado 1,207; en el 2008 se reportaron 1,395 y en el 2009 se registraron 1,770.
Según datos del Programa de Prevención de Dengue, del 3 al 8 de junio se reportaron 108 casos sospechosos.
La mayoría (42) fue en la región metropolitana, en Ponce (19) y en Bayamón (17). También se reportaron casos en la región de Arecibo (14), Caguas (6), Aguadilla (4), Mayagüez (4) y Fajardo (2).
Según el informe del CDC, entre los municipios con más casos confirmados por laboratorio se destacan: San Juan, Trujillo Alto, Carolina, Guaynabo, Bayamón, Cataño, Toa Baja, Toa Alta, Naranjito, Corozal y Morovis, además de Caguas, Patillas, Ponce, Adjuntas y Aguada.
Según informó ayer el titular de Salud, un factor determinante en las próximas semanas -además de si se mantiene el umbral epidémico- será el porcentaje de casos confirmados en el CDC.
Según el último informe del CDC, 22.1% de los casos estaban siendo confirmados. Hay que resaltar que el CDC solo procesa una pequeña muestra de los casos sospechosos reportados. El virus del dengue es una enfermedad de reporte obligatorio, por lo que los médicos deben reportar a Salud todos los casos sospechosos.
El Nuevo Día supo que Salud y el CDC investigan una muerte sospechosa de dengue. Se trata de un hombre de Vega Baja que murió la semana pasada. Ayer el secretario de Salud no confirmó la información ya que, según dijo, solo divulgará las muertes que hayan sido confirmadas por el CDC.
Entre los casos ya confirmados por el CDC se destacan seis de dengue grave. Esta es la manifestación más severa del virus que, en algunos casos, termina en la muerte del individuo.
Según la doctora Ángeles Rodríguez, quien fue epidemióloga del estado, cuando los casos de dengue aumentan durante estos meses en que aún no es temporada alta de dengue, se anticipa que en la época de alta transmisión (de septiembre a noviembre) probablemente se alcancen niveles epidémicos de contagio del virus.
Aunque la epidemióloga recordó que el virus del dengue es una condición endémica en la Isla, esto es, que se reportan casos durante todo el año, destacó que este año ha notado muchos más casos que en los últimos años y en todas las edades, adultos y niños.

Sintetizado de: El Nuevo Día (Puerto Rico). 2012, junio 15. Disponible en:
http://www.elnuevodia.com/enelumbraldeunaepidemiadedengue-1279401.html

Sarampión

Argentina

El Ministerio de Salud de la Nación detectó un probable caso de sarampión en la Ciudad de Buenos Aires en una mujer que llegó de Europa con la enfermedad, de la cual no se registan casos en la Argentina desde el 2000.
El sistema de alerta "detectó el caso este jueves a la noche y ya se realizaron los bloqueos del foco", aunque el Ministerio de Salud "emitió un alerta epidemiológico para sensibilizar por la posible detección y notificación inmediata de otros casos sospechosos de esta enfermedad", informó un comunicado de esa cartera.
La paciente afectada es una mujer de 35 años, sin antecedentes de vacunación conocidos, que viajó a Europa en las últimas cuatro semanas y que reingresó a nuestro país con síntomas compatibles con el sarampión.
Como en Argentina no se registra circulación viral de sarampión autóctona desde hace doce años, la aparición de un solo caso se considera brote.

En el 2011 se reportaron en las Américas 1310 casos de sarampión importados o relacionados con importación. La transmisión del virus del sarampión a nuestro continente provino en un 71% de países europeos.
Según datos de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), las muy bajas coberturas de vacunación en el continente europeo han producido una gran cantidad de acumulación de casos de esta enfermedad.

Sintetizado de: MinutoUno. 2012, mayo 25. Disponible en:
http://www.minutouno.com.ar/minutouno/nota/166624-detectan-el-primer-caso-de-sarampion-desde-2000/

Ucrania

El número de casos de sarampión notificados en Ucrania ha aumentado en los últimos meses, con una concentración especialmente alta de casos en Ucrania occidental. Desde enero del 2012 y hasta el 13 de junio de 2012 se han diagnosticado más 10.386 personas. La epidemia no ha crecido sólo numéricamente, sino que también se ha expandido geográficamente, con casos reportados en todo el país. Ucrania es sede del Campeonato de fútbol europeo UEFA (EURO 2012). Lviv, la ciudad sede principal del torneo, acumula actualmente la mayor incidencia de sarampión. La concentración de personas en Lviv, Kiev, Járkov y Donetsk, así como el incremento de viajes internacionales desde y hacia Ucrania en este último mes, han aumentado el riesgo de transmisión a los turistas y residentes de Ucrania. Una evaluación de riesgo conducida por el Centro para el Control de Enfermedades de Europa considera que los asistentes a EURO 2012 que no estén vacunados o inmunes corren el riesgo de contraer el virus.
¿Cómo llegó a producirse este brote? Recientemente se han estado manifestando actitudes desfavorables hacia la vacunación. Una campaña de vacunación obligatoria contra el sarampión y la rubéola en el 2008 falló debido a una variedad de factores, incluyendo medios de comunicación que incentivaron la desconfianza pública y supuestos efectos secundarios de la vacuna. La campaña de vacunación estaba dirigida a 7,50 millones de personas, pero alcanzó solo a 116.000.

Traducido y sintetizado de: HealthMap. 2012, junio 14. Disponible en: http://www.healthmap.org/news/measles-outbreak-ukraine-coincides-uefa-euro-2012-61412

Somalia

El sarampión no ha dejado de extenderse en Somalia, especialmente en los últimos seis meses. Médicos Sin Fronteras ha tratado a 4.288 pacientes entre enero y mayo de este año 2012 en todo el país, la gran mayoría niños. Incluso en áreas donde las autoridades médicas aseguran que se han realizado campañas de vacunación, los equipos de la organización siguen atendiendo a pacientes a diario. En Burco, una zona alejada del conflicto bélico que asola el país desde hace 20 años y donde se han llevado a cabo campañas de vacunación de forma rutinaria, MSF ha recibido 586 enfermos de sarampión desde principios de año. Esta prevalencia se debe a una inadecuada cobertura vacunal de la población.
La vacunación de sarampión no solo exige una buena cobertura, que debe llegar a un mínimo del 90% de la población para ser efectiva, sino un transporte y almacenamiento de las vacunas a la temperatura adecuada. Esto podría explicar la incidencia de casos en zonas declaradas como inmunizadas. Más preocupante, empero, es la situación en áreas donde las autoridades han bloqueado la puesta en marcha de campañas de vacunación. MSF ha visto denegados varios permisos para realizar vacunaciones de emergencia con la sola justificación de que “autoridades superiores” no lo permiten.

Sintetizado de: Periodismo Humano. 2012, junio 12. Disponible en:
http://msf.periodismohumano.com/2012/06/12/el-sarampion-gana-terreno-en-somalia-por-falta-de-vacunacion/

China

China reportó 557 casos de sarampión en abril de 2012, lo que representa un descenso de 72% con respecto al mismo período del año pasado, informó el Ministerio de Salud Pública. En el mismo período se reportó un deceso a causa de la enfermedad, dijo el ministerio.
La región autónoma uygur de Xinjiang, en el noroeste de China, reportó el mayor número de casos, seguida por Shanghai y por la provincia de Guangdong en el sur de China y por la provincia de Sichuan en el suroeste del país, indicó el ministerio. Xinjiang tuvo también la mayor tasa de incidencia de la enfermedad, seguida por Shanghai, el Tíbet y Beijing.
Sin embargo, el país no logró cumplir su meta de reducir la tasa de incidencia de sarampión de un caso por cada millón de personas en 2012.
La tasa de incidencia de sarampión fue de 39 casos por cada millón de personas en el año 2009 y descendió a 7,5 casos por cada millón de personas en el 2011.

Sintetizado de: Xinhua. 2012, mayo 23. Disponible en: http://spanish.china.org.cn/china/txt/2012-05/23/content_25448445.htm

Pakistán (Khyber-Pakhtunkhwa y Administración Federal de Áreas Tribales)

Unos 211 niños con síntomas de sarampión fueron traídos a Lady Reading Hospital (LRH) de diferentes áreas de Khyber-Pakhtunkhwa (K-P) y de la Administración Federal de Áreas Tribales (Fata) durante las dos últimas semanas, la mayoría de ellos han sido dados de alta. Seis murieron de sarampión en el LRH y otros tres Shabqadar, Charsadda. De acuerdo con fuentes del hospital, un total de 989 casos de sarampión fueron llevados a la LRH durante los últimos seis meses, de los cuales se recuperaron 884, 44 murieron y nueve abandonaron el hospital contra los consejos de los médicos.
Un estudio realizado por el Dr. Majid Khan y Dr. Tariq Anwar de LRH, desde el 1 de noviembre de 2011 hasta el 22 de mayo de 2012, revela que el brote de sarampión en el K-P y Fata es el resultado de las pobres campañas de vacunación, los conflictos militares, la migración y desnutrición en la zona.

Traducido y sintetizado de: The Express Tribune (Pakistán). 2012, junio 6. Disponible en: http://tribune.com.pk/story/389227/measles-outbreak-9-kids-die-in-k-p-and-fata-in-two-weeks/

Israel

Ha habido un aumento significativo en los casos de sarampión en el norte de Israel, de acuerdo con recientes investigaciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de este paísl. El estudio realizado por el departamento de Epidemiología del Ministerio encontró 96 casos de sarampión a finales de mayo de 2012, en comparación con sólo cuatro casos de la enfermedad en el mismo período de 2011, 14 en 2010 y dos en 2009. El 65% de los casos de este año fueron reportados en el norte, mientras que el 20% fueron en Tel Aviv, aproximadamente otro 20% se distribuyó en el centro del país, Haifa, Jerusalén y en el sur de Israel.
El aumento viene después de cuatro años de calma. En contraste con el anterior brote de todo el país, el pico del actual se concentra en ciudades israelíes del Norte donde las tasas de vacunación se encuentran por debajo del 90%, entre las comunidades de refugiados en Tel Aviv y especialmente entre los bebés que aún no tienen la edad mínima de vacunación (un año).
Para controlar el brote, el Ministerio de salud se encuentra completando los esquemas de vacunación entre la población que se negó a ser vacunados en el pasado, la mayoría de las cuales son de pequeños poblados en el norte. Los familiares de los enfermos de sarampión son también elegibles para la vacunación preventiva.
También se reducirá la edad mínima de vacunación contra el sarampión a seis meses entre las poblaciones de refugiados, para ayudar a frenar el brote. También se proporcionarán vacunas a los familiares de los enfermos de sarampión. "El Ministerio de salud también subvenciona las vacunas para los refugiados que no están cubiertos por la ley de seguro nacional de salud de Israel, y se lleva

a cabo un programa de vacunación en todos los centros de cuidado diurno de niños refugiados," dijo el Ministerio de salud.
En general las tasas de vacunación en Israel permanecen en 94%.

Traducido y sintetizado de Haaretz. 2012, junio 4. Disponible en: http://www.haaretz.com/news/national/after-years-of-calm-measles-cases-spike-in-northern-israel-1.434340

Enfermedad meningocócica

África

Del 1 de enero al 17 de abril de 2012 (la semana epidemiológica 17), se han notificado brotes epidémicos de enfermedad menigocócica en 42 distritos de 10 de los 14 países del cinturón africano de la meningitis (Ver Nota al final). Los brotes se han detectado en el marco de las actividades de vigilancia reforzada.
Diez 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%. El brote epidémico se debió principalmente al serogrupo W135 de la bacteria Neisseria meningitidis (Nm).
En respuesta a los brotes, los ministerios de salud han aplicado una serie de medidas de prevención y control, en particular 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).
El ICG facilitó un total de 11 000 viales de antibiótico (Ceftriaxone) y 1 665 673 dosis de vacunas a los seis países más afectados por la epidemia (véase el cuadro infra2), previa solicitud. Entre las vacunas facilitadas figuraban 919 023 dosis de vacuna polisacarídica ACW/ACYW, 746 650 dosis de vacuna conjugada contra la meningitis A y 81 418 dosis de vacuna polisacarídica AC.
El ICG colabora con los fabricantes y los asociados para velar por que las reservas de las vacunas apropiadas cuenten con existencias suficientes para responder con eficacia a futuras epidemias. Los asociados del ICG son la OMS, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y Médecins Sans Frontières (MSF).
La reserva de emergencia se estableció con el apoyo de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Las campañas de vacunación se llevaron a cabo con el apoyo de MSF, el UNICEF, la IFRC, la Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO), y las Naciones Unidas, por conducto de su Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia.
La OMS sigue vigilando estrechamente la situación epidemiológica, en colaboración con sus asociados y los Ministerios de Salud de los países afectados.

Tabla 1. Casos de enfermedad meningocócica en países de África. Hasta la semana 17 del 2012

País*	Casos sospechosos	Muertes	Tasa de letalidad (%)	Patógeno causante de la epidemia (N. meningitidis)	Número de distritos donde se registró la epidemia
Benin	758	71	9.4	W 135	6
Burkina Faso	5,300	553	10.4	W135	13
Chad	2,828	135		A	12
Côte d'Ivoire	399	49	12.3	W135	1
Ghana	569	56	9.8	W135	4
Sudán	275	13	4.7	A	1

*Datos hasta la semana epidemiológica 17, excepto Chad y Sudan (semana 15)

Nota

Los 14 países del cinturón africano de la meningitis donde se aplica una vigilancia reforzada a la enfermedad meningocócica son los siguientes: Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Malí, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Sudán y Togo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Enfermedad meningocócica: situación en el cinturón africano de la meningitis. 2012, mayo 24. Disponible en:
http://www.who.int/csr/don/2012_05_24/es/index.html

Enfermedad de Manos, Pies y Boca

Viet Nam (Dong Nai)

Un brote de Enfermedad de manos, pies y boca se ha desarrollado rápida e inesperadamente a través de la provincia de Dong Nai del sur de Viet Nam, advirtió el centro provincial de medicina preventiva en su informe publicado el jueves 14 de junio de 2012. De acuerdo con ese informe, la enfermedad se ha extendido a 169 de 171 municipios en la provincia de Dong Nai, a 1120 km al sur de la capital Hanoi, provocando la muerte de 2 personas; desde comienzos del 2012 hay 2000 personas afectadas en la provincia. Este es el período máximo para la propagación de la enfermedad, que ha superado la incidencia con respecto a años anteriores. En los primeros 5 meses del 2012, a nivel nacional 43 200 personas han contraído la enfermedad y 22 de ellas han fallecido.

Traducido y sintetizado de: English Xinuhuanet. 2012, junio 14. Disponible en:
http://news.xinhuanet.com/english/health/2012-06/14/c_131652550.htm

Cólera

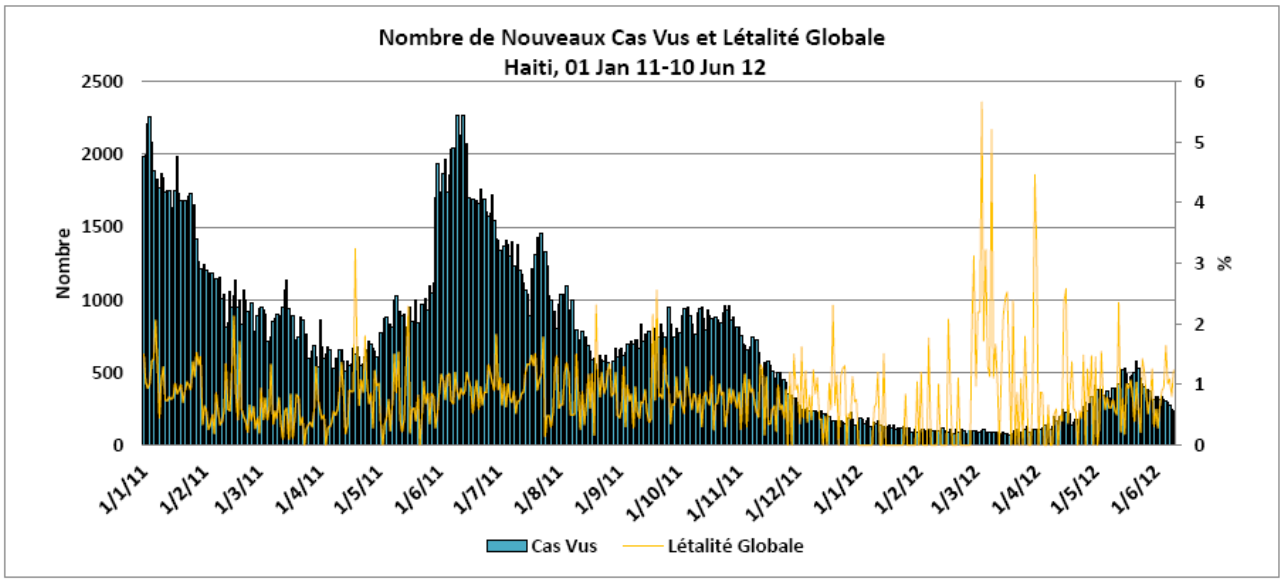
Haití

Según el último parte del Ministerio de Salud y Población de Haití, hasta el 10 de junio de 2012 se acumulan 555 328 casos de cólera, de ellos 7 260 han fallecido. Tasa de letalidad global 1.3%.

Tabla 1. Acumulado de casos de cólera en Haití, todas las edades. Hasta el 10 de junio de 2012

	Tout âge							
	Cumulatif jusqu'à la date selectionnée (Journalier)							
Departement	Cas Vus	Cas Hospitalisés	Exéatés	Décès Institutionnels	Décès Communautaires	Décès Totaux	Létalité Hospitalière	Létalité Globale
Artibonite	110536 (60)	40776 (15)	40094 (14)	682 (1)	541 (0)	1223 (1)	1.7%	1.1%
Centre	46811 (45)	23213 (30)	22883 (30)	330 (0)	259 (0)	589 (0)	1.4%	1.3%
Grande Anse*	22145 (0)	15343 (0)	14944 (0)	399 (0)	525 (0)	924 (0)	2.6%	4.1%
Nippes	7392 (0)	5161 (0)	5066 (0)	95 (0)	104 (0)	199 (0)	1.8%	2.7%
Nord	46703 (26)	46703 (23)	45865 (23)	838 (0)	91 (1)	929 (1)	1.8%	2.0%
Nord Ouest	28441 (3)	17441 (3)	17165 (3)	276 (0)	113 (0)	389 (0)	1.6%	1.4%
Nord Est	28238 (16)	16730 (19)	16561 (19)	169 (0)	165 (0)	334 (0)	1.0%	1.2%
Ouest	67655 (6)	42357 (6)	41644 (6)	713 (0)	251 (0)	964 (0)	1.7%	1.4%
Port-au-Prince**	154368 (78)	67710 (51)	66972 (51)	738 (0)	293 (0)	1031 (0)	1.1%	0.7%
Sud*	28213 (0)	16426 (0)	16197 (0)	229 (0)	71 (0)	300 (0)	1.4%	1.1%
Sud Est	8358 (3)	7255 (3)	7103 (2)	152 (1)	226 (0)	378 (1)	2.1%	4.4%

Gráfico 1. Número de casos nuevos de cólera y letalidad global. Haití, del 1 de enero de 2011 al 10 de junio de 2012



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Población de Haití. 2012, junio 10. Disponible en: http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com_content&view=article&id=120&Itemid=1

República Dominicana

El más reciente informe epidemiológico del Ministerio de Salud indicó que entre enero y mayo de este año 2012, 26 personas perdieron la vida debido a la epidemia, para un total de 403 decesos desde su aparición en el país hace dos años, y un total de 24.193 afectados.
El informe agregó que el municipio de Tamboril, en Santiago, 155 kilómetros al norte de Santo Domingo, registró 1.113 casos, la mayor cantidad reportada por las autoridades.
Además de Santiago, "las provincias con circulación activa de la enfermedad en las últimas cuatro semanas son Santo Domingo, Barahona (Sur), Puerto Plata y Sánchez Ramírez (Norte)", agregó la cartera.
La última semana de mayo, unas 60 personas fueron hospitalizadas con síntomas de cólera en Tamboril, el mismo municipio donde cuatro personas murieron en abril debido a la epidemia.

El viceministro de Salud, José Rodríguez Aybar, dijo entonces que el área fue intervenida y que se reforzaron las acciones de prevención entregando cloro para el tratamiento de los alimentos.
El presidente dominicano Leonel Fernández visitó el lugar y dijo que la epidemia estaba controlada.

Sintetizado de: Xinhua. 2012, junio 10. Disponible en: http://spanish.china.org.cn/international/txt/2012-06/10/content_25609904.htm

Zimbabwe (Chiredzi)

El Gobierno ha declarado que el brote de cólera reportados en Chiredzi una prioridad nacional. Esto viene en medio de crecientes temores de una repetición de la epidemia de 2008, que mató a más de 4 000 personas de todo el país. El Director de Epidemiología y Control de enfermedades en el Ministerio de Salud y el Bienestar de la Infancia, Dr Portia Manangazira, dijo que un equipo de respuesta nacional se encontraba actualmente sobre el terreno en Chiredzi.
"El brote ha ido más allá de la referencia de control que establece la Organización Mundial de la Salud debido a la pobre calidad del agua disponible para hogares, pocos baños funcionales y un número limitado de trabajadores de la salud que realicen tanto la respuesta al brote como la educación y promoción de salud.
El Gobierno no había identificado la fuente del brote pero atribuye la propagación a las normas higiénicas pobres. "La cobertura de saneamiento es de 24,5 %, lo que unido a prácticas de higiene inadecuadas pone en riesgo de cólera y otras enfermedades diarreicas a la comunidad".

Traducido y sintetizado de: The Herlad Online (Zimbabwe). 2012, mayo 31. Disponible en: http://www.herald.co.zw/index.php?option=com_content&view=article&id=43067:chiredzi-cholera-alert&catid=49:health&Itemid=140

Escherichia coli O145

Estados Unidos

El CDC está colaborando con funcionarios de salud pública en varios estados para investigar un brote multiestado de infecciones por Escherichia coli productora de Shiga toxinas, serogrupo O145. Se han identificado un total de 14 personas infectadas con la cepa del brote de infección por EHEC O145 en 6 Estados: Alabama (2), California (1), Florida (1), Georgia (5), Louisiana (4) y Tennessee (1). Entre aquellos para los cuales existe información, la aparición de la enfermedad va desde 15 de abril de 2012 hasta el 12 de mayo de 2012. El tiempo desde el comienzo de la enfermedad de un paciente a la confirmación de que él o ella formaba parte de un brote es normalmente unos 2-3 semanas. Rango de pacientes en edad de 1 año a 79 años de edad, con una media de edad de 33 años de edad; el 79% es mujer. 3 personas han sido hospitalizadas; ha reportado 1 muerte en Luisiana.
El CDC inició una investigación sobre este brote el 14 de mayo de 2012. En ese momento, 6 enfermos se habían notificado a CDC PulseNet de 2 estados. Aunque el último caso reportado fue el 4 de junio de 2012, la fecha de primeros síntomas de este caso fue el 10 de mayo de 2012 y durante el mismo período que otras personas enfermas en este brote. Han transcurrido 4 semanas desde la última aparición de enfermedad entre los casos notificados. Aunque podría indicar que el brote se ha cerrado, el CDC sigue trabajando con funcionarios de salud pública del Estado para identificar nuevos casos y el origen de estas infecciones. Funcionarios de salud pública estatal han ido entrevistando a personas enfermas para obtener información sobre los alimentos que podrían haber comido y otros riesgos durante la semana antes de enfermedad. Basado en entrevistas de 10 pacientes hasta la fecha, no se ha detectado aún la fuente para estas infecciones.
El patrón de la cepa involucrada en este brote no había sido vista en PulseNet antes.
Los resultados preliminares indican que esta cepa de E. coli productora de toxina Shiga tipo 2 es susceptible a todos los antibióticos examinados.

Traducido y sintetizado de: CDC. E. coli. Multistate Outbreak of Shiga Toxin-producing Escherichia coli O145 Infections . 2012, junio 10. Disponible en: http://www.cdc.gov/ecoli/2012/O145-06-12/index.html

Legionelosis

Reino Unido (Escocia)

Funcionarios de salud informaron el 7 de junio de 2012 que se han reportado 61 casos, entre sospechosos y confirmados, en un brote de Legionelosis en Escocia que ha dejado también un fallecido.
De los 61 casos, todos en el área de Edimburgo, fueron confirmados 24, el resto fueron casos sospechosos.
Los funcionarios están tratando de rastrear el origen del brote, que se centra en un área industrial de la ciudad. La única muerte hasta ahora fue la de un hombre de 56 años de edad. Esturión advirtió que el número de personas afectadas podría continuar aumentando la próxima semana.

Traducido y sintetizado de: AP. 2012, junio 7. Disponible en:
http://hosted.ap.org/dynamic/stories/E/EU_BRITAIN_LEGIONNAIRES_DISEASE?SITE=DCUSN&SECTION=HOME&TEMPLATE=DEFAULT

Síndrome de Hiperqueratosis inflamatoria palmoplantar

Viet Nam (Quang Ngai)

La enfermedad comenzó a reportarse en abril de 2011, disminuyó ligeramente su incidencia entre noviembre de 2011 y febrero de 2012 y aumentó nuevamente en marzo y abril de 2012. Desde el 19 de abril del 2011 hasta el 5 de junio del 2012 se han reportado 215 casos. En el 2012 se han reportado alrededor de 27 fallecidos.
La incidencia se ha concentrado en 5 comunas de Ba To, uno de los distritos más pobres de la provincia Quang Ngai (Tỉnh Quảng Ngãi). Esta es una provincia vietnamita costera en la región Sur Central a lo largo del mar de China meridional, 883 km (549 millas) al sur de Hanoi y 838 km (521 km) al norte de ciudad Ho Chi Minh. La provincia tiene una gran llanura a lo largo de la costa y en el centro de la provincia y montañas y colinas en el oeste. Ba To es un distrito rural de la provincia Quang Ngai con una población de 47 268 en 2003. La comuna más afectada (95% de los casos) es Ba Dien, poblado Reu. El 100% de los afectados pertenece a la minoría étnica Hre.
La tasa de incidencia más alta (30%) es en el grupo de 15 a 30 años, de los cuales 73% eran granjeros y un 20% estudiantes. El 60% de los pacientes ha tenido recaídas. La enfermedad ha prevalecido durante la temporada seca.
Los síntomas son hiperqueratosis en las palmas de manos y pies, y la mayoría de los pacientes tienen aumentadas las enzimas hepáticas, así como desnutrición y anemia.
Hasta el momento se desconocen sus causas, pero los hallazgos actuales indican que es improbable que sea una enfermedad transmisible y no hay evidencias de transmisión de persona a persona.

Estudios epidemiológicos

Resultados satisfactorios en la prueba de vacuna oral contra cólera en Guinea Conakry

La ONG Médicos sin Fronteras (MSF) ha utilizado por primera vez en la historia de forma masiva la vacuna Shanchol durante una epidemia en Guinea Conakry, siendo también la primera vez que se utiliza en África.
Aunque con esta vacuna ya se empezó a trabajar en el año 2008 en Vietnam, la población que se benefició de ella fue de escasamente 500 personas. Tras comprobar su eficacia en varios ensayos clínicos como el que se produjo a gran escala en la India en el año 2011; ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la avaló, convirtiéndola así en la segunda vacuna oral de este tipo que recibía luz verde por parte de esta organización.
En el caso del proyecto de vacunación guineano, MSF consiguió vacunar en la primera ronda a cerca de 150.000 personas, un 92% de la población estimada (algo más de 163.000), mientras que en la segunda fase la cifra bajó a poco más del 68%.
"Aun así, estamos satisfechos ya que se trata de una campaña de vacunación reactiva realizada durante una epidemia de cólera y hay que tener en cuenta que se realizó durante la estación de lluvias y que no es fácil que se entienda la importancia de recibir la segunda dosis", informan desde la ONG.
Para el doctor Marimón, los datos también son buenos. "Con una sola dosis ya se está consiguiendo algo de inmunidad y si un 68% de la población ha recibido las dos necesarias es un dato importante, es mucha gente que consigue inmunidad general, es decir, la que se produce con cualquier vacuna, más inmunidad local en el intestino", explica.
"Nunca antes se había realizado este tipo de campañas porque estas vacunas necesitan de un tiempo para desarrollar la inmunidad, en este caso esas dos semanas de intervalo. Pero hay que tener en cuenta que los brotes de cólera en países como Guinea no son cosa de unos pocos días, desgraciadamente se alargan en el tiempo, por lo que merece la pena esa espera", precisa.
Junto a Shanchol, la otra vacuna existente es Dukoral que en la actualidad se utiliza en más de 60 países. "Esta vacuna también requiere de dos semanas de espera entre ambas dosis y, en cuanto a efectos, es prácticamente igual que Shanchol. Ambas están fabricadas con células enteras de 'Vibrio Cholerae' muertas, aunque Dukoral además añade la subunidad B de la toxina de la cólera que genera más anticuerpos, pero ambas son eficaces. Las dos consiguen un nivel de inmunidad elevado, alrededor del 85-90%, aunque a partir del tercer año baja bastante", señala el doctor Marimón.
En este caso, MSF indica que pasados esos años la eficacia rondaría el 65%. Pero además, hay otra buena noticia. Mientras que Dukoral se puede administrar a niños a partir de los dos años, Shanchol es a partir del año de edad. "Este tipo de vacunas son inocuas para los niños, las embarazadas o los afectados por VIH y sus efectos secundarios son escasos. Normalmente, a los niños muy pequeños, con menos de dos o tres años, no se les solía vacunar porque su sistema inmunitario todavía no se ha formado y no desarrollan la inmunidad, cosa que es una lástima porque tienen alto riesgo de sufrir estas enfermedades", argumenta Marimón.
Sin embargo, tanto MSF como los especialistas se preguntan por los beneficios si la vacuna tuviera efecto con una única dosis. Para la ONG, "el hecho de que deba administrarse en dos tomas, con intervalos, es un obstáculo", algo que apoya Marimón. "Pero pasa lo de siempre, el cólera afecta a países con pocos recursos económicos y eso dificulta la financiación de la investigación científica. Lo que es claro es que las vacunas podrían ser todavía mejores con una sola dosis", señala.
Y aunque como medida preventiva ha demostrado su eficacia, ni MSF ni los especialistas se olvidan de que hay que seguir incidiendo en los sistemas de agua potable y la higiene. "Por mucho que se avance en vacunas, si las condiciones sanitarias globales de las zonas afectadas siguen siendo pésimas no se acaba con el problema. Esto es una prioridad", indican.

Sintetizado de: El Mundo. 2012, junio 7. Disponible en:
http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/07/biociencia/1339051452.html

Fuentes principales consultadas

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

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/