Situación Epidemiológica Internacional

Vigilancia en Salud

ISSN 1028-4346

No. 462 *7 de junio de 2013*

En este número:

Influenza estacional, incluyendo influenza A (H1N1) pandémica en A. Latina

Con el inicio de la temporada de mayor circulación del virus influenza en el hemisferio sur, varios países están registrando un aumento en las consultas por Enfermedad Tipo Influenza (ETI)…

Dengue en viajeros procedentes de Angola

Este artículo publicado en la revista Eurosurveillance ilustra cómo los casos de un foco epidémico emergente pueden propagarse internacionalmente…

Cólera en Mali

Organizaciones humanitarias alertan de un importante brote de cólera en Gao, región oriental de Mali, debido a la falta de acceso a agua potable...

Tabla de contenido

Esta semana en el boletín Situación Epidemiológica Internacional: 3

Síndrome Respiratorio del Oriente Medio por Coronavirus 4

Arabia Saudita e Italia 4

Infección humana por el virus de Influenza aviar A (H7N9) 5

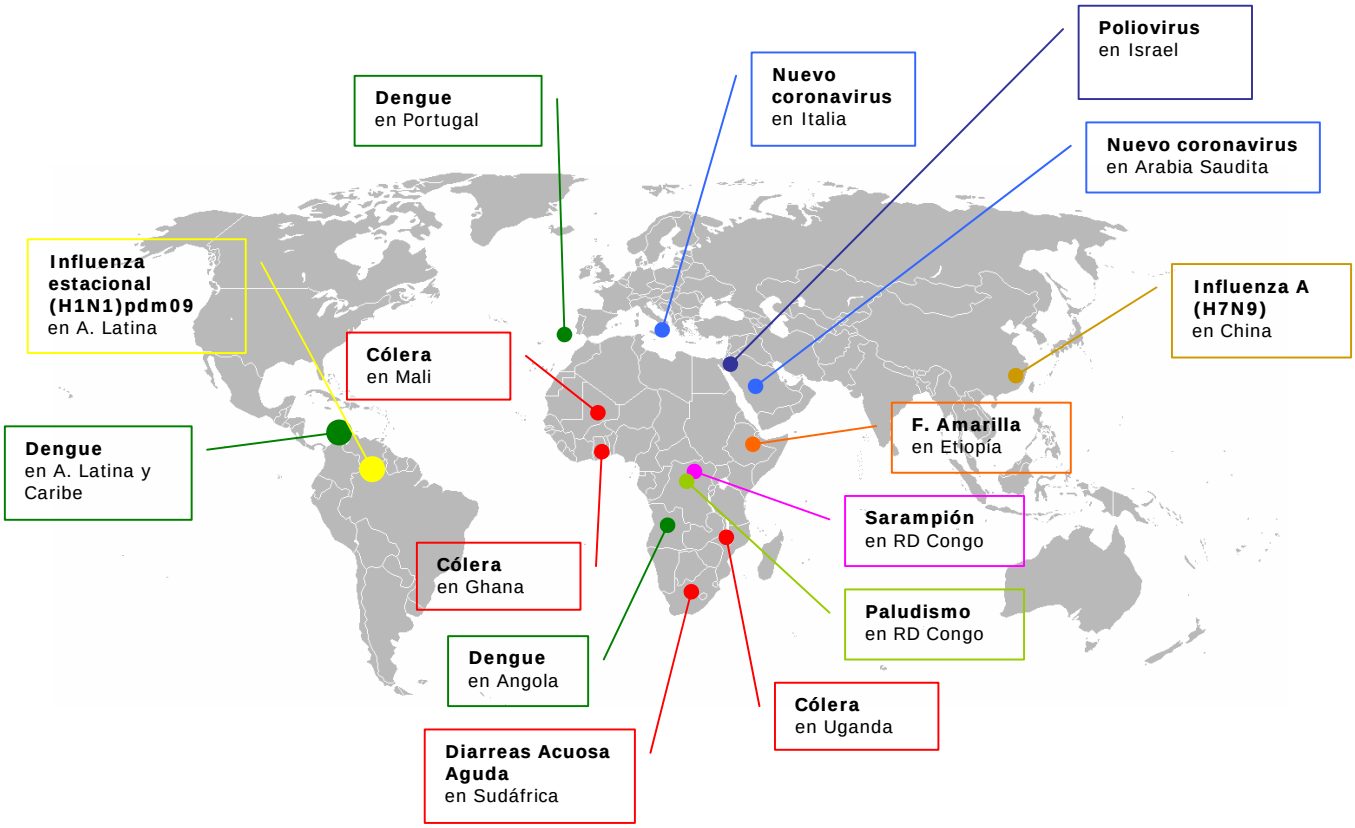
China 5

Influenza estacional 5

Américas 5
Argentina 5
Brasil 5
Colombia 6
Cuba 6
República Dominicana 6

Venezuela 6
Influenza estacional A(H1N1)pdm09 6
República Dominicana 6
Venezuela 7
Dengue 7
América Latina 7
Portugal (Madeira) 8
Angola 8
Fiebre amarilla 9
Etiopía 9
Sarampión y paludismo 9
República Democrática del Congo (Orientale) 9
Poliovirus salvaje 1 9
Israel 9
Cólera y Diarrea Acuosa Aguda 10
Ghana (Greater Accra) 10
Mali (Gao) 10
Sudáfrica (Northern Cape) 10
Uganda (Nebbi) 10

Esta semana en el boletín Situación Epidemiológica Internacional:



Síndrome Respiratorio del Oriente Medio por Coronavirus

Arabia Saudita e Italia

El 5 de junio de 2013 el Ministerio de Salud de Arabia Saudita ha notificado un caso adicional de confirmado por laboratorio de Síndrome Respiratorio del Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV).

La paciente es una muchacha de 14 años de edad con varias comorbilidades que enfermó el 29 de mayo de 2013. El caso se reportó en la región oriental, pero no en Al-Ahsa donde se produjo un brote asociado a un centro de salud desde abril de 2013. La paciente está en condiciones estables.

El 1 de junio de 2013 el Ministerio de Salud de Italia, a través del sistema de respuesta de alerta temprana de la Unión Europea, ha notificado de un caso confirmado por laboratorio de Síndrome Respiratorio del Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) en un residente en el país.

El paciente es un hombre de 45 años de edad que había regresado de Jordania el 25 de mayo de 2013 con síntomas de tos y fatiga. Su estado se deterioró y fue hospitalizado el 28 de mayo de 2013. Actualmente está en condición estable.

El 2 de junio, el Ministerio de Salud de Italia notificó otros 2 casos confirmados. Ambos son contactos estrechos del primer caso confirmado en Italia con viaje reciente de Jordania. Se trata de una niña de dos años y una mujer de 42 años. Están en condición estable.

A nivel mundial, de septiembre de 2012 hasta la fecha, que se ha informado de un total de 54 casos confirmados por laboratorio de infección con MERS-CoV, incluido 30 fallecidos

La OMS ha recibido informes de casos confirmados por el laboratorio de los siguientes países en Oriente Medio: Jordania, Qatar, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos (EAU). Túnez, Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido también reportaron casos confirmados por laboratorio; eran personas que fueron transferidos a estos países para el cuidado de la enfermedad o enfermaron luego de su regreso del Oriente Medio. En Francia, Italia, Túnez y el Reino Unido ha habido transmisión local limitada entre contactos cercanos que no habían estado a Medio Oriente, pero que había estado en contacto cercano con los casos probables o confirmados por laboratorio.

Partiendo de la situación actual y la información disponible, que alienta a los Estados miembros a continuar su vigilancia para las infecciones respiratorias agudas graves (SARI) y revisar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

Traducido y sintetizado de:

World Health Organization. Novel coronavirus infection - update (Middle East respiratory syndrome-coronavirus). 2013, junio 5. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_06_05/en/index.html

World Health Organization. Novel coronavirus infection – update. 2013, junio 1. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_06_01_ncov/en/index.html

World Health Organization. Novel coronavirus infection – update. 2013, junio 2. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_06_02_ncov/en/index.html

Infección humana por el virus de Influenza aviar A (H7N9)

China

La Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China notificó un caso adicional confirmado por laboratorio de infección humana por virus de Influenza aviar A(H7N9). El paciente es un niño de seis años de edad que se reportó en Beijing, que enfermó el 21 de mayo de 2013 y actualmente se encuentra en condición estable.
Hasta la fecha se han reportado un total de 132 casos confirmados por laboratorio, 37 de ellos mortales. Hasta ahora, no hay ninguna evidencia de transmisión sostenida de persona a persona.

Traducido y sintetizado de: World Health Organization. Human infection with avian influenza A(H7N9) virus – update. 2013, mayo 29. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_05_29/en/index.html

Influenza estacional

Américas

Con el inicio de la temporada de mayor circulación del virus influenza en el hemisferio sur, varios países están registrando un aumento en las consultas por Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como en las hospitalizaciones asociadas a influenza, situación que es esperada para esta época del año.
Ante el inicio de la temporada de influenza estacional en el hemisferio sur, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que aseguren el manejo clínico adecuado de los pacientes, el estricto cumplimento de las medidas de control de infecciones en los servicios de atención de salud, al mismo tiempo que fortalecen la preparación de los servicios de salud para hacer frente a un potencial aumento del flujo de pacientes y refuerzan la comunicación al público sobre las medidas de prevención.

Argentina

En Argentina, hasta la semana epidemiológica (SE) 18 del 2013 el número de consultas por ETI a nivel nacional presentó un descenso comparado con lo registrado en años anteriores. Sin embargo, en algunas provincias como Buenos Aires, San Luis, Corrientes, Formosa, Catamarca, Jujuy y Tucumán, las tasas de consultas por ETI están por arriba de lo registrado anteriormente. Las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (IRAG) en Santa Fe, La Rioja San Luis, Chaco, Salta, Santiago del Estero y Río Negro presentan tasas superiores al año anterior y en algunas como Misiones, Santiago del Estero, Catamarca, Chaco y Rio Negro, las tasas registradas duplican la tasa total del país (18,4 x 100.000 habitantes).
Respecto a los datos de la vigilancia por laboratorio, entre los virus de influenza predomina influenza A(H1N1)pdm09[1], seguido de influenza A(H3), las cuales se corresponden con los componentes de la vacuna que se utiliza durante el 2013 en el hemisferio sur.

Brasil

En Brasil, a partir de la SE 15 del 2013, se registró una mayor actividad de influenza en comparación con las semanas anteriores, lo cual coincide con el inicio de la estación de influenza en el hemisferio sur. En efecto, a partir de la SE 15 se registró un aumento tanto de las IRAG como de las defunciones asociadas a influenza. La región sureste del país registró el mayor número de IRAG y de defunciones asociadas a influenza. El 52,9% de las defunciones registradas por IRAG presentaron al menos una condición clínica subyacente. El virus que predomina es influenza A(H1N1)pdm09.

[1] Es importante llamar la atención que desde el fin de la pandemia en agosto de 2010, el virus A(H1N1)pdm09 es considerado un virus estacional lo que significa que seguirá circulando como los demás virus y que el manejo clínico y la respuesta a brotes es la misma que para otros virus de influenza estacional.

Colombia

En Colombia, desde la SE 6 de 2013 se observa un incremento de las consultas por ETI, hospitalizaciones e ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) asociados a influenza. Respecto a hospitalizaciones asociadas a influenza, el grupo de edad más afectado es el grupo de 0 a 5 años. De acuerdo a los datos históricos disponibles, este comportamiento está dentro de lo esperado.
Respecto a los virus circulantes, de enero a mayo, predomina el virus sincitial respiratorio (VSR), seguido de influenza A(H1N1)pdm09 y adenovirus.

Cuba

En Cuba, hasta la SE 17 de 2013 se registraron 27 brotes por infecciones respiratorias agudas, seis más de los reportado en 2012, aunque el número de infecciones respiratorias agudas a nivel nacional está dentro de lo registrado el año anterior. Entre los virus circulantes, predomina influenza A(H1N1)pdm093 y rinovirus.

República Dominicana

En República Dominicana, la actividad de influenza se mantiene todo el año. El número de IRAG registradas se encuentra por debajo de lo esperado, aunque el número de defunciones por IRAG ha registrado un leve incremento.
Respecto a los datos de laboratorio, la proporción de muestras positivas a influenza sobrepasó el 20% en la SE 3 de 2013 y fue incrementándose hasta alcanzar 80% en la SE 19. Entre los virus de influenza predomina el de influenza A(H1N1)pdm093, seguido de influenza A(H3N2).

Venezuela

En Venezuela se registró un incremento de las infecciones respiratorias agudas desde la SE 1 hasta la SE 13 de 2013, a partir de la cual el número de casos presentó una tendencia al descenso, aunque dentro del máximo esperado. La tasa de incidencia más elevada se registró en los departamentos de Zulia, Miranda, Carabobo, Lara, distrito Capital, Anzoátegui, Aragua y Bolívar, en donde se concentran el 60% de los casos registrados.
El virus predominante que circula durante esta estación es el de influenza A(H1N1)pdm09, seguido de influenza A(H3N2), rinovirus, VSR y adenovirus. En los menores de un año de edad predominó rinovirus, VSR y adenovirus. En los de 60 y más años de edad predomino adenovirus e influenza A(H3N2).

Sintetizado de: Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica: Incremento de la actividad de influenza, 31 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21762&Itemid=&lang=es

Influenza estacional A(H1N1)pdm09

República Dominicana

El Ministerio de Salud de República Dominicana afirmó el 5 de junio de 2013 que la situación de la Influenza A (H1N1) en el país es “controlable”, a pesar de que el virus ha causado cinco muertos en lo que va del año 2013, y llamó a la población a no “alarmarse”.
El Ministerio de Salud confirmó el pasado 25 de mayo la muerte de una mujer embarazada aunque aseguró que no existe en el país un brote de la enfermedad.
La Influenza A (H1N1) causó la muerte de al menos 22 personas en 2009 en este país caribeño de 10 millones de habitantes.

Sintetizado de: El Mercurio. 2013, junio 5. Disponible en: http://www.elmercurio.com.ec/383448-ministerio-de-salud-dominicano-dice-gripe-a-es-controlable-pese-a-5-muertes.html

Venezuela

Las autoridades venezolanas confirmaron la muerte de 27 personas por Influenza A (H1N1) y 724 casos en 11 de los 24 estados del país. Según el Ministerio de Salud venezolano, se están analizando 1.553 casos sospechosos. La localidad de Mérida registra el mayor número de casos sospechosos (677), seguido por el Distrito Capital con 126, Táchira con 110, Zulia con 95 y Lara con 75.
Sin embargo, las autoridades venezolanas han tomado medidas especiales durante el proceso de desembarco de un crucero que llegó a Venezuela procedente de Panamá y Cartagena, con dos tripulantes y tres turistas en aislamiento por sospecha de la infección, mientras que se pesquisan a los 528 pasajeros que desembarcaron.

Traducido y sintetizado de: Sabado (Portugal). 2013, junio 6. Disponible en: http://www.sabado.pt/Noticias/Mundo/Gripe-A-H1N1-mata-27-na-Venezuela.aspx

Dengue

América Latina

Según los últimos datos disponibles en la Organización Panamericana de la Salud con cierre el 20 de mayo de 2013 (semana epidemiológica 18) durante el 2013 se han reportado en la región de Las Américas 823 890 casos de dengue, 7 061 de ellos fueron clasificados como dengue grave y fallecieron 308 personas. (Ver Tabla)

Sub-regiones	Dengue*	Tasa incidencia x 100.000 habitantes	Dengue grave**	Muertes	Tasa de letalidad
Norteamerica, Centroamérica y México	46,596	31.7	2,460	6	0.01
Andina	69,476	67.8	1,504	78	0.11
Cono Sur	693,685	286.1	2,972	189	0.03
Caribe Hispano	9,243	39.0	71	31	0.34
Caribe inglés y francés	4,898	61.7	54	4	0.08
TOTAL	823,898	157.4	7,061	308	0.04

*Suma de Dengue + Dengue grave
**Incluye Sindrome de choque por dengue y/o todas las formas de dengue grave

Los países con mayores tasas de incidencia pertenecen al Caribe de habla inglesa, francesa y holandesa: St. Bartolomé (3,543.05), San Martin (1,697.81), Guyana Francesa (1,333.33), Islas Cayman (150.00) y Guadalupe (124.53).

En América del Sur y Central los de mayores tasas de incidencia son: Paraguay (1,737.66), Brasil (299.28), Costa Rica (142.74), Puerto Rico (140.93), Colombia (109.41), Bolivia (106.33) y Nicaragua (104.74).

Extraído de: Panamerican Health Organization. Number of Reported Cases of Dengue and Figures for 2013 (to week noted by each country). 2013, mayo 20. Disponible en: http://www.paho.org

Portugal (Madeira)

La región autónoma de Madeira, Portugal ha experimentado un brote de dengue, que se inició en octubre del 2012 y hasta abril de 2013 acumulaba 2170 casos. El brote se considera ahora controlado.
Sin embargo, los funcionarios de salud ahora han reportado 2 casos confirmados de la enfermedad viral en la isla; ambos casos son importados de la nación africana de Angola, según el informe de noticias de Portugal en línea.

Traducido y sintetizado de: The Global Dispatch. 2013, mayo 23. http://www.theglobaldispatch.com/madeira-new-dengue-fever-cases-imported-from-angola-33197/

Angola

En abril de 2013, se notificaron a la red de vigilancia GeoSentinel, distribuida a nivel mundial, 10 casos de dengue en viajeros de 5 países en 4 continentes que regresaron de Luanda, Angola. Se identificó el virus del dengue serotipo 1 en 2 casos. Los resultados indican que un gran brote de dengue se está desarrollando actualmente en Luanda. Este artículo publicado en la revista Eurosurveillance ilustra cómo los casos de un foco epidémico emergente pueden propagarse internacionalmente y destaca el riesgo de diseminación de la enfermedad vectorial en áreas receptivas.

GeoSentinel ofrece una muestra centinela de los viajeros que regresan en 56 clínicas en 24 países en 6 continentes]. Durante abril del de 2013, los sitios GeoSentinel en Canadá, Francia, Alemania, Israel y Sudáfrica notificaron un total de 10 casos de dengue en personas que viajaron a Angola por asuntos de negocios; Luanda era el único lugar probable de exposición. Mientras tanto, el 15 de abril de 2013, el Instituto de Higiene y Medicina Tropical en Lisboa, Portugal informó de 19 casos de dengue importados de Luanda desde finales de marzo de 2013; en 4 de ellos se aisló DEN-1.

En Angola, la actividad de dengue se ha reportado esporádicamente. Encuestas de la década de 1960 revelaron evidencias de la actividad de dengue, mientras que los brotes sospechosos de dengue que se produjeron en la década de 1970 se comprobó que fueron causados chikungunya. En la década de 1980, un brote de dengue fue reportado en Luanda, con informes posteriores del dengue importado relacionados con viajes a Angola en viajeros de Holanda y Brasil. Es un caso brasileño relacionado con los viajes, el serotipo identificado fue DEN-2. Desde entonces, ha habido poca información sobre el riesgo de dengue en Angola. Esto puede representar una ausencia de actividad de la enfermedad o la falta de conocimiento, recursos para el diagnóstico y vigilancia activa.

Desde hace mucho tiempo se conoce de la existencia del dengue en África, pero su epidemiología está mal documentada. Recientes modelos de predicción de dengue sugieren que la verdadera carga de dengue en África puede acercarse a la de América del Sur. Por otra parte, las limitadas encuestas serológicas en lugares como Burkina Faso han sugerido que la enfermedad es más frecuente que lo que se ha reconocido previamente. En los últimos 4 años, se registraron grandes epidemias de dengue en las islas macaronésicas de Cabo Verde (DEN-3) y Madeira (DEN-1) frente a la costa noroeste de África. Modelos comunes de la epidemiología del dengue sugieren que loa casos de dengue clásico clínicamente diagnosticado en adultos representan la punta de un iceberg, pero que los casos reales son mucho más numerosos.

El 1 de abril de 2013, las autoridades de salud locales en Luanda informaron 6 casos de dengue en la ciudad. La verdadera magnitud del brote de dengue en Luanda probablemente sea mucho mayor que lo que se reconoce actualmente. Anecdóticamente, los viajeros israelíes que regresan con fiebre de dengue informan que varios otros casos de enfermedad febril similar existen en la comunidad de expatriados en Luanda.

Traducido y sintetizado de: Meltzer et al. Detection on four continents of Dengue fever cases related to an ongoing outbreak in Luanda, Angola, March to May 2013. Eurosurveillance, 2013; 18 (21). Disponible en: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20488

Fiebre amarilla

Etiopía

El Ministerio de salud de Etiopía está lanzando una campaña de vacunación masiva de urgencia contra la fiebre amarilla desde el 10 de junio de 2013. Esto es en respuesta a la confirmación por laboratorio de 6 casos en el país el 7 de mayo de 2013. La campaña pretende cubrir más de 527, 000 personas en los siguientes seis distritos: South Ari, Ari Norte, Benatsemay, Selamago, Hammer y Gnangatom y una ciudad administrativa (Jinka) en la zona de Omo sur de la región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNPR, siglas en inglés) de Etiopía.
Los seis casos confirmados en laboratorio son de Omo sur, en de la región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur. Los casos fueron identificados a través del programa nacional de vigilancia de la fiebre amarilla. El caso índice era un hombre de 39 años que presentó fiebre, ictericia y signos hemorrágicos en enero de 2013. Fue confirmado en laboratorio por IgM. El Diagnóstico diferencial para otros flavivirus fue negativo.

Traducido y sintetizado de: World Health Organization. Yellow fever in Ethiopia. 2013, mayo 31. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_05_31/en/index.html

Sarampión y paludismo

República Democrática del Congo (Orientale)

La provincia Orientale en la República Democrática del Congo se ha visto afectada por epidemias de sarampión y paludismo, que han dejado más de 140 personas muertas. La información fue revelada el 5 de junio por la oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), citando fuentes de la Organización Mundial de la salud (OMS).
OCHA dijo que del 20 al 27 de mayo de 2013 se han reportado 27 082 casos de paludismo, incluyendo 55 fallecidos, en 77 de las 83 zonas de salud de la provincia. La semana anterior se ha habían reportado alrededor de 30,000 casos de paludismo, con 81 fallecidos.
Por otra parte, la epidemia simultánea de sarampión acumula 266 casos con 6 fallecidos.

Traducido y sintetizado de: Shangai Daily. 2013, junio 6. Disponible en: http://www.shanghaidaily.com/article/article_xinhua.asp?id=145939

Poliovirus salvaje 1

Israel

El 3 de junio de 2013 en Israel fue aislado poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1) de muestras de aguas residuales recogidas el 9 de abril de 2013 en Rahat, sur de Israel. El virus ha sido detectado solo en las aguas residuales; no se ha notificado ningún caso de poliomielitis paralítica. La secuenciación genética y las investigaciones epidemiológicas están en curso para determinar su origen. Los análisis preliminares indican que la cepa no está relacionada con el virus que afecta actualmente al cuerno de África. La cepa del virus fue detectada a través de la vigilancia ambiental sistemática en Israel que involucra pruebas regulares de aguas residuales. Israel ha estado libre de la transmisión de poliovirus salvaje autóctono desde 1988. En el pasado, el poliovirus salvaje se ha detectado en muestras

ambientales recogidas en esta región entre 1991 y 2002 sin la ocurrencia de casos de poliomielitis paralítica en la zona.
Tras la detección de poliovirus salvaje, las autoridades sanitarias de Israel están llevando a cabo una investigación epidemiológica completa, buscando proactivamente casos potenciales de poliomielitis y personas no vacunadas.

Traducido y sintetizado de: World Health Organization. Poliovirus detected from environmental samples in Israel. 2013, junio 3. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2013_06_03/en/index.html

Cólera y Diarrea Acuosa Aguda

Ghana (Greater Accra)

Cuando ya se pensaba que el brote de cólera estaba bajo control, el servicio de salud de Ghana (GHS) ha registrado otros 2 casos de cólera en la región de Greater Accra en el primer trimestre del año 2013.
Según la Dirección Regional de Salud, hasta diciembre del 2012, el país tenía un total de 2487 casos de cólera con 26 muertes registradas. Esto representó, sin embargo, una mejoría respecto al año 2011 cuando se registraron 6882 cólera casos con 48 muertes.

Traducido y sintetizado de: SpyGhana, Daily Guide Ghana. 2013, mayo 31. Disponible en: http://www.spyghana.com/cholera-outbreak-hits-greater-accra-region-again/

Mali (Gao)

Organizaciones humanitarias alertan de un importante brote de cólera en Gao, región oriental de Mali, debido a la falta de acceso a agua potable. La oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, siglas en inglés) dice que más del 60 por ciento de la población de Gao de 70000 personas no tienen acceso a agua potable. Ya se han reportado 22 casos de cólera, con 2 muertes.

Traducido y sintetizado de: Ghana Broadcasting Cooperation (GBC Ghana), UN Radio. 2013, mayo 29. Disponible en: http://www.gbcghana.com/index.php?id=1.1403281

Sudáfrica (Northern Cape)

La Agencia de Noticias de Nigeria (NAN) informa que un brote de diarreas, que comenzó hace 2 semanas, ha provocado la muerte de 5 niños en Upington, ciudad en la provincia septentrional de Northern Cape en Sudáfrica. NAN también informa que ha aumentado a 450 el número de pacientes que han sido tratados en el hospital de Gordinia. Las autoridades sanitarias de la provincia dijeron que la epidemia es la peor en 30 años.
Dr. Mark Atkins, pediatra de Northern Cape, dijo que están tratando de establecer la causa de la epidemia. "Todavía estamos esperando por los resultados de las muestras de agua y heces que han sido enviados a la Universidad de Pretoria ", dijo Atkins.

Traducido y sintetizado de: Leadership, News Agency of Nigeria (NAN). 2013, junio 3. Disponible en: http://leadership.ng/news/030613/outbreak-diarrhoea-kills-five-children-south-africa

Uganda (Nebbi)

Hasta la fecha se ha confirmado la muerte de 4 personas y otros 39 han sido hospitalizados a causa de un brote reciente de cólera en el distrito de Nebbi, subcondado Panyimur. Esto eleva a 54 el

número de personas muertas por cólera y a más de 1900 los casos registrados, desde que el primer brote fuera reportado en el distrito en marzo del año 2012.
Henry Kimu, a cargo del centro de salud Dei III en el subcondado de Panyimur dijo que 3 de los muertos son ciudadanos congoleños. Kimu dijo que el primer caso se reportó en el centro de salud el 24 de mayo de 2013 después que un residente de la aldea fue admitido en el centro de salud mostrando signos y síntomas clínicos similares a la enfermedad.
La última revelación también vino a menos de un mes después de otro brote que dejó un muerto y más de 20 casos afectados por la enfermedad en abril de este año 2013.
Se atribuye el persistente brote de la enfermedad a falta de higiene en los hogares y poca accesibilidad al agua potable en el distrito. Además, la cobertura de letrinas en Nebbi ha disminuido de 78 por ciento al 73 por ciento en los últimos 5 años; este es un factor que muchos argumentan que ha catalizado el brote de cólera en el distrito.

Traducido y sintetizado de: New Vision (Uganda). 2013, mayo 29. Disponible en:
http://www.newvision.co.ug/news/643335-four-die-of-cholera-in-nebbi.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. Manuel Santín Peña
Edición, compilación y traducción: Dra.C. Nancy Sánchez Tarragó
Asesor: 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/