

Alertas y actualizaciones epidemiológicas

Anuario 2014



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Alertas y actualizaciones epidemiológicas

Anuario 2014



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Anuario 2014

© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
525 23rd ST, NW, Washington DC, 20037-2895

Primera edición: Junio 2015

Tiraje: 150

Diseño e impresión: Sinco Diseño EIRL

Jr. Huaraz 449 - Breña Teléfono: 433-5974

sincoeditores@yahoo.com.

Tabla de contenidos

pag

Introducción	5
Siglas y abreviaturas	7
Influenza estacional América del Norte	9
Resumen de la situación, 2 de enero de 2014	9
Recomendaciones	10
Resumen de la situación, 28 de marzo de 2014	10
Recomendaciones	11
Vacunación	11
Resumen de la situación, 5 de diciembre de 2014	13
Recomendaciones	14
Referencias	15
Fiebre por Chikungunya	17
Resumen de la situación, 24 de enero de 2014	17
Recomendaciones	18
Resumen de la situación, 21 de febrero de 2014	19
Recomendaciones	20
Resumen de la situación, 23 de mayo de 2014	21
Recomendaciones	23
Medidas de prevención personal	23
Reducción de la población de vectores y el contacto con ellos	23
Fiebre por Chikungunya y dengue en las Américas	25
Resumen de la situación, 29 de agosto de 2014	25
Pautas para las autoridades nacionales	26
Epidemiología	26
Atención al paciente	27
Organización de los servicios de atención de salud y referencia de pacientes	27
Manejo integrado de vectores (MIV)	28
Medidas de prevención personal	29
Viajeros	29
Clínicos y proveedores de atención de salud	30
Difusión de la información	30
Referencias	31
Cólera	33
Resumen de la situación	33
Cuba	33
Haití	33

México	35
República Dominicana	35
Recomendaciones	37
Referencias	37
Carbapenemasas tipo New Delhi metalobetalactamasas (NDM)	39
Resumen de la situación, 7 de marzo de 2014	39
Recomendaciones	39
Referencias	41
Rabia	43
Resumen de la situación, 5 de mayo de 2014	43
Recomendaciones	44
Fuentes de información	45
Poliovirus salvaje importado: detección en muestras ambientales	47
Resumen de la situación, 21 de junio de 2014	47
Recomendaciones	47
Poliovirus salvaje: emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) relacionada con la diseminación internacional de poliovirus salvaje. Implicaciones para las Américas	49
Resumen de la situación, 4 de agosto de 2014	49
Consideraciones para la Región de las Américas	50
Referencias	51
Enfermedad por virus del Ébola: consecuencias de su introducción en las Américas	53
Puntos clave	53
Resumen de la situación en el África Occidental	54
Orientaciones para las autoridades nacionales	55
Vigilancia	55
Diagnóstico de laboratorio	57
Manejo de casos	58
Prevención, atención de los casos y control de infecciones	59
Manejo Clínico	61
Consideraciones especiales	61
Concientización y comunicación	62
Personal de salud	62
Otros sectores	62
Estados Unidos de América, 1.º de octubre de 2014	64
Resumen de la situación, 10 de octubre de 2014	64
Orientaciones para las autoridades nacionales	66
Fuentes de información	67
Enterovirus D68	69



Introducción

El Informe Anual de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas 2014 recopila los eventos de salud pública de importancia internacional más relevantes que ocurrieron ese año en la Región de las Américas y sobre los cuales la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió recomendaciones a los Estados Miembros.

La OPS/OMS participa en la función de la alerta y respuesta a eventos de salud pública según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), como parte de la cual mantiene un sistema de vigilancia basada en eventos con el fin de detectar, verificar y evaluar situaciones de riesgo potencial que requieran una respuesta internacional coordinada.

En 2014, la OPS/OMS dio seguimiento a 132 eventos, de los cuales, luego de la evaluación de riesgo, 61 (46%) fueron de importancia para la salud pública internacional. De esos eventos relevantes, que se registraron en 24 Estados Miembros y 5 Territorios, 67% fueron por enfermedades infecciosas, 13% estuvieron relacionados a la inocuidad de los alimentos, 8% fueron de origen antropozoonóticas, 5% relacionados a mercancía contaminada, 3% a desastres naturales, 2% eventos de origen radionuclear y 2% de origen químico.

Las alertas y actualizaciones epidemiológicas constituyen uno de los mecanismos de diseminación de la información a los Estados Miembros. Se complementan con otros canales, entre ellos, el Sistema de Información sobre Eventos (EIS, por su sigla en inglés) para los Centros Nacionales de Enlace para del RSI. En 2014, se emitió un total de 18 alertas y actualizaciones epidemiológicas, además de información pertinente a 19 eventos, que se difundió mediante el EIS. Asimismo, se difundieron 214 comunicaciones e informes de interés a los Estados Miembros.

Durante 2014, se destacaron las alertas y actualizaciones vinculadas a la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por el brote de enfermedad por virus Ébola (EVE) y la diseminación internacional del poliovirus salvaje, dadas las repercusiones potenciales de ambos eventos en la Región de las Américas. También fue relevante la información sobre la diseminación del virus Chikungunya en las Américas y la actualización periódica sobre los brotes de cólera en la Región.

En cada alerta y actualización epidemiológica, además de informar sobre la situación, se impartieron orientaciones y se señalaron guías y documentos técnicos útiles para hacer frente a estas situaciones, lo que constituye el valor fundamental de esta recopilación.

La OPS/OMS agradece a todos los Estados Miembros su contribución a la vigilancia regional y mundial, a la vez que reitera la importancia de que se siga trabajando en la notificación oportuna de los eventos que puedan poner en riesgo la salud pública internacional, para de esta manera seguir contribuyendo a la buena salud de la Región y del mundo.



Siglas y abreviaturas

CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CHIKV	Virus chikungunya
CNE	Centro Nacional de Enlace
EGI	Estrategia de Gestión Integrada
EPP	Equipo de Protección Personal
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
EVE	Enfermedad por Virus del Ébola
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
MIV	Manejo Integrado de Vectores
PHAC	Agencia de Salud Pública de Canadá (por su sigla en inglés)
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SE	Semana Epidemiológica



Influenza estacional

La temporada 2013-2014 de circulación de influenza en el hemisferio norte se inició a partir de la semana epidemiológica (SE) 40 de 2013, con un aumento del número de casos de enfermedad tipo influenza (ETI). A partir de la SE 50, se registró un aumento del número de hospitalizaciones por esa enfermedad.

La fecha de inicio de la temporada estaba dentro de lo esperado para la época del año, dado que cada año se registra un aumento de la actividad de la influenza, principalmente durante el otoño e invierno del hemisferio norte. A partir de enero de 2014, el virus predominante era influenza A(H1N1)pdm09, considerado un virus estacional, es decir, seguiría circulando como los demás virus de influenza. Su atención clínica y respuesta a brotes son las mismas que para otros virus de influenza estacional.

América del Norte

Resumen de la situación, 2 de enero de 2014

En Canadá, la Agencia de Salud Pública de ese país (PHAC, por su sigla en inglés) seguía notificando un aumento de la actividad de influenza (1). Hasta la SE 50 de 2013, 8 de las 10 regiones habían informado actividad esporádica^a o localizada^b de influenza. El número de hospitalizaciones pediátricas por influenza continuaba aumentando, mientras entre los adultos había disminuido ligeramente. Del total de casos de adultos y niños registrados en los hospitales centinelas, 98% y 81%, respectivamente, fueron infecciones por influenza A, con predominio de influenza A(H1N1)pdm09.

En los Estados Unidos de América, la proporción de consultas por ETI empezó a aumentar a partir de la SE 50 de 2013. Hasta la SE 51 de ese año, la mortalidad por neumonía se había mantenido por debajo del umbral epidémico. Sin embargo, aunque en el país como un todo la actividad de influenza era baja, algunas zonas del sur del país comenzaron a registrar mayor actividad y se esperaba que siguiera subiendo en las semanas siguientes (2).

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) informaron en una Alerta de Salud el 24 de diciembre de 2013 (3) que entre noviembre y diciembre habían recibido varias notificaciones de enfermedades respiratorias graves (IRAG) entre adultos jóvenes y de

^a Actividad esporádica (definición de la Agencia de Salud Pública de Canadá): Ocurrencia esporádica de ETI y detección de casos de influenza confirmados por laboratorio, sin ocurrencia de brotes.

^b Actividad localizada (definición de la Agencia de Salud Pública de Canadá): (1) evidencia de aumento del número de casos de ETI, (2) detección de casos de influenza confirmados por laboratorio, (3) brotes en escuelas, hospitales, instituciones geriátricas u otros tipos de establecimientos; afecta 50% o más de las regiones con vigilancia de influenza.

mediana edad, muchos de los cuales tenían infección por influenza A(H1N1)pdm09. Hasta ese momento de la temporada, las manifestaciones de la enfermedad observadas eran de moderadas a graves, sin mayores diferencias con las temporadas anteriores. La alerta de los CDC señalaba que no se había detectado ningún cambio significativo que pudiera sugerir mayor virulencia o transmisibilidad del virus. Añadía que se continuaba el control para determinar cambios antigénicos y genéticos en los virus circulantes, así como la vigilancia de cualquier cambio en la morbilidad y mortalidad que pudiera indicar una mayor gravedad de la infección.

En México, la actividad de influenza también estaba en aumento. El porcentaje de consultas por ETI e infección respiratoria aguda grave (IRAG) se mantenía por debajo del 1% del total de consultas en el país. Entre las muestras analizadas por el laboratorio, alrededor de 20% eran positivas para influenza. El canal endémico de las IRAG se mantenía por debajo del percentil 50. Entre los virus de influenza circulantes en México, predominaba el de influenza A(H1N1)pdm09.

Recomendaciones

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomendó a los Estados Miembros que continúen su trabajo de vigilancia a fin de detectar cualquier comportamiento inusual del virus de influenza y detectar nuevos subtipos emergentes. Al igual que en otras ocasiones, ante el inicio de la temporada de influenza estacional en el hemisferio norte, la OPS/OMS recordó a los Estados Miembros que seguían vigentes las recomendaciones planteadas en la actualización epidemiológica sobre influenza del 31 de mayo de 2013, disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21763&Itemid=.

Resumen de la situación, 28 de marzo de 2014

Ante el inicio de la temporada de mayor circulación de la influenza en América del Sur y el Caribe, era importante analizar lo ocurrido durante la temporada 2013-2014 de influenza en el hemisferio norte, que se caracterizó por un predominio de circulación de influenza A(H1N1)pdm09^c y por afectar principalmente a adultos jóvenes y adultos (4). En Canadá, por ejemplo, el virus predominante fue influenza A(H1N1)pdm09 y, en más de 18 mil casos en los que la información sobre la edad y el tipo/subtipo de influenza estuvo disponible, 55% correspondió a personas de 20 a 64 años (5). En relación con las hospitalizaciones, desde el inicio de la temporada^d hasta la semana epidemiológica (SE) 11 de 2014, tuvieron lugar 1.250 hospitalizaciones asociadas a influenza, 88% por A(H1N1)pdm09. Más de tres cuartas partes de las hospitalizaciones y aproximadamente 80% de los ingresos de las unidades de cuidados intensivos se dieron en el grupo de pacientes de 45 o más años de edad. De todos los ingresados, 73% no habían sido vacunados.

En los Estados Unidos, el virus predominante también fue influenza A(H1N1)pdm09 (6) y aproximadamente 61% de las hospitalizaciones por influenza tuvieron lugar entre personas de 18 a 64 años de edad, más de lo registrado en la temporada anterior de influenza, en la que predominó el virus de influenza A(H3N2). En esa temporada de 2013-2014, cerca de 60% de las defunciones por influenza tuvieron lugar entre el grupo de población de 25 a 64 años de edad, frente a 18%, 30% y 47% en las tres temporadas anteriores, respectivamente. Durante la pandemia de 2009-2010, 63% de las defunciones tuvieron lugar en el grupo de personas de 25 a 64 años de edad.

^c El virus de influenza A(H1N1)pdm09 es estacional, es decir, seguirá circulando como los demás virus de la influenza.

^d Semana epidemiológica 40 de 2013.

En México, también predominó el virus de influenza A(H1N1)pdm09 (7). Desde el inicio de la temporada hasta la SE 12 de 2014, se confirmaron 6.627 casos de influenza, de los cuales 5.241 (79%) se debieron a influenza A(H1N1)pdm09. La mayor proporción de casos de influenza se registró en el grupo de edad de 30 a 44 años. Del total de fallecidos, 68% tenía al menos una enfermedad concomitante y 90% de ellos no se habían vacunado.

En resumen, según los datos disponibles, la temporada de influenza del hemisferio norte mostró un predominio de circulación de influenza A(H1N1)pdm09. Esto no significa necesariamente que lo observado en el hemisferio norte se repita en el hemisferio sur, pero es un aporte para determinar posibles líneas de acción en la preparación de los países.

Recomendaciones

En la fecha de este informe y ante el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza en los países de América del Sur y el Caribe, la Organización recomendó a los Estados Miembros que se prepararan para una posible situación similar a la registrada en el hemisferio norte. Para ello sería preciso acelerar las actividades de vacunación contra la influenza estacional, con el objeto de alcanzar a la población en mayor riesgo, a fin de prevenir hospitalizaciones y evitar defunciones. Estas medidas debían acompañarse de actividades de comunicación al público acerca de las medidas de prevención. Se recomendó, además, fortalecer los servicios de salud para hacer frente a un posible aumento del número de pacientes, para asegurar la atención clínica apropiada y la provisión adecuada de antivirales y reforzar las actividades de vigilancia (8).

Vacunación

La OPS/OMS recomendó dar máxima prioridad a las mujeres embarazadas dada su vulnerabilidad a las complicaciones. Otros grupos de riesgo que deben tenerse en cuenta para la vacunación son los adultos mayores, los niños de 6 a 59 meses de edad (especialmente entre 6 meses y 2 años de edad), las personas con afecciones médicas crónicas específicas y los trabajadores sanitarios. Los países que actualmente tienen programas de vacunación contra la influenza estacional dirigidos a cualquiera de estos grupos de riesgo deben mantenerlos, además de incorporar la inmunización de las mujeres embarazadas.

Información a la población

Se recomendó a los Estados Miembros reforzar sus actividades de comunicación a la población desde el inicio de la temporada de influenza. Además de las medidas de prevención, era necesario informar a la población acerca de qué es la influenza estacional, cuáles son sus riesgos, cómo se previene y cómo se trata. En ese sentido, se consideró preciso recordar al público que la principal forma de transmisión de la influenza es por contacto interpersonal. Por esa razón, es importante:

- Recordar que el lavado de manos es la forma más eficaz de disminuir la transmisión.
- Difundir el conocimiento sobre etiqueta respiratoria, ya que ayuda a evitar la transmisión del virus.
- Recomendar que las personas con fiebre eviten ir a trabajar o presentarse en sitios públicos mientras permanezcan febriles.

Vigilancia epidemiológica y de laboratorio

Se recomendó continuar con las actividades corrientes de vigilancia de la influenza. La vigilancia epidemiológica debía abarcar los casos ambulatorios de enfermedad tipo influenza y las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave. Debían obtenerse muestras

clínicas de esos casos y analizarlas según lo permitiera la capacidad del sistema nacional de laboratorio.

Para conocer, detectar y caracterizar la circulación de los virus de influenza, la OPS/OMS recomendó la vigilancia de la IRAG, según las orientaciones del Protocolo de Vigilancia de la IRAG de la OPS/OMS.

Se recordó que las muestras que no se puedan subtipificar, así como aquellas con resultado inusual o no concluyente, debían ser remitidas inmediatamente al Centro Colaborador de la OMS para influenza, es decir, a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, para realizar pruebas adicionales.

Al igual que en otras ocasiones, ante el inicio de la temporada de influenza estacional en el hemisferio norte, la OPS/OMS recordó a los Estados Miembros la vigencia de las recomendaciones emitidas en la actualización epidemiológica sobre influenza del 31 de mayo de 2013, disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21763&Itemid=

Organización y respuesta de los servicios de salud

Los servicios de salud deben prepararse para un incremento potencial del número de pacientes con síntomas respiratorios. Para ello se sugirió utilizar las directrices elaboradas por la OPS/OMS en 2009, disponibles en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4309&Itemid=3545&lang=es.

Entre los elementos que más influyen en una buena organización de los servicios están los sistemas de selección de pacientes (triaje) adecuados, cuyo objeto es detectar oportunamente los casos sospechosos, para que la atención sea apropiada y para disminuir el riesgo de transmisión del virus en los lugares de consulta y atención clínica (pacientes y personal de salud).

Las medidas generales de triaje en el primer nivel de atención tienen por objeto: a) seleccionar un lugar adecuado para la atención de los casos de infección respiratoria; b) contar con Equipo de Protección Personal (EPP) para los trabajadores sanitarios, según la complejidad de la atención, y c) aplicar rigurosamente las precauciones estándar y para microgotas en la atención clínica.

Manejo clínico

La OPS/OMS reiteró que todo paciente con cuadro febril y síntomas respiratorios admitido en un servicio de salud debe considerarse caso sospechoso de influenza. Algunos grupos requieren atención especial por su mayor predisposición a las infecciones graves, entre ellos, los menores de 2 años de edad, adultos mayores de 65 años de edad, mujeres embarazadas y personas con afecciones clínicas subyacentes. En estos casos, debe considerarse la administración de tratamiento antiviral (oseltamivir) al inicio de los síntomas. El tratamiento debe iniciarse aún sin la confirmación de infección por influenza por el laboratorio.

El mayor éxito del tratamiento se logra cuando se administra tempranamente. Para mayor información, sírvase consultar: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/informe_consulta%20expertos_clinica.pdf

Control de infecciones

Siempre se deben tomar las medidas apropiadas para la prevención y el control de infecciones (precauciones estándar y para microgotas). Cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles (por ejemplo, broncoscopia o cualquier procedimiento que ocasione aspiración del

tracto respiratorio), es necesario que el personal de salud utilice una mascarilla con filtro para partículas (N95, FFP2 o equivalente), protección ocular, bata y guantes y que el procedimiento se realice en una habitación que pueda ser ventilada de manera natural o mecánica, según las guías de OMS^e.

Resumen de la situación, 5 de diciembre de 2014

En Canadá, para la semana epidemiológica 47 de 2014, la Agencia Canadiense de Salud Pública notificó un aumento de la actividad de influenza en el país en comparación con el número de casos informado en las semanas previas (9). Ese aumento del número de casos se inició durante la SE 37. El virus predominante fue influenza A(H3N2). Durante la temporada de influenza 2014-2015, el Laboratorio Nacional de Microbiología caracterizó 10 cepas de virus de influenza A(H3N2), de los cuales dos eran similares antigénicamente al virus A/Texas/50/2012 (componente de la vacuna) y ocho mostraban títulos disminuidos al antisuero producido contra las cepas recomendadas para el componente de la vacuna contra la influenza A/H3 estacional.

En los Estados Unidos, aunque la actividad de influenza en el país como un todo era baja, algunas zonas del sur del país comenzaron a registrar actividad moderada y alta y se esperaba que el número de casos siguiera aumentando en las semanas siguientes. La proporción de consultas por ETI durante la SE 48 de 2014 alcanzó 2,6%, por encima de la línea de base nacional (2%). Hasta la SE 48, la mortalidad por neumonía e influenza se mantenía por debajo del umbral epidémico. El virus predominante era influenza A(H3N2).

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos emitieron una advertencia sanitaria el 3 de diciembre de 2014, en la que se indicaba que 48% de las muestras de virus de influenza A(H3N2) obtenidas y analizadas en los Estados Unidos, entre el 1 de octubre y el 22 de noviembre de 2014 (n = 85), habían sido antigénicamente similares al virus de influenza A(H3N2) que compone la vacuna contra la influenza 2014-2015 del hemisferio norte, A/Texas/50/2012. Esto significa que había 52% de diferencia (drift antigénico) entre el virus de influenza A(H3N2) circulante y el componente de la vacuna 2014-2015 para el hemisferio norte (10). No obstante esa diferencia, la vacuna ofrecía protección contra las cepas incluidas en la vacuna (sin cambios antigénicos) y cierta protección de los virus con cambios antigénicos; por ende ayudaba a prevenir casos graves y defunciones asociadas a influenza.

En México, la actividad de influenza se encontraba dentro del canal endémico y la proporción de consultas por ETI e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) permanecía en menos de 2% (11).

Información más detallada sobre la situación de influenza y otros virus respiratorios se puede obtener en la Actualización regional de influenza, que se publica semanalmente en la página web de la OPS/OMS.

Nota: La vacuna contra la influenza 2015 recomendada para el hemisferio sur incluye el virus de influenza A(H3N2) con cambios genéticos mínimos (drift antigénico), es decir, el virus A/Switzerland/9715293/2013 que circula en Canadá y los Estados Unidos.

^e <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/swineinflcont/en/>

Recomendaciones

Ante el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza en el hemisferio norte, la OPS/OMS hizo hincapié en las recomendaciones relacionadas con la atención clínica adecuado de pacientes, la aplicación de medidas de control de infecciones en los servicios de atención de salud y la comunicación a la población sobre las medidas de prevención (véanse párrafos anteriores).

Referencias

1. Public Health Agency of Canada Report. FluWatch. Disponible en: <http://www.phac-spc.gc.ca/fluwatch/>.
2. Flu View Weekly Influenza Surveillance Report. 2013-2014 Influenza Season Week 51 ending December 21, 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>.
3. Notice to Clinicians: Early reports of pH1N1-Associated Illnesses for the 2013-14 Influenza Season. Disponible en: <http://emergency.cdc.gov/HAN/han00359.asp>.
4. CDC Reports Flu Hit Younger People Particularly Hard This Season. United States Centers for Disease Control and Prevention. Last updated 20 March 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0220-flu-report.html>.
5. Influenza report of the Public Health Agency of Canada. FluWatch. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-eng.php>.
6. Weekly Influenza Surveillance report prepared by the Influenza Division. Center for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>.
7. México, Secretaría de Salud. Informes epidemiológicos de influenza de la Dirección General de Epidemiología. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/2014/influenza/influenzasemanas.html>.
8. PAHO/WHO Operational Guidelines for intensified national severe acute respiratory illness (SARI) surveillance, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3353&Itemid=2470&to=2256&lang=en.
9. Weekly Report, Public Health Agency of Canada. FluWatch. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/>.
10. CDC Health Advisory Regarding the potential for circulation of drifted Influenza A(H3N2) viruses. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://emergency.cdc.gov/han/han00374.asp>.
11. México, Secretaría de Salud. Informes epidemiológicos de influenza de la Dirección General de Epidemiología. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/2014/influenza/influenzasemanas.html>.

Otras fuentes de información

- Actualización de influenza. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html.
- Monitoreo regional de influenza y otros virus respiratorios. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3352&Itemid=2469&to=2246&lang=es.



Fiebre por chikungunya

24 de enero de 2014

Resumen de la situación

Desde la notificación a la OPS/OMS de los primeros casos autóctonos de infección por chikungunya el 6 de diciembre de 2013, seis territorios de la Región de las Américas habían notificado transmisión autóctona: Guadalupe, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, San Bartolomé y San Martín, tanto la parte francesa como la holandesa (Cuadro 1 y Figura 1).

La infección por chikungunya se transmite por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, particularmente las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Los síntomas de la enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de 3 a 7 días (mínimo 1 y máximo 12 días). Este virus puede causar enfermedad aguda, subaguda y crónica. En la enfermedad aguda los síntomas se establecen de forma súbita y comprenden fiebre alta, cefalea, mialgia y artralgia (predominantemente en las extremidades y las grandes articulaciones). A menudo también se observa una erupción maculopapular.

Al 24 de enero de 2014, el total de casos registrados ascendía a 786^f. En ese período también se registraron casos importados en la Guayana Francesa (uno importado de Martinica y otro de San Martín) y en Dominica (un caso importado de San Martín). A esa fecha, la capacidad de los servicios de salud no había sido sobrepasada en ninguno de los países o territorios afectados.

^f Para los territorios franceses de Guadalupe, Martinica, San Bartolomé y San Martín, se incluyen tanto los casos probables como los confirmados. Caso probable, según la definición del Institut de Veille Sanitaire (INVS), es un caso sospechoso que presenta una IgM para chikungunya positiva o con valor cercano al límite.

Cuadro 1: Número notificado de casos autóctonos de chikungunya, fecha de la primera notificación, y número acumulado de casos al 24 de enero de 2014, por país y territorio

Territorio	Fecha de la primera notificación	Número acumulado de casos notificados al 24 de enero de 2014	Observaciones
Islas Vírgenes Británicas	15 enero de 2014	...	Tres casos en la isla Jost Van Dyke.
Guadalupe	24 de diciembre de 2013	68	Incluye 3 casos importados de San Martín. Sin hospitalizaciones.*
Martínica	19 de diciembre de 2013	267	Incluye 15 hospitalizaciones.*
San Bartolomé	31 de diciembre de 2013	45	Sin hospitalizaciones.†
San Martín (Francia)	6 de diciembre de 2013	393	Incluye 17 hospitalizaciones.‡
San Martín (Holanda)	19 de diciembre de 2013	10	Sin hospitalizaciones.*

*La incidencia de la enfermedad mostraba tendencia ascendente.

†La incidencia de la enfermedad mostraba incidencia descendente luego del incremento registrado durante la 1ª semana epidemiológica de 2014.

‡Los casos confirmados incluyen la defunción de un adulto con afecciones preexistentes; esa defunción, por lo tanto, se considera indirectamente relacionada con infección por chikungunya. La incidencia de la infección se mantenía estable luego del aumento del número de casos nuevos notificados durante la semana epidemiológica 52 de 2013.

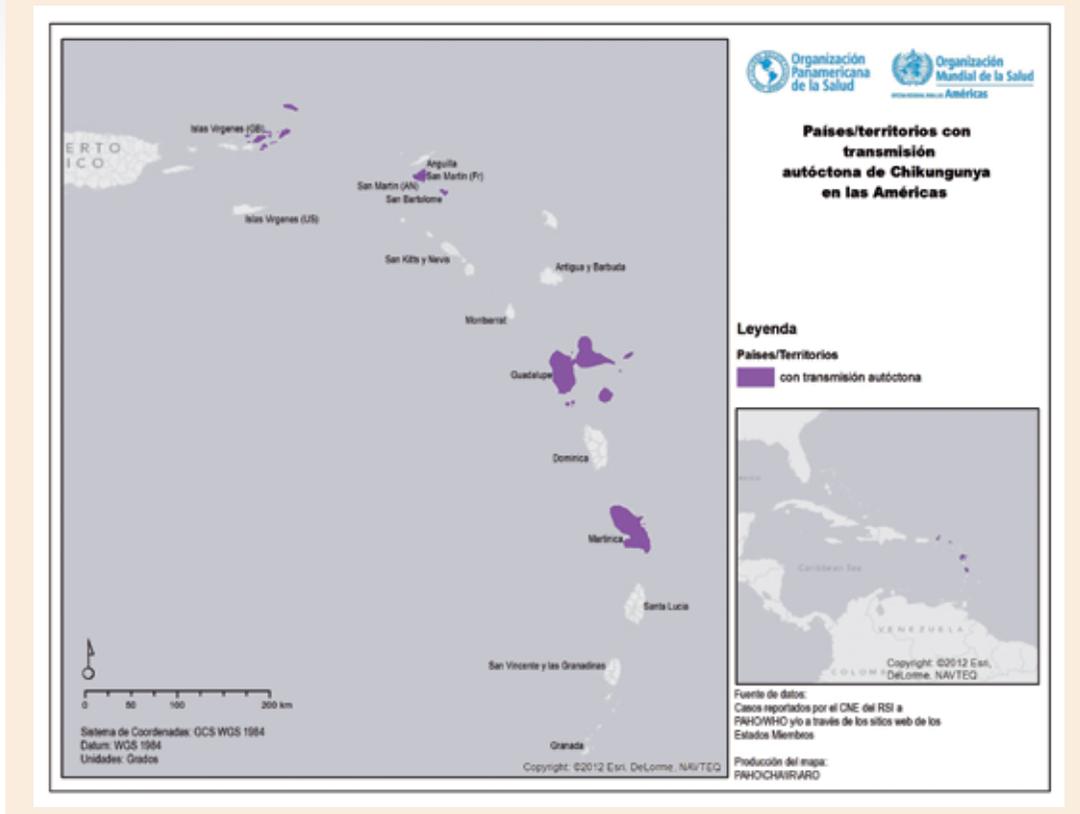
Recomendaciones

Ante la progresión de la transmisión autóctona de fiebre por chikungunya en las Américas, la OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros sus recomendaciones sobre establecer y mantener la capacidad para detectar y confirmar casos, atender a los pacientes y aplicar una estrategia de comunicación con el público eficaz para reducir la presencia del vector, en especial en zonas donde está presente el mosquito transmisor de la enfermedad. Se recordó que seguían vigentes las recomendaciones de la Alerta Epidemiológica del 9 de diciembre de 2013. Se reiteró, asimismo, la necesidad de trabajar coordinadamente con todos los socios del sector y fuera del sector salud, entre ellos la familia y la comunidad, para llevar a cabo las tareas de eliminación de criaderos.

A fin de facilitar la toma de decisión del personal de salud en relación con la detección temprana de casos de fiebre chikungunya, se proporcionaron enlaces al algoritmo de laboratorio así como a pautas de tratamiento, diagnóstico de laboratorio, indicaciones de derivación de los pacientes y consejos de salud pública pertinentes al personal de salud clínico. Dada la posibilidad de transmisión del virus por medio de sangre y hemoderivados, se incluyeron recomendaciones también en este sentido.

- Algoritmo para el diagnóstico: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23978&Itemid=270&lang=en
- Ayuda memoria para la atención clínica de los casos: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23974&Itemid=270&lang=en

Figura 1: Territorios con transmisión autóctona de chikungunya en las Américas, 24 de enero de 2014



Ante el aumento de la transmisión del virus chikungunya en las Américas, la OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros la necesidad de continuar el trabajo para reducir la densidad del vector, además de preparar los servicios de salud ante la posibilidad de que se registren brotes por el virus chikungunya que puedan incrementar la demanda de los servicios, particularmente en zonas con brotes concomitantes de dengue.

Resumen de la situación, 21 de febrero de 2014

Al 21 de febrero de 2014, 10 países y territorios de la Región de las Américas habían registrado casos autóctonos de infección por chikungunya: Anguila, Dominica, Guayana Francesa, Guadalupe, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, San Bartolomé, San Martín (territorios francés y holandés) y San Kitts y Nevis. Además, Aruba había registrado un caso importado. En el cuadro 2, a continuación, se resumen los datos por país y territorio. A esta fecha, la capacidad de los servicios de los países y territorios afectados había sido suficiente.

Con la confirmación de los primeros casos de transmisión autóctona en la Guayana Francesa, se documenta por primera vez la presencia del virus en América del Sur.

Cuadro 2: Número de casos autóctonos de chikungunya* y número acumulado de casos en las Américas al 21 de febrero de 2014, por país y territorio

País o Territorio	Número acumulado de casos notificados al 21 de enero de 2014	Observaciones
Anguila	11	Casos confirmados autóctonos e importados.
Aruba	1	Casos importados y confirmados.
Islas Vírgenes Británicas	5	Casos autóctonos confirmados; no hubo hospitalizaciones.
Dominica	45	Comprende seis hospitalizaciones.
Guayana Francesa	7	Dos casos autóctonos; no hubo hospitalizaciones.
Guadalupe	1.380	Casos con sospecha clínica. Seis hospitalizaciones.
Martinica	3.030	Casos con sospecha clínica. Comprende 88 hospitalizaciones.
San Bartolomé	350	Casos con sospecha clínica.
Saint Martin	1.780	Casos con sospecha clínica. Comprende 22 hospitalizaciones.†
Sint Maarten	65	65 casos confirmados de transmisión autóctona.
San Kitts y Nevis	1	Un caso autóctono confirmado, hospitalizado y dado de alta sin complicaciones.

Fuente: Notificación enviada por los países a la OPS/OMS o publicada en la página web de los Ministerios de Salud.

* Dada la situación epidemiológica del momento, los territorios franceses de Guadalupe, Martinica, San Bartolomé y San Martín discontinuaron la confirmación sistemática de todos los casos, para notificar los casos con sospecha clínica en sus totales.

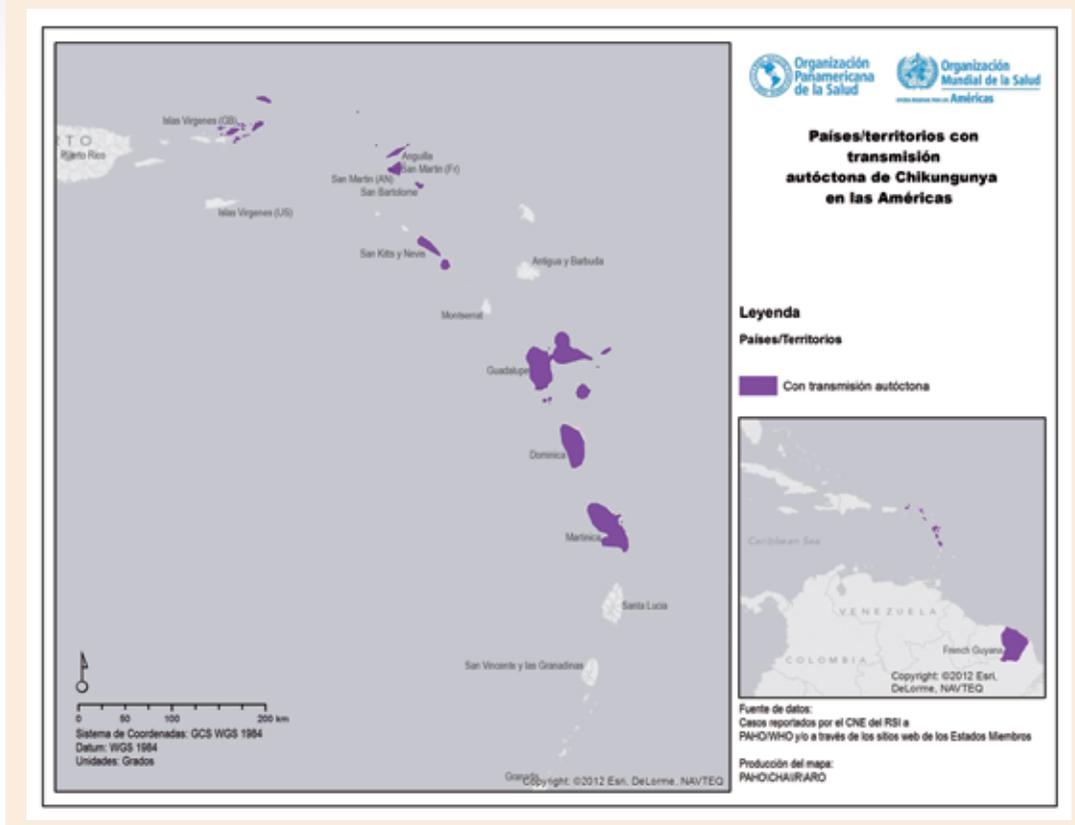
† Los casos confirmados incluyen la defunción de un adulto con afecciones preexistentes. Esa defunción, por lo tanto, se considera indirectamente relacionada con la infección por chikungunya.

La figura 2 ilustra la distribución geográfica de la infección por chikungunya en las Américas.

Recomendaciones

Se recordó que seguían vigentes las recomendaciones de la Alerta Epidemiológica del 9 de diciembre de 2013 y del 24 de enero de 2014.

Figura 2: Países y territorios con transmisión autóctona de chikungunya en las Américas, al 21 de febrero de 2014



Resumen de la situación, 23 de mayo de 2014

En diciembre de 2013, se detectó por primera vez la transmisión autóctona del virus chikungunya en la Región de las Américas. Desde entonces y hasta la semana epidemiológica 20 de 2014, había transmisión autóctona del virus en seis Estados Miembros y nueve territorios en la subregión del Caribe (Figura 3): Anguila, Antigua y Barbuda, Dominica, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (partes francesa y holandesa), San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía. Al 23 de mayo de 2014, se había notificado un total de 61.864 casos sospechosos y 4.356 casos confirmados y 13 defunciones.

Después de la actualización epidemiológica del 21 de febrero de 2014, Antigua y Barbuda, Haití, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas y San Kitts y Nevis confirmaron los primeros casos de transmisión autóctona. Se han detectado casos importados en Aruba, los Estados Unidos de América y Panamá.

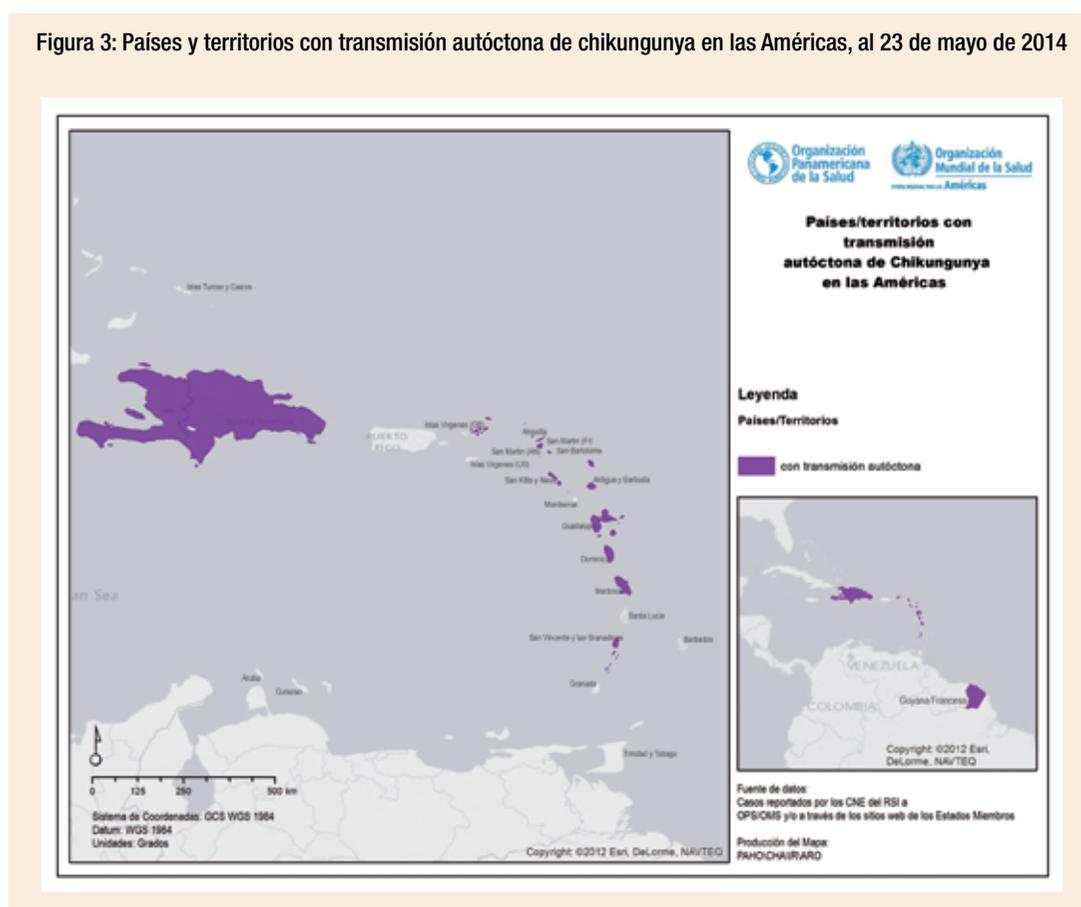
La situación epidemiológica en los territorios franceses hasta la SE 20 de 2014 mostraba diferentes comportamientos. En San Martín y San Bartolomé, la circulación viral seguía siendo moderada, mientras que en Martinica, Guadalupe y Guayana Francesa, el número de casos sospechosos había aumentado.

En la República Dominicana (1) se confirmó la circulación autóctona del virus en la SE 13 de 2014 y hasta la SE 17 (2), se había notificado un total de 8.058 casos sospechosos en el país, de los cuales la provincia de San Cristóbal concentraba 68%. Veinte provincias

habían notificado brotes sospechosos de chikungunya, seis de las cuales (San Cristóbal, San Pedro de Macorís, Santo Domingo, Hato Mayor, Monte Plata y Barahona) habían confirmado transmisión autóctona. En las provincias de Puerto Plata y María Trinidad Sánchez se habían registrado casos importados. También se detectaron tres casos de infección concomitante de chikungunya y dengue en las provincias de San Cristóbal (municipio de Nigua) y Santo Domingo (municipios de Boca Chica y Santo Domingo Norte).

Desde la confirmación de los primeros casos autóctonos de chikungunya en Haití en la SE 18 de 2014 (3,4), se habían registrado 3.460 casos sospechosos en el país. Los departamentos que registraron el mayor número de casos fueron Ouest (2.225 casos), Nord-Ouest (418 casos), Sud Est (334 casos), Sud (212 casos) y Nippes (129 casos). Los 142 casos restantes se distribuían en los otros cinco departamentos. Tanto en Haití como en la República Dominicana, el virus chikungunya se ha propagado rápidamente en los departamentos y provincias de ambos países y ha ocasionado un aumento de la demanda de atención de salud, situación que requiere una adaptación de los servicios de salud para atender esa demanda sin perder calidad en la atención de otras enfermedades prevalentes, como el dengue.

Figura 3: Países y territorios con transmisión autóctona de chikungunya en las Américas, al 23 de mayo de 2014



Recomendaciones

Las recomendaciones de las Alertas Epidemiológicas del 9 de diciembre de 2013⁹ y el 24 de enero de 2014^h seguían vigentes y se hizo hincapié en las siguientes:

- Dada la alta infestación por *Aedes aegypti* y la presencia del *Aedes albopictus* en la Región, las medidas de prevención y control deberían tener por objeto reducir la densidad del vector, procurando la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas. Es importante ofrecer información confiable y de calidad acerca de esta enfermedad por los medios de comunicación social.
- Un programa de control eficaz y operativo para el dengue sirve de base para una preparación adecuada frente al chikungunya, ya que la biología y los procedimientos de control para el mosquito *Ae. aegypti* son similares a los de *Ae. albopictus*. Para responder a la introducción del virus chikungunya, se pueden utilizar e intensificar las recomendaciones de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-dengue). También, se debe incorporar al esquema de manejo integrado de vectores (MIV) un programa de control de calidad independiente.
- Para tener éxito, el programa de MIV para chikungunya debe contar con la participación y colaboración intersectorial en todos los niveles de gobierno y de los organismos de salud, educación, medio ambiente, desarrollo social y turismo. Los programas de MIV también se benefician de la participación de organizaciones no gubernamentales y privadas. El programa de control de chikungunya debe mantener la comunicación y buscar la participación de toda la comunidad.

Medidas de prevención personal

Los pacientes infectados por el virus de chikungunya son reservorio de la infección para otros, en el hogar y en la comunidad. Por consiguiente, las medidas de salud pública para reducir al mínimo la exposición de los pacientes a los mosquitos son indispensables para prevenir la propagación del brote. Es necesario educar al paciente y a otros miembros del hogar acerca del riesgo de transmisión y las maneras de reducirlo al mínimo, mediante la disminución de la población de vectores y del contacto con el vector.

Reducción de la población de vectores y el contacto con ellos

- Se necesita redoblar los esfuerzos para reducir los hábitats larvarios al interior y en la proximidad de las casas y eliminar toda el agua estancada en la basura o desechos alrededor del hogar y en las zonas peridomiciliarias.

Para reducir el contacto entre vector y paciente se recomienda:

- Que el paciente descansa bajo mosquiteros, preferentemente impregnados de permetrina.
- Que el paciente, así como otros miembros del hogar, usen ropa de manga larga para cubrir las extremidades.
- Se utilice malla de alambre en puertas y ventanas.

⁹ Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23807&Itemid=

^h Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24019&Itemid=

Fiebre por Chikungunya y dengue en las Américas

29 de agosto de 2014

Ante la propagación del virus chikungunya en las Américas y el comienzo de la temporada de mayor circulación del dengue en el Caribe y Centroamérica, la OPS/OMS instó a los Estados Miembros donde se encuentra el mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de ambos virus, a que aumentaran sus esfuerzos para reducir la densidad del vector mediante la EGI-Dengue; asimismo, llamó a que se estableciera y mantuviera la capacidad de atención adecuada y oportuna de los casos de dengue y chikungunya y se pusiera en marcha una estrategia eficaz de comunicación con el público para eliminar los criaderos de mosquitos.

Resumen de la situación, 29 de agosto de 2014

Desde la confirmación de la transmisión autóctona del virus chikungunya en la Región de las Américas en diciembre de 2013, se ha documentado transmisión autóctona en 33 países y territorios (27 del Caribeⁱ, 3 de Centroamérica, 1 país y 1 territorio de América del Sur y 1 país de América del Norte). El número de casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 35 de 2014 ascendía a 659.367, entre ellos, 37 defunciones (5,6,7).

El segundo semestre del año suele caracterizarse por un aumento estacional de la transmisión del dengue en el Caribe, Centroamérica y México. Al 29 de agosto de 2014, en El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana ya se había iniciado la temporada de mayor transmisión.

Ante la situación epidemiológica planteada por la temporada de mayor transmisión del dengue y la introducción o riesgo de introducción del virus chikungunya en la Región se recomendó integrar el trabajo de prevención y control de ambas enfermedades. La propagación rápida del virus chikungunya documentada en algunos países de las Américas puede sumarse a la presentación simultánea de casos o brotes de dengue, lo cual puede ocasionar un aumento significativo de la demanda de atención médica. Las redes y servicios de salud deben estar preparados para responder a esa demanda sin perder la calidad de la atención; los preparativos deberán estar orientados principalmente por las recomendaciones de la OPS/OMS para el abordaje clínico de pacientes con dengue o chikungunya.

ⁱ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Bahamas, Costa Rica, Curazao, Dominica, Estados Unidos de América, El Salvador, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín (partes francesa y holandesa), San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela.

Para hacer un uso óptimo de los recursos, se recomendó estratificar las zonas de trabajo con base en el riesgo de transmisión. A continuación se incluyen las recomendaciones sobre los componentes técnicos clave que habría que tener en cuenta en la vigilancia y respuesta.

Pautas para las autoridades nacionales

Desde 2003^j, los países de la Región de las Américas han estado aplicando la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue. Esta estrategia y sus componentes conducen a un fortalecimiento de la respuesta institucional integrada y tiene un abordaje multi e intersectorial, que funciona mediante el Grupo de Trabajo de Dengue. La EGI-Dengue contempla seis líneas de trabajo: atención al paciente, comunicación social, epidemiología, laboratorio, manejo integrado de vectores y medio ambiente.

La Organización recomendó que los países continuaran fortaleciendo esas seis líneas de trabajo para dar respuesta al dengue y chikungunya, aunque manteniendo la especificidad técnica de cada enfermedad, particularmente en los componentes de atención al paciente y epidemiología.

Epidemiología

La vigilancia epidemiológica es un componente fundamental, que debe adaptarse a la situación epidemiológica de cada país, la que, a su vez, puede presentar varias situaciones distintas. Con el fin de dirigir las intervenciones y optimizar el uso de los recursos, se apuntó que cada país debía definir con anticipación las diferentes situaciones que podrían presentarse y poner en marcha las actividades de vigilancia correspondientes. A continuación se describen tres situaciones potenciales.

Situación I: hay transmisión de dengue, sin evidencia de transmisión de chikungunya

En estos casos habrá que mantener la vigilancia de personas febriles o con fiebre por dengue, según las normas o protocolos vigentes en el país. A eso habrá que sumar la vigilancia de chikungunya, principalmente para detectar transmisión autóctona. Para ello se propone vigilar la presencia de conglomerados de casos clínicamente compatibles con chikungunya^k (negativos para dengue). A una fracción de ese conglomerado (o a todo él, según la disponibilidad de recursos) habrá de realizársele pruebas de confirmación para chikungunya^l.

Situación II: hay evidencia de transmisión de chikungunya y transmisión de dengue

La vigilancia debe tener por objeto conseguir información sobre el comportamiento de cada enfermedad.

- ❶ **Para dengue:** se habrá de organizar y presentar la información en tiempo, lugar y persona, además de mostrar tendencias, proporción de casos graves, tasa de letalidad y serotipos circulantes.
- ❷ **Para chikungunya:** tendencias, dispersión geográfica del virus, presentación clínica, impacto en la sociedad (ausentismo), factores de riesgo de infección o enfermedad

^j Durante la 44.^a Reunión del Consejo Directivo de la OPS, se aprobó la Resolución CD44.R9 en el que se introduce el modelo de estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue.

^k Caso sospechoso: paciente con fiebre >38,5°C (101,3°F) y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explican por otras condiciones médicas, y que reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas.

^l Véase la página 6 de la Guía de Preparación y Respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16985&Itemid= .

grave, identificación de los linajes de virus chikungunya circulantes. Para ello se propone la modalidad de vigilancia en sitios centinela.

Situación III: brotes concomitantes de chikungunya y dengue

En este caso, la vigilancia tiene el propósito de detectar cambios epidemiológicos y ecológicos relacionados con la transmisión de ambos virus y de monitorear la evolución clínica de los pacientes infectados, para reducir el número de casos graves y defunciones por dengue.

- **Para dengue:** vigilancia de casos clínicos con signos de alarma y vigilancia de serotipos circulantes^m.
- **Para chikungunya:** según los recursos disponibles del país: 1) observación de la tendencia y dispersión geográfica del virus mediante la vigilancia de casos clínicamente compatibles (en zonas donde se haya confirmado la transmisión del virus), identificación de nuevas zonas con transmisión por medio de la vigilancia de conglomerados clínicamente compatibles con chikungunya; 2) en función de los recursos disponibles, se debería, además, vigilar las diferentes modalidades de presentación clínica, impacto en la sociedad (ausentismo), factores de riesgo de infección o enfermedad grave, linajes de los virus de chikungunya circulantes. Para ello se propuso la modalidad de vigilancia en sitios centinela.

Atención al paciente

El componente de atención a los pacientes de la EGI-Dengue tiene el propósito de prevenir casos graves y defunciones, por lo tanto, debe tratar de garantizar la detección temprana, el reconocimiento de signos de alarma y el tratamiento adecuado y oportuno de los casos, independientemente de la enfermedad que se sospeche (dengue o chikungunya). Considerando las diferencias clínicas de ambas enfermedades, se recomendó que todo paciente (en particular los niños) se trate como caso de dengue, mientras no se demuestre lo contrario por diagnóstico de laboratorio o, en el caso de chikungunya, por clínica, cuando las manifestaciones se inclinen hacia la última infección.

Se reiteró la necesidad de educar al paciente y su familia para que puedan reconocer la enfermedad y los signos de alarma y para que, ante los primeros síntomas, acudan al servicio de salud más cercano. Se debían actualizar los conocimientos del personal de salud que da atención a los casos, ya sea que se desempeñen en atención primaria o en otros tipos de servicios de salud.

Organización de los servicios de atención de salud y referencia de pacientes

Los servicios de salud se deberán organizar de modo que se pueda derivar inmediatamente a los pacientes con signos de alarma de dengue que necesiten atención médica especializada, que tengan enfermedades o afecciones concomitantes o situación social que dificulte el acceso a los cuidados necesarios (por ejemplo, personas que viven en lugares remotos, refugiados y desplazados, entre otros). En relación a la atención de pacientes en situaciones de circulación simultánea de dengue y chikungunya, se propone revisar y adaptar el manejo clínico de casos de dengue, en el marco conceptual de la EGI-Dengue como sigue:

- Ambas enfermedades deben ser evaluadas y atendidas inicialmente en el primer nivel de atención. El manejo adecuado en ese ámbito garantizará que el hospital se reserve para

^m Según las recomendaciones de la EGI-Dengue.

pacientes con signos de alarma de dengue y dengue grave y para los casos atípicos o graves de chikungunya, que son raros.

- ❶ El trabajo de tamizaje (triaje) en los servicios de guardia médica, emergencias y consultas médicas es fundamental para dar prioridad al paciente que más necesita atención. En una situación de transmisión simultánea de ambos virus, se debe prestar atención a la presencia de los signos de alarma de dengue, los cuales no están presentes en chikungunya. Estos signos de alarma indican la necesidad de un monitoreo cercano y atención especializada y son decisivos para salvar vidas en el caso de dengue.
- ❷ En la atención secundaria (normalmente hospitalaria), donde la población demanda de atención médica por dengue y chikungunya, es importante reordenar los servicios para garantizar que los pacientes con signos de alarma de dengue sean atendidos en salas específicas para dengue donde se les pueda observar de manera intensivaⁿ. Este es un elemento clave para el tratamiento oportuno y para evitar la evolución a la gravedad y la muerte.

No es necesario esperar el resultado del diagnóstico de laboratorio de dengue o chikungunya para iniciar la atención clínica y el tratamiento de los pacientes sospechosos de cualquiera de estas enfermedades. El diagnóstico clínico inicial es suficiente para proporcionar tratamiento y atención médica oportunos y de calidad.

Manejo integrado de vectores (MIV)

Además de las medidas señaladas en párrafos anteriores (23 de mayo de 2014) se reiteró que, dada la alta infestación por *A. aegypti* y la presencia del *A. albopictus* en la Región, las medidas de prevención y control deberían tener por objeto reducir la densidad del vector, procurando la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas.

Por ello las autoridades deberían:

- ❶ Fortalecer las acciones de ordenamiento ambiental, principalmente la eliminación de criaderos del vector en cada domicilio y en áreas comunes de los barrios y ciudades (parques, escuelas, cementerios, etc.).
- ❷ Organizar campañas de saneamiento intensivo para la eliminación de criaderos en zonas específicas donde se haya interrumpido la recolección regular de basura.
- ❸ Aplicar medidas para el control de criaderos con la utilización de métodos físicos, biológicos y químicos, en las que participen activamente la familia y la comunidad.
- ❹ Determinar las zonas de alto riesgo de transmisión (estratificación de riesgo) y dar prioridad a aquellas donde existan concentraciones de personas (escuelas, terminales de transporte, hospitales, centros de salud, etc.). En esas instalaciones deberá eliminarse la presencia del mosquito en un radio de al menos 400 metros a la redonda.
- ❺ En zonas donde se detecte transmisión activa o casos importados de chikungunya, se sugiere utilizar tratamiento adulticida (principalmente a través de fumigación), para eliminar los mosquitos adultos infectados y cortar la transmisión. Esta es una medida de carácter excepcional y solo es eficaz cuando la aplica personal debidamente capacitado y con las orientaciones técnicas internacionalmente aceptadas; este trabajo se llevará a

ⁿ Las salas de hospitalización tienen una dinámica y forma de trabajo apropiada para el monitoreo de los signos vitales. En la práctica, se observa con mucha frecuencia que el paciente con dengue cae en esa rutina de trabajo, que impide detectar oportunamente la evolución brusca de su cuadro clínico hacia formas graves. Para evitar esto, se recomienda la hospitalización del paciente con signos de alarma en salas específicas bajo observación más estricta y continua.

cabo con otras medidas, como las descritas anteriormente. La fumigación es la principal intervención para interrumpir la transmisión y permite ganar tiempo para consolidar las actividades de eliminación de criaderos de larvas.

- Elegir el insecticida apropiado (siguiendo las recomendaciones de OPS/OMS), verificar su etiqueta y formulación y tener en cuenta la susceptibilidad de las poblaciones de mosquito a ese insecticida.
- Mantener el equipo de fumigación en buen funcionamiento y utilizarlo adecuadamente y contar con reserva de insecticidas.
- Garantizar la supervisión (control de calidad) del trabajo de campo de los operarios, tanto durante el tratamiento antilarvario como en el de mosquitos adultos (fumigación).

La aplicación integral (simultánea o coordinada) de las medidas de control del vector en espacio y tiempo (control adulticida y larvario, por personal entrenado, aunado a las acciones de saneamiento y el impulso de las acciones comunitarias), es esencial para lograr un impacto mayor y en el menor tiempo posible.

Medidas de prevención personal

Se reiteran también las siguientes medidas para reducir al mínimo el contacto del vector con los pacientes:

- El paciente debe descansar bajo mosquiteros, ya sea impregnados con insecticida o no.
- El paciente, así como otros miembros del hogar, deberán usar ropa que cubra las extremidades.
- Los repelentes que contienen Icaridina (DEET o IR3535) se pueden aplicar a la piel expuesta o la ropa de vestir y debe usarse de conformidad estricta con las instrucciones de la etiqueta del producto.
- Emplear alambre-malla en puertas y ventanas.

Estas medidas de prevención personal son también efectivas para prevenir la transmisión del virus a personas sanas.

Viajeros

Antes de viajar, las autoridades de salud pública deben aconsejar a los viajeros que se dirigen a zonas con circulación de dengue o chikungunya que tomen las medidas necesarias para protegerse de la picadura de mosquitos, como el uso de repelentes, ropa apropiada que minimice la exposición de la piel y uso de insecticidas o mosquiteros. Es importante además informar al viajero sobre los síntomas de la fiebre por dengue o chikungunya, a fin de que pueda identificarlos durante su viaje. Esta información puede proporcionarse por los servicios de medicina del viajero o clínicas de viajeros o páginas web para viajeros de los ministerios de salud u otras instituciones gubernamentales.

Durante la estadía del viajero en lugares con transmisión de dengue o chikungunya, deberá aconsejarse a los viajeros para que:

- Tomen las medidas adecuadas para protegerse de las picaduras de mosquitos, tales como el uso de repelentes, uso de ropas apropiadas que minimicen la exposición de la piel.
- Eviten lugares infestados por mosquitos.

- Utilicen mosquiteros o insecticidas o ambos.
- Reconozcan los síntomas de dengue y chikungunya y que soliciten atención médica en caso de presentar síntomas.

Al regreso, habrá que recomendarle al viajero que acuda a un servicio de salud en caso de presentar síntomas de dengue o chikungunya.

Clínicos y proveedores de atención de salud

- Continuar recordando al personal clínico que debe indagarse la historia de viajes de los pacientes, así como la necesidad de contactar a las autoridades de salud pública, según las normas nacionales, cuando se sospecha dengue o chikungunya en un viajero.
- Aprovechar la oportunidad para sensibilizar al personal de salud del sector privado sobre la necesidad de notificar los casos de dengue o chikungunya, a fin de permitir una respuesta oportuna de los servicios nacionales de salud pública.

Difusión de la información

Estas orientaciones pueden difundirse a través de:

- Los servicios de medicina o clínicas para viajeros, paneles de aviso de aeropuertos, puertos, estaciones de tren y autobús y líneas aéreas que operan en el país.
- Agencias de viajes y otras empresas relacionadas con el turismo y canales diplomáticos, servicio postal y otros que deberán también ser considerados a fin de que los viajeros estén informados sobre las medidas que deben tomar antes, durante y después de su viaje.

Referencias

1. Boletín especial sobre chikungunya de la República Dominicana. Disponible en: <http://temas.sld.cu/chikungunya/2014/08/25/boletin-especial/>.
2. Boletín Epidemiológico de la República Dominicana. Semana Epidemiológica 17 de 2014. Disponible en: http://digepisalud.gob.do/boletines/boletines-semanales/cat_view/34-boletines-semanales/113-abril2014.html.
3. Haití. Ministerio de Salud Pública y Población. Epidémie de Chikungunya : les partenaires du MSPP se positionnent. Disponible en: <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/table%20sectorielle%20sante%20Chikungunya%20juin%202014%202.pdf>.
4. Haití. Ministerio de Salud Pública y Población. Chikungunya : 20 May 2014 Press Release. Available at <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/CHIKUNGUNYA%20GAGNE%20ENCORE%20DU%20TERRAIN%202.pdf>:
5. Institut de Veille Sanitaire. Bulletin hebdomadaire international du 4 au 10 juin 2014. N°455. Disponible en: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletinhebdomadaire-international/Tous-les-numeros/2014/Bulletin-hebdomadaireinternational-du-4-au-10-juin-2014.-N-455>
6. Institut de Veille Sanitaire. Situation épidémiologique du chikungunya dans les Antilles. Disponible en: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques>.
7. Ministerio de Salud de El Salvador. Boletín epidemiológico sobre dengue actualizado a la semana epidemiológica 32 de 2014. Disponible en: http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2014/dengue2014/dengue32_2014.pdf

Otras fuentes de información

- Guía de preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en la Américas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16985&Itemid=
- Temas de Salud de la OPS/OMS sobre chikungunya. Disponible en: www.paho.org/chikungunya
- Chikungunya, página de la OMS. Disponible únicamente en inglés en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/>
- Algoritmo diagnóstico: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23979&Itemid=270&lang=es
- Ayuda memoria para el manejo clínico de casos: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23977&Itemid=270&lang=es
- Guías de Atención para enfermos de dengue en la Región de las Américas. OPS/OMS. 2010. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=11239&Itemid=
- Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control del dengue. OPS/OMS. 2009. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ndeng31570.pdf>



Cólera

Resumen de la situación

Cuba

Entre las semanas epidemiológicas 27 de 2012 y 34 de 2013, se registraron 678 casos de cólera con 3 defunciones. A partir del 24 de agosto de 2013, no se informaron nuevos casos. Más tarde, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional informó que entre las semanas epidemiológicas 35 de 2013 y 8 de 2014 se había seguido la investigación de casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 23. Con eso, el total de casos de cólera confirmados en Cuba desde el inicio del brote en la SE 27 de 2012 hasta la SE 8 de 2014 ascendía a 701, entre ellos, 3 defunciones. Las autoridades nacionales mantenían activado el sistema de vigilancia clínico-epidemiológica y regularmente investigaban casos sospechosos de cólera. Se intensificaron las medidas de higiene, especialmente las relacionadas con el lavado de las manos, la cloración del agua y la limpieza, así como la manipulación adecuada de los alimentos.

No hubo casos nuevos confirmados que se notificaran a partir de la SE 8 de 2014. Las autoridades seguían detectando e investigando casos sospechosos. No obstante, en la SE 38, el Centro Nacional de Enlace de Chile notificó la confirmación de un caso de cólera por *Vibrio cholerae* O:1 serotipo Ogawa toxigénico, correspondiente a un ciudadano chileno con antecedente de viaje a Cuba.

Haití

En Haití, desde el inicio de la epidemia en octubre de 2010 y hasta la SE 6 de 2014, se registraron 699.197 casos de cólera, de los cuales 391.074 fueron hospitalizados (55,9%) y 8 549 fallecieron. La tasa de letalidad acumulada se mantenía en 1,2%, aunque con variaciones que oscilaban entre 4,5% en el departamento de Sud Est y 0,6% en Port-au-Prince. En las seis primeras semanas de 2014, se registraron 2.536 casos de cólera y 18 defunciones (tasa de letalidad acumulada para el 2014 de 0,7%). El promedio semanal del número de casos notificados era 422 casos, con 3 defunciones, cifras considerablemente más bajas que las registradas en 2013, que llegaron a 1.140 casos y 9 defunciones. Aunque en las últimas semanas de 2013 se observó una tendencia creciente del número de casos, coincidente con la temporada de lluvia, en las primeras seis semanas de 2014 se registró una tendencia a la baja, tanto en el número de casos como de defunciones.

Hasta el 10 de marzo de 2014, se había registrado un total de 700.541 casos de cólera, de los cuales 391.751 fueron hospitalizados (55,9%) y 8.546 fallecieron. La tasa de letalidad acumulada se mantenía en 1,2%, aunque oscilaba entre 4,4% en el departamento de Sud Est y 0,6% en Port-au-Prince. Por otra parte, entre el 1 de enero y el 10 de marzo de 2014, se registraron 3.850 casos y 18 defunciones (tasa de letalidad acumulada para 2014 de 0,5%), lo que da un promedio semanal de 385 casos y 2 defunciones. Esos números son más bajos que los registrados en el mismo período de 2013 (con un promedio semanal de

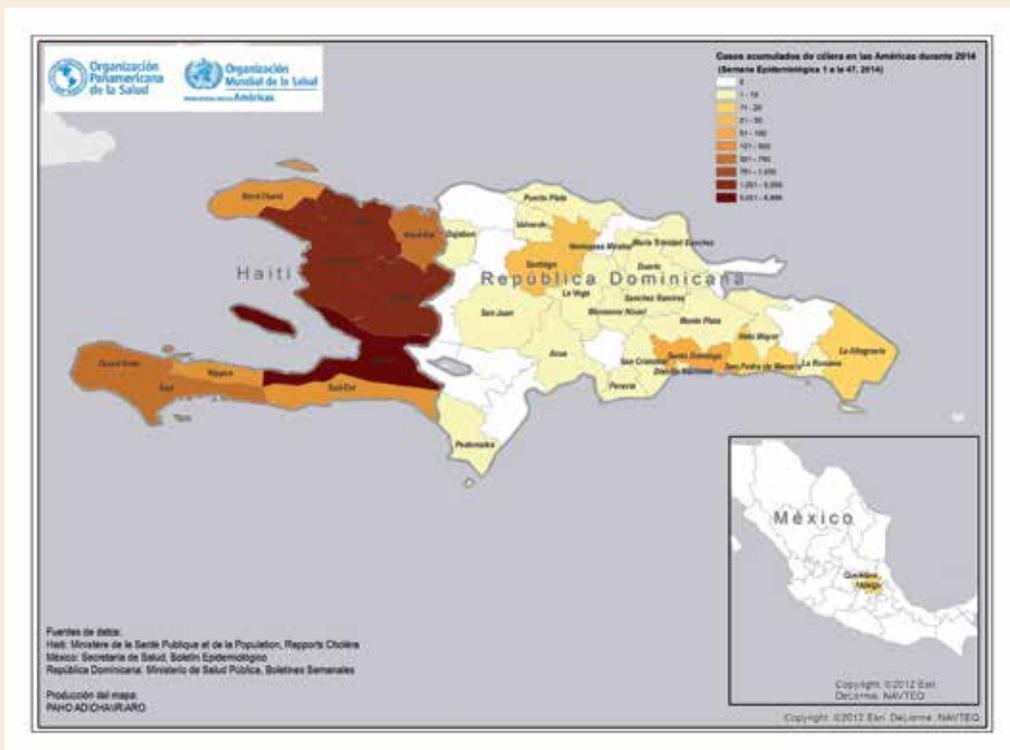
1.106 casos y 9 defunciones), 2012 (4.429 casos y 77) y 2011 (29.167 y 243). En 2014, tanto el número de casos como el de defunciones mostraron tendencias descendentes, pero todos los departamentos seguían registrando casos nuevos.

Hasta la SE 23 de 2014, se habían registrado 703.510 casos de cólera, de los cuales 393 912 habían sido hospitalizados (56%) y 8 562 habían fallecido. La tasa de letalidad acumulada se mantenía en 1,2%, aunque oscilaba entre 4,4% en el departamento de Sud Est y 0,6% en Port-au-Prince. Entre las SE 1 y 23 de 2014, se registraron 6.689 casos de cólera y 31 defunciones (tasa de letalidad acumulada para 2014 de 0,5%), es decir, un promedio semanal de 291 casos y 1 defunción. Estos números son más bajos que los registrados en el mismo período de 2013 (promedio semanal de 993 casos y 8 defunciones), 2012 (1.498 casos y 11 defunciones) y 2011 (7.697 casos y 62 defunciones). En lo que va de 2014, la tendencia para el país como un todo es decreciente, tanto del número de casos como del de defunciones, aunque 8 de los 10 departamentos continuaban registrando casos nuevos. Los departamentos de Nippes y Nord Est no registran casos nuevos desde la SE 19 de 2014.

A la SE 44 de 2014, se había registrado un total de 711.442 casos de cólera, de los cuales 400 103 habían sido hospitalizados (56%) y 8 646 habían fallecido. La tasa de letalidad acumulada era de 1,2%, pero variaba de 4,4% en el departamento de Sud Est y 0,6% en Port-au-Prince. Si bien el número de casos registrados en 2014 se encuentra muy por debajo del de los años anteriores, se observó un aumento a partir de la SE 37 de ese año. En efecto, desde la SE 1 a la SE 37 de 2014, el promedio de nuevos casos semanales osciló entre 250 y 290 y a partir de la SE 37, este número ascendió a 629.

Entre las SE 37 y 47 de 2014, se observó un aumento del número de casos de cólera, que alcanzó un promedio nacional de 918 casos semanales. Cuatro departamentos registraron 90% del total de casos durante 2014: Artibonite, Centre, Ouest y Nord. El departamento de Ouest tuvo el mayor número de casos (36% del total) registrados. En los últimos seis meses, esos cuatro departamentos registraron una tasa promedio de hospitalización de 70%, es decir. Al 21 de noviembre de 2014 (SE 47), se había registrado un total de 717.203 casos de cólera, de los cuales 404.371 habían sido hospitalizados (56%) y 8.721 habían fallecido. La tasa nacional de letalidad acumulada continuaba estable en 1,2%; el departamento Sud-Est registraba la tasa de letalidad más alta (4,5%) y Port-au-Prince, la más baja (0,6%) (Figura 4).

Figura 4: Casos acumulados de cólera en La Española y México, desde la Semana Epidemiológica 1 a la 47 de 2014



México

Entre las semanas epidemiológicas 37 y 51 de 2013, se registraron 187 casos de infección por *Vibrio cholerae* O:1 Ogawa toxigénico y una defunción. No se informaron casos nuevos a partir del 15 de noviembre de 2013.

El 13 de junio de 2014 el Centro Nacional de Enlace para el RSI notificó tres casos de infección por *Vibrio cholerae* O:1 Ogawa toxigénico registrados entre miembros de la misma familia, residentes de Tlaxcoapan, estado de Hidalgo. El inicio de los síntomas se dio el 4 de junio y, como antecedente, los casos presentaban consumo de alimentos en la vía pública. Estos fueron los primeros casos de cólera confirmados en 2014 en México. En respuesta, las autoridades nacionales han intensificado las medidas de prevención y control y al 27 de junio, no se habían notificado casos adicionales. Desde la SE 24 y hasta la SE 46 de 2014, el número total de casos de cólera registrado en México ascendía a 14, de los cuales 13 se registraron en el estado de Hidalgo y 1 en Querétaro. Durante 2013 se registró un total nacional de 187 casos de infección por *V. cholerae* O:1 Ogawa toxigénico y una defunción por esa causa.

República Dominicana

Desde el inicio de la epidemia en noviembre de 2010 y hasta la SE 6 de 2014, se había registrado un total de 31.521 casos sospechosos de cólera, de los cuales 467 habían fallecido. Entre las SE 1 y 6 de 2014, se registraron 46 casos sospechosos de cólera y ninguna defunción, con una tendencia decreciente del número de casos. Esa cifra era significativamente menor que el número de casos nuevos registrados en el mismo periodo de 2013 (646 casos y 8 defunciones). Dos provincias, Santo Domingo y Santiago registraron 65% de los casos notificados en esas primeras semanas de 2014.

A la SE 8 de 2014, se habían registrado 31.532 casos sospechosos de cólera, de los cuales 467 habían fallecido. Entre las SE 1 y 8 de 2014, se registraron 57 casos sospechosos de cólera y ninguna defunción, es decir, un promedio mensual de 28 casos. Ese número es más bajo que el registrado en el mismo período de 2013 (promedio mensual de 112 casos y 2 defunciones), 2012 (563 casos y 4 defunciones) y 2011 (934 casos y 16 defunciones). Al 10 de marzo de 2014, la tendencia registrada del número de casos era descendente y solamente tres provincias, María Trinidad Sánchez, Santo Domingo y San Pedro de Macorís, registraban casos nuevos en las tres semanas anteriores a esta fecha.

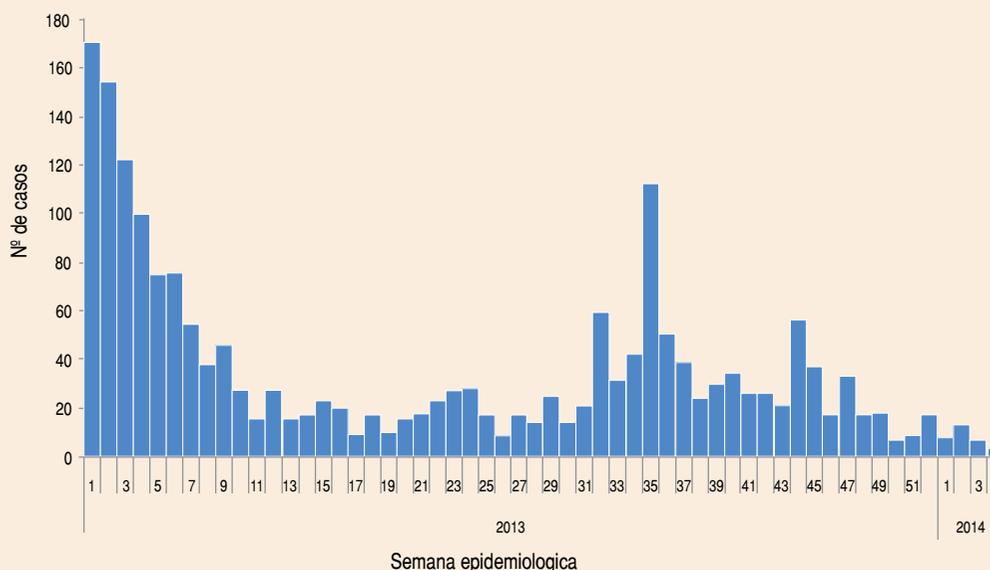
Hasta la SE 22 de 2014, se habían registrado 31.628 casos sospechosos de cólera, de los cuales 471 habían muerto. Para la SE 22 de 2014, esos números eran 156 y 4, respectivamente, con un promedio mensual de 31 casos. Ese promedio era menor que el registrado en el mismo período de 2013 (130 casos y 13 defunciones), 2012 (557 casos y 21 defunciones) y 2011 (240 casos y 35 defunciones). A la semana 41 de 2014, la tendencia nacional del número de casos era decreciente.

A la SE 41 de 2014, se habían registrado 31.681 casos sospechosos de cólera, de los cuales 472 murieron. Entre las SE 1 y 41 de 2014, se registraron 209 casos sospechosos de cólera y 5 defunciones, para un promedio mensual de 23 casos, número mucho más bajo que el registrado en el mismo período de 2013 (130 casos y 13 defunciones), 2012 (557 casos y 21 defunciones) y 2011 (240 casos y 35 defunciones). En lo que va del año 2014, a nivel nacional, continúa la tendencia decreciente de nuevos casos registrados.

A fines de noviembre de 2014 (SE 48) se habían detectado 112 casos sospechosos de cólera, con dos defunciones, en la provincia de San Juan y 8 casos sospechosos en la provincia de Azua. En ambas provincias no había casos registrados durante 2014. Se tomaron muestras para realizar las pruebas de laboratorio.

Desde el inicio de la epidemia (noviembre de 2010) hasta la SE 41 de 2014, el total de casos sospechosos de cólera registrado era 31 703, de los cuales 472 fallecieron. Entre las SE 1 y 44 de 2014, de los casos sospechosos registrados fueron 231, incluidas 5 defunciones, siempre un número menor del registrado en años anteriores (Figura 5).

Figura 5: Casos sospechosos de cólera, por semana epidemiológica, República Dominicana, semanas epidemiológicas 1 de 2013 a 4 de 2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Dirección General de Epidemiología. Boletín epidemiológico.

Recomendaciones

Ante el incremento de casos de cólera registrado en los últimos meses en La Española, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alentó a los Estados Miembros a que se mantengan vigilantes y que continúen implementando las recomendaciones formuladas en la Alerta Epidemiológica del 2 de noviembre de 2012.

Referencias

1. Ministère de la Santé Public et de la Population. Rapports journaliers du MSPP, Haiti, 2014. Disponible en: <http://mspp.gouv.ht/newsite/documentation.php?page=1¶m1=valu1¶m2=value>.
2. México, Secretaría de Salud de México. Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología. Available at: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html.
3. Boletín Epidemiológico de República Dominicana, 2014. Semanas Epidemiológicas 4, 8, 22, 41, 2014. Disponible en: <http://digepisalud.gob.do/boletines/boletines-semanales.html>

Otras fuentes de información

- Información sobre cólera de la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/index.html>
- Temas de salud de la OPS: Cólera. Disponible en: www.paho.org/colera
- Información sobre la declaración de la OMS en relación con los viajes y el comercio internacional hacia y desde los países que están registrando cólera: <http://www.who.int/cholera/technical/prevention/choleratravelandtradeadvice231110.pdf>

Carbapenemasas tipo New Delhi metalobetalactamasas (NDM)

7 de marzo de 2014

Ante la propagación de microorganismos con mecanismos de resistencia tipo New Delhi metalobetalactamasa (NDM), tanto entre distintas especies bacterianas como a través de fronteras geográficas, la OPS/OMS destacó la importancia de reforzar la vigilancia y establecer estrategias de control para prevenir una mayor diseminación de este mecanismo de resistencia.

Resumen de la situación

Desde 2008, se ha documentado mundialmente la circulación de microorganismos con mecanismo de resistencia antimicrobiana denominado tipo New Delhi metalobetalactamasa o NDM. Se trata de un tipo de carbapenemasa que ocasiona resistencia a todos los antibióticos betalactámicos, con excepción de aztreonam. En la Región de las Américas ya son 12 los países que han detectado microorganismos con ese mecanismo de resistencia (Figura 6). Los primeros hallazgos en las Américas se registraron en 2010 en Canadá y los Estados Unidos entre pacientes que tenían antecedentes de haber recibido atención médica reciente en países fuera de la Región.

Posteriormente, en 2011, ese mecanismo de resistencia fue detectado en Guatemala(1). En 2012 se detectó en Colombia en cepas de *Klebsiella pneumoniae*(2), en el Paraguay(3), en cepas de *Acinetobacter pittii* y en el Uruguay en aislamientos de *Providencia rettgeri*. Otros países también informaron la detección de este mecanismo: Argentina(4) y Brasil(5), en cepas de *P. rettgeri*; Honduras(6), en aislamientos de *A. baumannii*; México en aislamientos de *P. rettgeri*(7), y en Nicaragua en cepas de *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Enterobacter Cloacae*. Más recientemente, en Costa Rica se detectó ese tipo de resistencia en cepas de *E. coli*(8).

Recomendaciones

Por los hallazgos recién descritos, la OPS/OMS reiteró las recomendaciones efectuadas en las alertas epidemiológicas del 22 de noviembre de 2011 y el 19 de diciembre de 2012 y subrayó la importancia de establecer oportunamente medidas de prevención y control de la infección en los servicios de atención de salud, así como de mantener la vigilancia y detección de ese mecanismo de resistencia causante de brotes y relacionado con un incremento de la morbilidad y la mortalidad nosocomiales.

Figura 6: Países donde se ha detectado el mecanismo de resistencia por metalobetalactamasa tipo New Delhi (NDM), Región de las Américas, febrero de 2014



Fuente: Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos, febrero de 2014.

Referencias

1. Pasteran, F., Albornoz, E., Faccone, D., Gomez, S., Valenzuela, C., Morales, M., Corso, A. (2012). Emergence of NDM-1-producing *Klebsiella pneumoniae* in Guatemala. *Journal of antimicrobial chemotherapy*, 67(7), 1795-1797.
2. Escobar JA, Olarte NM, Castro B, et al. Outbreak of NDM-1-Producing *Klebsiella pneumoniae* in a Neonatal Unit in Colombia. 2013. *Antimicrob. Agents Chemother.* vol. 57 no. 4 1957-1960.
3. Pasteran F., Martínez M, Faccone, D., Franco R., Corso, A., et al. Emergence of genetically unrelated NDM-1 producing *Acinetobacter pittii* strains in Paraguay: first report in the Americas. 53rd ICAAC.
4. Servicio Antimicrobianos. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas Dr. Carlos G. Malbrán. Alertas. Emergencia de Carbapenemasa Tipo Nueva Delhi Metallo-Betalactamasa (NDM) en Argentina. <http://antimicrobianos.com.ar/category/alerta/>
5. Carvalho-Assef, A. P. D. A., Pereira, P. S., Albano, R. M., Berião, G. C., Chagas, T. P. G., Timm, L. N., Asensi, M. D. (2013). Isolation of NDM-producing *Providencia rettgeri* in Brazil. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 68(12), 2956-2957.
6. Waterman, P. E., McGann, P., Snesrud, E., Clifford, R. J., Kwak, Y. I., Munoz-Urbizo, I. P., Lesho, E. P. (2013). Bacterial Peritonitis Due to *Acinetobacter baumannii* Sequence Type 25 with Plasmid-Borne New Delhi Metallo- β -Lactamase in Honduras. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 57(9), 4584-4586.
7. Barrios, H., Garza-Ramos, U., Reyna-Flores, F., Sanchez-Perez, A., Rojas-Moreno, T., Garza-Gonzalez, E., Silva-Sanchez, J. (2013). Isolation of carbapenemasas-resistant NDM-1-positive *Providencia rettgeri* in Mexico. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 68(8), 1934-1936.
8. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Alerta. Primer hallazgo de carbapenemasas tipo Metallobetalactamasas New Delhi (MBL-NDM) en Costa Rica. http://www.inciensa.sa.cr/actualidad/noticias/Primer_aislamiento_MBL-NDM_positivo_en_Costa_Rica.aspx

Dada la circulación del virus de la rabia en diversas zonas de la Región, la OPS/OMS instó a los Estados Miembros a mantener su trabajo intersectorial de prevención y control para reducir el riesgo de que surjan casos humanos y, a la vez, a prepararse para responder a la posibilidad de que se presenten casos de rabia humana, para lo cual es necesario disponer de profilaxis post exposición, vacuna e inmunoglobulina antirrábicas.

La rabia es causada por el virus del mismo nombre, de la familia Rhabdoviridae género Lyssavirus, que infecta tanto a animales domésticos como salvajes. Se transmite al ser humano por la saliva infectada por el virus (a través de la piel y membranas mucosas, por mordeduras o arañazos).

El periodo de incubación es variable, pero suele ser de tres a ocho semanas. Las primeras manifestaciones de la rabia son similares a la gripe (fiebre, cefalea y astenia). Luego afecta los aparatos respiratorio y digestivo y el sistema nervioso central, para más tarde evolucionar y causar parálisis total, coma y muerte en todos los casos.

Cuando aparecen los síntomas, la enfermedad es casi siempre fatal. De ahí la importancia de administrar profilaxis post exposición, tanto con la vacuna como con la inmunoglobulina, según la gravedad del caso.

Resumen de la situación

En las Américas, la rabia humana transmitida por perros se encuentra en vías de eliminación. Desde la puesta en marcha del programa regional de eliminación de la rabia de origen canino en 1983, el número de casos humanos se ha reducido en 95%.

En los últimos años, se ha detectado rabia transmitida por perros en Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, Perú y la República Dominicana. Los casos más recientes se dieron en la periferia de ciudades y en zonas fronterizas y en relación con la pobreza y ambientes desfavorables, donde la tasa de vacunación de los perros es baja y la provisión de la profilaxis post exposición es un problema desde el punto de vista logístico.

La mayor parte de los casos se notificaron de inmediato. No obstante, los servicios de salud a menudo no recetaron la profilaxis necesaria a los pacientes; este fue un elemento común de los casos de rabia humana transmitida por perros en la Región desde finales de 2013 y hasta la fecha de este informe, en mayo de 2014.

Por otro lado, la rabia humana transmitida por animales salvajes se considera problema de salud pública en las Américas. Los reservorios animales más importantes de la infección en

la Región son la mangosta en Cuba y la República Dominicana, los murciélagos insectívoros y frugívoros en Chile y los murciélagos hematófagos en Brasil, Ecuador y Perú; los últimos tres países son los que han notificado más casos de rabia humana de origen silvestre.

Recomendaciones

La prevención de la rabia humana debe ser un esfuerzo conjunto de los servicios de salud pública veterinaria y humana. Hay vacunas seguras y eficaces para prevenir la rabia tanto en los animales como en los seres humanos, que se aplican antes y después de la sospecha de exposición a la rabia.

Mediante esta alerta, la OPS/OMS insistió en su recomendación de que los países de la Región sigan haciendo el esfuerzo de inmunizar a los perros y estén preparados para responder los casos de rabia humana potenciales, para lo cual deberán disponer de la profilaxis posexposición (vacuna e inmunoglobulina antirrábicas). La OPS/OMS recomendó también:

- Vacunar masivamente a los perros, hasta obtener un grado de inmunidad adecuado y sostenido en el tiempo. Esta es la forma más eficaz y económica de control y eliminación de la rabia humana transmitida por perros. Se ha demostrado que la vacunación de los animales domésticos (perros y gatos) ha reducido la frecuencia de la enfermedad hasta su eliminación en países desarrollados y en vías de desarrollo.
- Sensibilizar a la población acerca de la necesidad de que las personas expuestas soliciten atención médica inmediata y al personal de salud, acerca del tratamiento profiláctico que se habrá de proporcionar en los servicios de salud.
- Recordar a la población y al personal de salud que la limpieza de la herida y la inmunización lo más pronto posible tras el contacto con un animal del que se sospecha que tiene rabia permite prevenir la rabia prácticamente en 100% de las exposiciones, según las recomendaciones de la OMS. La profilaxis post exposición no está contraindicada para las embarazadas, niños menores de 1 año ni ancianos o personas con otra enfermedad.
- Iniciar de inmediato el tratamiento post exposición a las personas expuestas, el que solo puede suspenderse si el animal agresor ha estado en observación durante un periodo determinado (10 días en el caso de perros) y no muestra signos de rabia. Habrá que realizar las pruebas de detección del virus a los animales sacrificados o que hayan muerto y enviar los resultados a los servicios veterinarios y de salud pública competentes para poder programar y llevar a cabo actividades de control pertinentes en la zona donde ocurrió la exposición.

La OPS/OMS también reiteró las recomendaciones formuladas en su Alerta Epidemiológica del 30 de agosto de 2010^o y del 22 de diciembre de 2011^p, en cuanto a la necesidad de tener una estrategia para garantizar el acceso a la profilaxis pre exposición para las personas más expuestas al riesgo de rabia, especialmente cuando se trata de habitantes de las selvas tropicales o personas que las visitan, previa caracterización de áreas de riesgo, por ejemplo, en casos de mordeduras de murciélagos y otros animales salvajes transmisores de la rabia.

^o http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/alerta_epi_2010_30_agosto_brote_rabia.pdf.

^p http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=16199&lang=en.

Fuentes de información

1. Rabia. Notas Descriptivas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/es/index.html>.
2. Reunión Consultiva de Expertos de la OMS sobre rabia. Primer informe, 2005. WHO technical report Series 93. Disponible en inglés en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_931_eng.pdf.
3. Transport of infectious substances. Geneva. World Health Organization, 2010 WHO/HSE/IHR/2010.8. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_HSE_EPR_2008_10_ES.pdf.
4. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly Epidemiological Record. No. 32, 2010, 85, 309–320. Disponible en <http://www.who.int/wer/2010/wer8532.pdf>.
5. Informe de la 13.ª Reunión de directores de rabia de Latinoamérica, 2010. Disponible en: <http://fos.panalimentos.org/LinkClick.aspx?fileticket=OguzqhFJDdc%3d&tabid=554&mid=1242&language=en-US>.
6. Informe de la 10.ª Reunión de Directores de Rabia de Latinoamérica, 2004. Disponible en: <http://bvs1.panaftosa.org.br/local/File/textoc/X-redipra-esp.pdf>.
7. Boletín Epidemiológico N° 1 y 2 del Ministerio de Salud de Ecuador: Brote de rabia humana, viernes 16 de diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/>.
8. Guía actualizada de la OMS de profilaxis antirrábica pre y post exposición en humanos. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/VP/rabia-oms-guia-tratar.pdf>.
9. Rabia transmitida por murciélagos hematófagos en la Región Amazónica: consulta de expertos, 10-11 octubre de 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/vp/rabia-murcielagos.pdf>.
10. Informe final de la 14 reunión de directores de programas nacionales de control de rabia en América Latina (REDIPRA). 2013. Disponible en: <http://bvs1.panaftosa.org.br/local/File/textoc/REDIPRA14.pdf>.
11. Informe sobre rabia en Uruguay de la OIE, abril 2014. Disponible en http://www.oie.int/wahis_2/public/wahid.php/Reviewreport/Review?page_refer=MapFullEventReport&reportid=15054&newlang=es.
12. Reunión consultiva de expertos de la OMS sobre rabia: Segundo Informe 2013. WHO technical report series; N.º 982. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85346/1/9789240690943_eng.pdf?ua=1.

Poliovirus salvaje importado: detección en muestras ambientales

21 de junio de 2014

Ante la detección de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en muestras ambientales en Brasil, la OPS/OMS recomendó a los Estados Miembros de la Región de las Américas que continuaran fortaleciendo la vigilancia de casos de parálisis flácida aguda para detectar prontamente cualquier caso sospechoso, así como que mantuvieran una elevada cobertura de inmunización contra la poliomielitis.

Resumen de la situación

El 18 de junio de 2014, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional del Brasil notificó la detección de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en muestras de aguas residuales obtenidas en marzo de 2014 en el aeropuerto internacional de Viracopos, situado en Campinas, Sao Paulo(1). El virus solo se detectó en aguas residuales como parte de las actividades corrientes de vigilancia en el país. Brasil realiza este tipo de vigilancia desde hace más de 20 años. No se notificó ningún caso sospechoso ni confirmado de poliomielitis por poliovirus en el país en 2014. El análisis genético de la muestra indicó una gran similitud con un poliovirus de Guinea Ecuatorial.

A raíz de este hallazgo, las autoridades de salud pública del Brasil reforzaron la vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA), mediante la búsqueda activa de casos de PFA en todo el estado de Sao Paulo. A partir de la década de 1980 y hasta 2011, Brasil ha realizado dos campañas nacionales de vacunación por año, que incluyeron la vacuna oral contra la poliomielitis y una campaña de vacunación en 2012 y 2013; las coberturas de vacunación son de más de 95%, por lo menos, en los últimos ocho años. Las coberturas de vacunación del programa corriente han sido superiores a 95%, tanto en el municipio de Campinas, como en el estado de São Paulo.

Luego de considerar los altos niveles de inmunidad de la población en la zona, las investigaciones realizadas y respuesta que se puso en marcha, la OPS/OMS evaluó el riesgo de propagación nacional e internacional del virus de poliomielitis detectado en Brasil y determinó que este sería muy bajo. Al momento, no había evidencia de que hubiera transmisión de WPV1. En la Región de las Américas no ha circulado poliovirus salvaje desde 1991 y el último caso de poliomielitis en Brasil se dio en 1989.

Recomendaciones

La OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros la necesidad de alcanzar y mantener una vigilancia adecuada que permita la detección y respuesta rápidas a la importación de poliovirus salvaje. Reiteró la recomendación de alcanzar y mantener coberturas altas de vacunación contra la poliomielitis en todos los municipios. En ese sentido, se recomendó a los Estados

Miembros que analicen sus datos de cobertura de manera sistemática, a fin de que se pueda identificar cualquier zona con baja cobertura de vacunación para intensificar allí la vigilancia y la vacunación.

Se recordó la vigencia de las recomendaciones sobre poliomielitis formuladas por el Grupo Técnico Asesor en la reunión de Quito, Ecuador, realizada entre el 3 y 5 de julio de 2013(2):

- Todos los países deben reforzar las actividades necesarias para mantener la cobertura por encima de 95% en cada distrito o municipio. Si los países no logran la cobertura esperada, se debe evaluar la acumulación de individuos susceptibles y llevar a cabo campañas de vacunación.
- Todos los países deben mantener una vigilancia adecuada de PFA, con el fin de detectar oportunamente cualquier importación o surgimiento de poliovirus. Deben informar a la OPS/OMS de manera oportuna, para que se pueda hacer un monitoreo adecuado de la situación Regional.

Poliovirus salvaje:

emergencia de salud pública de importancia internacional relacionada con la diseminación internacional de poliovirus salvaje. Implicaciones para las Américas

4 de agosto de 2014

Resumen de la situación

El 5 de mayo de 2014, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aceptó la evaluación del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional, que declaró que la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)^a.

El 31 de julio de 2014, el Comité de Emergencia del RSI se reunió por segunda vez para evaluar la situación y asesorar nuevamente a la Directora General de la OMS^r. Con base en las conclusiones de esa reunión y tomando en consideración los informes presentados por los Estados Partes afectados, la Directora General de la OMS aceptó la evaluación del Comité y declaró que la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014 seguía constituyendo una ESPII. Las recomendaciones temporales emitidas el 5 de mayo de 2014 continuaban vigentes.

Desde el 5 de mayo al 31 julio de 2014, se observó nueva propagación internacional del poliovirus salvaje en Asia Central (de Pakistán a Afganistán) y en junio de este mismo año, se detectó poliovirus salvaje originado en África Central (Guinea Ecuatorial) en las Américas^s. Debido a ese último evento, se confirmó que Guinea Ecuatorial era un Estado que exportaba poliovirus salvaje.

La clasificación actual es como sigue: i) Estados que actualmente exportan poliovirus salvaje (Camerún, Guinea Ecuatorial, Pakistán y la República Árabe Siria) y (ii) Estados infectados con poliovirus salvaje, pero que actualmente no lo están exportando (Afganistán, Etiopía, Iraq, Israel, Nigeria y Somalia). Las recomendaciones temporales^t formuladas por la Directora General de la OMS, que entraron en vigor a partir del 5 de mayo de 2014, tienen por objeto detener la propagación del poliovirus salvaje. De acuerdo con las recomendaciones temporales sobre el tema, la responsabilidad principal de detener la propagación del poliovirus salvaje hacia las zonas sin esa infección recae en los Estados Partes que tienen brotes activos en la actualidad (es decir, los 10 países mencionados anteriormente).

Para los Estados Partes de las Américas, Región libre de poliovirus salvaje, las medidas que corresponde tomar según el riesgo siguen siendo mantener los niveles requeridos de cobertura de vacunación contra la poliomielitis, así como continuar con una buena vigilancia de la parálisis flácida aguda para mantener la Región libre de la enfermedad. El Informe “Vacunación, una responsabilidad compartida” de la XXI Reunión del Grupo Técnico Asesor

^a La declaración de la Emergencia de Salud Pública Internacional se encuentra disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/es/>

^r Las declaraciones de la OMS en relación a la segunda reunión del Comité de Emergencia del RSI está disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140803/en/>

^s Información disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25923&Itemid=

^t Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/es/>

sobre enfermedades prevenibles por vacunación contiene las siguientes recomendaciones sobre poliomielitis:

- Todos los países habrán de reforzar sus actividades para lograr o mantener una cobertura de vacunación > 95% en todos los distritos o municipios. Si no se logra esa cobertura, se habrá de analizar la acumulación de personas no inmunizadas y llevar a cabo campañas de vacunación.
- Todos los países deberán mantener una vigilancia adecuada de la parálisis flácida aguda para poder detectar tempranamente cualquier importación o reaparición de poliovirus vacunal y notificarlo a la OPS oportunamente, para que pueda hacerse un monitoreo adecuado de la situación Regional.

Consideraciones para la Región de las Américas

1. Toda medida que los Estados Partes que no tienen poliomielitis consideren adoptar, que sean adicionales a las ya incluidas en las recomendaciones temporales de la ESPII y que puedan tener repercusiones en los viajes y el comercio internacional deberán ser analizadas a la luz del artículo 43 del RSI. Las medidas deberán ser las apropiadas según lo establecido en el RSI.
2. Ningún país de las Américas debería exigir certificado de vacunación contra la poliomielitis a los viajeros o residentes procedentes de los Estados que actualmente exportan poliovirus salvaje o de los infectados con poliovirus salvaje.
3. Los Estados Miembros de la OPS podrán recomendar a todo viajero que sale de las Américas y que se dirija a los países mencionados anteriormente que se inmunicen antes de su viaje. Los viajeros inmunizados deberán contar con los documentos apropiados que certifiquen dicha vacunación, es decir, el certificado internacional de vacunación o de profilaxis en el formato que se especifica en el Anexo 6 del RSI. Para ello, los Estados Miembros deberán tomar las medidas necesarias para informar sobre los lugares de entrega de dichos certificados a los viajeros con destino a esos países.

Referencias

1. Identificação de amostra de poliovírus em vigilância de esgoto sanitário no aeroporto de Viracopos. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/13501-identificacao-de-amostra-depoliovirus-em-vigilancia-de-esgoto-sanitario-no-aeroporto-de-viracopos>.
2. Informe final de la XXI Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud, realizada de 3-5 julio 2013 en Quito, Ecuador. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22424&Itemid=270&lang=es

Otras fuentes de información

Información General de Polio

- Datos Básicos de Polio, disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=7065&Itemid=2244&lang=es
- Definición de Caso de Polio, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/PolioCaseDefinition.htm>

Publicaciones de Polio

- Guía Práctica de Polio, OPS/OMS. disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=787%3Apoliomyelitis-field-guide&catid=4049%3Afch03-polio-publications&lang=es
- Boletín Semanal de Polio - números anteriores, OPS/OMS disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6216%3Apolio-weekly-bulletinprevious-issues&catid=4049%3Afch03-polio-publications&lang=es

Enfermedad por virus del Ébola: consecuencias de su introducción en las Américas

Considerando la situación actual de la Enfermedad por Virus de Ébola (EVE) en el África occidental (Cuadro 3), la OPS/OMS recomendó a los Estados Miembros que permanecieran atentos ante su potencial introducción en las Américas; que concientizaran y ampliaran el conocimiento de la enfermedad entre los trabajadores de la salud y fortalecieran las medidas de prevención y control de infecciones en todos los ámbitos de atención de los servicios de salud.

Puntos clave

- La EVE (anteriormente conocida como fiebre hemorrágica del Ébola) es grave y tiene una tasa de letalidad de hasta 90%. No tiene tratamiento específico aprobado, ni vacuna con licencia disponible para su aplicación a seres humanos o animales.
- El género Ebolavirus es 1 de los 3 grupos de la familia Filoviridae (filovirus) junto con los géneros Marburgvirus y Cuevavirus. El género Ebolavirus comprende 5 especies distintas: Bundibugyo Ébolavirus (BDBV), Zaire Ebolavirus (EBOV), Reston Ebolavirus (RESTV), Sudán Ebolavirus (SUDV) y Bosque Tai Ebolavirus (TAFV).
- El período de incubación de la EVE varía de 2 a 21 días, con un promedio de 8 a 10 días. Tras la introducción del virus Ébola en la población humana por la transmisión humano-animal, la transmisión de persona a persona por contacto directo con fluidos o secreciones corporales de las personas infectadas se considera el principal modo de transmisión. La transmisión también puede darse por contacto indirecto con el medio ambiente y fómites contaminados con fluidos corporales (por ejemplo, agujas). No se ha documentado transmisión por aerosoles durante brotes anteriores de EVE.
- No existe riesgo de transmisión durante el período de incubación.
- Los síntomas más comunes de las personas infectadas con el virus del Ébola son: fiebre de inicio repentino, debilidad intensa, dolor muscular, dolor de cabeza y dolor de garganta, seguidos de vómitos, diarrea, erupción cutánea, deterioro de la función renal y hepática y, en una fase avanzada, hemorragia tanto interna como externa. Los hallazgos de laboratorio incluyen leucopenia, trombocitopenia y enzimas hepáticas elevadas.

Resumen de la situación en el África Occidental

Cuadro 3: Enfermedad por virus del Ébola: número de casos y defunciones en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona, al 31 de julio de 2014*

País	Casos	Defunciones	Tasa de letalidad (%)	Trabajadores de salud afectados (Casos/Defunciones)
Guinea	472	346	73	(33/20)
Liberia	360	181	50	(47/28)
Nigeria	1	1	100	0
Sierra Leone	574	215	37	(44/23)
Total	1,407	743	53	(124/71)

* Nota: estos números deben ser interpretados con cautela, dado que son provisionales y podrían no reflejar exactamente la situación actual en el terreno. La información actualizada de la situación está disponible en la página web de Brotes Epidémicos de la OMS: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en/>.

La OPS/OMS alertó que la propagación de la EVE dentro de los tres países vecinos que registraban el mayor número de casos –Guinea, Liberia y Sierra Leona– se debía a la alta circulación transfronteriza de personas, por lo que la introducción de la enfermedad en otros países vecinos de la subregión no podía excluirse, debido a la existencia de fronteras terrestres con características similares en cuanto a la circulación de personas.

Además del gran movimiento fronterizo, se mencionaba la existencia de otros hechos que habían dificultado la detección temprana, el aislamiento de los casos y la identificación y seguimiento de contactos –piedra angular para el control de la EVE–, y que constituían un desafío para la contención y control del brote. Estos hechos eran: la presentación de varios brotes simultáneos; la detección de casos en zonas urbanas; las creencias y prácticas culturales profundamente arraigadas en las comunidades afectadas, las cuales favorecen la propagación e incluso ponen en peligro la seguridad de los equipos de respuesta; la pérdida de una masa crítica de trabajadores de atención de salud afectados por la EVE, debido a prácticas deficientes de prevención y control de infecciones, y la existencia de cadenas de transmisión que no habían sido detectadas ni caracterizadas adecuadamente.

Históricamente, se detectaban casos de fiebre hemorrágica después de viajes de larga distancia, pero ninguno de los afectados desarrollaba síntomas durante viajes internacionales. Estos viajeros de larga distancia (por ejemplo intercontinentales) infectados en zonas con circulación del virus podrían llegar incubando la enfermedad y desarrollar síntomas compatibles con EVE, después de su llegada. Aunque la mayoría de los países de las Américas no tienen vuelos directos a los países donde se ha documentado la transmisión del virus del Ébola, la introducción del virus en la Región puede darse con la llegada de viajeros internacionales, principalmente por vía aérea. Por lo tanto, a la luz de la situación epidemiológica actual contexto epidemiológico y social del brote de EVE en el África Occidental, se ha justificado la preparación que las autoridades nacionales realizaran para hacer frente a la posible introducción de casos de EVE en las Américas.

Con el fin de evaluar si el brote de Ébola en África occidental constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional o ESPII y, de ser así, evaluar la necesidad de aplicar recomendaciones temporales para reducir la propagación internacional del virus, la Directora General de la OMS convocó la reunión del Comité de Emergencia para el 6 y 7 de agosto de 2014.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Considerando la situación actual, la OPS/OMS instó a los Estados Miembros a poner en marcha las medidas que figuran a continuación.

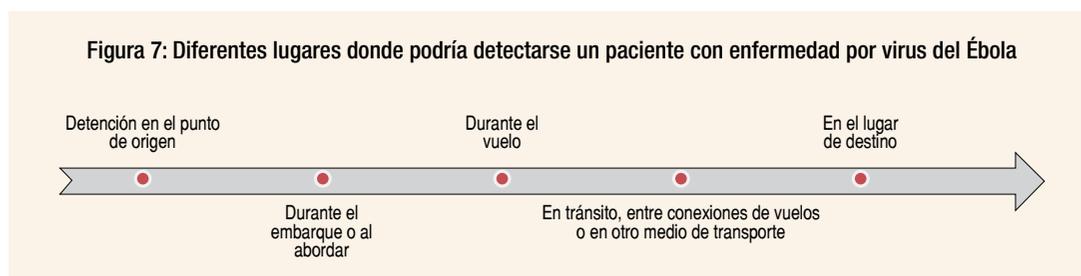
Vigilancia

Detección de casos compatibles con EVE

En una situación en la que lo más probable sea la introducción de pocos casos, es importante que los mecanismos de detección sean muy sensibles para poder descubrir la presencia de un individuo a la menor sospecha de infección por virus del Ébola, con el fin de evitar su propagación. De detectarse un caso, deberá notificarse a las autoridades de salud pública y a la comunidad internacional, por medio de los canales establecidos por el Reglamento Sanitario Internacional, dado que un evento de esta naturaleza se considera inusual para las Américas.

Todo caso compatible de EVE o evento inusual asociado a infección por el virus del Ébola o caso confirmado de EVE deberá ser notificado por los canales establecidos en el RSI.

Para detectar un caso importado de infección por el virus del Ébola, habrá que tomar en cuenta tanto las manifestaciones clínicas como la historia de viaje y de exposición, según lo informe el paciente. La detección de estos eventos inusuales de salud posiblemente asociados con la introducción del virus del Ébola puede ocurrir en diferentes lugares, tal como se describe en la figura 7. Por lo tanto, es importante que el personal que trabaja en los lugares señalados en la figura por la línea de puntos esté debidamente capacitado e informado. Ese personal deberá tener información actualizada sobre la situación de la EVE. También deberá saber reconocer los síntomas compatibles con la enfermedad, indagar sobre la historia de viaje del caso y aplicar los protocolos para informar a las autoridades pertinentes.



El personal de los establecimientos de salud deberá estar pendiente de la posibilidad de introducción de la enfermedad y de la necesidad de aplicar adecuadamente las medidas de protección y de notificar a las autoridades correspondientes.

Búsqueda de contactos

Cuando se detecte a un individuo u ocurra una defunción de un viajero sin causa aparente, en ambos casos con síntomas clínicos y antecedentes epidemiológicos compatibles con EVE, deberá procederse a la búsqueda y monitoreo de los contactos (aun cuando el diagnóstico confirmatorio esté pendiente). El monitoreo de contactos deberá realizarse por 21 días a partir de la última exposición conocida al virus Ébola.

Contacto es toda persona que haya tenido contacto con el virus del Ébola en los 21 días anteriores a la aparición de los síntomas, en al menos una de las siguientes formas:

- Haber dormido en la misma casa que el caso.
- Haber tenido contacto físico directo con el paciente (vivo o muerto) durante la enfermedad.
- Haber tenido contacto físico directo con el paciente (muerto) en el funeral.
- Haber tenido contacto con sangre o fluidos corporales durante la enfermedad.
- Haber tocado la vestimenta o ropa de cama.
- Haber sido amamantado por el paciente (bebé).

Si el paciente con enfermedad compatible con EVE desarrolló síntomas en el avión, la búsqueda de contactos habrá de realizarse según el protocolo Evaluación de Riesgo para Enfermedades Transmitidas en Transporte Aéreo (RAGIDA^u, por su sigla en inglés), que indica que se deberá realizar el seguimiento de contactos entre todos aquellos pasajeros sentados en un asiento adyacente al paciente en todas las direcciones: al lado, delante, detrás y también al otro lado del pasillo, así como a la tripulación. Si la limpieza de la aeronave la realiza personal sin equipo de protección, ese personal se considerará contacto. Los contactos deberán ser evaluados en el espacio designado dentro del aeropuerto, de acuerdo al plan de contingencia del aeropuerto.

Cuando entre los contactos se encuentren viajeros internacionales en tránsito, las autoridades nacionales deberán determinar si ese pasajero debería quedarse en el país (según lo indique la legislación nacional) o continuar su viaje. Si se decide lo segundo, habrá que informar a las autoridades del país receptor sobre la llegada de esos viajeros que requerirán monitoreo.

Como parte del seguimiento de contactos se sugiere recopilar la siguiente información: nombre, dirección, relación con el paciente, fecha de la última exposición y tipo de exposición. Los países deberán tener instrumentos para llevar a cabo eficientemente el monitoreo de los contactos. Para los países que no cuenten con tal instrumento, la OPS/OMS pone a su disposición el Sistema de Manejo de Información en el Terreno o FIMS, por su sigla en inglés. Para recibir capacitación sobre el FIMS, se ruega contactar a la oficina de representación de la OPS/OMS en el país.

No se requiere el uso de equipo de protección personal (EPP) para los contactos mientras no desarrollen síntomas y ellos podrán continuar su actividad cotidiana. No obstante, deberán permanecer al alcance para el monitoreo de parte del personal de salud, al cual deberán informar sobre cualquier desplazamiento que pueda implicar su ausencia del monitoreo diario. Por razones operativas, se aconseja que los contactos no viajen durante el periodo de monitoreo.

Tanto el personal de salud que participa en el cuidado directo del paciente que está en investigación o del caso confirmado de EVE, así como el personal de laboratorio, deberá registrarse como contacto y mantenerse en observación por 21 días después de la última posibilidad de exposición a material contaminado.

El seguimiento diario de contactos podrá realizarse mediante visitas o bien en forma virtual, siempre que sea posible ver al individuo (por ejemplo cámaras de vídeo). Habrá que instruir a los contactos sobre la necesidad de acudir a un servicio de salud en caso de que le aparezcan síntomas. Para las visitas domiciliarias a contactos asintomáticos no se requiere que el personal de salud use EPP. Los contactos que desarrollaron síntomas compatibles con

^u Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: operational guidelines Second Edition. 13 Diciembre de 2010. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=332

EVE deben ser remitidos a la sala de aislamiento del hospital designado, a fin de realizar una evaluación médica y mayor investigación. En ese momento se debe desencadenar la búsqueda activa de casos sospechosos, tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud.

En caso de que se establezca transmisión local, se proporcionarán pautas adicionales.

Diagnóstico de laboratorio

Una vez que se detecta un individuo con enfermedad compatible con EVE, se deberá tomar muestras (sangre total o suero o ambos) para el diagnóstico. Tal función estará a cargo de personal de salud entrenado, extremando las medidas de bioseguridad, y con equipo de protección adicional (guantes, mascarillas, protectores oculares preferiblemente con visor que no se empañe, delantal o mandil impermeable y, en lo posible, desechable). La muestra deberá tomarse, idealmente, en el hospital designado para el manejo de casos compatibles con EVE y enviada al laboratorio nacional de referencia.

El tratamiento del paciente se inicia en forma empírica hasta tanto se reciba una confirmación definitiva.

La confirmación de infección por virus del Ébola solo puede referirse a pacientes que ya hayan desarrollado síntomas y no puede hacerse durante el periodo de incubación. Cuando se trate de un paciente fallecido con historia clínica y epidemiológica compatible con EVE, se sugiere tomar un hisopado oral. En esa situación, la autopsia está contraindicada.

El virus del Ébola está clasificado como agente patógeno de riesgo Grupo 4, por lo que debe manipularse en un laboratorio con nivel de bioseguridad equivalente (BSL-4). Sin embargo, las pruebas moleculares (para diagnóstico de Ébola y otros agentes patógenos) pueden realizarse en condiciones de bioseguridad de nivel 3 (BSL-3) e incluso BSL-2, siempre que la muestra haya sido inactivada. Para reducir el riesgo de exposición al mínimo en los laboratorios, se sugiere realizar el diagnóstico presuntivo y diferencial únicamente con técnicas moleculares. Dada su baja especificidad, las pruebas rápidas no están indicadas ni para confirmar ni para descartar casos, por lo que se desaconseja su uso.

El personal de un laboratorio BSL2 que manipule muestras de pacientes con EVE deberá utilizar, además de los equipos de protección personal corrientes (guantes, protectores oculares preferiblemente con visor que no se empañe), protección adicional (mascarillas N-95, delantal o mandil impermeable y, en lo posible, desechable), independientemente del tipo de muestra o prueba que se vaya a realizar.

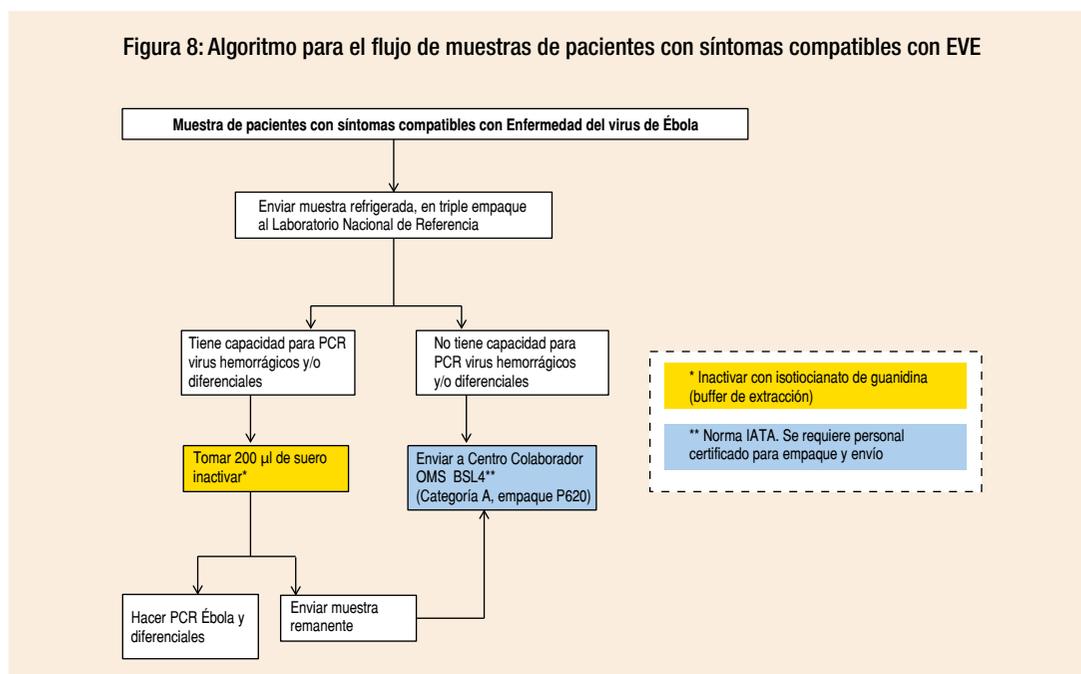
La confirmación definitiva de infección por virus del Ébola debe realizarla un Centro Colaborador de la OMS. Las muestras deberán ser enviadas a dicho centro por el laboratorio nacional de referencia como material infeccioso de categoría A (según las normas de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA) y empacadas por personal que cuente con certificación internacional en embalaje y envío de muestras. El envío de muestras presupone canales funcionales convenidos con una empresa certificada (*courier*). Las autoridades competentes deberán asegurarse de antemano de que la empresa está disponible para esa tarea.

Los laboratorios de la Región que pueden recibir muestras para confirmación por laboratorio de EVE son:

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, Rama de Agentes Patógenos Virales Especiales (VSPB), División de Agentes Patógenos de Alta Consecuencia y Patología (DHCPP), Centro Nacional de Enfermedades Zoonóticas Infecciosas Emergentes (NCEZID). [Http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-155&cc_city=atlanta&](http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=USA-155&cc_city=atlanta&).

- Laboratorio Nacional de Microbiología, Enfermedades zoonóticas y Agentes Patógenos Especiales, Enfermedades Infecciosas y Preparación para Emergencias, Agencia de Salud Pública del Canadá. http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=CAN-22&cc_city=winnipeg&_

A continuación se propone un algoritmo para el flujo de muestras de pacientes con síntomas compatibles con EVE (Figura 8).



Manejo de casos

Servicios de salud

Los pacientes con síntomas compatibles con EVE pueden ser detectados en diferentes puntos de atención del sistema de salud o en los puntos de entrada, donde deberán ser atendidos aplicando las precauciones estándares para el control de infecciones. El paciente debe ser transferido y atendido en un establecimiento de salud designado, que debe tener las siguientes características: condiciones para el aislamiento por contacto, equipos de protección personal en cantidad y tipo apropiados, y personal de salud capacitado en prevención y control de infecciones.

Idealmente, se deberá mantener a los pacientes en habitaciones individuales; de no ser posible, los pacientes se colocarán por cohortes, aislando por separado a aquellos con EVE confirmada de aquellos que aún están en investigación.

El país deberá considerar contar con un número de establecimientos de salud designados que sea compatible con su geografía y gestión administrativa. Si el país no cuenta con hospitales designados para el aislamiento de pacientes con síntomas compatibles con EVE, se sugiere considerar la utilización de servicios que ya fueron seleccionados para aislamiento de pacientes durante la pandemia de influenza o aquellos utilizados para aislamiento de pacientes con tuberculosis multifarmacorresistente.

Cuando se detecte un caso en un avión o en instalaciones aeroportuarias, se deberá encaminar al paciente al espacio de esas instalaciones seleccionado para aislamiento y evaluación por personal de salud (según el plan de contingencia del aeropuerto) antes de su transferencia al hospital designado.

Traslado del paciente

- El traslado del paciente estará a cargo de profesionales de salud capacitados y se hará en un vehículo adecuado para ese propósito, en el cual solo deberá viajar el personal esencial para el cuidado del paciente.
- El personal que dé atención directa al paciente deberá utilizar guantes, batas impermeables, mascarillas quirúrgicas, protectores oculares (preferiblemente con visor que no se empañe) y zapatos cerrados.
- El conductor no necesita utilizar EPP, a menos que esté previsto su contacto potencial directo con el paciente.
- Limpieza del vehículo: después de que el vehículo se haya utilizado para el traslado, deberá ser limpiado y posteriormente desinfectado con solución de hipoclorito al 0,05%. El personal que haga la limpieza deberá utilizar equipo de protección personal (guantes, batas impermeables, mascarillas quirúrgicas, protectores oculares, preferiblemente con visor que no se empañe, y zapatos cerrados).

Prevención, atención de los casos y control de infecciones

La vía principal de transmisión persona a persona de la EVE es por contacto directo o indirecto con fluidos corporales y hemáticos. La transmisión a los trabajadores de salud ha ocurrido cuando no se han aplicado debidamente las medidas de prevención y control de infecciones.

Precauciones estándares

No siempre es posible detectar los casos de EVE de forma temprana, porque los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos. Por ello, es importante que los trabajadores de salud apliquen las precauciones estándares con todos los pacientes –independientemente de su diagnóstico– y en todo momento durante su práctica laboral. Esas precauciones estándares son: lavado de manos, manipulación segura de instrumentos punzocortantes, uso de EPP de acuerdo al riesgo y limpieza y desinfección de derrames de secreciones, medio ambiente y equipos de seguridad reutilizables.

Precauciones en el contacto directo con el paciente

- Limitar el número de personas dedicadas a la atención del paciente y el número de visitas.
- Mantener un libro de registro tanto del personal a cargo del cuidado del paciente como de las visitas.
- Uso de EPP por parte del personal de salud y las visitas.
- Lavado de manos.
- Uso de mascarillas quirúrgicas, protectores oculares (preferiblemente con visor que no se empañe), delantal impermeable, guantes y zapatos cerrados, antes del ingreso a la habitación del paciente.
- Quitarse el EPP antes de salir del área de aislamiento. Se deberá tener especial cuidado al sacarse el EPP para evitar contacto con los ojos y las mucosas.

- Designar personal dedicado a la supervisión del uso correcto del EPP, tanto entre el personal de salud como entre las visitas.
- En general, se recomienda utilizar EPP desechables. Cuando no sea posible obtenerlos o no se cuente con equipos desechables, los siguientes componentes pueden reutilizarse después de su desinfección:
 - Protectores oculares: deberán ser lavados previamente con agua y jabón y posteriormente desinfectados con alcohol al 70%.
 - Delantales o batas impermeables que no puedan enviarse a la lavandería del hospital deberán ser desinfectados con hipoclorito al 0,05%.

Limpeza del ambiente hospitalario y del hogar de pacientes con síntomas compatibles con EVE

En el hogar: si un paciente desarrolla síntomas en el hogar antes de ser aislado, su casa deberá desinfectarse. La vestimenta del paciente y la ropa de cama deberán ser incinerada.

Para la desinfección del ambiente habrá que:

- limpiar las superficies con sangre u otros fluidos corporales con agua y detergente antes de proceder a la desinfección;
- desinfectar con solución de hipoclorito al 0,05%, y
- utilizar guantes, batas y zapatos cerrados para la limpieza y desinfección de superficies con sangre o fluidos corporales.

En el hospital: tanto la ropa de cama como la vestimenta del paciente deberán colocarse en una bolsa antes lavarla y mandarla por canales separados a la lavandería del hospital, donde habrá personal debidamente protegido. Se aconseja no lavar a mano esta ropa.

Manejo de residuos en el ámbito hospitalario

- Los objetos punzo-cortantes deben ser desechados en contenedor resistente a punción. Estas cajas deben ser desechadas cuando alcance el 75% de su capacidad.
- Todos los residuos sólidos no punzo-cortantes debe ser desechados en bolsas plásticas apropiadas para desecho de residuos hospitalarios.
- Todos los residuos sólidos y punzo-cortantes de pacientes bajo investigación y confirmados para EVE deben ser incinerados.

Control de infecciones en aeronaves

En caso de sospechar la presencia de un individuo compatible con EVE, a bordo de una aeronave, la tripulación tendrá que aplicar las recomendaciones elaboradas por la IATA con respecto al control de infecciones^v, así como cumplir los requerimientos de la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) con respecto a la notificación. La tripulación de cabina deberá utilizar el Kit de precauciones universales, tal como el recomendado por la OACI^w.

^v Guía de la IATA para el manejo de casos sospechosos de enfermedad transmisible y otra emergencia de salud pública Disponible en: [IATA guidelines for air crew to manage a suspected communicable disease or other public health emergency on board](http://www.iata.org/whatwedo/safety/health/Pages/index.aspx). Guía de la IATA para el personal de limpieza de una aeronave que llega con un caso sospechoso de enfermedad contagiosa. Disponible en: <http://www.iata.org/whatwedo/safety/health/Pages/index.aspx>

^w <http://www.capsca.org/Documentation/ICAOHealthRelatedSARPsandguidelines.pdf>

Limpeza y desinfección de aeronaves afectadas:

Dado que la desinfección de las superficies de las aeronaves depende de la compatibilidad del producto desinfectante con el material de la superficie a desinfectar, se recuerda consultar a los fabricantes de dichas aeronaves.

Reconociendo que hay un alto volumen de navíos comerciales y cruceros en la Región de las Américas, las medidas para control de infecciones a bordo de un crucero o un buque están disponibles en (versión disponible en inglés únicamente)^x.

Disposición segura de cadáveres

El cadáver deberá mantenerse íntegro y se deberá limitar su manipulación.

Reconociendo la existencia de rituales y prácticas funerarias profundamente arraigadas en diferentes contextos culturales y religiosos, es crucial asegurar la eliminación segura de los cadáveres para limitar la propagación de EVD. El cadáver no deberá ser embalsamado. El mismo deberá ser desinfectado con solución de hipoclorito al 0.5%, colocado en bolsas mortuorias resistentes a la filtración de líquidos, las cuales deberán ser debidamente cerradas y colocadas en un féretro cerrado antes de ser sepultado.

El personal para el manejo y disposición de cadáveres deberá ser designado, equipado, entrenado y supervisado por las autoridades nacionales de salud pública a fin de que realicen el manejo de cadáveres bajo condiciones de bioseguridad. Durante la manipulación y disposición del cadáver, el personal deberá utilizar el EPP en todo momento, el cual incluye guantes, capucha, overol, batas impermeables, mascarillas quirúrgicas, protectores oculares (preferiblemente con visor anti-empañante) y zapatos cerrados.

Manejo clínico

Actualmente, no existe un tratamiento específico aprobado que haya demostrado ser eficaz contra la EVE. El soporte clínico general es crucial. Los pacientes graves requieren atención en unidades de cuidados intensivos, con medidas estrictas de aislamiento. A menudo los pacientes se deshidratan y requieren rehidratación oral con soluciones que contengan electrolitos o por vía intravenosa. Habrá que limitar los procedimientos invasivos, tanto entre casos confirmados de EVE como en pacientes en investigación por la enfermedad.

Criterios para suspender el aislamiento del paciente

La duración de las precauciones de aislamiento se determinarán para cada caso en particular, una vez que hayan desaparecido los síntomas y considerando la información de laboratorio.

Consideraciones especiales

- Amamantamiento: dado que el virus se transmite en el amamantamiento, se recomienda que las mujeres con síntomas en investigación o con EVE confirmada no den de mamar.
- Dado que el virus del Ébola puede transmitirse por el semen hasta siete semanas después de la recuperación del paciente, es importante que los hombres convalecientes se abstengan de tener relaciones sexuales o utilicen preservativos por ese período.

^x http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/aviation_guide/en/

Concientización y comunicación

Personal de salud

Todos los establecimientos, en los diferentes niveles del sistema sanitario, así como todos los trabajadores de salud (clínicos, profesional de salud pública, laboratorio, personal de limpieza, entre otros) deberán constantemente recibir información sobre:

- la evolución del brote de EVE en África occidental, así como sobre las recomendaciones emitidas a nivel internacional.
- las características y modalidades de transmisión de la enfermedad.
- cualquier tipo de protocolo que el país haya elaborado o esté elaborando o modificando para todo tipo de respuesta o requerimiento.

Con base en su experticia, el personal de salud deberá ser entrenado, prioritariamente, sobre la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones y la recolección sistemática y exhaustiva de la historia de viaje completa del paciente.

Otros sectores

Considerando que la situación más probable en que se introduciría el virus del Ébola en la Región de las Américas sería a partir de viajeros internacionales que utilizan transporte aéreo, se sugiere:

- Establecer mecanismos estrechos de coordinación con las autoridades de aviación civil y aeroportuarias y las líneas aéreas que operan en el país, con el objeto de aumentar y coordinar la detección de casos entre los viajeros; el seguimiento de los contactos y el acceso a información que permita ubicarlos y darles seguimiento. Por lo tanto, es imprescindible involucrar en todo momento a las autoridades gubernamentales responsables del transporte, así como a las de inmigración.
- Coordinar con las autoridades mencionadas anteriormente para:
 - Determinar la procedencia exacta del caso.
 - Facilitar la ubicación exacta de contactos potenciales, tanto dentro como fuera del país: mediante los servicios de inmigración, para los que se encuentran en el país, y del manifiesto para conocer el destino final de los contactos, y así poder informar a las autoridades nacionales pertinentes.
 - Activar el plan de contingencia del aeropuerto en caso de que necesario responder a una emergencia de salud pública.
 - Hacer hincapié ante al personal que trabaja en el sector de viajes sobre la importancia de aplicar las medidas de prevención y control de infecciones.
 - Reiterar la necesidad de que las líneas aéreas se adhieran al cumplimiento de los lineamientos elaborados por la IATA.
 - Difundir información para que el viajero con síntomas sepa a dónde dirigirse para buscar atención clínica inmediata.
- Conjuntamente con el ministerio de turismo, convocar a los operadores turísticos pertinentes (hoteles, cruceros, agencias de viajes, entre otros) para informarles sobre la evolución del brote, las medidas internacionales recomendadas y el trabajo de preparación del gobierno.

- Establecer contacto con embajadas y canales diplomáticos, el sector privado o instituciones nacionales que mantienen personal u operaciones (comerciales, científicas, militares, humanitarias, de cooperación u otras) en los países donde se ha documentado la transmisión del EVE, para informarles sobre la evolución del brote; las medidas internacionales recomendadas, y la necesidad de proporcionar información básica sobre las modalidades de transmisión y los arreglos para el tratamiento de casos que puedan ocurrir en este grupo de personas expatriadas

Población en general

Se recomienda poner en marcha el plan de comunicación existente para garantizar la claridad de las actividades de preparación realizadas por el gobierno, así como la detección de casos compatibles con EVE o casos confirmados de la enfermedad. Habrá de establecerse la comunicación con el público, a fin de facilitar hacerle llegar información sobre la aplicación potencial de medidas de salud pública que pudieran repercutir tanto en la sociedad, como en los individuos en particular.

Se sugiere que las autoridades nacionales de salud determinen qué prácticas y creencias culturales y religiosas podrían potencialmente prevenir la aceptación de las medidas de salud pública para controlar la EVE de parte de la comunidad, si es que se llegara a detectar casos sospechosos o confirmados de EVE.

Información para los viajeros

A la luz de la evolución del brote y de las recomendaciones internacionales publicadas, las autoridades nacionales deberán informar y asesorar a los viajeros que deseen dirigirse hacia los países con transmisión documentada del virus Ébola, sobre si el momento de realizar el viaje es oportuno, las características de la enfermedad y vías de transmisión y las medidas de protección personal que deben adoptarse. Esta información deberá difundirse en las clínicas u oficinas de atención al viajero o en las páginas web dedicadas a ese efecto.

Información a comunidades de inmigrantes (de países en donde se ha documentado la transmisión del virus Ébola).

Se alienta a las autoridades competentes a tomar contacto con la comunidad inmigrante a fin de mantener diálogo abierto, facilitar las actividades potenciales de seguimiento y el acceso a los servicios de salud.

Medios de prensa

Se invita a las autoridades sanitarias nacionales a contactar a los medios de comunicación para proveerles información sobre los modos de transmisión y presentación clínica de la EVE y sobre el trabajo de preparación realizado por las autoridades nacionales, y para contar de antemano con su colaboración y cooperación para difundir mensajes de salud a la población, especialmente en caso de sospecha o confirmación de casos de EVE en el país.

Estados Unidos de América, 1º de octubre de 2014

El 30 de septiembre de 2014 se informó a la OPS/OMS del primer caso importado confirmado de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en los Estados Unidos de América. Se trató de un paciente adulto con antecedente reciente de viaje al África occidental, que empezó a presentar síntomas compatibles con EVE el 24 de septiembre de 2014, aproximadamente cuatro días después de su llegada a los Estados Unidos el 20 de septiembre de 2014. El paciente no había tenido síntomas al salir del África occidental. El caso solicitó asistencia médica el 26 de septiembre de 2014 y fue ingresado en sala de aislamiento el 28 de septiembre de 2014

en el hospital Texas Health Presbyterian, en la ciudad de Dallas. Se enviaron muestras para su análisis a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y al laboratorio estatal de Texas. Los resultados fueron positivos para virus del Ébola.

Se ubicó a los contactos cercanos del paciente para observarlos diariamente durante los 21 días siguientes a la exposición. Dado que el paciente no presentaba síntomas de EVE durante sus vuelos desde el África occidental, no estaba indicado el rastreo de contactos entre los demás pasajeros de esos vuelos comerciales.

La OMS recomienda que los países no apliquen restricción alguna a los viajes ni al comercio, excepto en casos confirmados o sospechosos de EVE y de personas que hayan estado en contacto con casos de EVE. No se considera contactos a los profesionales sanitarios ni al personal de laboratorio debidamente protegidos.

Las recomendaciones temporales del Comité de Emergencia con respecto a las medidas que pueden tomar los países pueden verse en: IHR Emergency Committee on Ebola outbreak in West Africa^y en la página web de la OMS.

En el futuro, las actualizaciones de la OMS sobre EVE en los Estados Unidos no se publicarán en Disease outbreak news. La información se encontrará en la página de la OMS sobre la situación del Ébola, que proporciona información actualizada sobre la respuesta de la Organización.

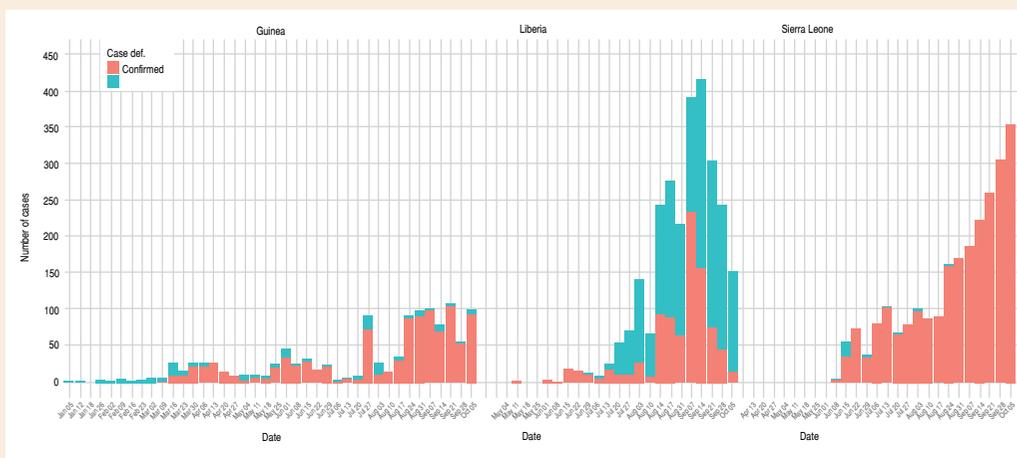
Resumen de la situación, 10 de octubre de 2014

La OPS/OMS instó a los Estados Miembros a continuar su trabajo de preparación y respuesta ante la introducción potencial de casos importados de enfermedad por el virus del Ébola, en especial, la preparación de los profesionales de la salud para que puedan detectar casos sospechosos y el fortalecimiento de la capacidad de aplicar las medidas de prevención y control de infecciones en todos los ámbitos de atención de los servicios de salud.

En los países con transmisión generalizada e intensa (Guinea, Liberia y Sierra Leona), seguía registrándose un alto número de casos nuevos. En los dos meses anteriores a este informe, se registraron alrededor de 1.000 casos nuevos por semana, de los cuales casi 500 correspondían solo a Liberia. Hasta ese momento, no había señales de que la epidemia en estos países estuviera bajo control. Seguía registrándose también alta transmisión en zonas como Conakry, Gueckedou y Macenta (Guinea), distrito de Margibi (Liberia), Freetown y los distritos de Bombali, Moyamba y Port Loko (Sierra Leona), que, en conjunto, tienen alrededor de 30 millones de habitantes (Figura 9).

^y Disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/es/index.html>

Figura 9: Distribución de casos de enfermedad por el virus del Ébola por semana y por país, al 8 de octubre de 2014.



Fuente: OMS: Informes de situación sobre Ébola

Los casos entre trabajadores de salud también seguían registrándose a razón de 24 a 55 enfermos nuevos por semana. En las dos semanas anteriores a este informe, el mayor número de casos entre el personal de salud se registró en Sierra Leona (Cuadro 4). En Liberia, que era el país con más trabajadores de la salud infectados hasta ese momento, la mayoría de los casos se registraron en el condado de Margibi en el periodo citado; ese condado también tuvo la incidencia más alta de casos de EVE. En Guinea, el mayor número de casos entre el personal de salud se registró en la capital, Conakry; sin embargo la ciudad que presenta la mayor incidencia es Gueckedou.

La información actualizada sobre el evento está disponible en la página web de la hoja de ruta de la respuesta de la OMS en:

<http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>

Cuadro 4: Número de casos y defunciones de enfermedad por el virus del Ébola en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona, al 10 de octubre de 2014*

País	Casos	Defunciones	Tasa de letalidad (%)	Trabajadores de salud afectados (Casos/Defunciones)
Guinea	1 350	778	58	(74/38)
Liberia	4 076	2 316	57	(201/95)
Nigeria	20	8	40	(11/5)
Sierra Leona	2 950	930	32	(129/95)
Total	8 396	4 032	48	(415/233)

*Nota: Estos números están sujetos a modificación por reclasificación y deben interpretarse con cautela, dado que son provisionales y podrían no reflejar exactamente la situación actual en los países.

Países con caso(s) inicial(es) o con transmisión localizada. Cuatro países (España, Estados Unidos, Nigeria y Senegal) habían informado un caso o casos importados de uno de los países con transmisión activa. En Nigeria se detectaron 20 casos con 8 defunciones, brote que fue relacionado a un caso fatal de EVE de Liberia que viajó a Lagos, Nigeria. En Senegal, se confirmó un solo caso en un hombre de Guinea que viajó por carretera al primer país. A partir del 8 de septiembre de 2014, no se habían notificado casos nuevos en ninguno de estos países.

En los Estados Unidos de América, el 30 de septiembre de 2014, los CDC confirmaron el primer caso importado de Ébola no relacionado con evacuación médica. Se trató de una persona que había viajado a Dallas, Texas, desde Liberia el 20 de septiembre, momento en que no presentaba síntomas. Sin embargo, este individuo desarrolló síntomas el 24 de septiembre, solicitó atención médica el 26 de septiembre, fue evaluado y dado de alta. Más tarde fue hospitalizado y puesto en aislamiento el 28 de septiembre de 2014, donde falleció el 8 de octubre. Para la manipulación del cadáver se siguió estrictamente el protocolo del CDC. Hasta el 9 de octubre de 2014, se había dado seguimiento diario a 48 contactos y hasta ese momento todos seguían asintomáticos.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informó sobre un caso secundario de Ébola que se contagió en España. Se trató de una asistente de enfermería que dio atención a los casos confirmados de Ébola que habían sido repatriados recientemente a España. La paciente desarrolló los primeros síntomas el 29 de septiembre y fue hospitalizada y puesta en aislamiento el 6 de octubre de 2014. Se estaba investigando la forma en que había contraído el virus.

Por otra parte, la República Democrática del Congo registró un brote de Ébola no relacionado con el brote de África occidental. Hasta el 7 de octubre de 2014 se habían confirmado 71 casos, 8 de ellos entre trabajadores de salud, y un total de 43 fallecidos.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Las orientaciones a los Estados Miembros ante la introducción potencial del virus del Ébola en las Américas se mantenían igual a las formuladas el pasado agosto de 2014 (véanse páginas anteriores), en el documento “Enfermedad por el virus del Ébola, consecuencias de la introducción en las Américas”, que se encuentra en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=26415&lang=es.

A la luz de los acontecimientos acaecidos a la fecha de este informe, se hizo hincapié en la necesidad de contar con mecanismos sensibles que permitan la detección temprana de casos. Se reiteró que, para detectar un caso importado de infección por el virus Ébola, habrá que tomar en cuenta las manifestaciones clínicas (aunque sean las iniciales), la historia de viaje a zonas con transmisión y la historia de exposición informada por el paciente u obtenida mediante la investigación epidemiológica. Además de la necesidad de que el personal de aeropuertos y puntos de entrada esté alerta sobre la posibilidad de introducción del virus, se consideró especialmente importante que el personal de los servicios de atención de salud esté informado y capacitado para indagar sobre la historia de viaje del paciente y relacionarla con los síntomas. Así, ante la menor sospecha de que un individuo pueda estar infectado con Ébola, se puede informar a las autoridades nacionales correspondientes para realizar la evaluación de riesgo y aplicar los protocolos pertinentes.

En línea con los preparativos de las autoridades nacionales y para facilitar el envío internacional de muestras para el diagnóstico de EVE, se distribuyeron a las autoridades competentes y a los centros nacionales de enlace para el RSI, los documentos y guías para mandar las muestras a uno de los dos centros colaboradores de la OMS en la Región de las Américas: la Agencia de Salud Pública del Canadá, Winnipeg, Manitoba, Canadá y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Estados Unidos.

La OPS/OMS reiteró a las autoridades de salud la necesidad de redoblar los esfuerzos para aplicar adecuadamente las medidas de prevención y control de infecciones en los servicios de salud, con especial atención a la aplicación estricta de las precauciones estándar. La guía de prevención y control de infecciones para el manejo de pacientes con sospecha o confirmación

de EVE se encuentra disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=26752&lang=es

Fuentes de información

1. OMS. Enfermedad del virus de Ébola: resumen y bibliografía. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2014_04_Ébola/en/.
2. Viajes internacionales y salud 2014. Brote de enfermedad del virus de Ébola en África occidental. Evaluación de riesgos para viajes y transporte: recomendaciones para las autoridades de salud pública y en el sector del transporte. Disponible en: <http://www.who.int/ith/updates/20140421/en/>.
3. Guía de aviación de la OMS, que incluye información sobre desinfección de aeronaves. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/aviation_guide/en/.
4. Guías de la IATA dirigida al personal aéreo para el manejo de enfermedades contagiosas sospechosas u otra emergencia de salud pública a bordo. Disponible en: <http://www.iata.org/whatwedo/safety/health/Documents/health-guidelines-cabin-crew-2011.pdf>.
5. Guías de la IATA para el personal de limpieza de una aeronave que llega con un caso sospechoso de enfermedad contagiosa. Disponible en: <http://www.iata.org/whatwedo/safety/health/Pages/index.aspx>.
6. Documentos relacionados de salud de la OACI sobre procedimientos para los servicios de navegación aérea; Anexo 6 - Suministros Médicos. Disponible en: http://www.capsca.org/CAPSCARefs.html%22%20/t%20%22_new.
7. Centro Europeo para la prevención y el control de enfermedades. Guía para la evaluación del riesgo de enfermedades infecciosas que se transmiten en aviones. Junio 2009. Disponible en: <http://www.hpsc.ie/A-Z/Vectorborne/ViralHaemorrhagicFever/Guidance/File,4661,en.pdf>.
8. Guía para la evaluación de riesgo de enfermedades transmitidas en aviones (RAGIDA). Parte 2: Guías operacionales. Segunda edición. Noviembre 2009. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=332.
9. Precauciones estándares en la atención de la salud OPS/OMS. Ayuda memoria. Control de Infección. Octubre 2007. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10_EPR_AM2_E7_SPAN_HR.pdf.
10. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Limpieza y desinfección de superficies hospitalarias, 2010. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Limpiezahospitaldic2010.pdf>.
11. Recomendaciones provisionales de la OMS para el control de infecciones en la atención de pacientes con sospecha o confirmación de fiebre hemorrágica por Filovirus (Ébola, Marburg). Marzo de 2008. Disponible en: http://www.who.int/csr/bioriskreduction/interim_recommendations_filovirus.pdf?ua=1.
12. OMS. Brote epidémico de virus del Ébola en África occidental. Disponible en <http://apps.who.int/ebola/>

13. Informes de situación sobre Ébola. Disponible en: <http://apps.who.int/ebola/en/current-situation/ebola-situation-report>
14. Recomendaciones de definición de caso de Ébola o virus Marburg. Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-case-definition-contact-en.pdf?ua=1>
15. Preguntas frecuentes sobre la enfermedad por virus del Ébola. OMS. Disponible en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/es/>
16. Brotes epidémicos de la OMS sobre la enfermedad por virus del Ébola. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en/>
17. Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control, and evaluation. Interim manual version 1.2. Disponible en http://www.who.int/csr/disease/ebola/manual_EVD/en/
18. WHO Risk Assessment. Human infections with Zaire Ebola Virus in West Africa. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/ebola/EVD_WestAfrica_WHO_RiskAssessment_20140624.pdf?ua=1
19. Enfermedad del virus de Ébola. OMS. Datos de la enfermedad. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
20. Hoja de ruta de respuesta de la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España: <https://www.msssi.gob.es/>.
22. Ministerio de Salud de Nigeria: <http://www.health.gov.ng/>
23. Ministerio de Salud de Liberia: <http://www.mohsw.gov.lr/>
24. Ministerio de Salud de Senegal: <http://www.sante.gouv.sn/>.
25. Ministerio de Salud de Sierra Leona: <http://health.gov.sl/>.
26. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/>
27. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Transcripción de la actualización sobre el primer caso importado de Ébola diagnosticado en los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/media/releases/2014/t1002-ebola-in-us-update.html>.
28. Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas: <https://www.dshs.state.tx.us/>.
29. OPS/OMS. Enfermedad por el virus del Ébola. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10137&Itemid=41116&lang=es
30. Orientación provisional para la prevención y el control de infecciones en la atención de pacientes con fiebre hemorrágica por filovirus presunta o confirmada en entornos de atención de salud, con énfasis en el virus del Ébola. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130596/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_eng.pdf?ua=1&ua=1
31. Recomendaciones para el embalaje y envío apropiado por vía terrestre, de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos. Documento provisional; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=26919&lang=es



Enterovirus D68

17 de septiembre de 2014

El 10 de septiembre de 2014, los Estados Unidos de América informaron a la OPS/OMS de un brote de enfermedad respiratoria aguda asociada al enterovirus D68 (EV-D68). Al 16 de septiembre de 2014 se habían notificado 130 casos de EV-D68 confirmados por laboratorio en 12 estados del país: Alabama, Colorado, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Missouri, Nueva York, Oklahoma y Pennsylvania. Se estaban investigando conglomerados sospechosos de la enfermedad en muchos otros estados.

El EV-D68 se detecta con técnicas moleculares en un número limitado de laboratorios de los Estados Unidos. Las infecciones por enterovirus, incluido el EV-D68, no se notifican a nivel nacional, pero los tipos de enterovirus y parechovirus detectados en laboratorio se notifican voluntariamente al Sistema Nacional de Vigilancia de Enterovirus, dirigido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Actualmente no se dispone de vacuna ni tratamiento específico para la infección por EV-D68 y la atención clínica es sintomática. Los síntomas de la enfermedad provocada pueden incluir fiebre, rinorrea, estornudos, tos y dolores corporales y musculares. Las personas con afecciones preexistentes, como asma u otras enfermedades respiratorias, pueden ser especialmente vulnerables a infecciones graves por EV-D68 y presentar dificultades respiratorias y sibilancias.

Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Anuario 2014

Se terminó de imprimir en junio de 2015
en los talleres gráficos de SINCO diseño EIRL
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974
• sincoeditores@yahoo.com