

Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela

Comisión de Epidemiología

Alerta Epidemiológica N° 143

Situación Epidemiológica en Venezuela, el Continente y el Mundo
7-8-2010



I. Editorial

Brote de Peste Neumónica en Perú

La Organización Panamericana de la Salud lanzó un Alerta Internacional luego que el Ministerio de Salud del Perú confirmara en la semana epidemiológica (SE) 28 de este año, el primer caso de peste neumónica en una paciente de 29 años procedente del distrito de Chocope, provincia de Ascope, departamento La Libertad, al norte del Perú. En la paciente no se había identificado presencia o antecedente de bubones. Posteriormente otros 3 casos fueron registrados. Todos ellos confirmados por pruebas laboratoriales. Información de prensa, hasta el día 6 de agosto indica que el número de casos se elevó a 30 y se confirmó la muerte de un adolescente de 14 años.

 [Alerta epidemiológica: Brote de Peste en Perú \(2 agosto 2010\)](#)

Declaración del Ministro de salud del Perú:(video)

<http://vodpod.com/watch/4156765-gobierno-peruano-asegura-tener-controlado-rebote-de-peste-bubnica>

Perú ha sufrido por muchos años Peste Bubónica endémica silvestre, y brotes de intensidad variable en 11 provincias del país.

La peste en Venezuela ingresó al país en 1908 por la Guaira, probablemente desde Trinidad y ocurrieron casos urbanos hasta 1919. Posteriormente solo se identificaron casos silvestres. Entre 1950 y 1962 se identificaron 23 casos. El último de ellos en 1962.

La Comisión de Epidemiología está preparando una NOTICIA EPIDEMIOLÓGICA destinada a

actualizar la información sobre este tema.

José Félix Oletta L.
Ana C. Carvajal
Saúl O. Peña

II. Brote epidémico de Fiebre Mayaro. Una enfermedad viral emergente en Venezuela. En espera de nuevos datos.

a) Fuentes de información de epidemiología no convencional

Desde el 30 de mayo, cuando dimos a conocer la existencia de este problema de salud emergente, no hubo mención alguna de las autoridades de salud del MPPS en relación con el brote de la enfermedad hasta esta semana, cuando la Directora Nacional de Epidemiología aportó algunos datos, e informó tardíamente, seis meses después de la identificación del primer caso, que el brote estaba controlado. El brote fue notificado a la Organización Panamericana de la Salud, por el MPPS luego de ser atendida una solicitud de la OPS, en aplicación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS. Alerta sobre Fiebre Mayaro en las Américas <http://new.paho.org/>. La ministra Sader admitió en declaraciones a los medios, la ocurrencia del brote que fue controlado, pero no ofreció más detalles.

La caracterización epidemiológica y los síntomas clínicos de la Fiebre Mayaro pueden ser revisados en el ALERTA EPIDEMIOLÓGICO N° 132 de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. www.rscmv.org.ve

El sistema de vigilancia epidemiológica que se instaló específicamente para identificar la transmisión del virus está funcionando en todo el estado Portuguesa y no se han identificado nuevos casos. No disponemos de información sobre la confirmación mediante pruebas de laboratorio de los dos casos sospechosos de Fiebre Mayaro ubicados en el estado Apure y que provenían de Ospino.

Los medios de comunicación local y regional tampoco han informado de nuevos casos.

III. Alertas epidemiológicas en Venezuela: Actualidad

En esta sección presentamos datos sobre algunas enfermedades de denuncia obligatoria de interés para el país, la fuente de esta sección procede de los boletines epidemiológicos oficiales que arbitrariamente no han sido publicados en el portal del MPPS (Boletines Epidemiológicos Semanales nacionales y regionales) y de las noticias publicadas en la prensa nacional y local. Algunos datos han sido tomados de fuentes internacionales como la OPS, OMS y los CDC de Atlanta USA.

A partir de la primera semana de julio de 2010, Semana Epidemiológica N° 25, fue suspendida nuevamente la divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal, por lo que no podemos hacer seguimiento continuo de las epidemias de dengue, malaria, influenza pandémica y de otros problemas de salud de importancia. Las Autoridades solo han ofrecido declaraciones de prensa con datos incompletos y retrasados. Se han comprometido nuevamente a publicar el Boletín Epidemiológico Semanal antes de dos semanas.

a) Nuevo brote de Enfermedad de Chagas de transmisión oral

El MPPS no ha informado en la última semana acerca de nuevos casos de enfermedad de Chagas aguda, de transmisión vía oral en Antímano, (Barrio La Pedrera).

Se desconoce el resultado de las investigaciones sero epidemiológicas y clínicas presumiblemente realizadas en el resto de las personas que consumieron tales helados en el período de duración del brote.

b) Dengue

Desde el 1 de enero hasta el 24 de julio 2010 (Semana Epidemiológica N° 29) se acumularon 65.405 casos, 30.882 casi la mitad (47,21 %) en las últimas nueve semanas, por lo que la epidemia está en plena actividad. Del total, 6.079 casos han sido hemorrágicos.

El aumento en la semana N° 29 fue de 3.471 casos, 85 casos más que la semana precedente y 319 hemorrágicos. Una pequeña variación de 4,9 % de reducción de casos se ha observa al comparar con la semana epidemiológica N° 24, cuando se alcanzó el máximo de casos semanales en los últimos 5 años. Algunas cifras de casos por estado son: Anzoátegui 45, Apure 60, Barinas 94, Bolívar 41, Cojedes 22, Falcón 41, Mérida 262, Monagas 79, Nueva Esparta 25, Portuguesa 14, Táchira 215; **(13 entidades federales están epidemia: Amazonas75, Aragua 303, Carabobo 174 -la más elevada en 16 semanas-, Delta Amacuro 25, Distrito Capital 312, Guárico 120, Lara 349, Miranda 435, Sucre 100, Trujillo 93, Vargas 69, Yaracuy 96 y Zulia 442).**

El Boletín Epidemiológico Semanal N° 24 del MPPS, último disponible, no reportó fallecidos por Dengue en Venezuela, aunque la Ministra Sader informó 25 fallecidos confirmados y 5 muertes en estudio. La información oficial sobre fallecidos por dengue fue suspendida arbitrariamente desde el Boletín Epidemiológico N° 1 de 2007. La Dirección Regional de Salud del estado Miranda ha reportado 6 fallecidos, la prensa informó la semana 22 de una nueva muerte en un niño de 8 años y la Dirección Regional de Salud de Táchira 2 fallecidos (Alerta Epidemiológica N° 134).

Se mantiene la circulación de los 4 serotipos de virus dengue.

Aún cuando los voceros del MPPS han informado la reducción del número de casos semanales en las últimas semanas, las cifras oficiales desde la semana N° 27 indican lo contrario, la epidemia se encuentra en plena actividad, y de mantenerse la tendencia actual, este año alcanzaremos la cifra más elevada de casos de dengue y dengue hemorrágico que se conozca en Venezuela. Se estima que el número de casos totales superará los 100.000.

Ha aumentado la campaña de educación y promoción de la salud en los medios masivos de comunicación. Con motivo de la celebración del día del Banco de Sangre, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en unión con los bancos de sangre de la región capital, realizó varias actividades con la finalidad de motivar a la población a la donación voluntaria de sangre, las mismas pueden ser revisadas en el portal del Ministerio: <http://www.msds.gov.ve>

La RSCMV envió a sus lectores el 18 de Junio de los corrientes las noticias epidemiológicas N° 18: **Día mundial del donante de sangre**, donde se revisan diferentes aspectos relacionados con

la donación voluntaria no remunerada de sangre y sus componentes, se presenta bibliografía actualizada de la OMS sobre el tema y se revisan investigaciones que evidencian la necesidad incrementada de plaquetas en países con epidemias de dengue. Nuestro país está atravesando por epidemias de dengue y de malaria, por ello, **hacemos un llamado a los venezolanos y muy especialmente a los trabajadores de la salud, para que con solidaridad y altruismo donen su sangre en forma voluntaria tal como lo recomienda la OMS.** www.rscmv.org.ve La disminución de personal ha reducido la eficiencia de algunos bancos de sangre, como en el Hospital Pérez Carreño de Caracas, donde los donantes deben esperar más de 5 horas para hacer efectiva la donación. Los porcentajes de donación espontánea se mantienen muy bajos.

No hay información actualizada sobre las acciones de control del vector realizadas hasta ahora, acciones que deberían ser el centro de las actividades de control de la epidemia. La cobertura de protección de la población reveladas en el Boletín Epidemiológico N° 24, indicaban que **se había logrado una cobertura de 6 % de a población hasta hace 4 semanas, porcentaje insuficiente para lograr los resultados esperados.** Resulta indispensable multiplicar los esfuerzos del plan nacional de control del vector para ver lo primeros resultados favorables. La incorporación de 3.970 personas a estas labores anunciada hace dos días es una medida favorable pero insuficiente para cambiar el curso de la epidemia.

c) Malaria

No se ofreció información oficial sobre la epidemia de malaria en esta semana. En la semana 28, del 11 de julio al 17 de Julio de 2010, se registraron 834 nuevos casos autóctonos y 16 casos importados, se elevó la cifra de acumulados en el año a **30.910 casos (95,8% de incremento al comparar con 15.784 el período homólogo de 2009).** Se reportaron 850 casos en el país, (98,1%) autóctonos y (1,9%) importados del exterior (Guyana n= 15, Brasil= 1), reportados desde los estados Guárico, Bolívar, Delta Amacuro; (43,75% son infecciones a *P. vivax*, 50,85% a *P. falciparum* y 6,25% mixtas a *P. vivax* y *P. falciparum*).

Los estados Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro, reportaron 97,6% de la casuística nacional (n=780, n=9 y n=25 respectivamente). Los municipios con mayor IPA son: Sifontes (Bol) (305,2), Cedeño (Bol) (72,5), Raúl Leoni (Bol) (78,2), Sucre (Bol) (174,5), Gran Sabana (Bol) (56,0) y Pedernales (Delta A.) (29,0). El estado Sucre reportó 14 casos y Monagas 4.

El Municipio Sifontes es el más afectado del país. En la semana N° 27 acumuló el 74,3 % de todos los casos del país (645). La parroquia San Isidro dedicada a la minería alcanza el 64 % de todos los infectados. Otra de las zonas vulnerables es Yuruaní del Caura, ubicada entre los Municipios Sucre y Cedeño.

La fórmula parasitaria es 69,1% a *Plasmodium vivax*, 25,2% a *Plasmodium falciparum*, 0% a *Plasmodium malariae* y 5,8% Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*). El 69,5% de los casos se presentaron en el sexo masculino (n=580) y la población entre 10-39 años es la más afectada (66,43%). La Incidencia Parasitaria Anual (IPA)* del país es de 10,7 por cada 1.000 habitantes. El porcentaje de láminas tomadas durante el año respecto a la población bajo vigilancia (IAES) es de 7,9 %. El Índice de Láminas Positivas acumulativo (ILP) es de 13,57%.

Las áreas de transmisión malárica (acumulativo), durante el años son: 12 estados,(Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Guárico, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Sucre y Zulia), 57 municipios y 117 parroquias.

Si bien se ha observado una reducción de casos en las últimas seis semanas, desde la semana epidemiológica N° 22 cuando alcanzó la cifra máxima semanal de 1.485 casos, de

mantenerse la tendencia anual, este año alcanzaremos las cifras más elevadas de casos de malaria en la última década, estimándose que estarán entre 45.000 y 50.000 casos.

El estado Bolívar registró un ascenso de 147 % de casos al comparar los acumulados hasta la semana N° 27 (27.651) con los 11.142 de la semana correspondiente del años 2009.

El repunte de casos en las últimas semanas es atribuido a que muchos mineros se desplazaron a otras zonas pobladas después de haber sido desalojados de sus campamentos, con la puesta en marcha del "Plan Caura". El programa es llevado adelante por la Fuerza Armada Bolivariana en aquellas regiones donde las labores mineras han ocasionado graves daños al ecosistema.

d) Influenza pandémica A (H1N1) 2009.

La última actualización que aparece en el portal del MPPS sobre la influenza pandémica es del 14 de Abril de 2010. Hasta ese momento, se acumularon 2.861 casos confirmados y 135 fallecidos. En el año 2010 se han confirmado 64 casos por el virus de influenza pandémica A (H1N1) y 185 por el virus de influenza A estacional entre 1.545 sospechosos. En la última semana (hasta el 19 Junio) no se identificaron nuevos casos, el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel investigó 39 muestras de pacientes con infección respiratoria, 23 (58 %) correspondieron a influenza estacional, 42% resultaron negativas. Desde el comienzo de la pandemia hasta el 3 de agosto de 2010 se habían procesado 14.341 muestras de pacientes con cuadros clínicos sospechosos de influenza.

Hasta la semana 24 se identificó un aumento del número de casos con infecciones respiratorias, (10,2 %) de incremento en la última semana con 160.652; la mayor cifra en el año 2010 ocurrió en la semana N° 23 (174.157). Los grupos más afectados son los de 1 a 4 años (20, 4 %) y los de 25 a 44 años (16,7%). La mayoría de los casos han sido reportados en Distrito Capital, Miranda y Carabobo. También el número de neumonías ha ascendido en la última semana (1.7 %) de incremento en la última semana y en los mismos grupos etarios. Las entidades federales con mayor número de casos son Zulia, Miranda y Distrito Capital. Durante la primera semana del mes de julio se confirmaron casos de influenza A estacional, en 5 estados: Miranda, Portuguesa, Mérida, Lara y Anzoátegui. Dos casos de Influenza pandémica A (H1N1) fueron identificados en Táchira, un varón de 48 años y una hembra de 33 años. Ambos requirieron hospitalización.

Estos datos pueden ser indicativos del comienzo de una nueva ola epidémica de influenza pandémica A (H1N1)2009 en nuestro país, por lo que es importante incrementar la vigilancia viral que parece haber disminuido en los últimos 3 meses. Si bien la OPS y la OMS (Boletín N° 103 del 4 de junio de 2010), atribuye este incremento de casos a la circulación predominante del virus de influenza estacional.

Nuestro país es uno de los pocos de América Latina, junto con Haití, República Dominicana y Jamaica donde no se ha iniciado ni anunciado la campaña de vacunación contra la influenza pandémica A (H1N1) 2009 con fecha 28 de mayo de 2010. **Mientras que 29 países del Continente sí lo han cumplido y han aplicado 185,5 millones de dosis hasta el 2 de julio de 2010**

e) Sarampión

En lo que va de año hasta la semana N° 24 se reportaron 123 casos sospechosos, 48 descartados y el resto, 75 en investigación. Cantidad superior a la del año anterior. **4 estados reportaron casos sospechosos:** Carabobo (1), Falcón (3) y Miranda (1). Hasta la semana N° 28 el número de casos sospechosos ascendió a 134.

No se han reportado oficialmente casos confirmados. La OMS y la OPS han hecho advertencias en relación a la vigilancia de casos importados y exportados en relación con el incremento de viajes a África del Sur, con motivo del campeonato Mundial de Fútbol, país donde existe circulación del virus. Los Estados Unidos de Norte América y Canadá reportan periódicamente los casos importados desde otros Continentes, entre ellos Asia, Europa, África y América Latina

Las coberturas de vacunación contra el sarampión en Venezuela se redujeron, en 2008 solo alcanzaron 56 %, porcentaje inferior a Haití, si bien aumentaron a 81 % en las cifras estimadas para 2009, muy por debajo de la cobertura deseable de 95%. Venezuela ocupa en el Continente uno de los últimos lugares en porcentaje de municipios con cobertura óptima y uno de los primeros en coberturas municipales deficientes. En 2008, solo 4 estados alcanzaron la meta de cobertura óptima contra el sarampión: Yaracuy, Nueva Esparta, Miranda y Aragua. Es posible que desde entonces un número importante de susceptible se hayan acumulado y aumenta el riesgo de transmisión de la enfermedad y de brotes producidos por casos importados y de exportación de casos, especialmente en estados con baja cobertura como: **Falcón, Guárico, Portuguesa, Trujillo, Barinas, Monagas y Amazonas.**

IV. Otros problemas de salud en Venezuela

a) Mortalidad materna

Durante la semana del 12 al 19 de junio se produjeron **8 muertes maternas en embarazadas entre 13 y 36 años.** Causas de muerte hemorragia intrauterina, shock hipovolémico e infecciones respiratorias, entre otras causas. Todas las defunciones fueron intrahospitalarias. **El acumulado es de 164 muertes maternas, en el mismo período del año 2009 ocurrieron 153 muertes maternas. (7,2 % de aumento). La tendencia es ascendente en la última semana.** Zulia ha acumulado 24 muertes maternas y Anzoátegui 15. Los estados con mayor porcentaje de ascenso son: Amazonas, Aragua, Miranda y Mérida. De mantenerse esta tendencia el número de casos al final del año será superior a 360 muertes maternas, una cifra 5 veces superior a la esperada para poder cumplir en 2015 los compromisos de las Metas del Milenio.

b) Mortalidad infantil

El acumulado de muertes infantiles en menores de un año hasta la semana 24 del año 2010, es de **2.564 (8,7 %) superior a la alcanzada en el mismo período de 2009 (2.358).** Los estados con mayor número de muertes infantiles acumuladas son: Bolívar (274), Zulia (250), Anzoátegui (207), Carabobo (199) y Lara (188). En la semana se notificaron 106 muertes en menores de un año. Entre 0 y 27 días se acumularon el 75,5 % de las muertes cuyas causas principales fueron: sepsis, enfermedad de membrana hialina, prematuridad y neumonía. Las Post Neonatales representaron 24,5%. Al comparar con la semana homóloga del año 2009 hay un ascenso de 11 muertes. Los estados con mayor número de fallecidos: Zulia (12), Lara (12), Monagas (9), Anzoátegui (9).

Alertas epidemiológicas y noticias de América Latina

[Actualización Regional Pandemia \(H1N1\) 2009 \(Publicada el 2 de agosto, 2010\)](#)

La información contenida en esta actualización se obtiene a partir de los datos distribuidos por los Ministerios de Salud de los Estados Miembros y de los Centros Nacionales de Influenza, ya sea por intermedio de reportes enviados a la OPS o en actualizaciones de sus páginas Web.

[Descargue el reporte completo en PDF](#)

Resumen semanal

- Esta semana, El Salvador reportó una tendencia creciente de enfermedad respiratoria aguda, además de intensidad elevada e impacto moderado de enfermedad respiratoria aguda.
- La actividad de influenza permanece baja en el Cono Sur (de América del Sur) y en Norte América.
- Se observa actividad moderada de influenza en algunos países de América Central, el Caribe y países andinos de América del Sur. El tipo/ subtipo predominante de influenza es diferente para cada país.
- El virus respiratorio predominante en el cono sur es el VSR. En América Central, el Caribe y países andinos el virus respiratorio predominante es diverso.
- Se notificó 1 nueva muerte confirmada; en total desde el inicio de la pandemia se han confirmado 8.533 fallecidos en 28 países en la Región
-

Monitoreo regional de la pandemia (H1N1) 2009

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2929&Itemid=2295&lang=es

Alerta epidemiológica: Brote de Peste en Perú (2 agosto 2010)



En la semana epidemiológica (SE) 28 de este año, el Ministerio de Salud de Perú confirmó el primer caso de peste neumónica en una paciente de 29 años procedente del distrito de Chocope, provincia de Ascope, departamento La Libertad. En la paciente no se había identificado presencia o antecedente de bubones. Posteriormente otros 3 casos fueron registrados. Todos ellos confirmados por pruebas laboratoriales.

 [Alerta epidemiológica: Brote de Peste en Perú \(2 agosto 2010\)](#)

VI. Alertas epidemiológicas y noticias del mundo

a) Pandemic (H1N1) 2009 - update 112

Weekly update

6 August 2010 -- As of 1 August 2010, worldwide more than 214 countries and overseas territories or communities have reported laboratory confirmed cases of pandemic influenza H1N1 2009, including over 18449 deaths.

WHO is actively monitoring the progress of the pandemic through frequent consultations with the WHO Regional Offices and member states and through monitoring of multiple sources of information.

Situation update:

The overall situation remains largely unchanged since the last update. Globally, pandemic influenza transmission remains most active in parts of South Asia and in limited areas of tropical South and Central America. In the temperate zone of the southern hemisphere, overall seasonal and pandemic influenza activity remains low, except in South Africa, where peak wintertime influenza transmission due to circulating seasonal influenza viruses (H3N2 and type B) might have recently occurred. Seasonal influenza viruses, particularly H3N2 viruses, continue to circulate in parts of Central America, East Africa, and Southeast Asia. During the 2010 winter of the temperate southern hemisphere, the most active areas of influenza virus transmission have been in South Africa, where the majority of influenza virus detections have been seasonal influenza H3N2 and type B viruses; pandemic influenza virus has been detected there only sporadically. Elsewhere in Argentina, Chile, New Zealand, and Australia, overall influenza activity remains low and below levels observed during recent, mild, pre-pandemic influenza seasons; among the latter three countries, pandemic influenza viruses have been detected most frequently, however, low level co-circulation of seasonal influenza H3N2 and type B has also been observed. In South Africa, the current wintertime epidemic of seasonal influenza appears to have peaked during early July 2010 and stabilized since then; to date, influenza type B viruses have accounted for a greater proportion of influenza viruses detected among severe (SARI) cases than have influenza H3N2 viruses. Chile and Argentina continue to observe low levels of respiratory diseases in the population, and much of what has been observed in recent months has been due to circulation of respiratory viruses other than influenza, particularly RSV. In Australia and New Zealand there has been a sustained upward trend in the rates of ILI over the past 6-8 weeks, particularly in recent weeks, however, overall rates remain well below those observed during the same period in 2009 during the first pandemic wave in the southern hemisphere. Data on the clinical and epidemiological pattern of pandemic influenza virus infection during the current winter season have been limited due to the fact that there has been limited virus transmission to date; however, preliminary data suggests that the pattern has not changed compared to what was seen last winter during the first pandemic wave in the southern hemisphere
.....more

http://www.who.int/csr/don/2010_08_06/en/index.html

b)

Global Influenza Epidemiology Overview for Europe – week 30

30 Jul 2010

In its latest weekly review of influenza in the world [published on 30th July](#) WHO reported few important recent changes. The global picture is heterogeneous but compared to 12 months ago transmission of pandemic influenza A(H1N1) is much reduced. All countries that report to WHO are indicating only [low to moderate occurrence of respiratory infection even in the countries experiencing their winter](#)

Active circulation of pandemic virus has reappeared at low levels with other influenza viruses in the temperate Southern Hemisphere countries and is persisting at low levels in some areas in the tropics, particularly South and Southeast Asia, the Caribbean and West Africa. Increasing influenza activity had recently been observed in several countries of Central America and South America, including the pandemic strain with differing levels and trends even in countries close to each other.

The significance of this influenza activity in tropical countries nearly a year and a half after the

emergence of the pandemic strain is unclear since in many of the equatorial countries the surveillance has been greatly intensified since the pandemic and normal influenza activity, the baseline, has yet to be defined. In tropical settings where surveillance is established the pattern of transmission across the months is quite different from what is seen in the temperate countries. For example in [Hong Kong and Southern China](#) peaks in the early Spring and June-August are usually reported.

However, importantly, WHO finds that in all the reporting countries the activity was well below that seen in the pandemic year of 2009. WHO also continues to publish its [Weekly update of virological data](#) including an [update on oseltamivir resistance](#) which indicates that overall influenza activity has remained at low levels in most parts of the world but that there is a co-circulation of pandemic A(H1N1) and seasonal A(H3N2) viruses reported from some countries while influenza type B virus detections have decreased. There are hardly any detections of the previous seasonal A(H1N1) viruses. Almost all the pandemic A(H1N1) viruses are resistant to the adamantanes. There are a few detections of pandemic viruses resistant to oseltamivir from countries with stronger surveillance, all are of the type A(H1N1) H275Y but very few represent person to person transmission of resistant virus, i.e. while there have been cases of oseltamivir-resistant pandemic strain infection these have not achieved the ability to transmit efficiently.

Southern Hemisphere Temperate Countries Following the recommendations of an Advisory Forum group that oversaw the development of [ECDC's Forward Look Risk Assessment](#) this winter's experiences with influenza in the temperate countries of the Southern Hemisphere are being monitored especially carefully by ECDC during the Northern Hemisphere summer. This is being done using *epidemic intelligence* techniques, that is consulting routine and non-routine published sources in countries with developed long-term epidemiological and virological influenza surveillance systems: **Argentina, Australia, Chile, New Zealand and South Africa.** http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvice/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=919&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvice%2FLists%2FECDC%20Reviews

C) WHO responds to health needs in Pakistan floods

3 August 2010 -- The worst floods on record in Pakistan are placing the health of hundreds of thousands of people at risk, with a high threat of waterborne disease outbreaks and immense damage to health facilities. WHO is coordinating the response of health partners and supporting Pakistani authorities by sending medicines and related health supplies capable of treating more than 200 000 people

[Read the press release on the floods in Pakistan](#)

[Find out about the communicable disease risks due to the flooding](#)

d) Brotes epidémicos OMS

[3 de agosto de 2010](#)

Gripe aviar: situación en Indonesia — Actualización N.o 3

[29 de julio de 2010](#)

Gripe aviar: situación en Egipto — Actualización N.o 35

[23 de julio de 2010](#)

Poliomielitis en Tayikistán — Actualización

[22 de julio de 2010](#)

Gripe aviar: situación en Indonesia — Actualización N.o 2

- [Archivos anuales](#)
- [Archivo de enfermedades - en inglés](#)
- [Brotos de enfermedades por países - en inglés](#)
- [Las noticias a través de RSS](#)

e) Gripe aviar: situación en Indonesia — Actualización N.o 3 OMS

3 de agosto de 2010 -- El Ministerio de Salud de Indonesia ha anunciado un nuevo caso de infección humana por virus de la gripe aviar H5N1. La paciente, una mujer de 34 años del distrito de Tangerang (provincia de Banten), presentó los primeros síntomas el 2 de julio, fue hospitalizada el 4 y falleció el 7. Las pruebas de laboratorio fueron positivas para virus H5N1. Se está investigando la fuente de la infección.

De los 168 casos confirmados hasta la fecha en Indonesia, 139 han sido mortales.