

Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela

Comisión de Epidemiología

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA N° 146
Situación en Venezuela, América Latina y el Mundo
22-8-2010

Nota Editorial

El día 11 de agosto fueron divulgados en el portal del Ministerio del Poder Popular para la Salud 6 Boletines Epidemiológicos Semanales correspondientes a las semanas epidemiológicas N° 25 hasta el N° 30. Esta última semana referida al lapso 25 al 31 de julio de 2010. Hasta el momento de escribir esta nota editorial no se ha producido nueva información oficial técnica acerca de la evolución y tendencia de las epidemias y otras enfermedades que afectan a nuestro país. Significa un retraso inexcusable de 22 días en la entrega de la información y una violación al derecho a estar informado que tenemos todos los ciudadanos.

Nuevamente ocurre retraso y se acumulan datos epidemiológicos correspondientes a las últimas 3 semanas. No podemos conocer la tendencia real de las cifras de dengue; **los voceros oficiales hablan de una significativa reducción de los casos, sin embargo, el análisis cuidadoso del comportamiento de los casos semanales de dengue hemorrágico en las semanas epidemiológicas 25 a la 30 indican lo contrario, un aumento de 45,49 % (106 casos más)**. Además, 18 estados se encontraban en epidemia y 11 en ascenso hasta el 31 de julio de 2010.

En esta ALERTA hacemos algunos comentarios sobre el formato "nuevo" del Boletín Epidemiológico del MPPS y ofrecemos datos oficiales no divulgados de la situación de malaria en el estado Bolívar hasta la semana N° 32. Además, brindamos a nuestros lectores la entrevista que realizó el diario El Universal a la Dra. Ana C. Carvajal, publicada hoy que resume con toda claridad las consecuencias de la suspensión del mencionado Boletín.

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

Entrevista Ana Carvajal, miembro de la red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela

"Minsalud trabaja de espaldas a las organizaciones científicas"

"No puedes estar año y medio sin un boletín epidemiológico por la simple opinión de un vocero político"

BEATRIZ CRUZ SALAZAR | EL UNIVERSAL
domingo 22 de agosto de 2010 12:00 AM

Los efectos de la ausencia de los boletines epidemiológicos se están sintiendo hoy. Por año y medio los médicos y sociedades científicas se enfrentaron a un *blackout* informativo y las consecuencias se notan en el incremento de estadísticas de enfermedades como el dengue.

Así lo cree Ana Carvajal, quien forma parte de la directiva de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, que desde mayo del 2009 colabora en la elaboración de las alertas epidemiológicas.

"Nuestros informes surgieron en respuesta a la pandemia de AH1N1, como no había suficiente información del Ministerio de Salud nos dedicamos a trabajar en esto. Se llenó el vacío que había", dice Carvajal. Hasta la fecha ya van 145 informes preparados por parte de la red y, aunque agradece la iniciativa del ministerio de reanudar la publicación del boletín semanal, considera que aún queda mucho por hacer.

-¿Qué hay detrás de la suspensión de publicación del boletín por Minsalud?

-Desconozco las razones, pero hay quienes dicen que se suspendió porque la información se estaba usando por parte de la oposición. Eso realmente no tiene sentido, no puedes estar año y medio sin un boletín por la simple opinión de un vocero político. Estaban privando a los médicos de una información muy importante. En todo caso, hoy celebramos que el boletín haya salido nuevamente.

-¿Qué consecuencias trae esta falta de información?

-Las consecuencias las estamos viendo ahora, hay una epidemia de dengue en 16 estados, malaria y otras enfermedades que no están controladas. Es la primera vez en 60 años que esto pasa, por más de un año los médicos desconocimos qué estaba pasando. Presionamos para que se volviera a publicar, pero no fuimos los únicos. No es posible que estemos en la oscuridad, como en la Edad Media, aquí no se conoce nada, todo se tapa. Esta información debe ser transparente y oportuna.

-¿Se hizo algún cambio al formato del boletín?

-Se hicieron unas modificaciones cosméticas, pero nada que justificara la suspensión. Hay información que tienen que mejorar. En el caso del dengue se hace un análisis sesgado porque se dice que cinco estados están en alerta, pero no nombran los 16 que están en epidemia. Lo adecuado es que ellos llamen la atención sobre los que están en epidemia y que se enfoquen en la prevención. Además, hay unos mapas que tapan información de otros cuadros, si se presenta una información, debe ser explícita.

-¿Como red están dispuestos a colaborar en la mejora del boletín?

-Claro que sí, pero si no nos convocan no podemos hacer nada. Siempre nos hemos puesto a la orden del ministerio en lo que tiene que ver con la elaboración de documentos. Ellos han estado

trabajando a espaldas de las universidades y las organizaciones científicas.

-¿Qué recomendaciones hacen ahora que la información vuelve a ser pública?

-Se debería sacar un boletín especial para dengue ya que la epidemia no está controlada. Es la oportunidad para hacer un llamado a las sociedades científicas para crear nuevas pautas porque, por ejemplo, en algunos centros de salud se indica la transfusión de plaquetas sin necesidad real. Hay que definir nuevas reglas para esos casos y por eso hay que profundizar en la información.

-¿En la práctica, qué debe hacer el Ministerio ahora que es evidente la epidemia de dengue?

-Se debería reforzar la prevención, se debe informar a la población y trabajar de la mano de los comités de salud y de los consejos comunales, es necesario que haya un consenso de cooperación con los niveles locales y regionales de salud. Sabemos que se ha hecho un esfuerzo para la abatización, pero es insuficiente, esto tiene que ir de la mano de la regularización del servicio de agua y planes de saneamiento ambiental.

-¿Los hospitales cumplen con la entrega de información de manera oportuna?

-El mismo boletín dice que 83% de los centros notifican las enfermedades. Pero es importante tener en cuenta que siempre hay un subregistro. La notificación es importante porque cuando hay un brote de enfermedad es necesario que haya una respuesta inmediata para controlar el crecimiento. Por eso la información se debe entregar en tiempo real.

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.

La tendencia del dengue es al ascenso y el nuevo formato del Boletín Epidemiológico Semanal.

El día 11 de Agosto fueron publicados los Boletines Epidemiológicos Semanales del N° 25 al 30, después de haber estado interrumpidos durante 6 semanas, con el argumento del diseño de un nuevo formato, lo cual no se justificaba en plena epidemia de dengue, la peor del país en los últimos años. Los cambios son superficiales, cosméticos, solo de apariencia o forma o de reubicación de tablas. El único aporte significativo es el **Índice Epidémico o Umbral Epidémico** para evaluar la importancia de las enfermedades de denuncia obligatoria, las epidemias o realizar medidas de control como vacunación, control de vectores, etc. Este índice es utilizado también en otros países latinoamericanos y en España; originalmente fue empleado por los CDC.

Ahora tenemos un retraso acumulado de información de tres semanas.

Desde el 1 de enero hasta el 31 de julio 2010 (Semana Epidemiológica N° 30) se acumularon 68.753 casos, 34.230 casi la mitad (49,78 %) en las últimas diez semanas, (es el período con mayor número de casos semanales en más de 9 años) por lo que la epidemia está en plena actividad. La cifra alcanzada en 30 semanas de 2010 es mayor que la cifra total de casos acumulados durante el año 2009 (65.869). Del total, 6.418 casos han sido hemorrágicos. (20 casos más que la semana anterior). Esta cifra es mayor en 24,64 % que todos los casos de dengue hemorrágico ocurridos durante el año 2009. (Alerta Epidemiológica N° 145).

De mantenerse esta tendencia, la cifra acumulada de casos al final de año superará los 100.000, la mayor en los últimos 20 años.

El aumento de casos de dengue en la semana N° 30 fue de 3.348 casos, 123 casos menos que la semana precedente de los cuales 339 fueron hemorrágicos. Una pequeña variación de (- 4,9 %) de reducción de casos de dengue 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 110, Apure 76, Barinas 62, Bolívar 40, Cojedes 20, Falcón 68, Mérida 198, Monagas 62, Nueva Esparta 25, Portuguesa 14, Táchira 215; sin embargo estas cifras contrastan con **18 entidades federales que están en epidemia, entre ellas Amazonas 75, Aragua 303, Carabobo 199** -la más elevada en 17 semanas-, Delta Amacuro 26, Distrito Capital 261, Guárico 148, Lara 310, Miranda, 456 Sucre 100, Trujillo 93, Vargas 69, Yaracuy 96 y Zulia 442). (Alertas epidemiológicas N° 145 y N° 146).

Sin embargo, el boletín epidemiológico semanal, N° 30, insiste en señalar con respecto al dengue que: *"6 estados mantienen franca tendencia descendente: Dtto Capital, Amazonas, Barinas, Merida, Portuguesa, y Táchira; 7 estados se mantienen con frecuencia estable y 11 con tendencia ascendente. A destacar 5 estados fuera de la calificación de epidemia.(Cojedes, Portuguesa, Barinas, Apure y Bolívar)"*

Con respecto al dengue hemorrágico observamos un aumento de los casos en las últimas 6 semanas, (SEM 25 a SEM 30) lo cual evidencia una clara tendencia al ascenso: incremento de 45,49% (106) casos (ver cuadro anexo). De tal manera **que el análisis presentado**

en el boletín epidemiológico N° 30 del MPPS, es insuficiente y da la impresión que el problema del dengue ya está controlado cuando la realidad es otra.

Además, este análisis no hace mención de que **la mayor tasa de dengue hemorrágico se observa en los menores de un año**, lo cual es importante enfatizarlo porque esto permite alertar a los profesionales de la salud sobre este grupo etario en particular, muchos médicos creen que este grupo es poco afectado y alguno lo ha declarado en declaraciones públicas.

Las cifras son elocuentes: la tasa de dengue hemorrágico en menores de un año es (68,9 x 100.000 habitantes), tres veces mayor que general para todas las edades a nivel nacional (22,3 x 100.000 habitantes) lo cual es importante enfatizarlo porque esto permite alertar a los profesionales de la salud sobre los riesgos en este grupo etario en particular.

No pudimos analizar los casos de fiebre por dengue y dengue hemorrágico por entidades federales y comparar los del año 2009 y los de 2010, ya que no se puede acceder a la información porque está interrumpida por un mapa que se superpone a los datos. Este defecto se reproduce en varios de los boletines con el nuevo formato.

Sabemos que el dengue es más severo en las edades extremas de la vida, en las personas que presentan comorbilidades y en las embarazadas. Desconocemos cuantas personas han fallecido en nuestro país por dengue, cuál es el grupo etario donde se están presentando las muertes y si presentan alguna comorbilidad en particular.

En la última actualización sobre el dengue en las Américas, vemos que en el área Andina se presentaron 146.283 Casos de dengue hasta la semana N° 26, con 103 fallecidos y una tasa de letalidad de 0.88%. En Colombia han fallecido 99 personas con dengue, quiere decir entonces que los otros países del área andina, incluyendo Venezuela, no están notificando el número de personas fallecidas. La información oficial sobre fallecidos por dengue, en nuestro país, fue suspendida arbitrariamente desde el Boletín Epidemiológico N° 1 de 2007. El último disponible, no reportó fallecidos por Dengue en Venezuela, aunque la Ministra Sader informó 25 fallecidos confirmados y 5 muertes en estudio. 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). Otras noticias de prensa reportan fallecidos en Anzoátegui y otros estados.

La convocatoria permanente por parte de las autoridades de la salud a la población general para solicitar donantes voluntarios de sangre tiene que ser realizada de manera sostenida y regular. Nuevamente ha disminuido 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 Comisión de Epidemiología de la RSCMV el día 18 de junio de 2010 contribuyó con los lectores en el día mundial del donante de sangre, con la publicación de Noticias Epidemiológicas N° 18: en la que 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 reducción 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.

La información sobre los indicadores entomológicos es incompleta e insuficiente ha sido sustituida por datos expresados en simples porcentajes de presencia de larvas y número de fumigaciones, abatizaciones y hogares protegidos, que no permiten evaluar la magnitud de la infestación por el *Aedes aegypti*.

Las campañas masivas de educación y promoción de la salud, y de prevención del dengue han sido intermitentes e insuficientes para estimular la toma de conciencia por parte de la población y convocar a la participación de la ciudadanía, para involucrarlos activamente en la campaña de erradicación del vector.

Afirmamos que el país está atravesando por una epidemia de dengue muy severa, la mayor en los últimos años; bien merece la pena editar un boletín especial dedicado solo a esta enfermedad. También recomendamos a las autoridades sanitarias que la necesidad de convocar a los profesionales de la salud, que se encargan de la atención de los pacientes (Infectólogos, internistas, pediatras, obstetras, hematólogos, terapeutas intensivos y otros) para promover consensos y elaboración de normas y pautas de diagnóstico, conductas y tratamiento actualizado de esta patología, tal como han hecho recientemente otros países de América Latina.

Adendum:

La información sobre encefalitis equina fue mutilada. Fueron eliminados los datos sobre EEV y EEE en animales, privando a los profesionales de salud de identificar la circulación de estos virus a partir de focos epizooticos en animales, que como sabemos preceden la aparición de casos humanos. Los casos de encefalitis equina venezolana y EEE en humanos aparecen ahora confirmados como casos asintomáticos, verificados mediante otra técnica: anticuerpos IgG y no por inhibición de la hemaglutinación, lo que confirma las razones de nuestra preocupación divulgada el 3 de julio sobre el riesgo de reaparición de esta enfermedad.

La información sobre zoonosis que aparece en los Boletines es responsabilidad de la Coordinación Nacional de Zoonosis, integrada por expertos del MPPS y del MPAT mediante un esfuerzo interinstitucional e intersectorial de más de una década. Ahora esta Coordinación se verá impedida de ofrecer información en el Boletín Epidemiológico Semanal sobre la actividad de focos de Encefalitis Equina en animales, por la disposición autoridades que argumentan que la Ley de Salud Agrícola Integral faculta al INSAI (Instituto de Salud Agrícola Integral) para declarar sobre este asunto. Los Boletines del INSAI no se divulgan desde 2009.

El resultado final es que la población y los profesionales de salud no nos enteraremos de la existencia de focos epizooticos de encefalitis equina, lo que es un retroceso en la vigilancia epidemiológica que debilita la capacidad de respuesta precoz del Sistema de Salud.

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 31 de julio 2010 (Semana Epidemiológica N° 30) se acumularon 68.753 casos, 34.230 casi la mitad (49,78 %) en las últimas diez semanas, (es el período de mayor número de casos semanales en mas de 9 años) por lo que la epidemia está en plena actividad. La cifra alcanzada en 30 semanas de 2010 es mayor que la cifra total de casos acumulados durante el año 2009 (65.869). Del total, 6.418 casos han sido hemorrágicos. (20 casos más que la semana anterior). Esta cifra es mayor en 24,64 % que todos los casos de dengue hemorrágico ocurridos durante el año 2009. La relación dengue clásico/dengue hemorrágico es de 10/1.

La tasa nacional de incidencia acumulada es de 238,4 x 100.000 habitantes muy superior a la de todo el año 2009. 13 estados muestran tasas superiores a la nacional. Amazonas es la mayor con 1.148,7 x 100.000 seguida por Táchira, Mérida , Monagas y Miranda.

El aumento en la semana N° 30 fue de 3.348 casos, 123 casos menos que la semana precedente y 339 hemorrágicos. Una pequeña variación de 4,9 % de reducción de casos se ha observado 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 en epidemia: Amazonas 75, 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° 30 del MPPS, 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, con predominio de Den-1 y Den-2.

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 sintomáticos superará los 100.000. El número de casos asintomáticos puede estimarse en tres veces mayor.

Nuevamente ha disminuido 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 reducción 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 nueve días es una medida favorable pero insuficiente para cambiar el curso de la epidemia. Los criaderos mas frecuentemente encontrados dentro de las casas son los materos y floreros (33,05%), cauchos (27,24%), pipotes de agua (13,67 %) y tanques de agua (11,53 %), cifras aportadas esta semana al Diario Últimas Noticias (Patricia Marcano 11 de agosto de 2010) página 4-

El MPPS no ha divulgado los Índices Aédicos correspondientes al año 2010.

c) Malaria

No se ofreció información oficial sobre la epidemia de malaria en esta semana. En la semana 30, del 25 de julio al 31 de Julio de 2010, se registraron 744 casos nuevos, 726 casos autóctonos y 18 casos importados, se elevó la cifra de acumulados en el año a 32.642 casos (90,4% de incremento al comparar con 17.140 el período homólogo de 2009). Se reportaron 744 casos en el país, (97,6%) autóctonos y (2,4%) importados del exterior (Guyana n= 17, Colombia= 1), reportados desde los estados Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro; (61,11% son infecciones a *P. vivax*, 33,33% a *P. falciparum* y 5,56% mixtas a *P. vivax* y *P. falciparum*).

Los estados Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro, reportaron 97,9% de la casuística nacional (n=681, n=20 y n=10 respectivamente). Los municipios con mayor IPA son: Sifontes (Bol) (245,2), Cedeño (Bol) (81,8), Raúl Leoni (Bol) (92,0), Sucre (Bol) (57,2), Gran Sabana (Bol) (59,0) y Pedernales (Delta A.) (29,0). El estado Sucre reportó 10 casos y Monagas 1.

El Boletín Regional de Control de Malaria del estado Bolívar correspondiente a la semana epidemiológica N° 32 del 1 al 7 de agosto de 2010, (No divulgado) **indica una reducción significativa del número de casos registrados (522) por segunda vez en el año una cifra menor que la correspondiente de 2009 (869). El total de casos acumulados, solo para el estado Bolívar es de 29.198, cifra más de dos veces mayor que la ocurrida en la semana correspondiente de 2.009 (14.219). Cinco de los 11 Municipios del estado aún se mantienen en epidemia: Sifontes, Gran Sabana, Angostura, Cedeño y Roscio.**

El Municipio Sifontes es el más afectado del país. Hasta la semana N° 32 acumuló el 52,8 % de todos los casos del estado (15.410 de 29.198). Le siguen Gran Sabana, Cedeño, Angostura, Piar y

Sucre. 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 del estado Bolívar en la semana epidemiológica N° 31 fue 69,7% a *Plasmodium vivax*, 26,2% a *Plasmodium falciparum*, 0% a *Plasmodium malariae* y 4,1% Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*).

Las áreas de transmisión malárica hasta la semana epidemiológica N° 30 (acumulativo), durante el año son: 12 estados, (Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Guárico, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Sucre y Zulia), 57 municipios y 118 parroquias.

Si bien se ha observado una reducción de casos sostenida en las últimas nueve 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, habida cuenta de que estamos en el período mas lluvioso del año.

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. Desde el comienzo de la pandemia en 2009 hasta ese momento, se acumularon en Venezuela 2.865 casos confirmados y 135 fallecidos. En el año 2010 se han confirmado 68 casos por el virus de influenza pandémica A (H1N1) y 474 por el virus de influenza A estacional entre 1.972 sospechosos. En la última semana (hasta el 31 Julio) no se identificaron nuevos casos. 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 últimas 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.

En las últimas 10 semanas se confirmaron casos en Táchira (8), Lara (2) y Mérida (1). Desde la semana 28 no se han identificado nuevos casos.

Estos datos son indicativos de circulación de influenza estacional (A) y una disminución de la circulación del virus de influenza pandémica A (H1N1)2009 en nuestro país;, es importante mantener 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. Hace 2 semanas, la vocera oficial del MPPS informó que se vacunaría contra la Influenza Pandémica cuando llegue la vacuna contra la Influenza Estacional, pero no precisó fecha. Además informó que se adquirirían dosis monovalente para inmunizar personas pertenecientes a grupos de alto riesgo.**

En esta semana la directora de salud de Lara, informó que se iniciaría en ese estado vacunación contra influenza pandémica monovalente (40.000 dosis) en grupos de riesgo, también se haría en los estados andinos. En noviembre se haría la vacunación con la nueva presentación de vacuna polivalente contra la influenza, que incluye influenza pandémica. No informó porque se haría solo en esos estados y no en el resto del país.

e) Sarampión

Hasta la semana epidemiológica N° 30 se reportaron 157 casos sospechosos, no se informó cuantos fueron descartados. Cantidad superior a la del año anterior. **5 estados reportaron 11 casos sospechosos:** Aragua (5), Zulia (2), Vargas (2), Miranda (1) y Táchira (1).

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. Se han identificado casos importados de Sur África en Brasil y Argentina. 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 25 al 31 de julio se produjeron **6 muertes maternas en embarazadas entre 28 y 41 años**. Causas de muerte 4 hemorragias , 2 toxemias. Todas las defunciones fueron intrahospitalarias. **El acumulado es de 202 muertes maternas, en el mismo período del año 2009 ocurrieron 191 muertes maternas. (5,8 % 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

La mortalidad infantil sigue en ascenso. El acumulado de muertes infantiles en menores de un año hasta la semana 30 del año 2010, es de **3.235 (9,5 %) superior a la alcanzada en el mismo período de 2009 (2.953)**. Los estados con mayor número de muertes infantiles acumuladas son: Bolívar (334), Zulia (316), Anzoátegui (265), Carabobo (245) y Lara (253). En la semana se notificaron 100 muertes en menores de un año. Entre 0 y 27 días se acumularon el 81,0 % de las muertes cuyas causas principales fueron: sepsis, neumonía, enfermedad de membrana hialina y prematuridad . Las Post Neonatales representaron 19,0%. Al comparar con la semana homóloga del año 2009 hay un ascenso de 3 muertes. Los estados con mayor número de fallecidos: Zulia (11), Lara (11), Sucre (9), Anzoátegui (12).

V. Alertas epidemiológicas y noticias de América Latina

OPS

a) Actualización Regional de la Influenza (Publicada el 16 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

- En el Cono Sur, el VSR fue el virus predominante en circulación; sin embargo, los virus influenza B e influenza A/H3 también se han detectado. Paraguay notificó alta actividad de ETI en 3 de las 5 regiones.
- En la sub-región andina, Perú notificó tendencia creciente de enfermedad respiratoria aguda. Bolivia reportó un aumento constante de casos de influenza pandémica A H1N1 2009, entre las SE 26-31.

- La circulación de virus respiratorios fue variable en América Central. El virus influenza A/H3 predominó en Panamá, Honduras y Costa Rica. El virus de influenza B predominó en Nicaragua. El Salvador notificó intensidad elevada de enfermedad respiratoria aguda e impacto moderado de enfermedad respiratoria aguda en los servicios de salud.
- El Caribe reportó baja actividad de influenza; sin embargo, la circulación del virus de influenza A/H3 incrementó en algunos países (Cuba, República Dominicana).
- En América del Norte, la actividad de influenza se mantuvo baja; el virus de influenza identificado fue influenza A/H3 (Estados Unidos).

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

b)

Perú combate brote de rabia transmitido por murciélagos amazónicos

Redacción 13
BBC Mundo



Habitualmente, los murciélagos no atacan a los humanos.

El Ministerio de Salud de Perú envió equipos de emergencia a una zona de la región amazónica de ese país para combatir un brote de rabia propagado por mordeduras de murciélagos.

Los habitantes de la región pidieron ayuda al gobierno después de que cuatro niños de la etnia awujún murieran tras ser mordidos por estos mamíferos voladores.

El brote de rabia se concentra en la comunidad de Urakusa, en el nordeste del Amazonas peruano, cerca de la frontera con Ecuador, donde los tres equipos de emergencia enviados por el gobierno ya vacunaron a más de 500 personas que fueron atacadas.

"Los trabajadores sanitarios están recorriendo la zona en busca de personas que hayan sido mordidas por murciélagos en los últimos seis meses", comentó el corresponsal de la BBC en Perú, Dan Collyns.

Comportamiento anormal

Los trabajadores sanitarios están recorriendo la zona en busca de personas que hayan sido mordidas por vampiros en los últimos seis meses

Dan Collyns, corresponsal de la BBC en Perú

"El virus de la rabia causa inflamación aguda en el cerebro y puede ser mortal si no se trata a tiempo. Lo más común es que el contagio a humanos venga dado por

mordeduras de perros, pero también pueden transmitirlo otros animales", agregó Collyns.

Habitualmente, los murciélagos se alimentan de sangre de ganado o de animales salvajes a los que muerden cuando están dormidos, pero en ocasiones también atacan a humanos.

Habitantes de la zona aseguraron que este comportamiento anómalo tiene que ver con las temperaturas anormalmente bajas de los últimos años en la Amazonía peruana. En cambio, algunos expertos relacionaron este fenómeno con la deforestación de la región.

La Libertad: brote de peste bajo control

<http://peru21.pe/noticia/623355/libertad-brote-pestes-bajo-control>

El Ministerio de Salud indicó que se brindó asistencia técnica a las autoridades que ha permitido controlar la propagación de la enfermedad.

- -



La atención a las personas que contrajeron la peste es gratuita, señaló el Minsa. (USI) El [Ministerio de Salud](#) informó que el **brote de peste bubónica en La Libertad está bajo control**, debido a la asistencia técnica del sector, así como a las acciones de prevención y control contra este mal que implementa el gobierno regional.

Un informe de la Dirección General de Promoción de la Salud del Minsa resaltó el compromiso de la Cámara de Comercio de La Libertad con la Estrategia Sanitaria Nacional (ESN de Zoonosis) **para fortalecer el trabajo de prevención** que se desarrolla en puertos y camales, con el objetivo de controlar a los roedores en sus establecimientos.

El presidente del gremio empresarial, Víctor Peralta, manifestó que están en **total disposición de apoyar las acciones** que promueve el Minsa y la Gerencia Regional de Salud. Dijo que esta semana **convocará a sus socios para actuar inmediatamente** en apoyo al control de esta enfermedad.

La asistencia técnica cuenta con el apoyo de la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) y de la [Organización Panamericana de la Salud](#) (OPS). En tanto, el Minsa continuará dando **seguimiento a las acciones de vigilancia epidemiológica**, control vectorial, desinfectación, atrapes de roedores y pulgas para identificar la

presencia de *Yersinia Pestis* y reforzar la vigilancia y control vectorial, dado que **aún existen zonas de reservorios de peste silvestre.**

Sobre el tratamiento dado a las personas afectadas, **es gratuito en todos los casos de peste bubónica**, incluidos los de hospitalización. Además, el 100% de los contactos familiares y hospitalarios han sido identificados, y se les **ha dado tratamiento de quimioprofilaxis antibiótica**, indicó el Minsa

VI. Alertas epidemiológicas y noticias del mundo

OMS

-

La mujer y el tabaco: atracción fatal

Margaretha Haglund ^a

a. Instituto Nacional de Salud Pública, Forskarens väg 3, Estocolmo, SE103-52 (Suecia).

Correspondencia: Margaretha Haglund (e-mail: margaretha.haglund@fhi.se).

Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2010;88:563-563. doi: 10.2471/BLT.10.080747

De los más de 1000 millones de fumadores que hay en el mundo, aproximadamente un 20% son mujeres. Está bien documentado que las mujeres son tan vulnerables como los hombres, si no más, a los peligros del tabaco. Tanto los fumadores como las fumadoras son más propensos al cáncer, las cardiopatías y las enfermedades respiratorias. El tabaco también es causa de cánceres específicos de la mujer y pone en peligro el embarazo y la salud reproductiva. El informe de la Organización Mundial de la Salud titulado *La mujer y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* aporta pruebas de que la publicidad del tabaco se dirige cada vez más a las niñas.¹ La magnitud del impacto de las técnicas comerciales de la industria es incuestionable. Por consiguiente, el tema del Día Mundial sin Tabaco de este año (Género y tabaco, con énfasis en la mercadotecnia dirigida a las mujeres) ha sido oportuno.

La experiencia y casi un siglo de historia muestran claramente que la industria tabacalera ha tenido en cuenta las funciones características de uno y otro sexo y las normas sociales correspondientes a la hora de elaborar sus estrategias mercadotécnicas. Desde los años veinte, cuando las mujeres americanas empezaron a ser uno de los objetivos de la industria tabacalera, se han utilizado varias imágenes y temas para alentar a las mujeres a que fumen, fomentando su aceptación social y destacando los atributos supuestamente deseables de determinadas marcas de cigarrillos. Algunos de los temas dominantes que se han vinculado al consumo de tabaco y a determinadas marcas de cigarrillos en particular han sido el glamour, la sofisticación y el estilo, el lujo, la clase y la calidad, el romance y el sexo, la sociabilidad, el disfrute y el éxito, la salud y la frescura, la emancipación o la delgadez. Ahora se están aplicando a las mujeres y niñas de los países en desarrollo que no tienen antecedentes de consumo de cigarrillos prácticamente las mismas técnicas comerciales que se utilizaron para fomentar el consumo de tabaco entre las mujeres de los países desarrollados. El objetivo general de toda campaña de la industria tabacalera dirigida a las mujeres es hacer los cigarrillos más atractivos.



[http://](http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/es/index.html)
OMS

OMS

www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/es/index.html

I-1 "superbug" threat

Antibiotic-resistant carbapenemase-producing Enterobacteriaceae: new variant called NDM-1 detected in Europe.

Europe (EARS-Net) and other parts of the world indicate that antibiotic resistance is increasing in *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*. These bacteria, which are part of the normal human gut flora, cause infections such as urinary tract infections, bloodstream infection or healthcare-associated infections.

Infections caused by extended-spectrum beta-lactamases, for instance, are increasing in frequency in Europe due to the use of last resort intravenous antibiotics like carbapenems more frequently necessary. Carbapenems are used when these bacteria also become carbapenem-resistant by acquisition of new genes for

carbapenemases, including metallo- β -lactamases and KPC-type β -lactamases, have been found in Europe. These extensively antibiotic-resistant Enterobacteriaceae still remain relatively uncommon cause of infection. A few carbapenemase-producing strains of *K. pneumoniae* have caused outbreaks of infection in several countries. Epidemic bacteria spread across borders when carried by patients transferred between hospitals

in Europe of human infections by New Delhi metallo- β -lactamase 1 (NDM-1). This new enzyme was first identified in *K. pneumoniae* isolates from a patient repatriated to Sweden after being treated in a hospital in New

Delhi. Although common in the United Kingdom (UK), they have also been reported from India, Pakistan, Canada, Germany, the Netherlands and Belgium. The latter case was reported to be a fatal leg infection from Pakistan after trauma care.

Most of the bacterial isolates from cases of infection or colonisation in the UK and the Indian subcontinent, which are extensively antibiotic-resistant, like other carbapenemase-producing Enterobacteriaceae described previously, are producing bacteria were usually still susceptible to two antibiotics: colistin and, less consistently, meropenem, which are typically encoded on plasmids, which are small elements that can pass on from one bacterium to another, aiding diffusion in human populations.

Many of these cases had a history of travelling to India or Pakistan within the past year. Many had been admitted to a hospital for medical reasons, including elective surgery and emergency care. Thus, these cases reflect the well-developed health care in countries where multiple antibiotic-resistant bacteria are more common.

WHO is monitoring the spread of carbapenemase-producing bacteria in general and NDM-1 in particular. It is monitoring the situation through national public health institutes across Europe. It has initiated a risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (including KPC-, NDM-1- and other metallo- β -lactamase-producing strains) through patient travel, with a special emphasis on cross-border transfer. This risk assessment should be completed by the end of

Focus on risk factors for acquisition of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae and the infection control measures, including microbiological screening for patients colonised with these organisms to colonised patients for stopping person to person spread within hospitals.