

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA N° 133

Situación en Venezuela, América Latina y el Mundo

I. Editorial

El Decreto Presidencial N° 7.454 y los derechos constitucionales a informar, ser informado, participar y disfrutar de salud

El 1 de junio de 2010, mediante decreto N° 7.454 del Presidente de la República publicado en la Gaceta Oficial N° 39.436 se creó el Centro de Estudio Situacional de la Nación (CESNA). De hacerse efectivo este decreto presidencial, el director del mencionado órgano, a tenor del artículo 9 del Decreto, podría discrecionalmente declarar el carácter reservado, clasificado o de divulgación limitada de cualquier información que tenga conocimiento, de fuentes institucionales del Estado o de la sociedad, con el argumento de proteger los intereses y la seguridad de la nación. Las informaciones epidemiológicas divulgadas por la Red de Sociedades Científicas Médicas podrían, a potestad y arbitrio del Director del CESNA corresponder a los supuestos de información restringida por razones de interés y seguridad de Estado, por lo que no se permitiría la divulgación de estos datos.

El decreto en cuestión, es una norma sublegal que pretende regular el derecho a informar y ser informado, el derecho a saber, contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en los artículos 28 y 58. Esta violación constitucional es inaceptable y vulnera uno de los principios fundamentales de una sociedad democrática como es la libertad de expresión y el derecho a expresar las ideas. En países como Cuba donde existe un régimen comunista totalitario que impide la libertad de expresión, numerosas personas han sido detenidas y juzgadas por delitos de opinión por haber atentado presuntamente contra la seguridad del Estado. Esta fresca en nuestra memoria la detención y enjuiciamiento del Dr. Darcy Ferrer médico cubano acusado de atentar contra la seguridad del Estado, entre otras cosas, por divulgar datos acerca de los brotes epidémicos de dengue que ocurren en Cuba y que no son publicados oficialmente por las autoridades de salud de la Isla, ni recogidos en las estadísticas que sobre esta enfermedad lleva la OPS.

De aplicarse este decreto inconstitucional, muy probablemente no podrían conocerse las noticias que producimos en el ALERTA EPIDEMIOLÓGICO, si el funcionario director del CESNA decide arbitrariamente que no debe publicarse. Por ejemplo, ¿porqué divulgar la evolución del brote de los casos de la Fiebre Mayaro?, ¿porqué debemos enterarnos de las razones por las cuales la población venezolana no ha recibido protección mediante la vacuna específica contra la influenza pandémica? y somos uno de los 4 países del Continente Americano que incumple el Programa de Inmunización Continental contra la pandemia. ¿Cuál es la magnitud de la epidemia de dengue que afecta 20 estados de la nación? ¿Cuál es la evolución de la epidemia de malaria que afecta al estado Bolívar y otros estados?. ¿Estarán concientes, este funcionario y los superiores jerárquicos de quienes recibirá órdenes, que con sus actuaciones violarán la Constitución y los derechos fundamentales de los ciudadanos, entre ellos, el derecho a la salud, a la información y participación y la garantía de mantenernos sanos si somos impedidos de recibir la información oportuna, continua y completa sobre los riesgos de enfermarse?.

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.

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 ha habido mención alguna de las autoridades de salud del MPPS en relación con el brote de la enfermedad. No sabemos si este brote ya fue notificado a la Organización Panamericana de la Salud, como es la obligación que adquirimos como país que firmó y ratificó el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS.

Colegas que han leído el Alerta Epidemiológica N° 132, nos han informado en esta semana, el haber identificado pacientes con las características clínicas y epidemiológicas que corresponden a la definición de caso: características clínicas de enfermedad febril de rápida aparición, con síntomas y signos similares a dengue, además, artritis y artralgias persistentes luego de la fase inicial de la enfermedad. Adicionalmente, personas que procedían de Ospino o que temporalmente residieron en ese municipio en los 3 últimos meses. Dos personas con estas características fueron identificadas en Apure, uno de ellos varón, adulto de 35 años, de profesión constructor. El segundo cooperante cubano cuyos datos se desconocen. Se tomaron muestras de sangre que fueron remitidas al INHRR. Se esperan los resultados de confirmación.

Los medios de comunicación locales y regionales no han informado de nuevos casos.

III. Otras 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) Nuevo brote de Enfermedad de Chagas de transmisión oral

El MPPS informó que no se han identificado nuevos casos del brote entre los habitantes estudiados en la Pedrera (Antimano). De los 16 pacientes hospitalizados permanecen hospitalizados 6. El día 7 de mayo la Directora Nacional de Epidemiología del MPPS informó de 4 casos sospechosos de enfermedad de Chagas de transmisión oral, en 3 niños y un adulto residentes en la Parroquia Antimano que enfermaron luego de consumir alimentos en una Casa de Alimentación Popular en La Vega. La historia natural de este brote, su comienzo rápido, en un grupo focalizado y localizado y su rápida desaparición, son evidencias muy fuertes a favor del mecanismo de transmisión vía oral y no de transmisión vectorial. Es necesario disponer de la información completa de la búsqueda activa y pasiva de casos en la comunidad para confirmar que se trata del tercer brote de transmisión oral de la enfermedad. Mientras tanto, un justificado interés se ha despertado en la población para conocer los riesgos de enfermarse y como prevenir la enfermedad. La RSCMV ha contribuido a este propósito mediante la publicación de las medidas básicas de prevención que incluyen la transmisión vía oral.

Mientras tanto en algunos estados se ha confirmado el incremento de la transmisión vectorial de la enfermedad que entre 1992 y 2000 era: Carabobo (37,5%), Lara (15,8 %), Anzoátegui (9,9%), Portuguesa (9,7%), Táchira 9,5% y Cojedes (8,9%). Estas cifras se han elevado en Anzoátegui, Barinas, Portuguesa, Yaracuy. La aparición de un caso agudo en el municipio Sotillo, Caserío Las Lajas del estado Anzoátegui estudiado por investigadores de la UDO (Morocoima y col.) [Boletín de Malariología y Salud Ambiental - <cb>Enfermedad de ...](#) confirma la transmisión peridoméstica de la enfermedad y la necesidad de incrementar la vigilancia epidemiológica.

Una valiosa tesis doctoral publicada en 2007 (Cazorla Perfetti, DJ) http://www.tauuniversity.org/tesis/Tesis_Dalmiro_Cazorla_2.doc.recopila información actualizada de las 21 especies de triatomos en Venezuela, sus características entomológicas y distribución geográfica.

Los Boletines Epidemiológicos Semanales N° 18, N° 19 y N° 20 del MPPS no aportan ningún dato sobre el brote epidémico.

Una breve nota periodística del 1-6-2010 citó las declaraciones de la **Directora General de Epidemiología del MPPS, mediante las que confirmó que el brote de enfermedad de Chagas que afectó a 19 personas en La Pedrera, Antimano, Distrito Capital, se debió a transmisión oral de la enfermedad, mediante un jugo que consumieron**. Esta fue la hipótesis que sostuvimos en ALERTA EPIDEMIOLÓGICA desde que se conoció el brote, dadas las características clínicas y epidemiológicas de los afectados. La funcionaria no divulgó los detalles.

Caracterización del brote

Se sabe que los afectados provenían del sector 10 de julio, callejón El Cambural, barrio La Pedrera, Antimano, en el sector nor-oeste del Distrito Capital. Las viviendas están construidas en pendiente, muchas de ellas improvisadas con cartones, techos de cinc, madera y otras con paredes de bloque no frías. Hay abundante vegetación con árboles frondosos y frutales. Hay una quebrada no enjaulada. Los habitantes carecen de servicios básicos de agua y disposición de excretas. Almacenan el agua en pipotes sin tapas donde proliferan larvas y pupas de zancudos. Son abundantes las moscas y se hallaron *Panstrongylus geniculatus*. Los casos iniciaron síntomas entre el 29 de marzo y el 30 de abril de 2010, entre los miembros de 6 familias que ocupan igual número de viviendas cercanas al callejón El Cambural. El brote fue explosivo, afectó a miembros de grupos familiares con viviendas cercanas y con poca diferencia de tiempo entre uno y otro caso. Por esta razón era razonable suponer una fuente común de alimentos sólidos o líquidos como fuente de infección. El mayor número de casos (n=9) ocurrió en la semana 14 y el primer fallecido en la semana 17, cuando finalizó el brote. Se trató de un niño de 14 meses cuyo síntomas se iniciaron el día 8 de abril y durante 21 días sufrió de fiebre y edemas en cara y extremidades. El 29 de abril fue llevado a emergencia del hospital Miguel Pérez Carreño en donde ingresó fallecido. Se estima que la duración total del brote fue de 6 semanas, se inició la semana 12, con fecha probable de exposición entre los días 24 y 25 de marzo, luego el período de incubación estimado no menor de 4 días y duración de unos 30 días que corresponden a la forma aguda de la enfermedad. Los menores de 15 años fueron los más afectados (78%) de los casos y el grupo de edad más numeroso fue el de 5 a 9 años (36,84%). 55% de los casos son varones, escolares. Las hembras, la mayoría de ellas (38% del total) son mujeres entre 25 y 44 años y son las madres de los niños enfermos.

De 18 casos evaluados clínicamente, 95 % de los enfermos presentaron fiebre, 70 % edema facial, mialgia, diarrea y tos seca entre 35% y 40%; edema de extremidades y somnolencia 20 %; astenia, incapacidad para la marcha y escalofríos en 15 %; náuseas o vómitos en 10%; taquicardia y palpitaciones 5 %. Por examen físico y ultrasonido, se demostró que 14 casos, (78%) desarrollaron hepatoesplenomegalia, 9 derrame pericárdico (50%); dos (11 %) derrame pericárdico severo y 1 (5,5%) crecimiento ventricular izquierdo. 78 % de los casos fueron confirmados mediante la demostración del *Tripanosoma cruzi* por dos técnicas. De 17 hospitalizados, 10 fueron dados de alta, 6 permanecieron estables y uno grave con severo derame pericárdico y falla cardíaca. No disponemos detalles del tratamiento recibido por los enfermos.

Se pudo constatar que todos los afectados consumieron helados caseros (conocidos como "teticas"), preparados con frutas (guayaba, parchita, piña y tamarindo) endulzados con azúcar que eran compradas a vendedores ambulantes en la calle principal de Antimano. Por descarte se excluyeron otros alimentos. Los helados eran preparados en la vivienda del caso primario, en una cantidad aproximada de 100 unidades diariamente. Cada bolsita de plástico contiene uno 100 gramos de helado. La preparación artesanal se llevaba a cabo en un espacio de 5 m x 2 m en la parte posterior de la casa; se iniciaba con el lavado de las frutas con agua y vinagre; luego se colocaban en una olla con abundante agua, cocinadas por 3-4 horas tapadas hasta reblandecer la fruta. Luego la olla era destapada y la pulpa de la fruta era enfriada a temperatura ambiente de día o de noche. Por lo general en las noches, se licuaba, colaba y almacenaba en las bolsas de plástico y luego llevadas al congelador. En el interior de esta vivienda se encontró un ejemplar de *Panstrongylus geniculatus* que resultó positivo para *Tripanosoma cruzi*.

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

b) Dengue

Hasta la semana 20 (16 al 22 de mayo) se acumularon 35.143 casos, más del doble que en el período correspondiente de 2009 (15.970) de ellos 3.547 hemorrágicos (10,1%), dos y media veces más que en el mismo lapso de 2009 (1.357). La razón de dengue/dengue hemorrágico fue de 10:1 El aumento en una semana fue de 2.637 casos (el mayor aumento intersemanal en el año), de los cuales 214 fueron hemorrágicos (8,1%). La tasa nacional de incidencia acumulada fue de 121,9 por 100.000 habitantes superada en 9 estados. 20 entidades federales se encuentran en epidemia. Los estados más afectados en esta semana son: Táchira 424 casos, Mérida 353, Miranda 330, Zulia 229, Lara 167 y Distrito Capital 170. En el Distrito Capital el número de casos acumulados es 10 veces mayor que en el período correspondiente de 2009. Mientras que en Mérida y Miranda es 8 veces mayor.

El Boletín Epidemiológico Semanal N° 20 del MPPS no divulgado, no reporta fallecidos en Venezuela por Dengue, aunque extraoficialmente, conocemos que han ocurrido decesos por esta causa. La Dirección Regional de Salud del estado Miranda reportó 6 fallecidos y la Dirección Regional de Salud de Táchira 2 fallecidos.

Los grupos de edad más afectados son los menores de 19 años, en especial aquellos de 10 y 11 años con una tasa de 220,3 por 100.000 habitantes, seguidos por los de 7 a 9 años con 207,3 por 100.000 habitantes y los menores de un año, con 206,5 por 100.000 habitantes. Este último grupo tiene también la tasa más alta de casos probables con dengue hemorrágico 38,1 por 100.000 habitantes. Se mantiene la circulación de los 4 serotipos de virus dengue, el serotipo 2 es el dominante; en la región central se han identificado los serotipos 1 y 2. Se conoce además que los índices aédicos nacionales promedio son muy elevados, por ejemplo, el porcentaje de casas con identificación de *Aedes aegypti* que no debe superar 1 %, fue superior a 34 % en 2006 y mayor de 13 % en los años 2007,2008 y 2009 por lo que puede esperarse un alto riesgo de transmisión de la enfermedad, por la elevada población de vectores, que debe incrementarse luego del comienzo de la temporada de lluvia.

En la última semana no han sido publicados documentos ni informes sobre la evolución de la epidemia. Una escueta información de la Viceministra de Redes interpelada en la Asamblea Nacional confirmó que la epidemia continúa sin descenso de las cifras, "al menos 1.600 casos se acumularon en una semana". Anunció que 5.000 promotores de salud se incorporarían al trabajo comunitario para promover acciones de vigilancia y control del vector.

Ha aumentado la campaña de educación y promoción de la salud en los medios masivos de comunicación. No se ha promocionado una campaña para estimular la donación voluntaria de sangre para garantizar las reservas de hemoderivados de los Bancos de Sangre, necesarios para la atención y tratamiento de los casos graves.

c) Malaria

En la semana del 16 al 22 de mayo se registraron 1.252 nuevos casos autóctonos y 31 casos importados se elevó la cifra de acumulados en el año a 21.601 casos (100,8% de incremento al comparar con 10.758 el período homólogo de 2009).

En lo que va de año Bolívar ha concentrado 19.750 91,07% de los casos que se han registrado en el país (1.150 casos en la última semana). Al comparar la cifras reportadas en el mismo período de 2009, la entidad bolivarenses concentró 7.403 casos de los 10.758 que se reportaron en todo el país. La transmisión de malaria se ha reportado en 10 estados, 50 municipios y 107 parroquias.

Otros estados con aumento del número de casos en comparación a las cifras de 2009 son: Delta Amacuro, n: 406, (50 en la última semana) 5 veces más, Zulia n:82 (14 en la última semana) 3,5 veces más. Mientras que en Anzoátegui, Amazonas y Sucre han descendido.

68,45% de los casos ocurrieron en varones (14.785) y 31,55% casos en hembras (6.816).

El Boletín Epidemiológico oficial, emanado del Ministerio para la Salud, describe al estado Bolívar en situación de "epidemia" malarica, dado el repunte desmesurado de los casos de paludismo, con 19.750 casos acumulados.

Los municipios Sifontes, Gran Sabana, Raúl Leoni, Cedeño, Sucre y Piar acumularon el mayor número de casos. En Delta Amacuro el municipio Antonio Díaz.

La incidencia parasitaria anual (IPA) del país se elevó a 10,5 por 1.000 habitantes en municipios con transmisión malarica. El índice de láminas positivas también se elevó a 13,92 %

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 2.587 casos confirmados y 135 fallecidos. En el año 2010 se han confirmado 48 casos.

En las últimas 7 semanas se ha identificado un aumento del número de casos con infecciones respiratorias, (7,4%) de incremento en la última semana. Los grupos más afectados son los de 1 a 4 años (22 %) y los de 25 a 44 años (16,1%). La mayoría de los casos han sido reportados en Distrito Capital, Miranda y Carabobo.

También el número de neumonías ha ascendido en las últimas 3 semanas (7,1%) de incremento en la última semana y en los mismos grupos etarios. Los estados con mayor número de casos en Zulia, Miranda y Amazonas.

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 sí lo han cumplido.

También se ha identificado un incremento importante de pacientes febriles en las últimas siete semanas y de diarreas en el mismo período.

e) Sarampión

En lo que va de año se han reportado 95 casos sospechosos, 31 descartados y 64 casos en investigación. Cantidad superior a la del año anterior. 4 estados reportaron casos sospechosos: Mérida, Miranda Sucre y Zulia. No se han reportado 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. (Ver sección IV)

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.**

III. Otros problemas de salud en Venezuela

a) Mortalidad materna

Durante la semana 20, del 16 al 22 de mayo se produjeron **4 muertes maternas en embarazadas entre 17 y 37 años.** Todas por condiciones prevenibles, entre ellas: eclampsia, CID, sepsis y neumonía. **El acumulado es de 131 muertes maternas, en el mismo período del año 2009 ocurrieron 121 muertes maternas. (8,3% de aumento). La tendencia es descendente en las 3 últimas semanas.** Zulia ha acumulado 18 muertes maternas y Anzoátegui 13. Los estados con mayor porcentaje de ascenso son: Amazonas, Aragua, Mérida y Miranda. 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 cumplir en 2015 los compromisos de las Metas del Milenio.

b) Mortalidad infantil

El acumulado de muertes infantiles en menores de un año es de **2.075, (5,8 %) superior a la alcanzada en el mismo período de 2009 (1.961).** Los estados con mayor número de muertes infantiles acumuladas son: Bolívar (220), Zulia (208), Anzoátegui (175), Carabobo (171) y Lara (142). En la semana se acumularon 78 muertes en menores de un año. Entre 0 y 27 días se acumularon el 70,8 % de las muertes cuyas causas principales fueron: sepsis, enfermedad de membrana hialina y prematuridad. Las muertes postneonatales sumaron el 19,2 % de las muertes. Los estados con mayor número de fallecidos: Zulia (11), Sucre (8), Anzoátegui (8) Táchira (6) y Lara (5).

IV. Alertas epidemiológicas y noticias de América Latina

<http://new.paho.org/>

IV. Alertas epidemiológicas y/o noticias de América Latina

<http://new.paho.org/>

OPS

Informe sobre Vacunación contra la Influenza Pandémica

Hasta el 28 de mayo de 2010 cerca de 400 millones de personas habían sido vacunados a nivel mundial, 61 millones en los Estados Unidos de Norte América hasta el 21 de mayo. 102 millones en América Latina y el Caribe. 29 países han cumplido con el Plan Continental de Inmunización, Venezuela, Haití, República Dominicana y Jamaica son los únicos países que no han iniciado la campaña de vacunación. (Véase Figura adjunta). Cuba y México alcanzaron las coberturas previstas. España realizó una oferta de donación de 4.113,870 vacunas a 7 países entre los que se encuentra Venezuela.

El informe sobre efectos adversos atribuidos a la vacuna (ESAVI) registra 5.395 eventos, 266 de ellos severos. 99 de esos fueron reacciones anafilácticas (0,3 por millón de dosis). Los valores esperados eran de 1 a 10 reacciones anafilácticas por millón de dosis. 26 casos de probable Síndrome de Guillain-Barre (SGB); diez de ellos fueron descartados, dos no tuvieron vinculación y los demás, 14 están en estudio. Estos resultados siguen confirmando la inocuidad y seguridad de la vacuna.

Actualización Regional Pandemia (H1N1) 2009 (Publicada el 1 de junio, 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 América del Norte, la actividad de enfermedad respiratoria aguda continúa estable y es menor de lo esperado en la mayoría de las áreas.
- En los países del Caribe, Cuba y Jamaica notificaron tendencias sin cambios de enfermedad respiratoria aguda.
- En América Central, El Salvador y Honduras reportaron tendencias decrecientes de enfermedad respiratoria aguda, mientras que Panamá reportó tendencia creciente.
- Los países de América del Sur notificaron tendencias decrecientes o sin cambios de enfermedad respiratoria aguda.
- Entre la SE 1 y 20 de 2010, en Colombia, Cuba, Guatemala y Jamaica predominó el virus pandémico. En Argentina y Paraguay se identificó principalmente virus sincicial respiratorio.
- Se notificaron 9 nuevas muertes confirmadas en 3 países; en total desde el inicio de la pandemia se han confirmado 8.410 fallecidos

La rápida evaluación de los daños está permitiendo enfrentar la emergencia en salud y acceso inmediato de la cooperación a Guatemala

Guatemala, 3 de junio de 2010 (OPS) - A cuatro días del paso de la tormenta Agatha y las secuelas de la erupción del volcán Pacaya en Guatemala, los equipos de evaluación y respuesta sanitaria, han logrado llegar a las áreas afectadas para hacer un recuento de los daños y dar atención inmediata a la población damnificada. La evaluación de esta emergencia permitirá desarrollar un sistema de cooperación rápida y eficiente al país.

Los últimos reportes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y de la Secretaría de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED) destacan 156 personas fallecidas, 100 personas desaparecidas, 55,614 damnificados, 76,391 personas ubicadas en 386 albergues, y 135,394 personas evacuadas. El Gobierno de Guatemala ha decretado Estado de Calamidad Pública para atender a la población inmediatamente.

Las inundaciones, deslaves y desbordamientos de ríos, tras la lluvia desatada por Agatha ha dejado secuelas en cientos de familias guatemaltecas que han perdido familiares, pero también ha dejado serios daños en la agricultura, en la red de comunicaciones y de la infraestructura pública. De esa cuenta, también se han dañado instalaciones de salud, servicios de la red de frío (que permite la preservación de las vacunas) y hay limitado acceso a los medicamentos.



Más

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2943&Itemid=1926&lang=es

En América Latina y el Caribe se observan pocos progresos en la reducción de muertes en el tránsito



Según un informe que acaba de publicar la Organización Panamericana de la Salud (OPS), solo un puñado de países de América Latina y el Caribe ha logrado reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en la última década, mientras que en Estados Unidos y Canadá la cantidad de defunciones por tránsito vehicular ha estado en constante baja en los últimos 30 años.

[Leer más...](#)

V. Alertas epidemiológicas y/o noticias del mundo

OMS www.who.org

ECDC www.ecdc.europa.eu

OMS revisará el caso nuevamente en julio Deciden mantener alerta de la pandemia de gripe A La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció hoy su decisión de mantener la alerta de pandemia de la gripe A, un año después de su entrada en vigor y de la adopción de medidas sanitarias excepcionales en todo el mundo para controlar su propagación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció hoy su decisión de mantener la alerta de pandemia de la gripe A, un año después de su entrada en vigor y de la adopción de medidas sanitarias excepcionales en todo el mundo para controlar su propagación. La directora general de la OMS, Margaret Chan, anunció que el Comité de Emergencia del organismo volverá a reunirse a mediados de julio para evaluar la situación.

La decisión adoptada hoy por Chan sigue a una reunión que mantuvo dicho Comité de Emergencia el pasado día 1 por teleconferencia.

Según las recomendaciones del Comité, "desde una perspectiva global, aunque continúa la pandemia, el periodo de actividad más intensa parece haber pasado en muchas partes del mundo".

Pero agregaron que "sigue siendo crítico que los países mantengan la vigilancia respecto a la pandemia".

Por ello, y tras estudiar las recomendaciones de los científicos, Chan decidió hoy no levantar la alerta y convocar una nueva reunión del Comité de Emergencia para mediados de julio, "cuando ya esté disponible la información sobre la estación invernal de gripe del hemisferio Sur".

El virus AH1N1 se descubrió en abril de 2009 en Norteamérica y fue declarado el 11 de junio de ese año como la primera pandemia del siglo XXI debido a su rápida propagación geográfica y a los temores que generó por tratarse de un virus desconocido y con posibilidades de mutar.

Asimismo, se estableció que los grupos de riesgo no eran los habituales (ancianos), sino grupos de edad más jóvenes (incluso en buena salud), mujeres embarazadas y personas con problemas de salud crónicos, reseñó Efe.

Sin embargo, conforme transcurrían los meses se confirmaba que, globalmente, el virus tenía consecuencias moderadas y que su tasa de mortalidad era incluso menor a la de la gripe estacional.

El virus AH1N1 ha provocado en poco más de trece meses unos 18.000 decesos confirmados por pruebas de laboratorio, frente a las 500.000 muertes anuales que se atribuyen a la gripe estacional.

Pandemic (H1N1) 2009 - update 103

Weekly update

4 June 2010 -- As of 30 May, worldwide more than 214 countries and overseas territories or communities have reported laboratory confirmed cases of pandemic influenza H1N1 2009, including over 18138 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:

Active but declining transmission of pandemic influenza virus continued to be detected in parts of the Caribbean and Southeast Asia. In the countries of temperate southern hemisphere there is no evidence yet to suggest that the winter influenza season has begun, however there has been limited localized pandemic influenza virus transmission in Chile. In the rest of the world, overall pandemic influenza virus transmission remains low. Seasonal influenza B viruses are currently the predominant type of influenza virus circulating globally, although at low levels. Of note, during the later part of May 2010, low but significant levels of predominantly seasonal influenza H3N2 viruses have been detected in several countries of East Africa.

In the tropical zone of the Americas, the most active areas of pandemic influenza virus transmission continue to be in parts of the Caribbean. In Cuba, pandemic influenza virus transmission has begun to decline after plateauing since mid-April 2010. In both Costa Rica and Columbia, there has been persistence of low level circulation of pandemic influenza virus since the beginning of 2010. Sporadic detections of pandemic and other seasonal influenza viruses, particularly type B, have been reported from several countries in the region during May 2010. Other respiratory viruses, for example RSV, are known to be circulating to varying extents in different countries across the region.

In Asia, the most active areas of pandemic influenza virus transmission currently are in parts of South and Southeast Asia, particularly in Singapore and Malaysia, and to a lesser extent in Bangladesh. In Singapore, during the last week of May 2010, levels of ARI fell below the epidemic threshold and the proportion of respiratory samples testing positive for pandemic influenza fell from 39% to 29%. In Malaysia and Bangladesh, the numbers of new cases reported per week have been relative stable for the past 6 and 3 weeks, respectively, suggesting stable persistence of low level pandemic virus circulation during the past month in these areas. Very low levels of pandemic influenza virus also continue to circulate in parts of western and southern India, and in parts of Thailand. Sporadic detections of pandemic influenza virus have been reported in many countries across the region during the past month. In East Asia, overall influenza activity remains low, however, seasonal influenza B viruses continue to circulate at low and declining levels across the region. In Sub-Saharan Africa, active but declining levels of pandemic influenza virus transmission continue to be detected in parts of West Africa, most notably in Ghana. During the most recent reporting week, 15% of all respiratory samples tested positive for pandemic influenza virus in Ghana. Sporadic detections of seasonal influenza B continue to be reported in central Africa. Of note, low but significant numbers of seasonal H3N2 viruses were recently detected in Kenya (6 of 57 respiratory samples tested) and Tanzania (13 of 25 respiratory samples tested) during the most recent reporting week.

Overall, in the temperate regions of the northern and southern hemisphere, pandemic influenza viruses have been detected only sporadically during the past month. In the temperate southern hemisphere, Chile is the only country to recently report small number of pandemic influenza cases in a few areas of the country suggesting that overall transmission is currently limited. Other respiratory viruses, most notably RSV, are known to be circulating in Chile, Paraguay, and Argentina. There have been no recent detections of pandemic influenza virus in South Africa. In New Zealand and Australia, overall levels of ILI remain low; only sporadic detections of seasonal and pandemic influenza viruses have been recently reported in Australia.

The Global Influenza Surveillance Network (GISN) continues monitoring the global circulation of influenza viruses, including pandemic, seasonal and other influenza viruses infecting, or with the potential to infect, humans including seasonal influenza. For more information on virological surveillance and antiviral resistance please see the weekly virology update (Virological surveillance data, below).

Weekly update (Virological surveillance data)

Weekly update on oseltamivir resistance to pandemic influenza A (H1N1) 2009 viruses [pdf 18kb] *Countries in temperate regions are defined as those north of the Tropic of Cancer or south of the Tropic of Capricorn, while countries in tropical regions are defined as those between these two latitudes.

****Abbreviations: influenza-like-illness (ILI), acute respiratory infection (ARI), and severe acute respiratory infection (SARI)**
WHO Clinical Management Guidelines for Human Infection with Pandemic (H1N1), 2009:

WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses:

MAP OF INFLUENZA ACTIVITY AND VIRUS SUBTYPES (WEEK 20: 16 MAY - 22 MAY 2010)

[Map of influenza activity and virus subtypes \[png 259kb\]](#)

Description: Displayed data reflect the most recent data reported to Flunet (www.who.int/FluNet), WHO regional offices or on Ministry of health websites in the last 2 weeks. The percent of specimens tested positive for influenza includes all specimens tested positive for seasonal or pandemic influenza. The pie charts show the distribution of virus subtypes among all specimens that were tested positive for influenza. The available country data were joined in larger geographical areas with similar influenza transmission patterns to be able to give an overview (http://www.who.int/csr/disease/swineflu/transmission_zones/en)

Qualitative indicators (Week 29 to Week 20: 13 July 2009 - 22 May 2010)

The qualitative indicators monitor: the global geographic spread of influenza, trends in acute respiratory diseases, the intensity of respiratory disease activity, and the impact of the pandemic on health-care services.

[Human infection with pandemic \(H1N1\) 2009 virus: updated interim WHO guidance on global surveillance](#)

The maps below display information on the qualitative indicators reported. Information is available for approximately 60 countries each week. Implementation of this monitoring system is ongoing and completeness of reporting is expected to increase over time.

[List of definitions of qualitative indicators](#)

Geographic spread of influenza activity

[Map timeline](#)

Trend of respiratory diseases activity compared to the previous week

[Map timeline](#)

Intensity of acute respiratory diseases in the population

[Map timeline](#)

Impact on health care services

[Map timeline](#)

Laboratory-confirmed cases of pandemic (H1N1) 2009 as officially reported to WHO by States Parties to the IHR (2005) as of 30 May 2010

[Map of affected countries and deaths](#) The countries and overseas territories/communities that have newly reported their first pandemic (H1N1) 2009 confirmed cases since the last web update (No. 102): none.

The countries and overseas territories/communities that have newly reported their first deaths among pandemic (H1N1) 2009 confirmed cases since the last web update (No. 102): none.

Region	Deaths*
WHO Regional Office for Africa (AFRO) ***	168
WHO Regional Office for the Americas (AMRO)	At least 8410
WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO) **	1019
WHO Regional Office for Europe (EURO)	At least 4878
WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO)	1825
WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO)	1837
Total*	At least 18138

*The reported number of fatal cases is an under representation of the actual numbers as many deaths are never tested or recognized as influenza related.

**No update since 7 March 2010

***No update since 23 May 2010

La OMS lanza un llamado a proteger a las mujeres y las niñas del consumo de tabaco

El Día Mundial Sin Tabaco 2010 aborda los efectos nocivos de la publicidad del tabaco dirigida específicamente a las mujeres y las niñas.

28 DE MAYO DE 2010 | GINEBRA -- Para conmemorar el Día Mundial Sin Tabaco 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propugna la acción mundial para proteger a las mujeres y las niñas de la enfermedad y el sufrimiento causados por el consumo de tabaco.

Enlaces conexos

[Diez datos sobre el género y el tabaco](#)

[Iniciativa Liberarse del Tabaco](#)

[Género, Mujer y Salud](#)

[Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco](#)

«Las tendencias en algunos países son muy alarmantes», dijo la Directora General de la OMS, la doctora Margaret Chang. «El consumo de tabaco no es liberador ni glamoroso sino adictivo y mortal.»

La campaña de este año se centra en el tema «Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres» y aborda los efectos nocivos de la publicidad del tabaco dirigida específicamente a las mujeres y las niñas. También pone de relieve la necesidad de que los gobiernos prohíban por completo la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y eliminen el humo de tabaco en todos los lugares públicos y centros de trabajo, según lo dispuesto por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Aunque la mayoría de los consumidores de tabaco son hombres (las mujeres representan tan solo un 20% de los fumadores del mundo), hay indicios de que la epidemia de tabaquismo en las mujeres está aumentando en algunos países y algunas regiones.

Hace poco se estudiaron las tendencias del consumo de tabaco entre los jóvenes de 151 países, y en la mitad de ellos se constató que el número de chicas que fumaban era aproximadamente igual al de chicos que hacían lo propio. Incluso, en algunos países había más chicas fumadoras que chicos fumadores, entre ellos Bulgaria, Chile, Croacia, las Islas Cook, México, Nueva Zelanda, Nigeria la República Checa y el Uruguay.

Las mujeres representan un blanco importante para la industria tabacalera, que pretende captar nuevos consumidores para reemplazar a los que dejan de fumar o mueren prematuramente por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Esta es la principal causa de muerte evitable y cada año mata a más de cinco millones de personas, de las cuales 1,5 millones son mujeres.

«Sabemos que la publicidad del tabaco se centra cada vez más en las chicas», dijo el Subdirector General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, el doctor Ala Alwan. «Esta campaña pone de relieve las tentativas de la industria tabacalera por promover sus productos mortíferos asociando el consumo de tabaco con la belleza y la liberación.»

A menudo, más que fumar o mascar tabaco, la amenaza que se cierne sobre las mujeres es la exposición al humo de tabaco ajeno, principalmente exhalado por hombres. A nivel mundial, de las aproximadamente 430 000 muertes de adultos causadas cada año por el humo de tabaco en el ambiente, el 64% corresponde a mujeres. Las embarazadas y sus criaturas también son vulnerables al humo ajeno.

«Al hacer cumplir el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, los gobiernos pueden reducir el tributo de ataques cardíacos, apoplejías, cánceres y enfermedades respiratorias mortales o invalidantes, que cada vez son más frecuentes en las mujeres», dice el doctor Douglas Bettcher, director de la iniciativa de la OMS Liberarse del Tabaco.

La OMS hace un llamado a los gobiernos y el público para que exijan la prohibición de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; para que apoyen la sanción y la aplicación estricta de leyes que brinden una protección total contra el humo de tabaco en todos los lugares públicos y centros de trabajo; y para que adopten medidas a escala mundial para liberar a las mujeres del tabaco.

La conmemoración del Día Mundial Sin Tabaco 2010, el 31 de mayo, empezará en Tokio a las 10.00 horas (hora local) con una conferencia de prensa en el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón.

A las 14.30 horas (hora de Tokio) se celebrará un simposio sobre el tema del Día Mundial Sin Tabaco 2010, en el Centro Nacional del Cáncer, que es un centro colaborador oficial de la OMS. Allí se dará a conocer la monografía Women, Tobacco and the Tobacco Epidemic (La mujer, el tabaco y la epidemia de tabaquismo).

Para más información puede ponerse en contacto con:

Timothy A. O'Leary
Responsable de comunicación
Iniciativa Liberarse del Tabaco
Teléfono: +41 22 791 5539
Móvil: +41 79 516 5601
E-mail: olearyt@who.int
Monika Gehner
Funcionaria técnica
Género, Mujer y Salud
Teléfono: +41 22 791 3941
Móvil: +41 77 458 0320
E-mail: gehnerm@who.int
Dra. Adepēju Aderemi Olukoya
Funcionaria médica

Género, Mujer y Salud
Teléfono: +41 22 791 3306
Móvil: +41 79 217 3489
E-mail: olukovaa@who.int

VI. OTROS

Alerta y Respuesta Mundiales (GAR)

[Actividades en los países](#) | [Noticias sobre brotes epidémicos](#) | [Recursos](#) | [Centro de prensa](#)

[OMS > Programas y proyectos > Alerta y Respuesta Mundiales \(GAR\) > Brotes epidémicos](#)

Contenido principal

Brotes epidémicos

27 de mayo de 2010

Fiebre amarilla en el Camerún

12 de mayo de 2010

Fiebre del Valle del Rift en Sudáfrica — Actualización N.o 2

6 de mayo de 2010

Gripe aviar: situación en Indonesia

4 de mayo de 2010

Fiebre del Valle del Rift en Sudáfrica — Actualización

- [Archivos anuales](#)

- [Archivo de enfermedades - en inglés](#)

- [Brotes de enfermedades por países - en inglés](#)

- [Las noticias a través de RSS](#)

Ana Coromoto Carvajal

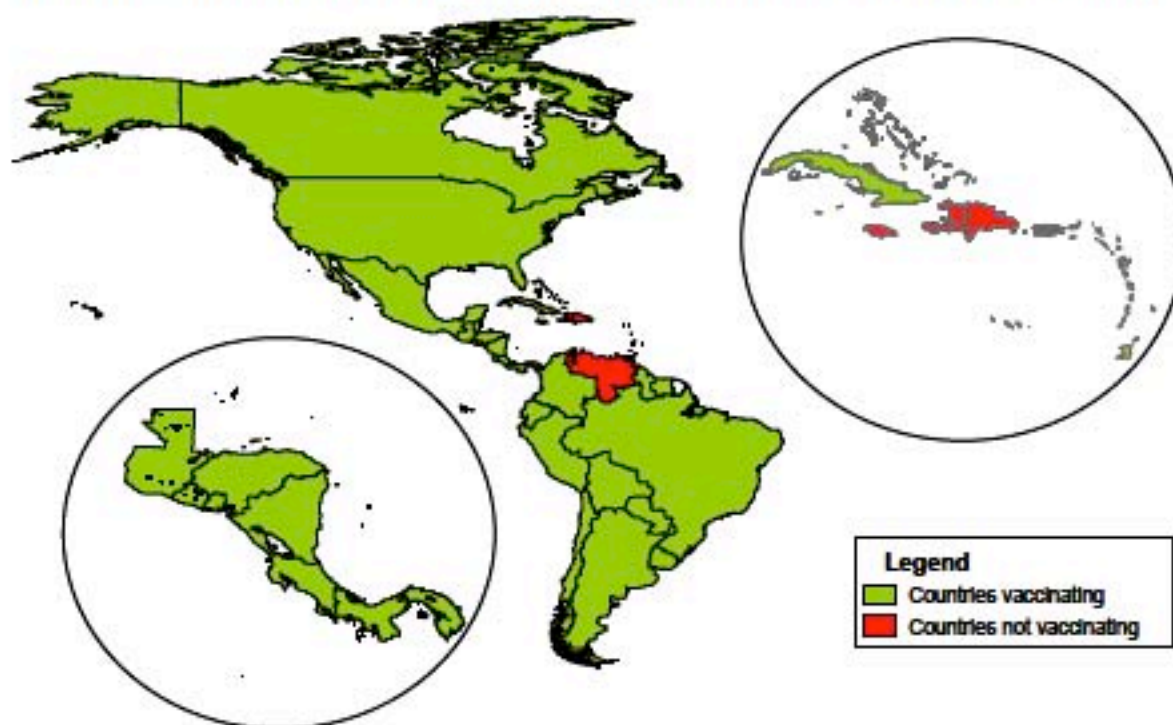
Tlf:0414 2130909



Report on the Progress of Pandemic Influenza (H1N1) Vaccination in the Region of the Americas 28 May 2010

1) Advances in Vaccination Campaigns

Figure 1. Vaccination against Pandemic Influenza (H1N1) in the Americas.



Twenty-nine countries in the Region of the Americas have initiated the vaccination of risk groups including: Anguilla, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolivia, Brazil, Cayman Islands, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexico, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Suriname, Trinidad and Tobago, United States and Uruguay. In Latin America and the Caribbean (LAC) approximately 102 million doses have been administered; in the United States, 61 million doses have been administered as of 21 May. Canada has also distributed approximately 24 million