

BROTOS EPIDÉMICOS: ACTUALIZACIÓN MARZO 2006.
OMS (Organización Mundial de la Salud).

GRIPE AVIAR EN INDONESIA:

Las autoridades sanitarias indonesias han declarado en este mes 2 nuevos casos de gripe aviar en humanos ambos fallecidos. Con ello, este país suma 29 casos, 22 de ellos fallecidos.

En todos, se ha confirmado la presencia de aves muertas en los alrededores del domicilio de los afectados. Uno de ellos, es una niña de 12 años de Boyolali (Central Java), era hermana de un chico fallecido en febrero, aunque se atribuyó la muerte a Dengue Hemorrágico.

Se ha observado un incremento de aves muertas en Java Central y de Este.

GRIPE AVIAR EN CHINA:

En este mes de febrero, China ha declarado dos nuevos casos de gripe aviar aunque han fallecido 3 pacientes por este motivo (uno de ellos ya se había confirmado anteriormente). Representan ya 16 casos, 11 de ellos fallecidos.

Uno de los casos, en un hombre de 32 años sin historia de exposición laboral a aves que residía en Guangdong, provincia que no ha declarado brotes en aves, se está investigando la posible fuente de infección.

GRIPE AVIAR EN IRAQ:

No se han declarado en este mes de Marzo nuevos casos humanos.

GRIPE AVIAR EN TURQUIA:

No se han declarado en este mes de Marzo nuevos casos humanos.

GRIPE AVIAR EN AZERBAIJAN:

Salyan Rayon está localizado en zonas húmedas frecuentadas por aves migratorias, donde se han visto aves muertas, sin causa confirmada. La alarma salta cuando dos mujeres de 17 y 20 años mueren en Daikyand, por patología respiratoria aguda. Se han enviado muestras para confirmar o descartar la gripe aviar como causa del fallecimiento. Actualmente existen 8 personas en observación, ya que se ha practicado una búsqueda puerta a puerta de pacientes con síntomas respiratorios o fiebre. Seis de ellos, presentaban síntomas moderados y han presentado una buena recuperación, otro paciente de 16 años está grave y permanece ingresado y aislado. Posteriormente se ha conocido que el octavo caso, falleció a mediados de mes.

En el informe de la OMS posterior, se han confirmado H5N1 en los tres casos fallecidos.

Las autoridades sanitarias han iniciado una respuesta eficiente y precoz, aunque mermada por la falta de recursos de equipamiento esencial y de capacidad diagnóstica adecuada. La OMS ha enviado un equipo para dar soporte técnico al personal sanitario local.

Azerbaijan confirmó, desde mediados de febrero, la presencia de H5N1 en aves salvajes en la costa cerca de Baku, en granjas de Khyzy (noreste del país) y Bilasuvar (cerca de Salyan); como respuesta a estos hallazgos, se han sacrificado cerca de 300.000 aves.

El 21 de Marzo, los casos ya suman 7, 5 de ellos fallecidos.

GRIPE AVIAR EN CAMBOYA:

El Ministerio de Salud declara el primer caso humano confirmado, en este año, en Camboya. Se trata de una niña de 3 años de la provincia de Kampong Speu (al oeste de Phnom Penh). La niña falleció el 21 de Marzo. Semanas antes, en la misma localidad se observaron aves muertas, y se sabe que la niña había jugado con pollos, incluso alguno de ellos con signos de enfermedad.

Se están observando personas cercanas a la niña, así como, otras personas en contacto con las aves.

Este es el quinto caso del país, todos ellos fallecidos.

GRIPE AVIAR EN INDIA:

No se han declarado en este mes de Marzo nuevos casos humanos.

GRIPE AVIAR EN NIGERIA:

Las autoridades agrícolas nigerianas han declarado un brote de gripe aviar altamente patogénico (H5N1) en aves de granjas comerciales del país. Inicialmente se declaró en el estado de Kaduna, pero posteriormente se han declarado brotes en un total de más de 130 granjas de 11 estados (Kaduna, Kano, Plateau, Katsina, Bauchi, Yobe, Nasarawa, Abuja, Alambra, Benue y Rivers).

Se han iniciado medidas para el control de la infección y alrededor de 450.000 aves han fallecido o se han sacrificado desde el inicio del brote en Enero.

Asimismo, se ha diseñado un sistema de compensación a los granjeros por la pérdida de las aves.

No se han detectado hasta la fecha casos humanos, aunque se están analizando en la actualidad unas 60 muestras.

GRIPE AVIAR EN EGIPTO:

Durante este mes las autoridades sanitarias de Egipto han confirmado los primeros casos humanos de gripe aviar.

En total son 5 pacientes afectados, dos de ellos fallecidos.

Los casos fallecidos, son dos mujeres de 30 años, residentes en Qaliubiya (cerca del Cairo).

Los tres restantes, un hombre de 32 años que trabaja en una granja donde se sacrificaron aves, un niño de 17 años cuyo padre trabajaba en un granja de aves en Gharbiya (Delta del Nilo) y una niña de 18 años de Kafr El-Sheikh que tenía aves en el patio trasero su casa.

Las muestras de todos los afectados, se han enviado a un centro del Reino Unido para que confirme los resultados hallados en centros locales.

Las autoridades controlan más de 300 personas con contactos con aves enfermas o muertas

GRIPE AVIAR EN GARDUÑAS.

Las autoridades alemanas han declarado el caso de una segunda especie de mamífero afectado por H5N1, se trata de una garduña. Se halló, en la isla báltica de Ruegen, viva pero severamente enferma, se sacrificó al animal y se recogieron muestras para su análisis, demostrándose la infección por H5N1. La garduña es un mamífero predador nocturno, con hábitos alimentarios similares a los gatos, con lo que se presume que la infección es por consumo de aves infectadas.

En esta misma isla, la gripe aviar ha afectado a cisnes salvajes, patos, gansos y aves de rapiña

En dicha isla, han fallecido 3 gatos domésticos en los que los tests posteriores resultaron positivos para H5N1.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN KENIA:

Desde primeros de enero hasta finales de febrero, se han declarado 74 casos, 15 de ellos fallecidos en 4 provincias (Alale, Chepareria, Kachelila y Kasei) cerca de la frontera de Uganda.

Se ha confirmado *N. meningitidis* W135 y la comunidad internacional ha enviado 200.000 dosis de vacuna trivalente, además de cloramfenicol. La campaña de vacunación la llevará a cabo el ministerio de salud junto con médicos sin fronteras, OMS y UNICEF.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN NIGER:

Durante todo el mes de enero se han declarado 614 casos sospechosos de enfermedad meningocócica en Níger con 44 fallecidos. Estos casos se distribuyen en 8 distritos del país, añadiéndose, Madarounfa y Guidan-Roundji. Se han aislado en más de 40 muestras de LCR *N. meningitidis* serogrupo A. Se han enviado a la zona más de 750.000 dosis de vacuna bivalente y 7800 viales de cloramfenicol.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN ÁFRICA:

Durante las primeras de semanas de 2006, se han producido brotes en 32 distritos de 7 países de África. En total, existen 5719 casos sospechosos, con 580 fallecidos declarados a la OMS. Existen dos focos:

- Oeste de África: (Burkina Faso, Costa de Marfil, Mali y Níger). Predomina *N. meningitidis* serogrupo A.
- Este de Africa: (Kenia, Sudan, Uganda). Causada principalmente por *N. meningitidis* serogrupo W135.

País	Casos	Fallecidos	Patógeno principal
Burkina Faso	3636	399	<i>Nm A</i>
Costa de Marfil	130	40	<i>Nm A</i>
Kenia	74	15	<i>Nm W135</i>
Malí	160	9	<i>Nm A</i>
Níger	614	44	<i>Nm A</i>
W. Sudán. Dafur	28	1	<i>Nm W135</i>
Otros estados de Sudán	526	23	<i>Nm A</i>

Uganda (distrito Gulu)	37	5	Nm W135
Uganda (otros)	514	44	Nm A
Total	5719	580	

Las mayores campañas de vacunación se están llevando a cabo en:

- Burkina Faso: Se han declarado 3636 casos sospechosos, con 399 fallecidos (tasa de letalidad 11%). La epidemia afecta a 12 distritos. Se han analizado muestras de 115 LCR que han sido positivas por *N. meningitidis A*. Se han enviado a la zona 1.800.000 dosis de vacuna bivalente AC.
- Dafur. (Sudán): Se han declarado hasta el 10 de Marzo, 28 casos sospechosos, con un fallecido (tasa de letalidad 4%). Los análisis han demostrado *N meningitidis W135*. Se han enviado 102.375 dosis de vacuna trivalente ACW.
- Uganda (Distrito de Gulu): Desde el 9 de Enero hasta el 6 de Marzo se han declarado 37 casos con 5 fallecidos (tasa de letalidad 13.5%). Se han analizado 7 muestras de LCR, siendo 4 positivas para *N meningitidis W135*. Se han enviado a la zona 360.000 dosis de vacuna trivalente W135.

CÓLERA EN SUDÁN:

Desde el 28 de Enero, se han declarado un total de 8923 casos de diarrea acuosa por *Vibrio Cholera* en dos grandes ciudades al sur de Sudán (Juba y Yei). De los casos, 238 pacientes han fallecido, lo que supone una tasa de letalidad del 2.67%. En la actualidad la situación en estas dos ciudades parece estable, con una disminución de los nuevos casos en los últimos días.

Pero, en otras localidades, se han producido 2573 casos de diarrea acuosa por *Vibrio Cholera Inaba*. De éstos, han fallecido 96 pacientes (tasa de letalidad: 3.73%).

CHIKUNGUNYA EN LA ISLA REUNIÓN.

Entre 28 de Marzo de 2005 hasta el 19 de febrero se han declarado 3115 casos de Chikungunya en Isla Reunión; sólo en la semana del 27 de febrero al 5 de marzo se han declarado 196 nuevos casos. Modelos matemáticos estiman que las personas infectadas podrían ser 204.000 desde marzo de 2005. Otros países del suroeste del océano Pacífico han notificado casos, se trata de Mauricio con 6000 casos (1200 confirmados en laboratorio), Mayotte con 2833 casos y Seychelles con 8818 casos. Diferentes países europeos han visto casos importados: Francia (160 casos importados), Alemania, Italia, Noruega y Suiza.

Además, desde inicio de año, 25 pacientes han presentado síntomas de dengue, confirmados por pruebas de laboratorio. De estos pacientes, 5 presentaban co-infección chikungunya – dengue.

Asimismo, en India entre diciembre de 2005 hasta febrero de 2006 se ha declarado un brote de chikungunya con casos esporádicos de dengue. En total se han declarado 5671 casos de pacientes con fiebre y artralgias en Andhra Pradesh, 2000 casos en Malegaon (Maharashtra) y 4904 casos en Orissa.

DENGUE EN MADAGASCAR Y MALDIVAS:

En la ciudad portuaria de Toamasina (Madagascar) se ha declarado un brote de dengue, además en esta misma zona se han visto casos esporádicos de Chikungunya.

Maldivas, ha declarado desde principios de año, 602 casos de dengue (con 64 casos de dengue hemorrágico y 9 casos del síndrome-shock por dengue).

Los virus de Chikungunya y Dengue se transmiten por la picadura de un mosquito infectado. En la Isla Reunión, Mauricio, Seychelles y la costa este de Madagascar no existe el *Aedes aegypti* o su presencia es muy escasa en las cercanías de las casas, por otra parte el *Aedes albopictus* es abundante y puede representar el único vector en estas islas. En Maldivas, el *Aedes aegypti* se cree que es el principal vector. Ambos pican sobretodo durante el día, sobretodo en las primeras horas del amanecer y las 2-3 horas antes del atardecer. El *Aedes albopictus* es más activo fuera de casa, mientras que el *Aedes aegypti* es más activo dentro de casa.

El control del vector es la principal actividad para el control del brote. Cerca de las casa, las dos especies se multiplican en aguas estancadas, sobretodo en contenedores artificiales. Para el control del mosquito, se deben eliminar, vaciar, limpiar y tratar con insecticidas los sitios de reproducción del mosquito. Durante las epidemias, los insecticidas también se usan en spray para matar los mosquitos adultos.

POLIOMIELITIS EN SOMALIA:

Se han declarado dos nuevos casos de polio en Lower Juba (sur de Somalia) y en Mudug (noreste). Estos nuevos casos amenazan el progreso que se había realizado en Mogadishu, declarado formalmente como el epicentro del brote, donde ha habido un total de 199 niños afectados, aunque en las últimas semanas la situación en esta ciudad ha mejorado.

Se han enviado vacunas para llegar a vacunar a 1.4 millones de niños, para intentar parar la propagación del virus y proteger los avances realizados en Mogadishu.

POLIOMIELITIS EN BANGLADESH:

Se ha declarado un caso de polio en Bangladesh, el primero desde Agosto de 2000. Se realizará una campaña de vacunación nacional a mediados de Abril.

BOTULISMO EN TAILANDIA:

El 17 de Marzo, se le notifica a la OMS un posible brote de Botulismo en la provincia de Nan (Norte de Tailandia). Los posibles afectados son 152 personas que estuvieron en un festival (el total de asistentes era de 170) y comieron conservas caseras de brotes de bambú.

Los pacientes desarrollaron síntomas (disfagia, disartria, ptosis, dolor abdominal, debilidad muscular...) 24-48 horas después de haber comido las conservas. Unas 100 personas han requerido ingreso, y de ellos 50 han necesitado intubación y soporte ventilatorio.

En los días posteriores, han llegado 80 dosis de antitoxina de diferentes países, ya que no todos los países la disponen, en concreto, han recibido 20 dosis del Reino

Unido, 50 del CDC de Atlanta y 10 de Sanofi-Pasteur Canadá; además estaban pendientes de recibir 23 dosis del instituto japonés de enfermedades infecciosas.