

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina. Escuela de Medicina
"Luis Razetti"
Departamento de Ciencias Fisiológicas
Cátedra de Fisiología Normal (0212) 605-3666 (0960)
La Cátedra de Fisiología Normal en el Marco
del Espacio
Ciencia y algo más...

Invita a la presentación de
"EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES
VACUNO-PREVENIBLES"
a cargo de...
Dr. Alejandro Rísquez.
(Jefe del Departamento de Salud Pública-UCV)

Viernes 22 de junio de 2018
Hora 12:30 pm.
Auleta "Dr. Eduardo Coll García". Salón 227
Cátedra de Fisiología
Instituto de Medicina Experimental (IME)





Epidemiología de las enfermedades vacuno-prevenibles. Venezuela, junio 2018



Alejandro Rísquez

Médico Pediatra Epidemiólogo

Profesor Titular

Jefe Departamento de Medicina

Preventiva y Social

Cátedra de Salud Pública

risqueza@gmail.com

AGENDA

- Éxitos de la vacunas
- Epidemiología
 - Difteria
 - Sarampión
 - Poliomielitis
- Conclusiones



El Programa de Erradicación de la Viruela (1966-1980)



Organización
Mundial de la Salud



Éxitos de las vacunas

ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA

CONTROL Y REDUCCIÓN

- ✓ POLIOMIELITIS
- ✓ TETANOS
- ✓ DIFTERIA
- ✓ TOSFERINA
- ✓ SARAMPIÓN
- ✓ FIEBRE AMARILLA
- ✓ RABIA



Directora de la OPS preocupada por brotes de sarampión y difteria en Venezuela

Jun 14 2018, 12:20 pm



La directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa Etienne, expresó este jueves en Caracas preocupación por los brotes crecientes de enfermedades como sarampión y difteria en Venezuela, que según el ente dejan 75 muertes desde mediados de 2017.

Vacunación



Impacto de las Vacunas en Las Américas

Enfermedad	Antes de las Vacunas	Después de las Vacunas	Logros
 Poliomielitis	 234.240 (1951-1955)	0 (1994-2014)	 ELIMINADA
 Sarampión	 1.004.272 (1980-1984)	 4.831 (2010-2015)	 ELIMINADO
 Rubéola	 370.567 (1997-2001)	 64 (2010-2015)	 ELIMINADA
 Neonatal Tétanos	 6.532 (1997-2001)	 110 (2010-2015)	 ELIMINADO
 Difteria	 22.238 (1997-2001)	 135 (2010-2015)	 CONTROLADA
 Tos Ferina	 459.717 (1997-2001)	 258.973 (2010-2015)	 CONTROLADA

Casos de Enfermedad



= 100.000



= 1.000



= 100

Fuente: Informes de los países a la OPS

?

?

Difteria

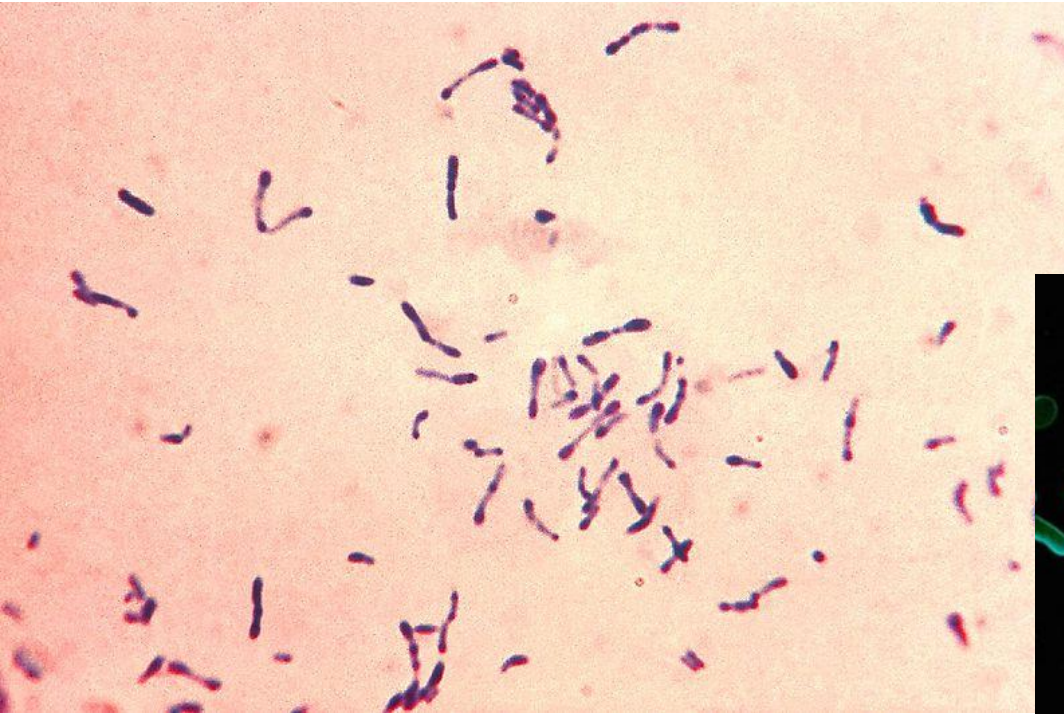


<http://2016.quepasa.com.ve/site/wp-content/uploads/2016/10/5c-1-750x400.jpg>

Corynebacterium diphtheriae, ó bacilo de Klebs-Löffler

Corynebacterium, *C. ulcerans* y *C. pseudotuberculosis*

Sólo las cepas toxigénicas = : enfermedad



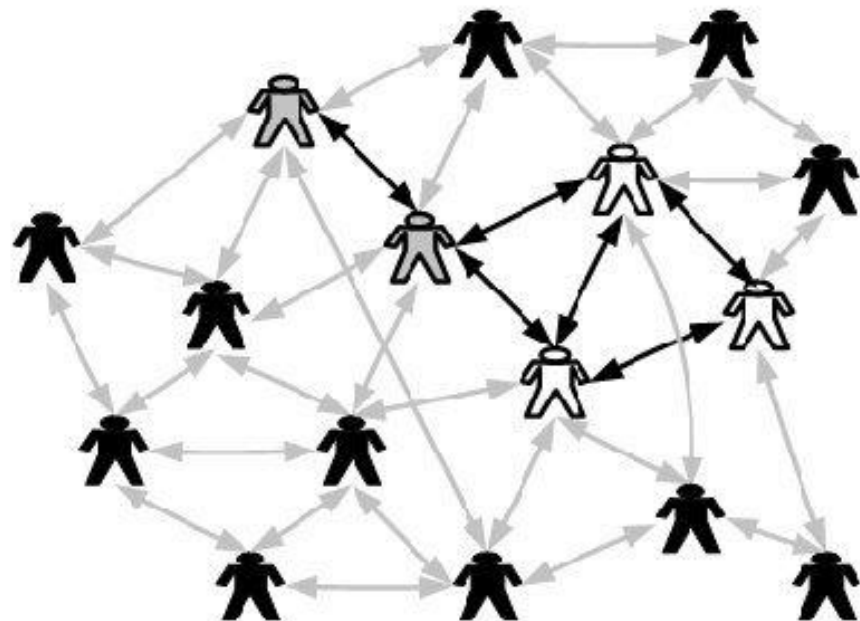
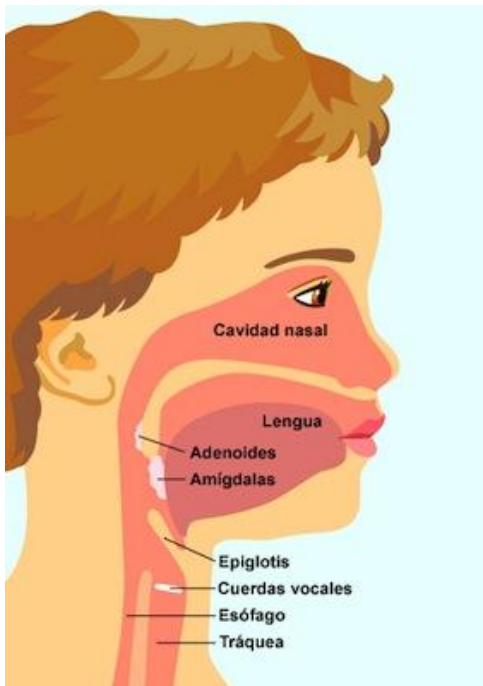
4 biotipos:
gravis, mitis, belfanti e intermedius

Difteria

- Reservorio: Exclusivo humano enfermos y portadores asintomáticos

Período incubación: 2 – 5 días (1-10 días)

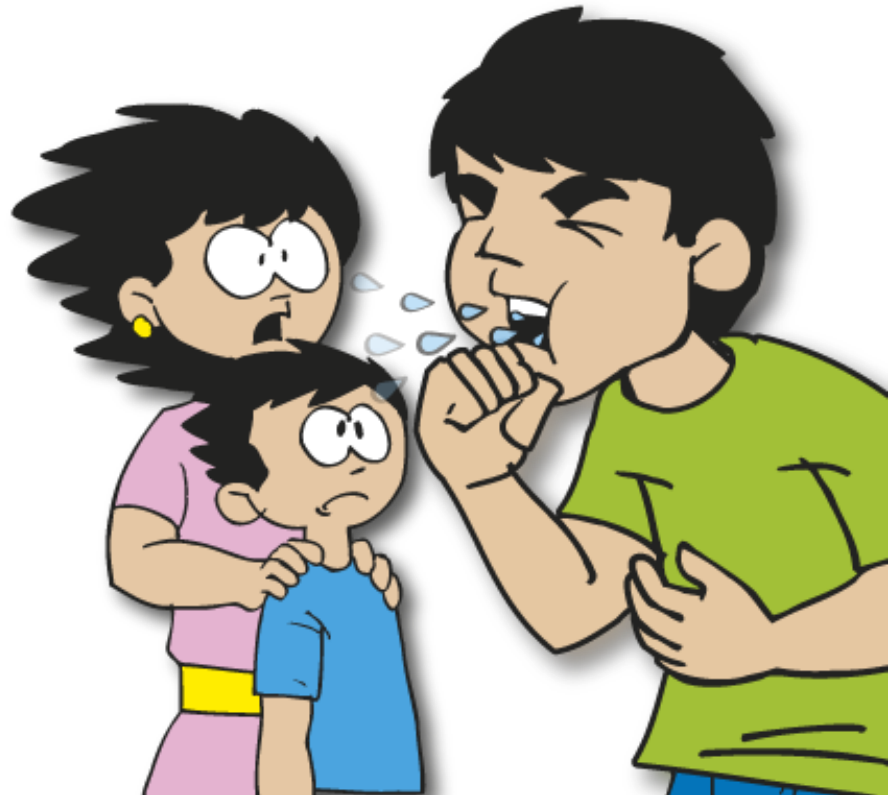
- Contagiosidad
 - rara vez más de 4 semanas.
 - Portadores crónicos hasta 6 meses.



Modo de transmisión

- respiratorio y contacto íntimo

- fomites raro



Muere un niño de 6 años por difteria en España

RedacciónBBC Mundo Junio 2015

Falleció en un hospital de Barcelona, el primer caso de esta enfermedad en España en casi 30 años.



8 de los 57 niños analizados por estar en contacto con el enfermo de difteria son **portadores de la bacteria**.

15% PORTADORES

Ninguno enfermo porque están vacunados, pero se les ha recluido en sus hogares y ya están siendo tratados con antibióticos.

Expresión clínica difteria

- Respiratoria.
 - Fosas nasales, farínge, larínge, amígdalas.
- Cutánea (piel)



Casos de la epidemia de difteria del Estado Bolívar, Venezuela 2016-2017

Figura N° 1



Foto: Cortesía de Dra. Cruz Cordero.
Adolescente femenino, con seudomembranas grisáceas en faringe, unilateral. Edema de cuello. Caso sospechoso de Difteria. Cd Guayana. Octubre de 2016.

Figura N° 2



Foto: Cortesía de Dra. Cruz Cordero.
La misma paciente, con 24 horas de evolución.

Figura N° 3



Foto: Cortesía Dra. Cruz Cordero.
Caso sospechoso de difteria. Paciente masculino adulto. Cd Guayana. Octubre de 2016

Complicaciones difteria

- más atribuibles a la toxina
- gravedad relacionadas con extensión local
- más frecuente miocarditis y neuritis
- **LETALIDAD 5% - 10% - 20%** (grupos vulnerables)

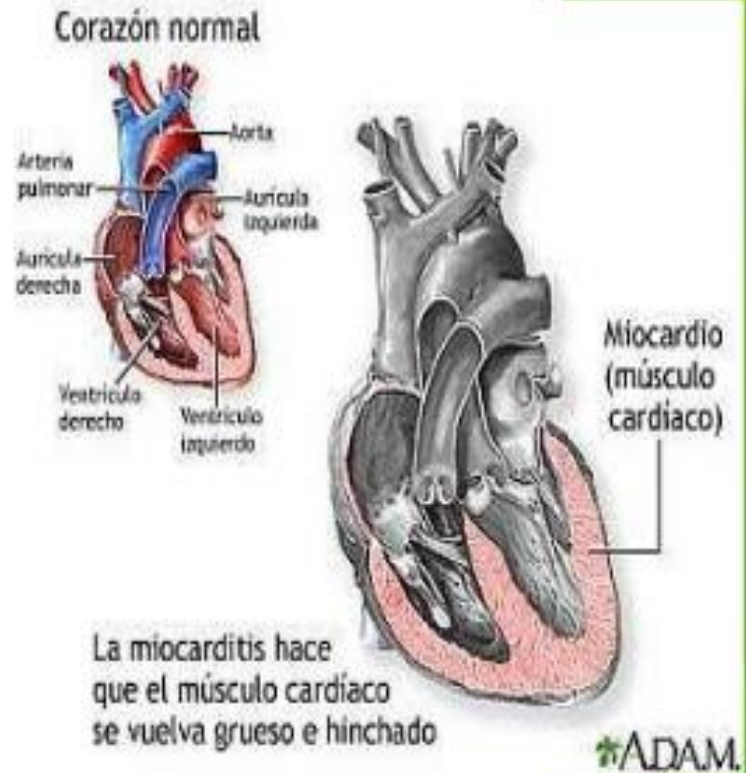


Cuello de toro: pacientes muy graves y tóxicos

CARDIOVASCULARES

Miocarditis

- ▶ Es la causa mas frecuente de muerte en la difteria
- ▶ La aparición ocurre en la tercer semana
- ▶ Alteraciones electrocardiográficas



Tratamiento

- **Antitoxina diftérica** DE INMEDIATO después de la prueba de hipersensibilidad, es crítico para la supervivencia.
- **Diagnóstico** a través de cultivo bacteriano
- **Antibióticos**
- Intervención específica de apoyo prestando especial atención a las **vías aéreas** (incluyendo traqueotomía, si es necesario)
- **Monitoreo cuidadoso de las alteraciones del ritmo cardíaco** u otras manifestaciones de miocarditis.

VACUNAS CONTRA LA DIFTERIA

Menores de 7 años de edad:

DTPc o DTPa para niños (dosis mayores 30 UI)

Viene combinada -pentavalente o hexavalente

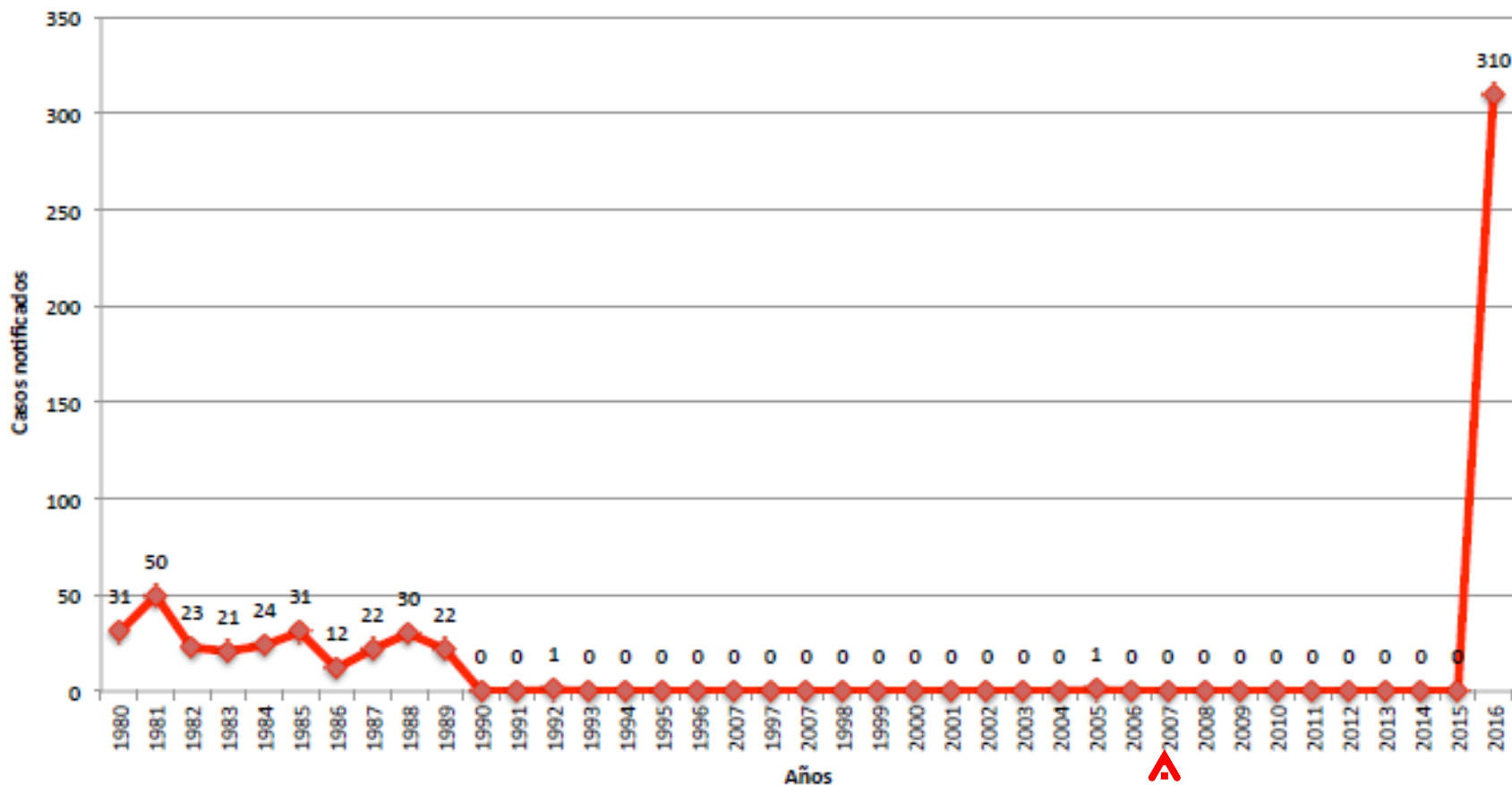
Los menores de 10 años deben recibir al menos 5 dosis.

Adultos, a partir de los 4 años usar dTpa o dT

dTpa (dosis bajas de Toxoide diftérico)

dTpa o dT para los adultos cada 10 años.

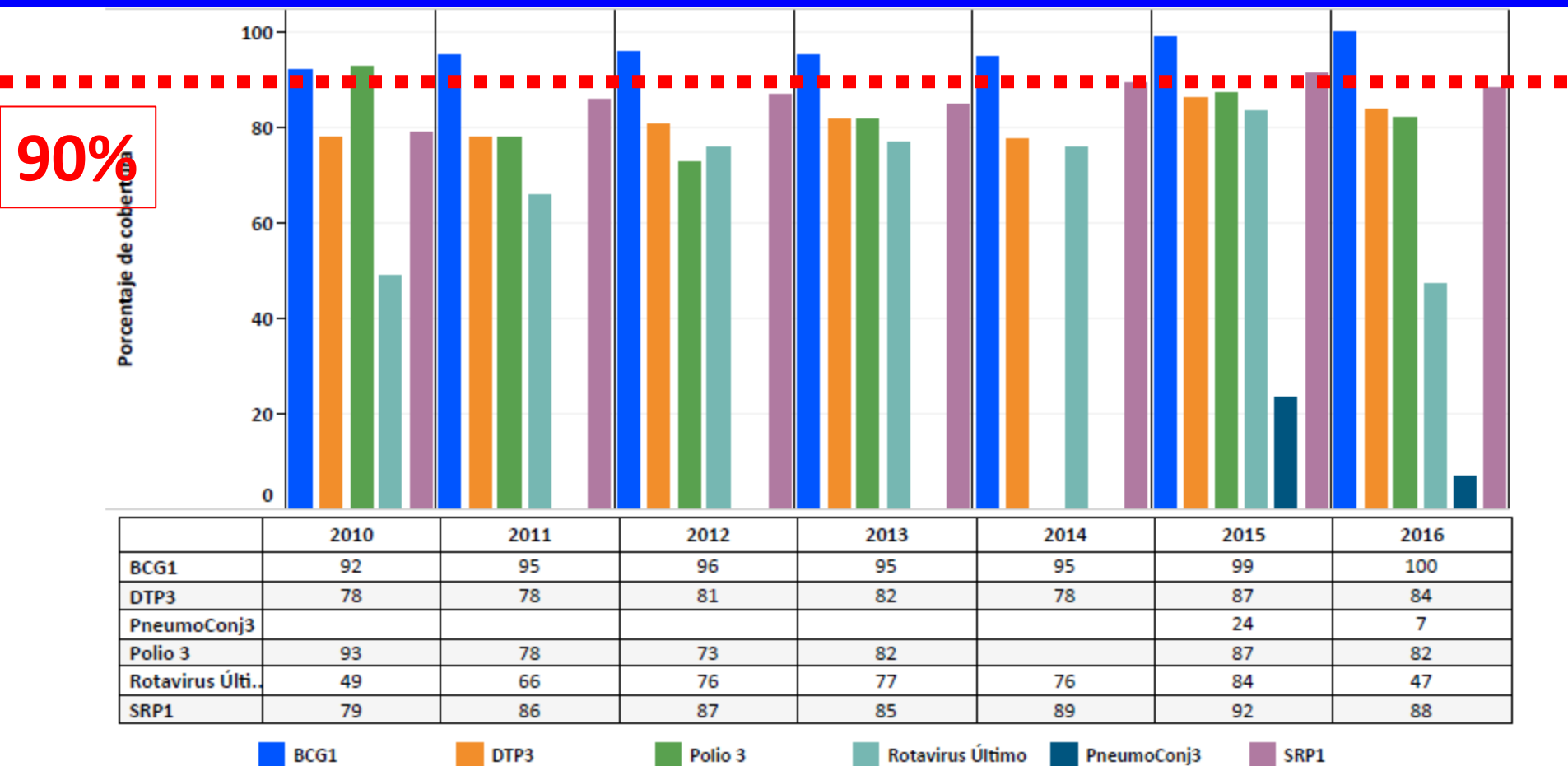
Casos de difteria en Venezuela 1980-2016



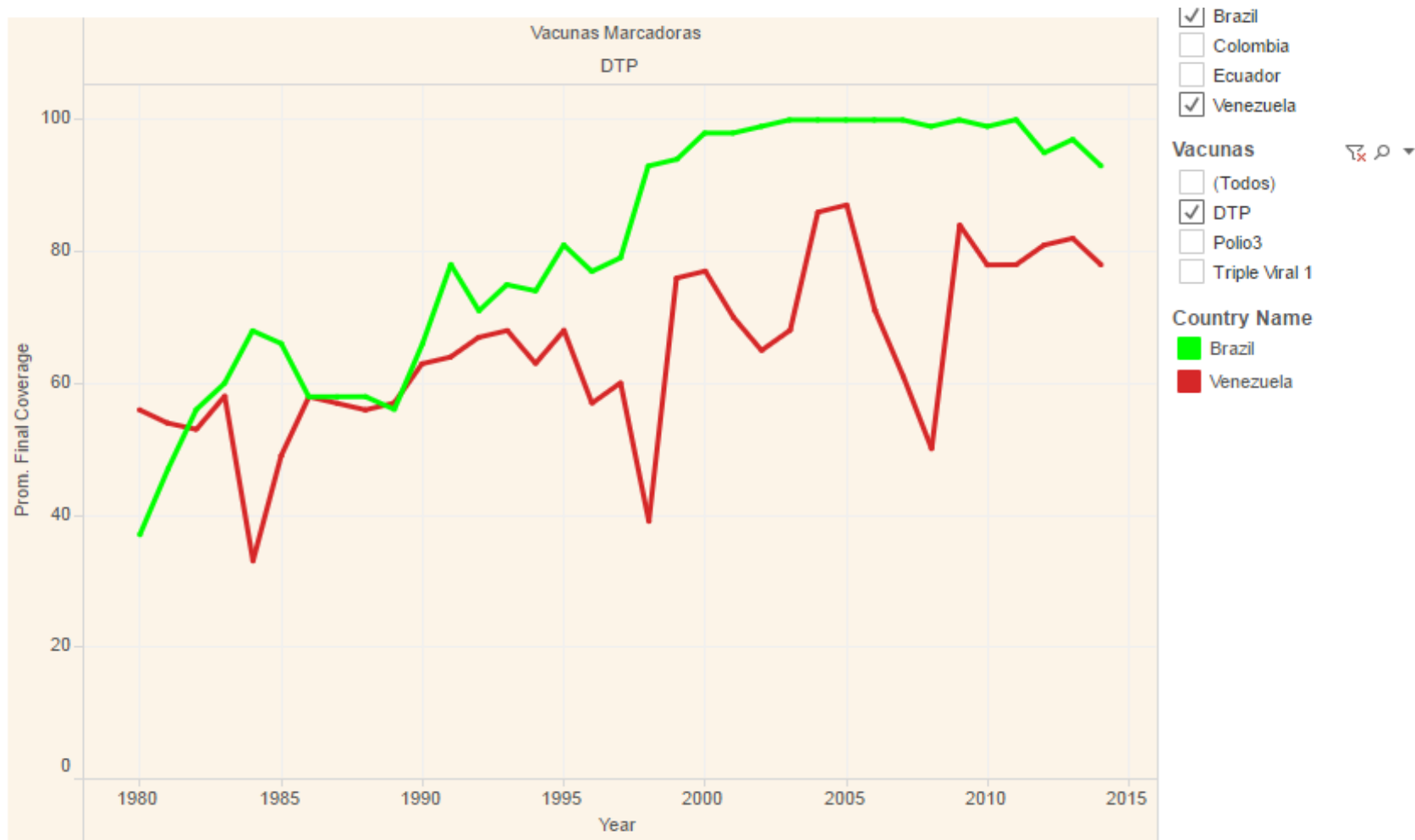
Fuentes: OPS http://ais.paho.org/hip/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp, 2016, MPPS, datos provisionales, no divulgados. Gráfico de elaboración propia, José Félix Oletta L.

1 caso OPS

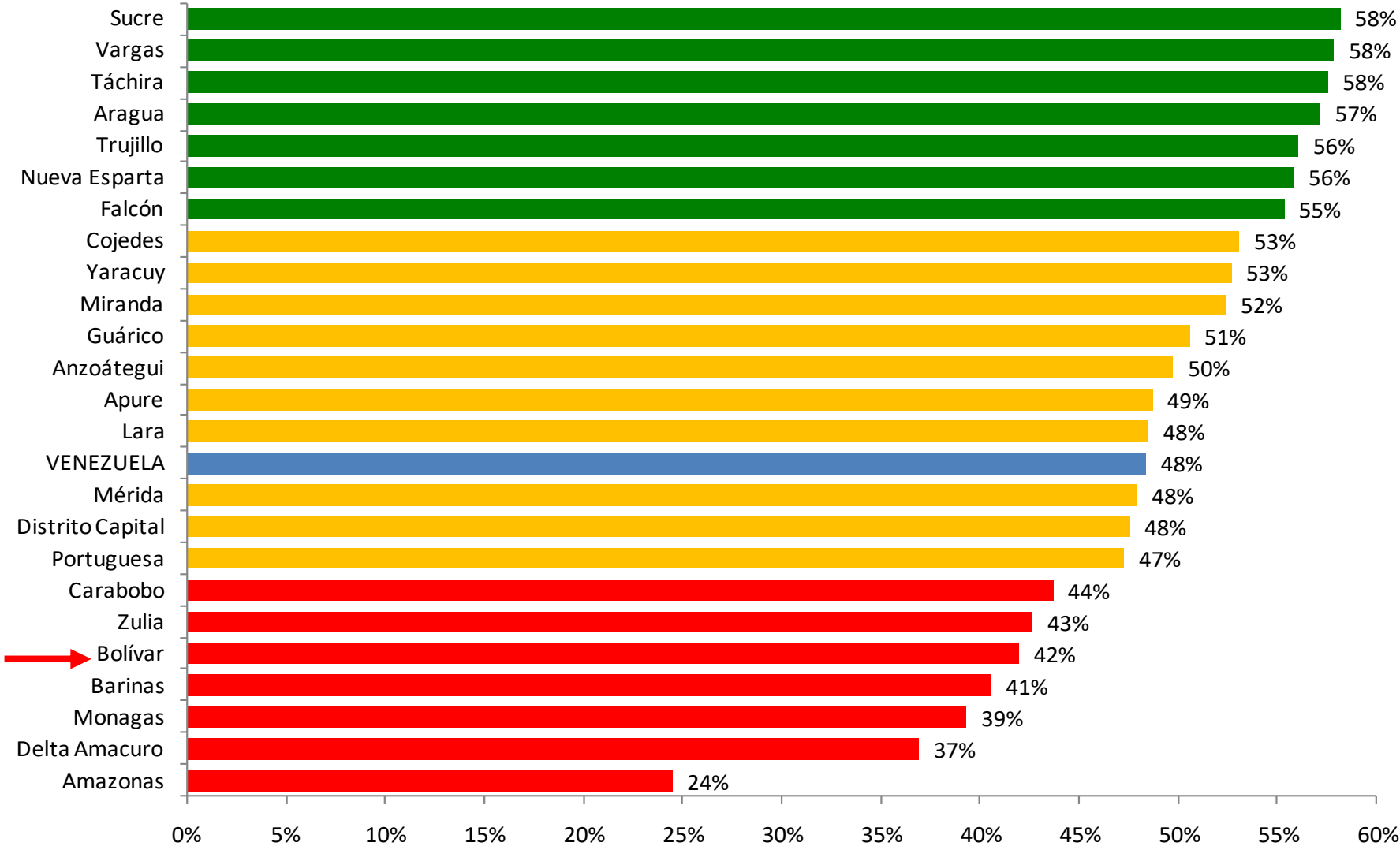
Cobertura inmunizaciones Venezuela 2010-2017



Cobertura de vacuna DTP Brasil y Venezuela 1980 a 2015



Coberturas de vacunación Penta3 según Estado y criterio de riesgo. Venezuela, Enero a Julio de 2016.





Segunda Alerta epidemiológica

26 de septiembre de 2016.

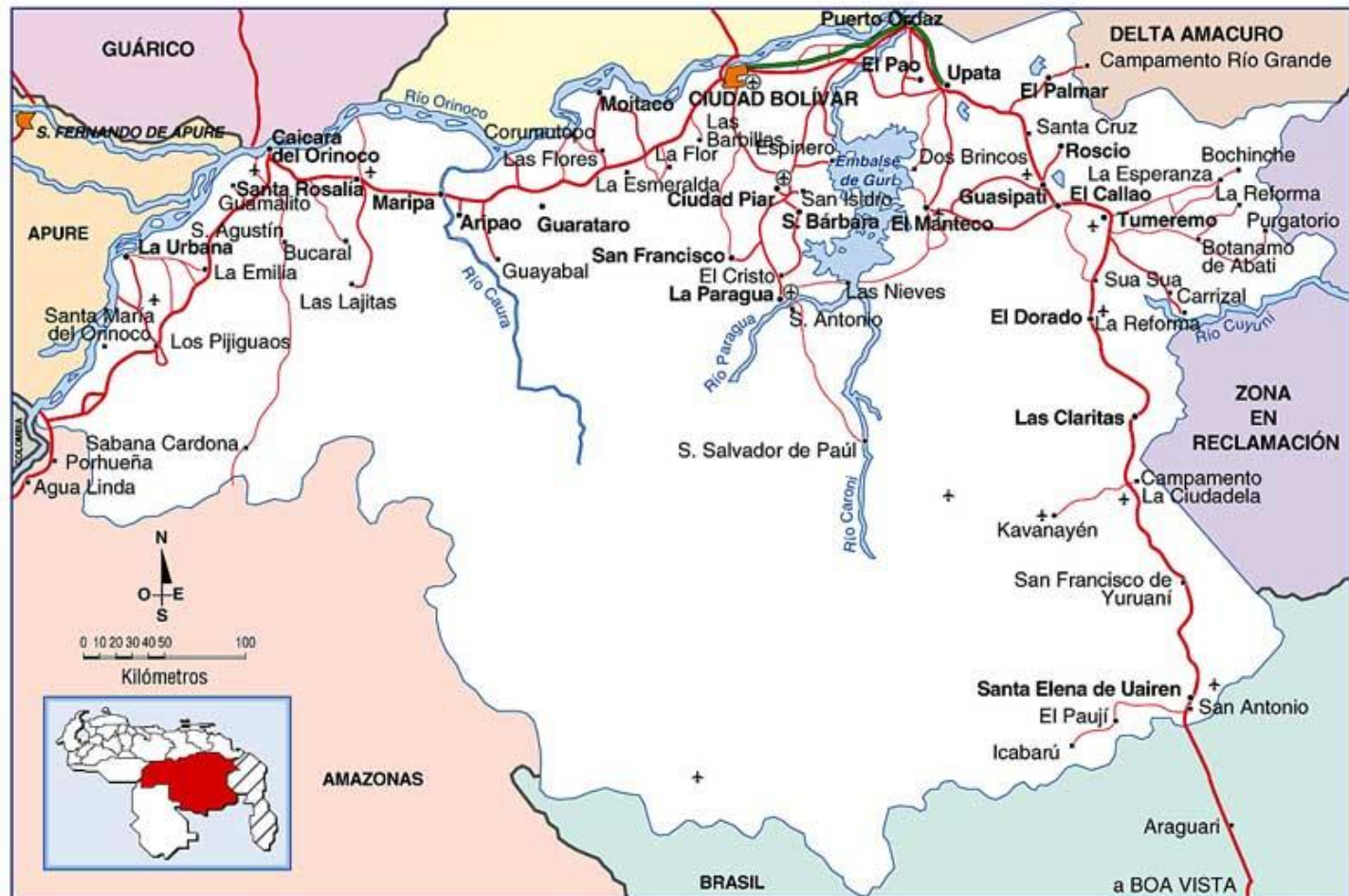
Posible Brote de Difteria en el Km 33, San Antonio de Roscio, municipio Sifontes del estado Bolívar. Venezuela

Presentación

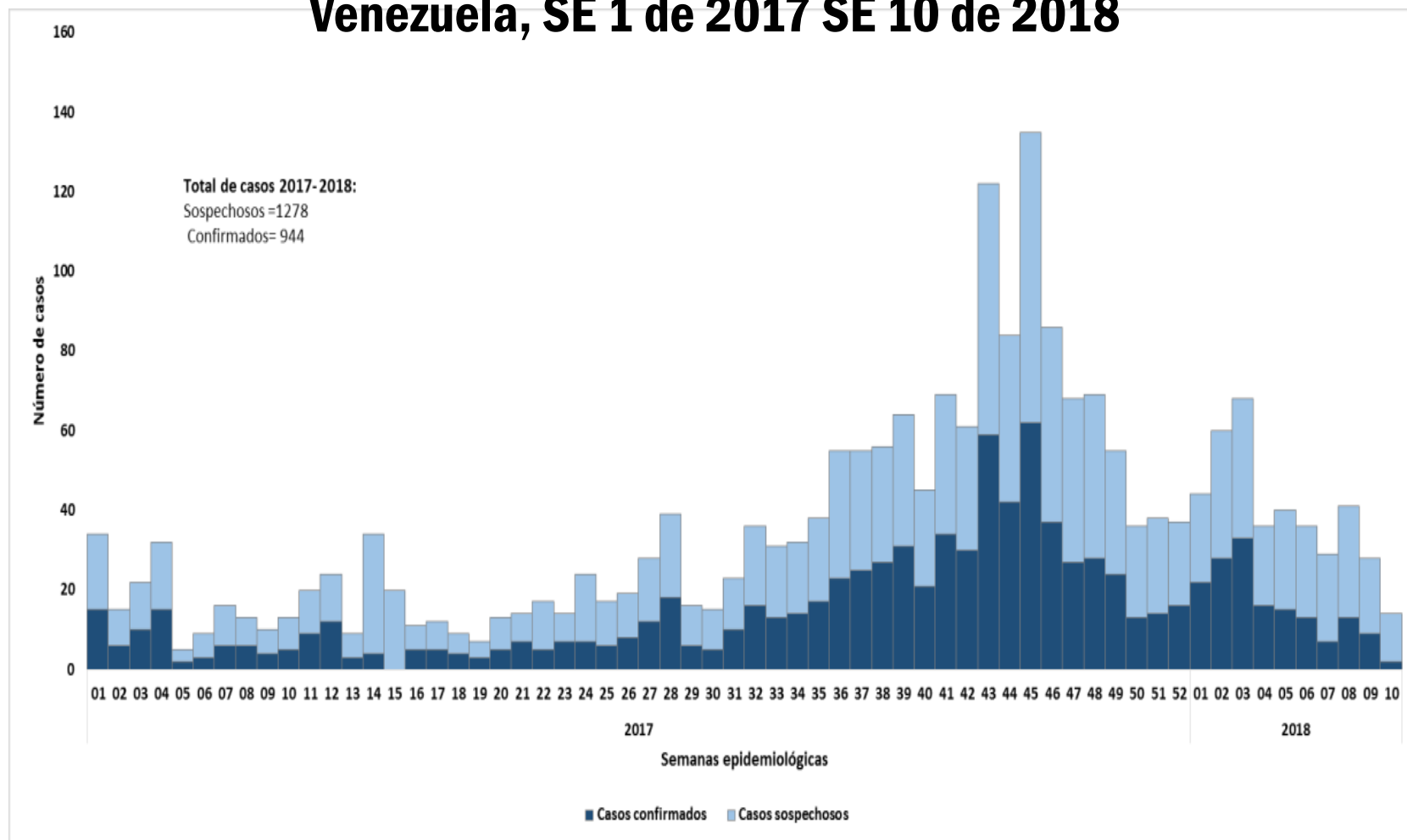
La presente información se realiza a raíz de la información extra oficial el día 17 de septiembre de 2016, de tres fallecidos procedentes del Km 33, San Antonio de Roscio, comunidad del pueblo Pemón, Municipio Sifontes, del estado Bolívar. Se trata de tres niños (desconocemos la edad), quienes han

Reportan tres casos sospechosos de difteria en Bolívar

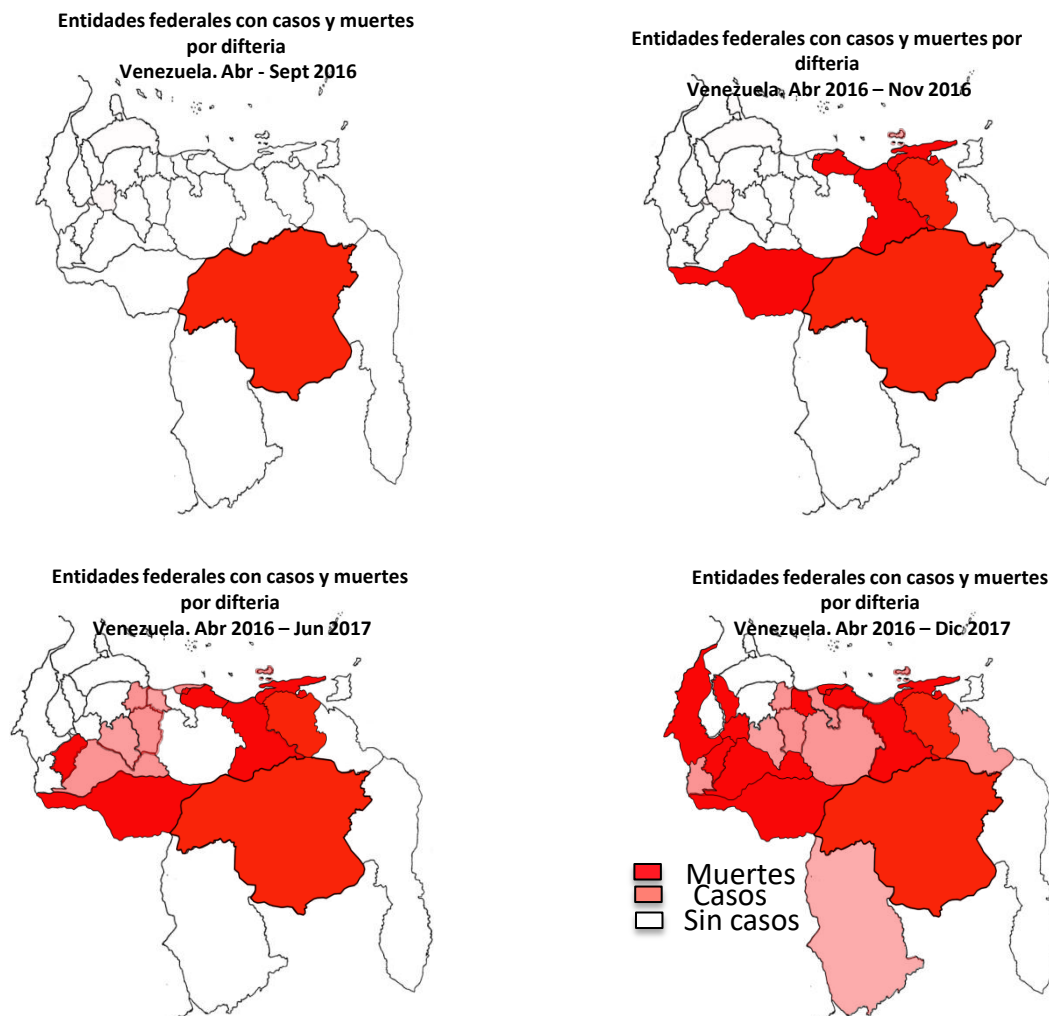
tres niños que vivían en el kilómetro 88 de ese estado.



Distribución de casos sospechosos y confirmados de difteria según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Venezuela, SE 1 de 2017 SE 10 de 2018



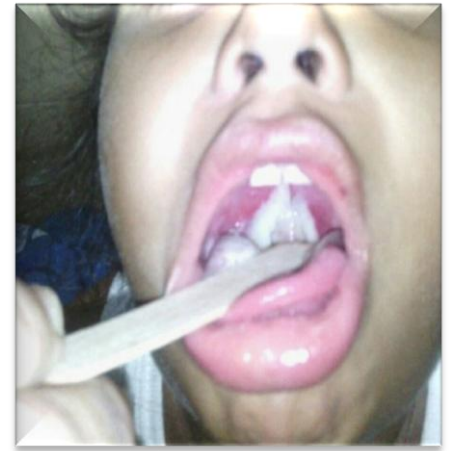
Diseminación de la epidemia de difteria en Venezuela, abril de 2016 a diciembre de 2017



Fuente: MPPS. Datos no divulgados. Gráfico de elaboración propia. José Félix Oletta L.

Venezuela en 2018:

Difteria



- Hasta la SE 10 de 2018 se notificaron **1.602** casos sospechosos (324 casos en 2016, 1.040 en 2017 y 238 en 2018), de los cuales 976 fueron confirmados por laboratorio (314) o nexo epidemiológico (662) y
- **142** fallecieron (17 en 2016, 103 en 2017 y 22 en 2018);
- **tasa de letalidad acumulada de 14.5%.**

SARAMPIÓN



Hacia la eliminación mundial del sarampión 2012-2020



https://www.google.co.ve/search?rlz=1C1SKPL_enVE445&biw=1366&bih=613&tbm=isch&sa=1&q=virus+del+sarampion&oq=virus+del+sarampion&gs_l=psy-ab.1.0.0l3j0i67k1l2j0i5i30k1l4j0i24k1.7242.8664.0.10244.10.10.0.0.0.307.1307.0j5j1j1.7.0....0...1.1.64.psy-ab_5_5_886_0i7i30k1i0i13k1i0i8i7i30k1i0i7i5i30k1i0i8i13i30k1_0_3hT1GeZ51vA#imgrc=KtcV7hs3F4cvdM:

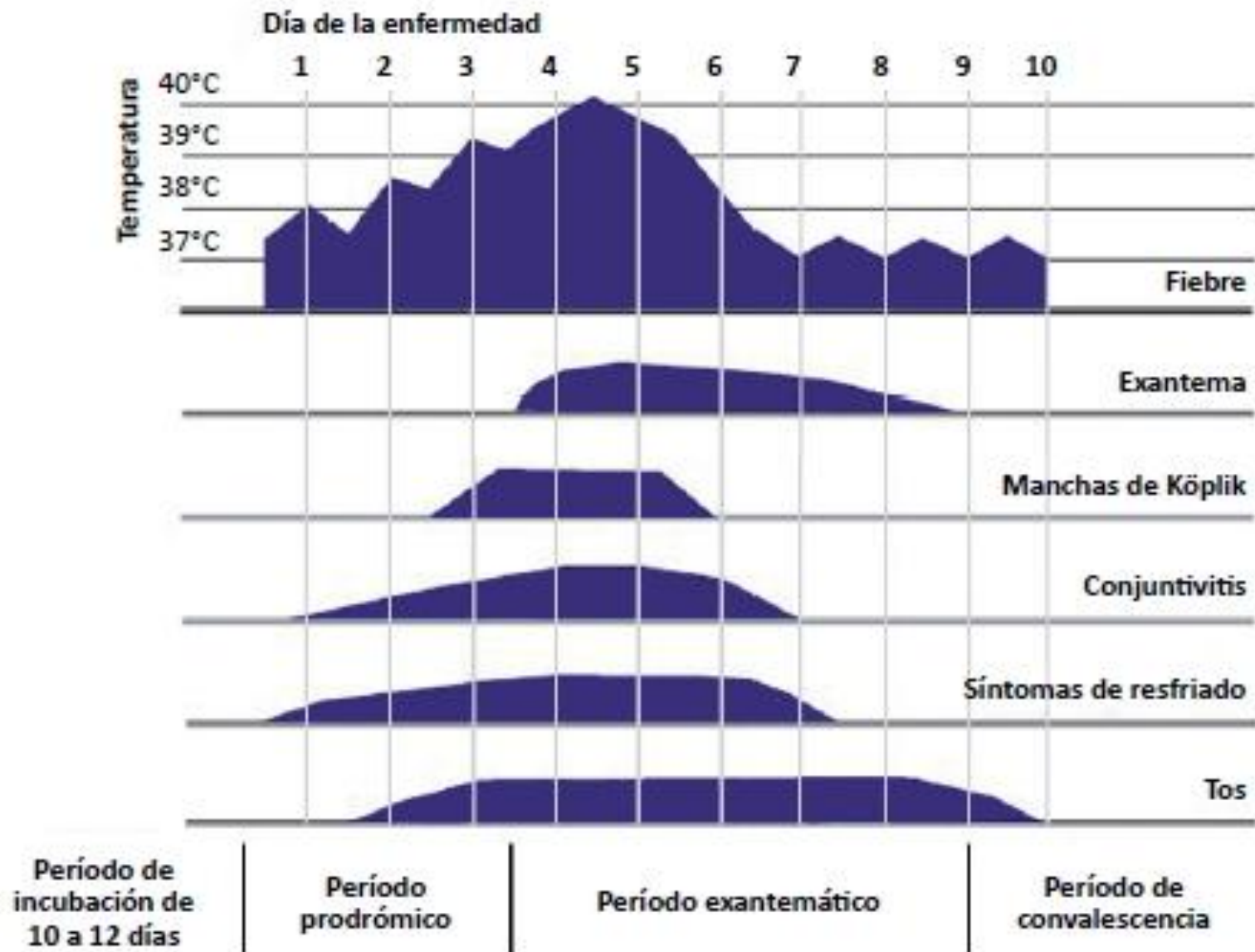
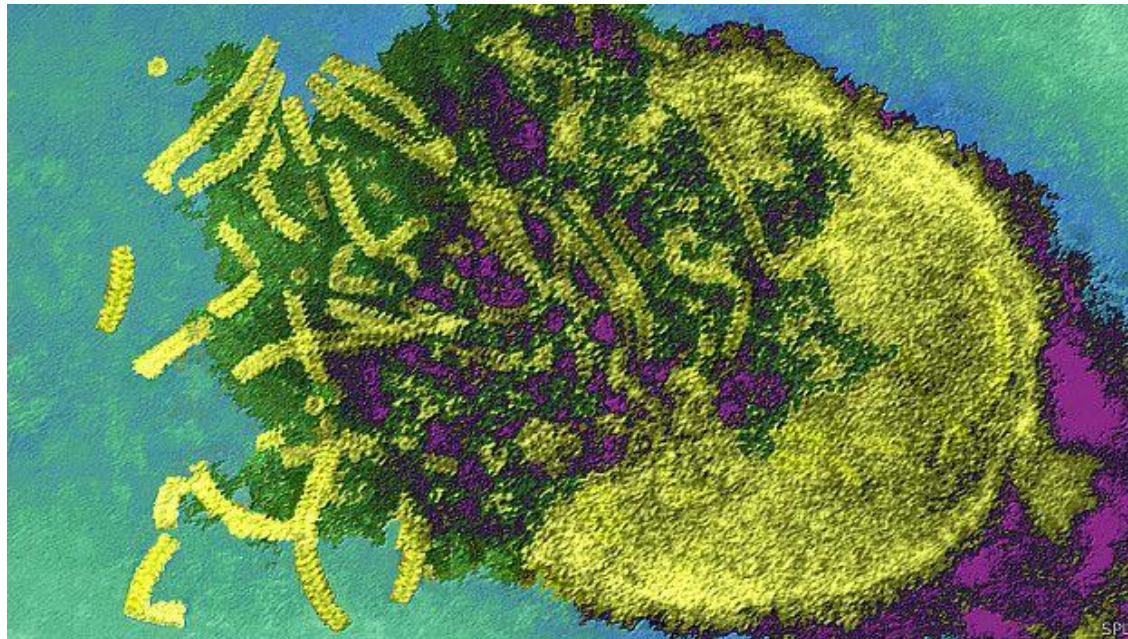


Figura 1. Evolución temporal de las características clínicas del sarampión. Tomado del manual para el diagnóstico de laboratorio de la infección por los virus del sarampión y de la rubéola. OMS, segunda edición 2006.

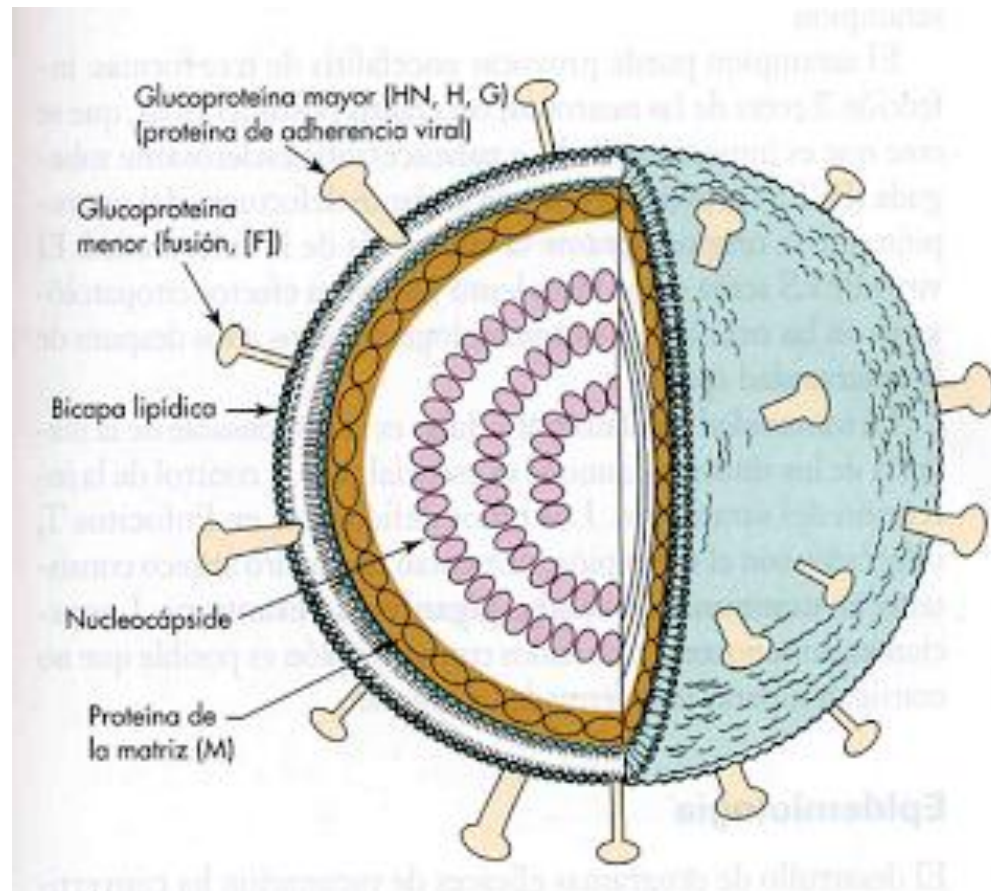
FUENTE DE INFECCIÓN

El ser humano es el único reservorio del virus del sarampión → una infección susceptible de ser eliminada mediante la vacunación.



FUENTE DE INFECCIÓN

El virus sigue siendo activo y contagioso en el aire o en superficies durante 2 horas.



VÍA DE TRANSMISIÓN

Transmitido por una persona infectada

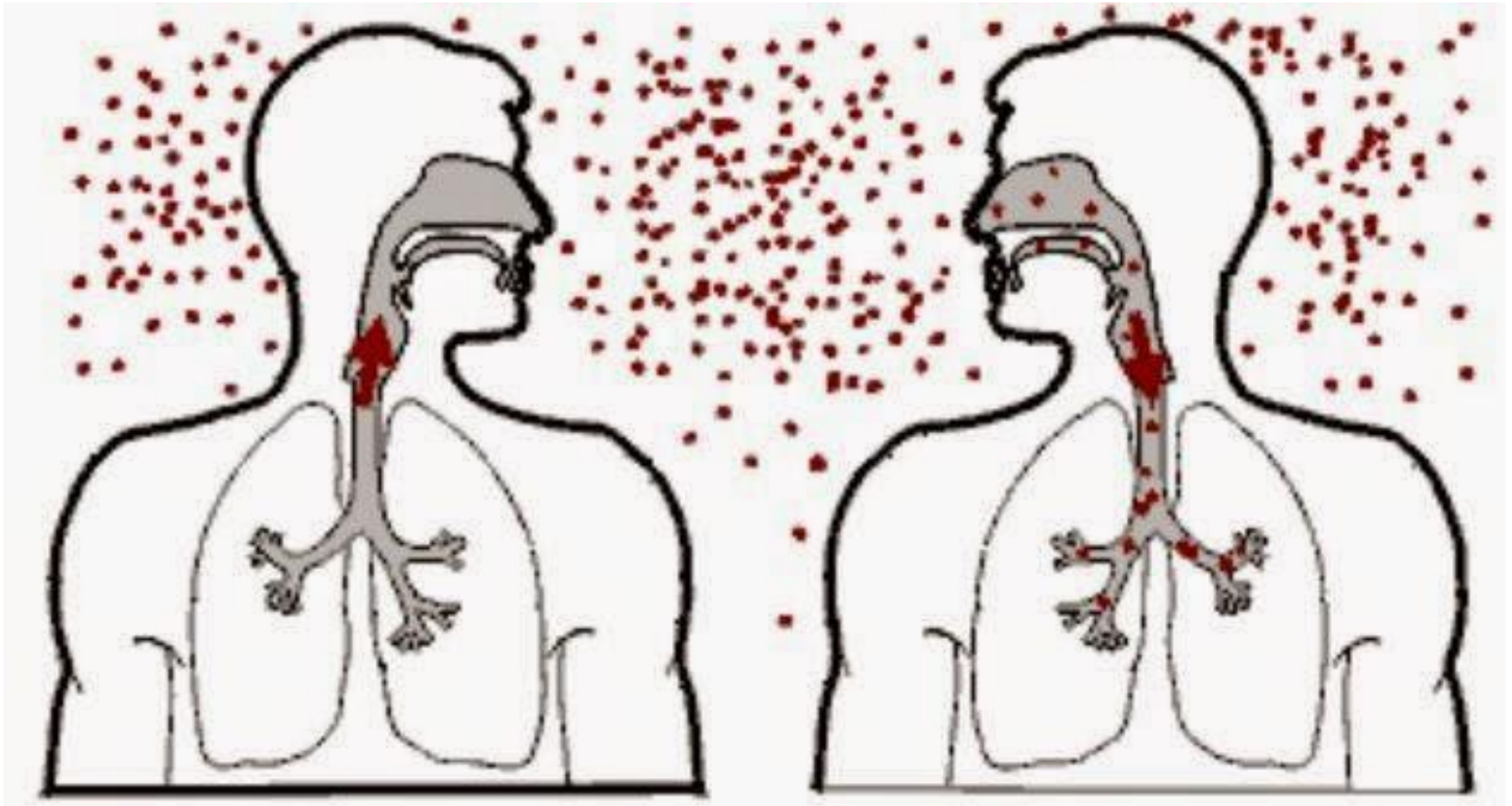
Erupción/rash/sarpullido

4 días



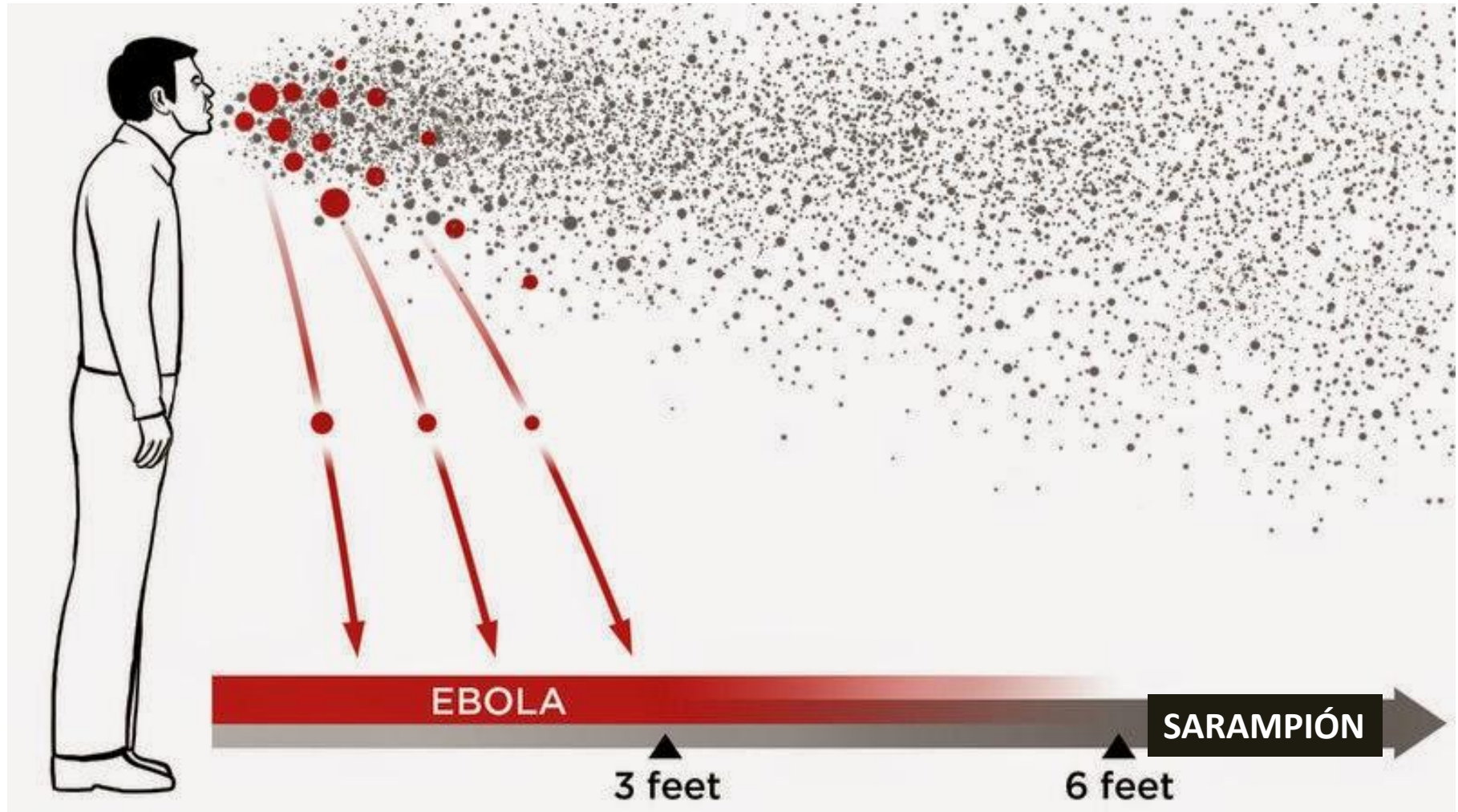
4 días

VÍA DE TRANSMISIÓN



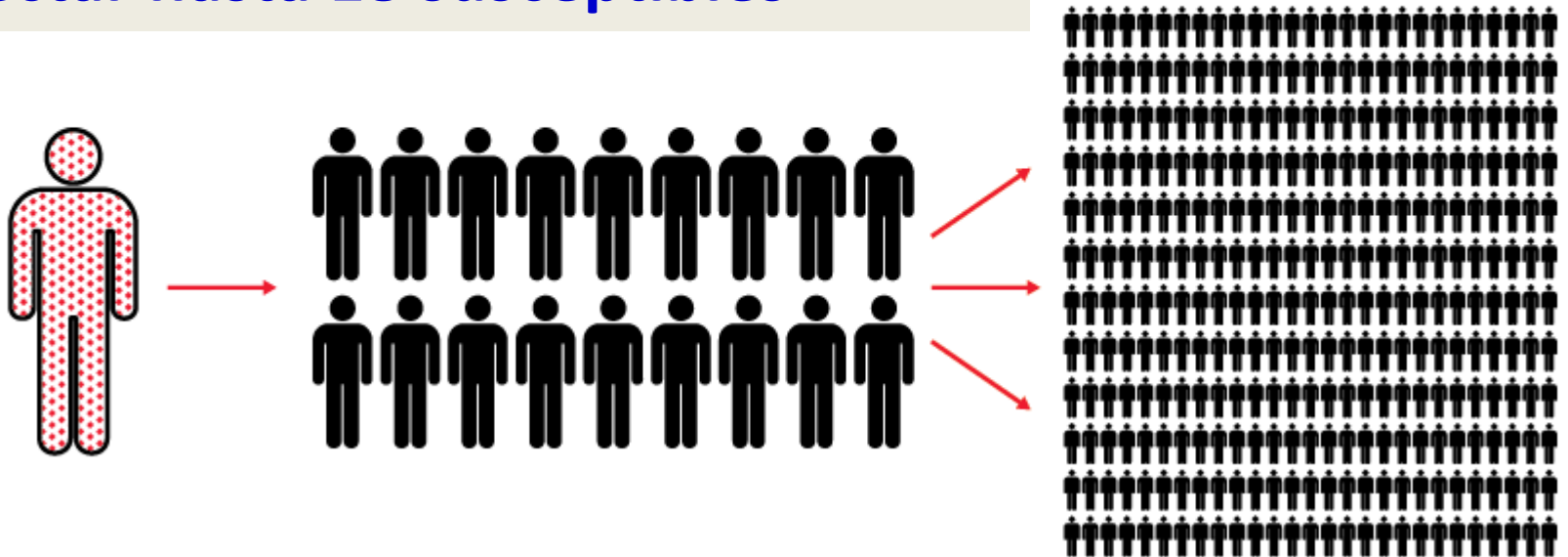
Transmisión aérea y por contacto con secreciones

VÍA DE TRANSMISIÓN



VÍA DE TRANSMISIÓN

Una persona con sarampión puede
Infectar hasta 18 susceptibles



El rango del número básico de reproducción R_0
(medida de transmisibilidad)

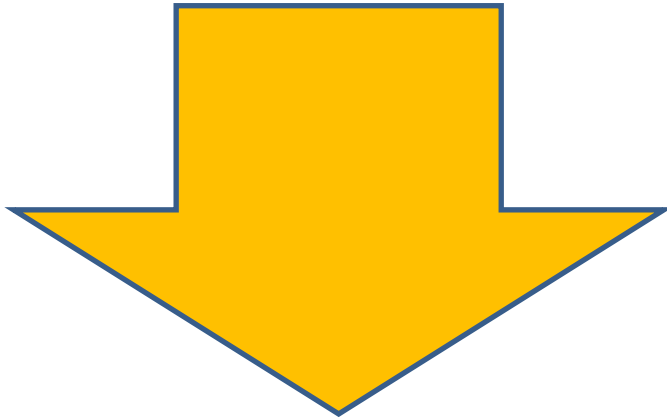
STOP - TRANSMISIÓN

Para **lograr la interrupción de la transmisión** del sarampión, sobre la base de un R_0 alto, se requiere un nivel de inmunidad poblacional del **95%**

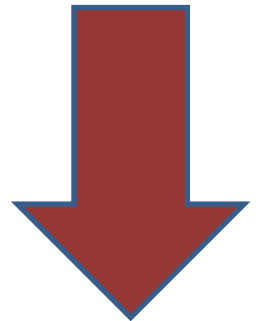


Venezuela coberturas vacunales 2010-2017

- 1ra dosis: 80-90%
- 2da dosis: 50%



Grandes cohortes de NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS susceptibles



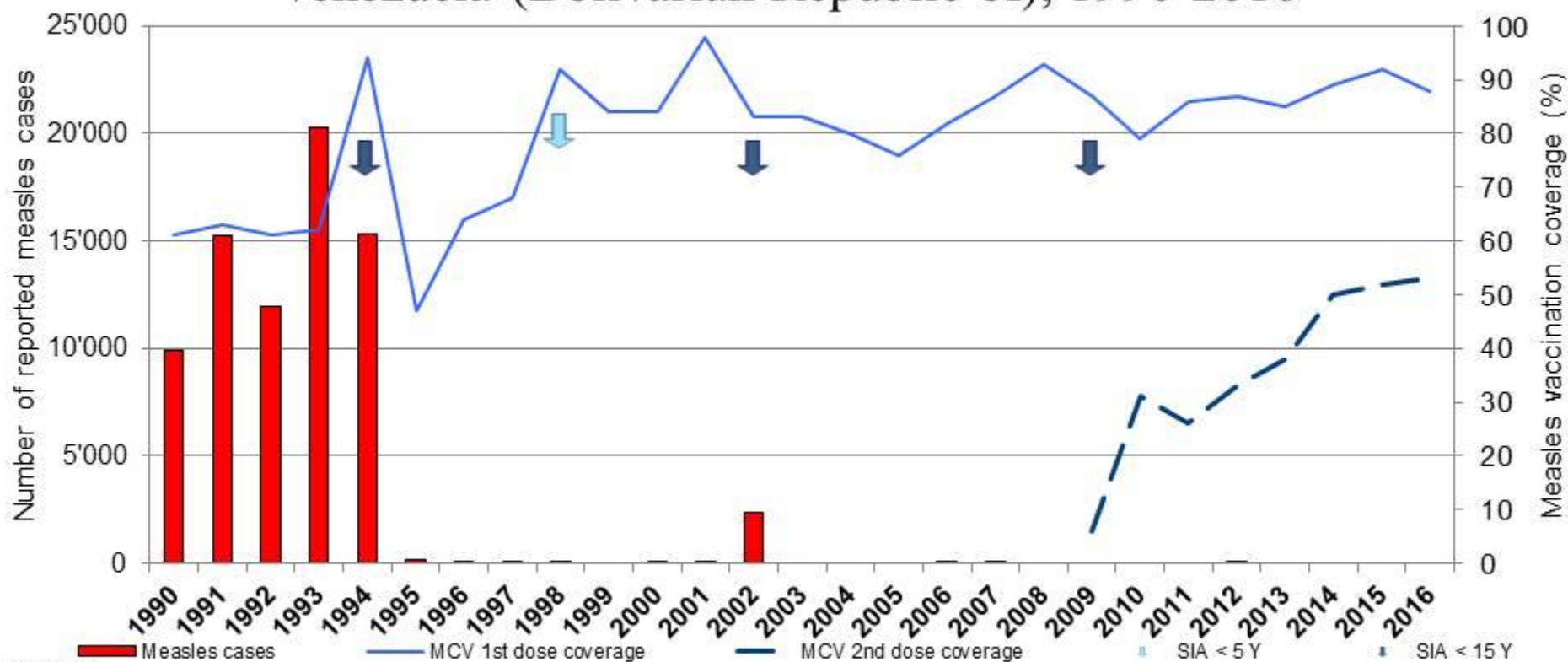
RIESGO INMINENTE DE BROTES Y EPIDEMIA

POSICIÓN DE LA OMS

NORMAS DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN: DOSIS

- **Dos (2) dosis de vacuna** anti-sarampionosa debe ser el estándar
- Los países deben incluir una 2nda. dosis de rutina SRP2, independiente del nivel de cobertura SRP1

Reported measles cases and MCV vaccination coverage, Venezuela (Bolivarian Republic of), 1990-2016



Data source:
 Measles cases - Reported by National Authorities to WHO annually; Measles Containing Vaccines (MCV) vaccination coverage (Data as of 05 Sep. 2017);
 WHO/UNICEF immunization coverage estimates 1990-2016 (Data as of 15 July 2017);
 Supplementary Immunization Activities (SIA): WHO/EPI database (Data as of 05 Sep. 2017).
http://www.who.int/entity/immunization/monitoring_surveillance/data/Summary_Measles_SIA_2000_2016.xls

2nda. Dosis del sarampión no alcanza cobertura <50%



Sociedad Venezolana de Salud Pública

Red Defendamos la Epidemiología Nacional

Sarampión: una enfermedad re emergente en Venezuela

Caracas, 29 de septiembre de 2017

Publicación adelantada

Autores

Ana Carvajal
Especialista en Infectología
Hospital Universitario de Caracas-UCV
anacarvajal09@gmail.com

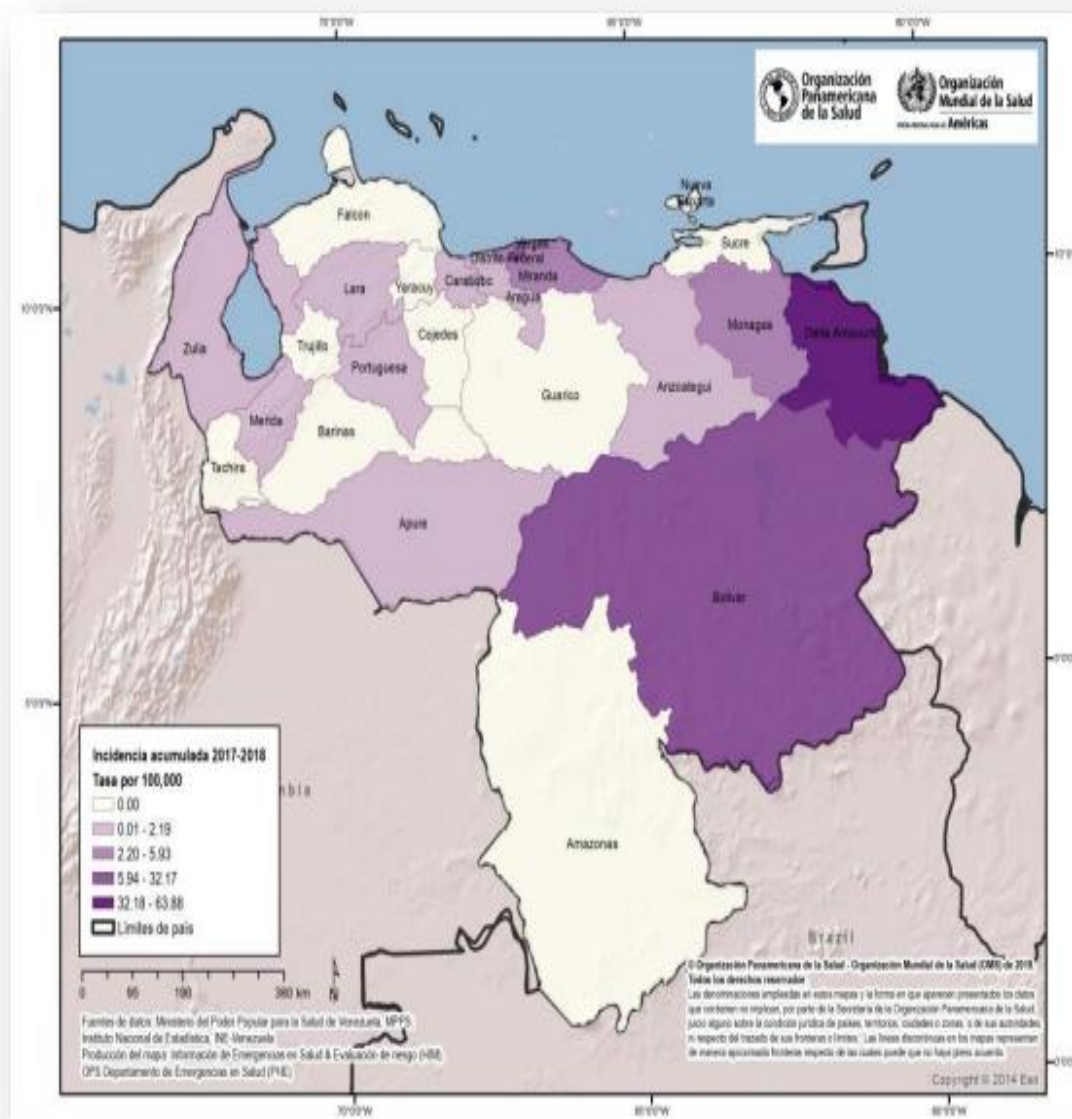
José Félix Oletta López
Especialista en Medicina Interna
Profesor Agregado, Jubilado, Escuela de Medicina Vargas, Facultad de Medicina, UCV
jofeole2@outlook.com

Alejandro Rísquez
Médico pediatra-epidemiólogo
Profesor Titular, Facultad de Medicina, UCV
risqueza@gmail.com

Amenaza a la salud en Venezuela 2018: Sarampión

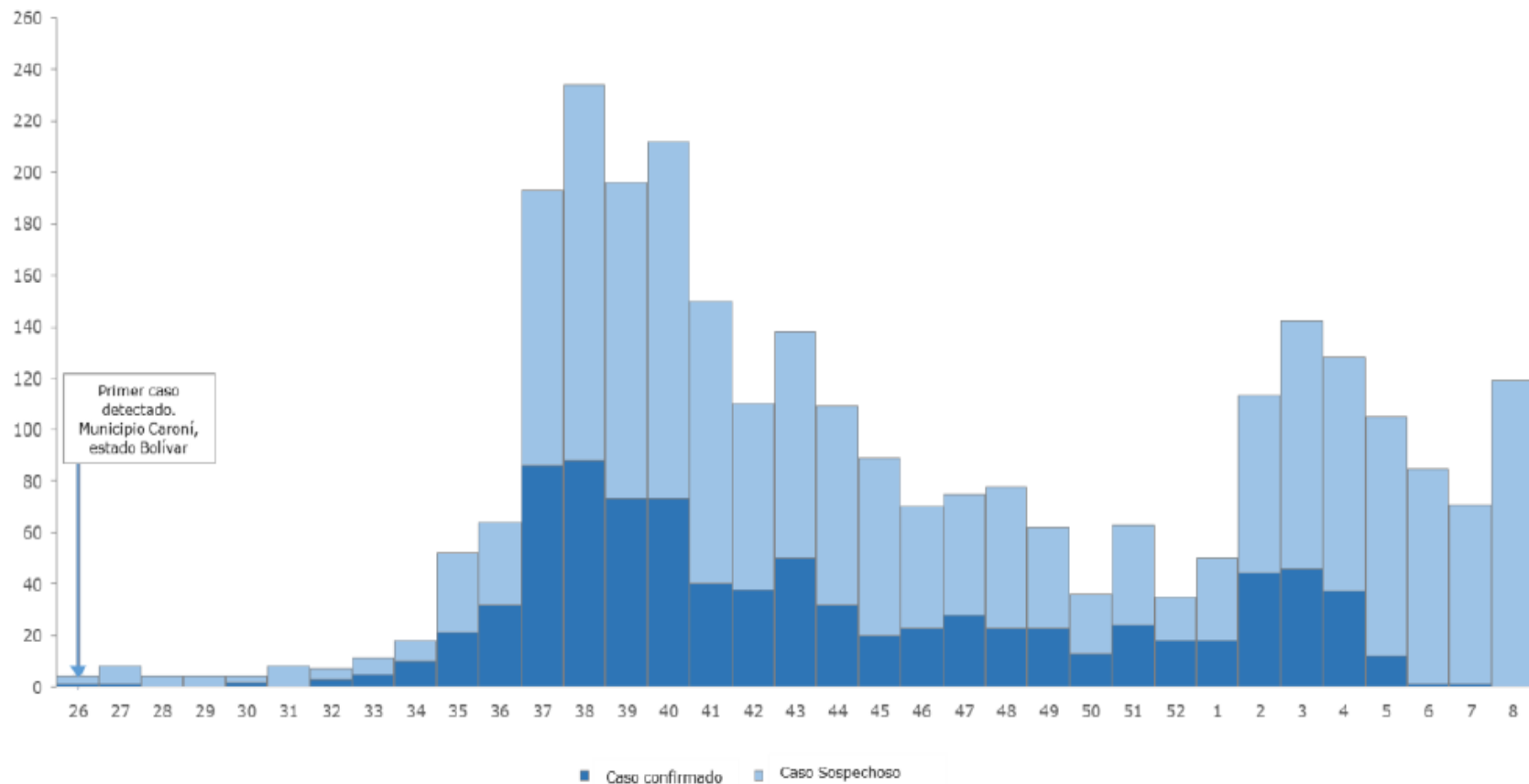


Figura 3. Distribución de casos de sarampión por estado, Venezuela, 2017-2018 (hasta la SE 16)



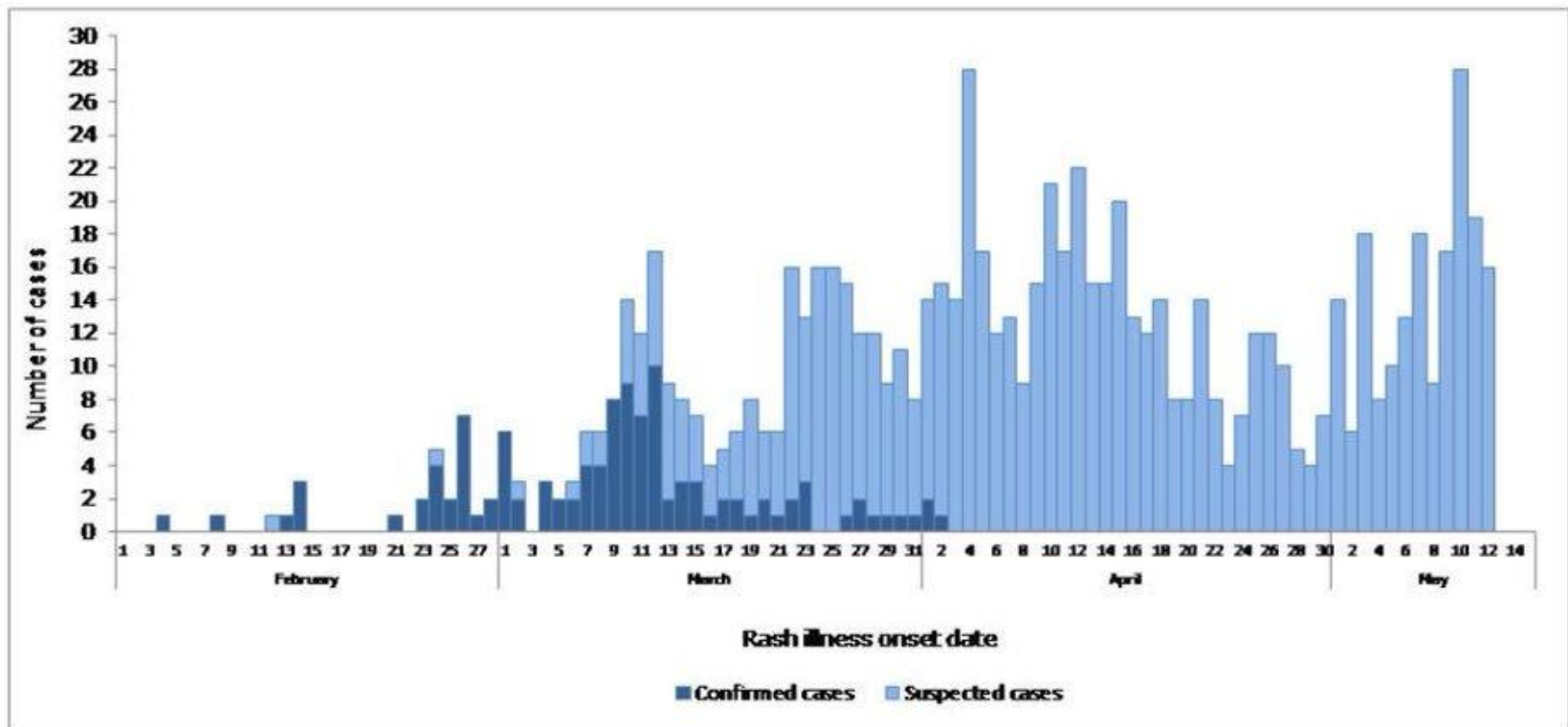
Fuente: Datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela y reproducidos por la OPS/OMS.

Casos notificados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema. **Venezuela**, SE 26 de 2017 a SE 8 de 2018



Fuente: Datos del MPPS, OPS. Actualización epidemiológica sarampión. 18 de Marzo 2108

Figure 1. Reported measles cases by rash onset date, Amazonas and Roraima states, Brazil, from 1 January through 12 May, 2018.



Source: Data provided by the Ministry of Health of Brazil and reproduced by PAHO/WHO.

Wild Poliovirus 1988



Wild Poliovirus 2012



El niño en el centro de esta imagen es Luis Fermín Tenorio Cortez. Luis es peruano y fue el último caso de polio reportado en las Américas en 1991

CELEBRANDO
26 AÑOS
SIN POLIO
EN LAS AMÉRICAS



Hace 30 años, la polio paralizaba casi 1000 niños cada día en 125 países alrededor del mundo, incluyendo países de las Américas

1985

Los países de las Américas **establecieron la meta** de erradicar la polio en la Región



1991

El **último caso** de polio en las Américas fue detectado en Perú

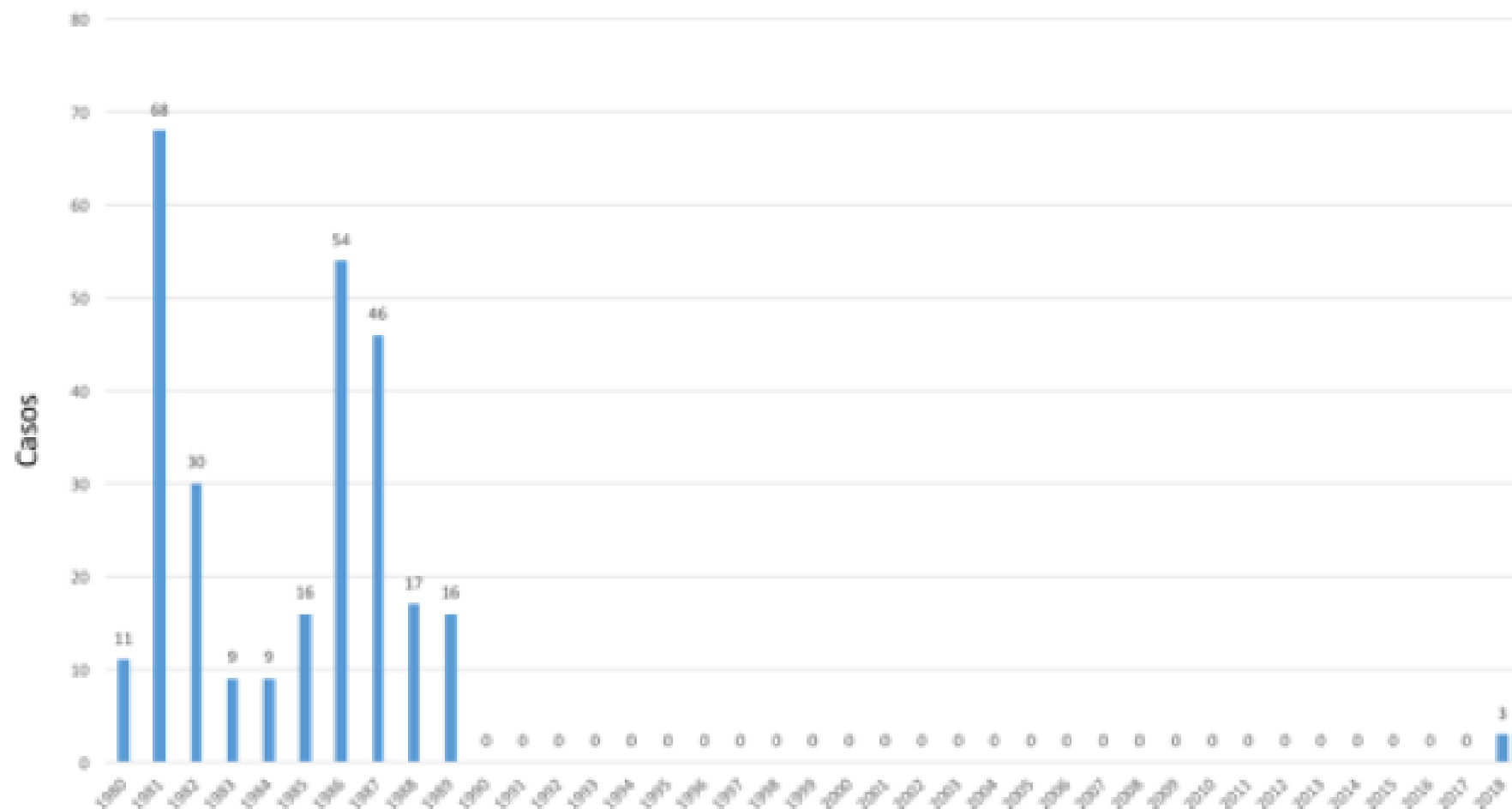


1994

Posterior a un proceso de documentación y verificación, la Región de las Américas fue certificada como libre de la circulación del poliovirus salvaje



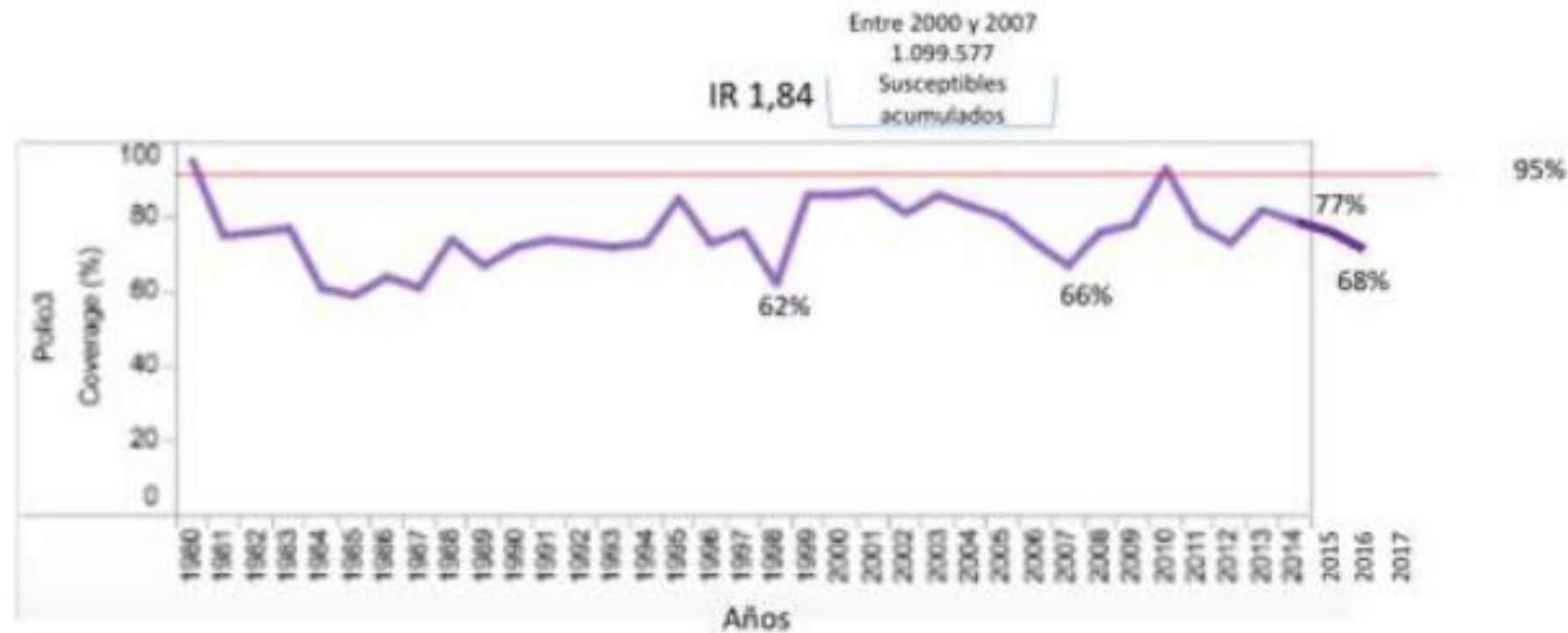
Poliomielitis Aguda. Número de casos confirmados Venezuela, 1980 – 2018 (#)



<http://www.paho.org/data/index.php/es/temas/inmunizaciones/301-enfermedades-prevenibles-vacunas.html>

Casos de polio en clasificación en 2018

Venezuela. Coberturas de vacunación contra Poliomielitis, VPO hasta 2015, VPI 2016





Sociedad Venezolana de Salud Pública
Red Defendamos la Epidemiología Nacional

Reporte de casos de parálisis flácida aguda con identificación de virus de polio en niños del estado Delta Amacuro, Venezuela

5 de junio de 2018

(Informe Preliminar)

De fuente no oficial, confiable, se conoció de la existencia de al menos 4 casos de parálisis flácida aguda, identificados en el estado Delta Amacuro, Venezuela, en la comunidad Playita del Volcán, Parroquia Juan Millán, del Municipio Tucupita. (Fig 1), cuyos habitantes pertenecen a la etnia indígena Warao.

Figura 1
Municipio Tucupita, Estado Delta Amacuro



José Félix Oletta L.
Alejandro Rísquez
Julio Castro M.
Ana C. Carvajal
Luis Echezuría M.



Actualización Epidemiológica **Detección de poliovirus** **vacunal, Sabin tipo 3, en un** **caso de Parálisis Flácida** **Aguda**

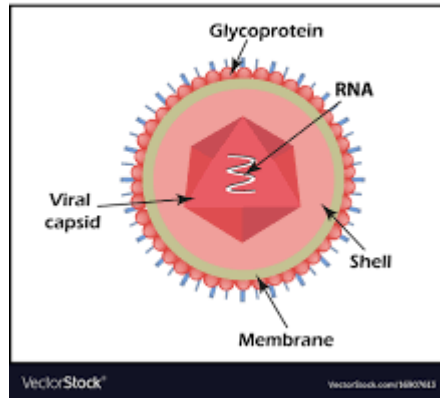
8 de junio de 2018

Resumen de la situación

El 7 de junio de 2018 el Punto Regional de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) recibió un reporte no oficial sobre la detección de poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en muestra de un paciente venezolano con parálisis flácida aguda (PFA). Ese mismo día se solicitó verificación al Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Venezuela.

El 8 de junio de 2018 la OPS/OMS recibió información actualizada. En particular, se trata de un niño de 2 años y 10 meses de edad, sin antecedente de vacunación, residente de una comunidad indígena sub-inmunizada en el Delta Amacuro, en Venezuela. El niño inició parálisis el 29 de abril de 2018 y al 31 de mayo de 2018 persiste la parálisis flácida de un miembro inferior. Un poliovirus vacunal Sabin tipo 3 fue aislado y tipificado por el laboratorio de referencia nacional, el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR), en la muestra de este paciente colectada el 30 de abril de 2018. Las muestras serán remitidas al laboratorio de referencia regional para secuenciación y confirmación de los hallazgos virológicos. Otros niños de la misma comunidad fueron vacunados en el mes de abril con vacuna polio oral bivalente.

Structure of Polio



POLIOVIRUS

Enterovirus (RNA):

Tres serotipos 1, 2, 3

Mínimo inmunidad heterotípicos entre serotipos

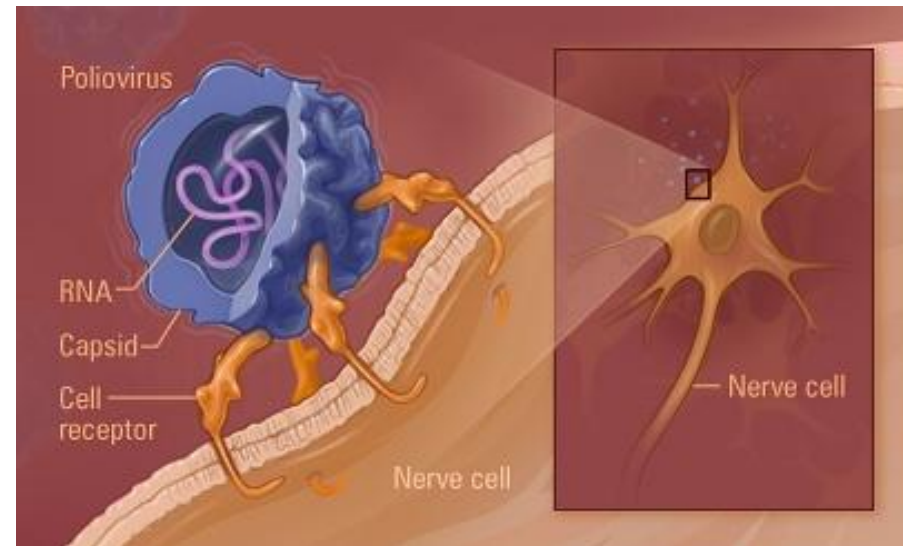
Rápidamente inactivado por calor, formaldehído, cloro, luz ultravioleta

PATOGENESIS

Entrada por la boca replicación en faringe, tracto GI.

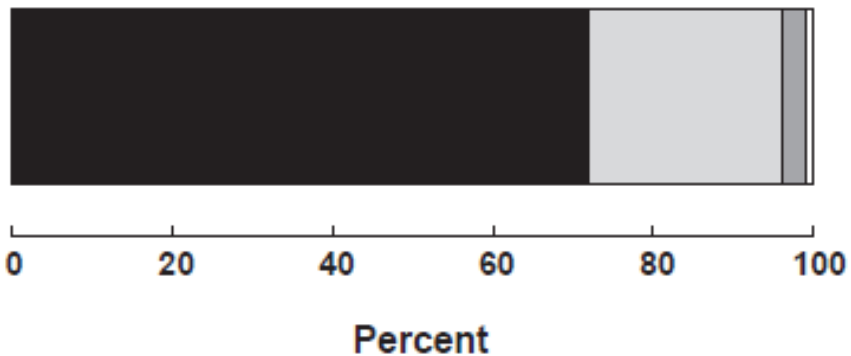
Diseminación por sangre a linfáticos y sistema nervioso central.

Virus a lo largo de las fibras del nervio y destrucción de las neuronas motoras.

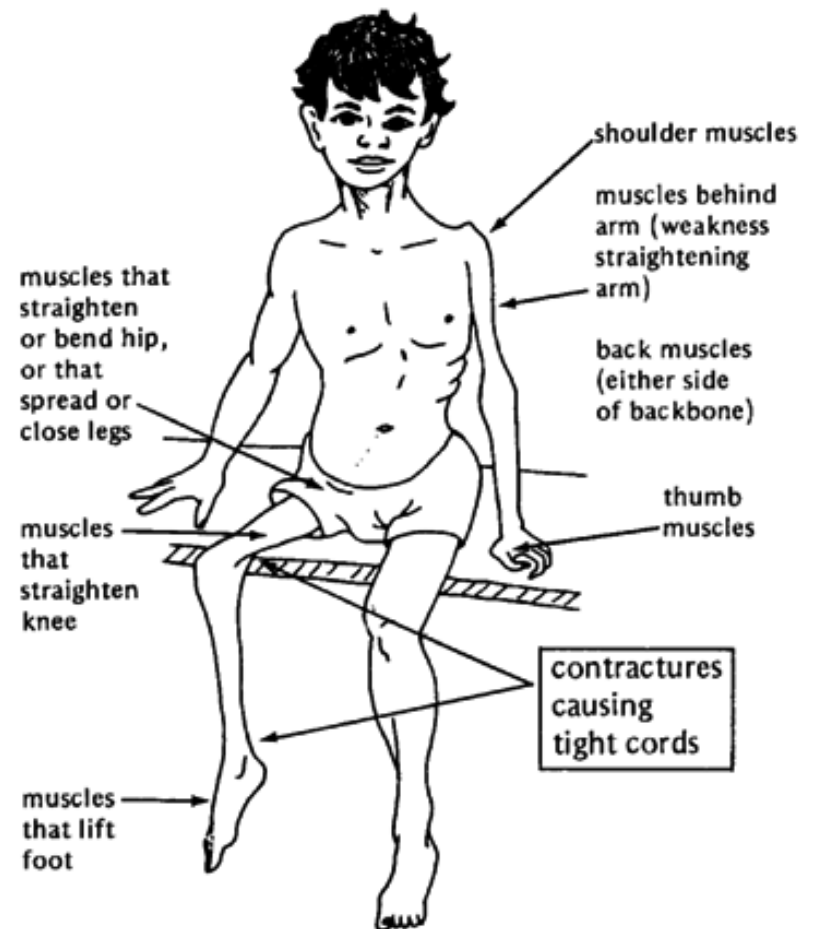


Outcomes of Poliovirus Infection

- Asymptomatic
- Minor non-CNS illness
- Aseptic meningitis
- Paralytic



MUSCLES COMMONLY WEAKENED BY POLIO



PRUEBAS DE LABORATORIO

Aislamiento viral

(RT-PCR) or secuencia genómica

Serología

2 muestras seriadas con aumento de 4 veces los títulos de Ac.

Líquido cefalorraquídeo (LCR)

contiene generalmente un aumento en glóbulos blancos (10 – 200 células/mm³, linfocitos principalmente) y una proteína ligeramente elevada (40-50 mg/100 mL).

VPO



VPI



COMPARACIÓN ENTRE LAS VACUNA POLIO ORAL Y LA INYECTABLE

VACUNA	VPO	VPI
Contenido	<i>Virus vivos atenuados</i>	<i>Virus muertos o inactivados</i>
Tipos	<i>Mono-bi o trivalente</i>	<i>trivalente</i>
Como trabaja	<i>Produce anticuerpos en intestino y sangre</i>	<i>Produce anticuerpos en sangre</i>
Impacto	<i>Ayuda a interrumpir transmisión disminuyendo la replicación viral en el intestino</i>	<i>Permite la replicación en intestinos del Virus salvaje y su diseminación</i>
Costo y aplicación	<i>Oral y más barata (\$0,15)</i>	<i>IM y costo mínimo \$ 1</i>
Efectividad	<i>Protege al individuo y la comunidad</i>	<i>Protege solo al individuo</i>
Riesgo de cVDPV	<i>Produce virus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV)</i>	<i>No produce cVDPV</i>
Riesgo de VAPP	<i>Causa Polio Paralítico asociado al virus vacuna (VAPP)</i>	<i>No causa VAPP</i>

ERADICATING POLIO FOR GOOD REQUIRES ELIMINATING BOTH WILD AND VACCINE-DERIVED POLIO

ONGOING

Continue to increase vaccination campaign quality and improve virus surveillance, the same tactics used to stop WPV.

COMPLETED

The switch from trivalent to bivalent OPV has dramatically reduced the risk of cVDPV. Trivalent OPV contained weakened forms of all three strains of polio, including type 2. Wild poliovirus type 2 was eradicated in 1999. The weakened type 2 strain in trivalent OPV is no longer needed to protect children from wild polio, and caused nearly 90% of all cVDPV. In April 2016, all countries switched to bivalent OPV, which does not contain the type 2 component and reduces the risk of cVDPV.

LONG-TERM

End all use of OPV after WPV transmission has been stopped. At that point, only IPV will be used to maintain population immunity levels.



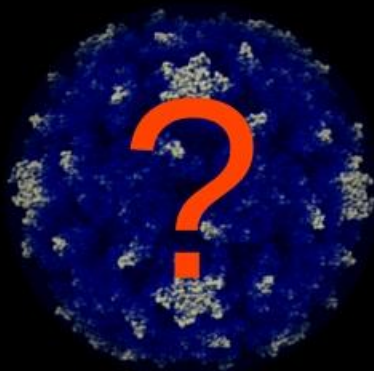
We're **zeroing in** on polio, one viral strain at a time.

Type 2



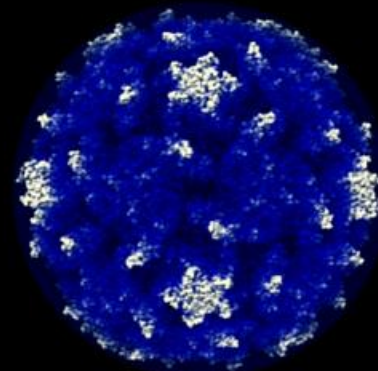
Last seen 24 Oct 1999
Declared eradicated
20 Sept 2015

Type 3



Last seen 10 Nov 2012

Type 1



It's next

#endpolio

VIRUS DERIVADOS DE LA VACUNA VPO

Virus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV)

Entre 2000 y 2011 – un período en que más de 10 billones de dosis de vacuna antipoliomielítica oral en todo el mundo –20 brotes, dando lugar a 580 casos de poliomielitis.

En el mismo período, en la ausencia de la vacunación con OPV, alrededor 6 millones de niños habrían sido paralizados por poliovirus.

En muy raras ocasiones, si una población esta sub-inmunizados, hay niños lo suficientemente sensibles para los poliovirus derivado de la vacuna para comenzar a circular en la comunidad. Si el virus de la vacuna es capaz de circular durante un período prolongado de tiempo sin interrupciones, puede mutar y, a lo largo de 12-18 meses adquirir la neurovirulencia.

Replicación prolongada del poliovirus derivado de la vacuna por pacientes con inmunodeficiencia (iVDPV)

Un pequeño número de personas con trastornos raros de deficiencia del sistema inmune.

Excretan iVDPVs durante períodos prolongados.

La ocurrencia de iVDPVs es muy rara. Sólo 111 casos han sido documentados en todo el mundo desde 1962. De estos, la mayoría dejó de excreción dentro de seis meses o murió.

AVDPVs ambigua poliovirus derivado de la vacuna (aVDPV)

Aisladas las personas con ninguna inmunodeficiencia conocida o aisladas de las aguas residuales, cuyo origen último se desconoce. Muy poco se sabe acerca de ellos.

VACUNACIÓN CONTRA LA POLIOMIELITIS

Gráfica I

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS EN VENEZUELA, ENERO 2018.

SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

<i>EDAD</i> VACUNA	RN	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4-6 años	7-9 años
Anti poliomielitis (3)		VPI*	VPI-bVPO	VPI-bVPO		VPI-bVPO			VPI-bVPO	

POR LO TANTO SON 5 DOSIS ANTES DE CUMPLIR LOS 7 AÑOS DE EDAD PARA ESTAR COMPLETAMENTE INMUNIZADO CONTRA LA POLIOMIELITIS.

Adultos viajeros o que vayan a zonas endémicas o epidémicas

**El secreto del cambio es enfocar
toda tu energía,
no en la lucha contra lo viejo,
sino en la construcción de lo nuevo.**

Sócrates





Published Date: 2018-06-20 23:15:08

Subject: PRO/ESP> Sarampión - Venezuela: (DC) casos pediátricos hospitalarios en aumento

Archive Number: 20180620.5866913

SARAMPIÓN - VENEZUELA: (DC) CASOS PEDIÁTRICOS HOSPITALARIOS EN AUMENTO

Un comunicado de ProMED-mail

<http://www.promedmail.org>

ProMED-mail es un programa de la
Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas

<http://www.isid.org>

Fecha: 20 de junio, 2018

Fuente: Efecto Cocuyo, Venezuela

<http://efectococuyo.com/principales/suman-465-casos-de-sarampion-en-el-hospital-elias-toro-en-seis-meses/>

[Editado por Jaime Torres]

El sarampión se instaló en el hospital pediátrico Dr. Elías Toro, en Caracas. Desde la reaparición de la enfermedad en 2017 hasta mediados de junio de este año, los especialistas del centro pediátrico han confirmado 465 casos en total.

Los registros fueron dados a conocer por el médico infectólogo Francisco Valery en el marco del XIII Congreso de Infectología, celebrado este miércoles 20 de junio. El especialista precisó que se registró la muerte de un niño por la infección viral y que, del total de casos confirmados, 37% tuvieron que ser hospitalizados en el Elías Toro tras presentar complicaciones respiratorias.

"De 465 casos, 170 fueron hospitalizados y 295 se trataron de forma ambulatoria", detalló el galeno. 144 pacientes del grupo de los hospitalizados presentaron neumonía, la complicación más común por sarampión en los niños y principal causa de muerte.

Valery agregó que también se registraron los casos de nueve adolescentes con sarampión.

"Cuando las coberturas de vacunación bajan, entonces empiezan a aparecer los casos de este tipo de enfermedades", explicó Valery.

El sarampión, enfermedad prevenible por vacuna, reapareció en Venezuela 15 años después de su erradicación. A mediados de septiembre de 2017, la Alianza Venezolana por la Salud emitió una alerta tras la confirmación de ocho casos de la infección viral en el estado Bolívar entre el 22 de agosto y el 11 de septiembre de 2017.



Published Date: 2018-06-20 23:22:35

Subject: PRO/ESP> Difteria - Venezuela: (DC/BOL) casos hospitalarios pediátricos y en adultos en aumento

Archive Number: 20180620.5866920

DIFTERIA - VENEZUELA: (DC/BOL) CASOS HOSPITALARIOS PEDIÁTRICOS Y EN ADULTOS EN AUMENTO

Un comunicado de ProMED-mail

<http://www.promedmail.org>

ProMED-mail es un programa de la
Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas

<http://www.isid.org>

Fecha: 20 de junio, 2018

Fuente: Efecto Cocuyo, Venezuela

<http://efectococuyo.com/principales/19-ninos-han-muerto-por-difteria-en-el-hospital-menca-de-leoni-en-bolivar/>

[Editado por Jaime Torres]



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

162.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

Punto 7.22 del orden del día provisional

CE162/INF/22, Rev. 1

20 de junio del 2018

Original: inglés

**RESPUESTA DE LA OPS PARA MANTENER
UNA AGENDA EFICAZ DE COOPERACIÓN TÉCNICA
EN VENEZUELA Y EN LOS ESTADOS MIEMBROS VECINOS**

CONCLUSIONES SOBRE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES VACUNO-PREVENIBLES, VENEZUELA 2018

1. Dos epidemias en curso sin control
2. Una epidemia reemergente de polio (?)
3. Coberturas vacunales bajas
4. Fracaso de las acciones contra los brotes de sarampión y difteria
5. Compleja crisis humanitaria
6. Desnutrición infantil

CONCLUSIONES SOBRE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES VACUNO-PREVENIBLES, VENEZUELA 2018

7. Crisis sanitaria y medico-asistencial.
8. Áreas fronterizas, rurales y de indígenas son las más afectadas.
9. Migración y exportación de las inmunoprevenibles.
10. Ministerio del Poder Popular para la Salud desordenado y sin recursos.
11. Vigilancia epidemiológica censurada y no comunicación oficial sobre las epidemias.
12. Educación Sanitaria muy limitada.

**INSISTIR,
PERSISTIR,
RESISTIR
Y NUNCA
DESISTIR**

- **INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA OPORTUNA Y CONTINUA**
- **VACUNACIÓN MASIVA**
- **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS ASEQUIBLES**
- **APOYO INTERNACIONAL – CANAL HUMANITARIO**



**Departamento Medicina
Preventiva y Social
Escuela Luis Razetti, Facultad
de Medicina, UCV**

Agradecido por la invitación, muchas gracias!

Alejandro Rísquez Parra

Profesor Titular / Médico pediatra epidemiólogo
Jefe del Departamento Medicina Preventiva y Social
Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV
Comisión de Inmunizaciones SVPP 2015-2018

risqueza@gmail.com

8. El sarampión se ha propagado a 21 de los 24 estados del país y el Distrito Capital en Venezuela. Entre el primer caso confirmado de sarampión en julio del 2017 (semana epidemiológica 26) y el final de la semana epidemiológica 22 (junio del 2018), se han registrado 2.285 casos confirmados, de los cuales 1.558 ocurrieron en el 2018.⁴ Se han notificado casos importados de sarampión en Brasil, Colombia y Ecuador relacionados con la migración de Venezuela. Además, se ha informado sobre muertes en las comunidades indígenas del estado Delta Amacuro (33 muertes), cerca de la frontera con Guyana. Entre los numerosos factores que explican la propagación del virus dentro y fuera del país, se encuentran: 1) una cobertura de vacunación insuficiente, por lo que quedan focos de población susceptible; 2) un sistema de vigilancia inadecuado; 3) la demora en la aplicación de medidas de control; 4) la escasa capacidad para aislar a los pacientes y manejar los casos

9. En los últimos años, Venezuela ha registrado un importante brote de difteria. El primer caso se detectó en la semana epidemiológica 26 del 2016. Desde el comienzo del brote hasta la semana epidemiológica 16 del 2018, se notificó un total de 1.716 casos de difteria (324 casos en el 2016, 1.040 en el 2017 y 352 en el 2018), de los cuales 1.086 fueron confirmados por laboratorio (350) o por vínculo epidemiológico (736) e incluyeron 160 muertes (17 en el 2016, 103 en el 2017 y 40 en el 2018). La tasa de letalidad acumulativa es de 14,7%.

