



## **Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela**

Comisión de Epidemiología

### **Alerta epidemiológica N° 168**

#### **Balance de Salud del año 2010 en Venezuela**

14 de enero de 2011

## **I. Editorial**

### **1. Balance de Salud del año 2010.**

Cierra el año 2010 con serias preocupaciones por el deterioro del estado de salud de la población, el impacto creciente de nuevos problemas y retos que se han acentuado en la última década, como la violencia en todas sus formas y los accidentes cuya carga de mortalidad y morbilidad afecta a toda la población, en especial a grupos de edad jóvenes. Hasta el punto que en su conjunto, estos problemas han pasado a ser la primera causa de mortalidad del país. Las enfermedades crónicas, degenerativas muestran tasas crecientes, especialmente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y la enfermedad vascular cerebral, así como los trastornos mentales.

La transición epidemiológica compleja que nos caracteriza, explica que persistan problemas y enfermedades infecciosas que han sido controladas en otros países, junto a nuevas amenazas por la aparición de enfermedades emergentes y re emergentes que nos afectan, como el VIH-SIDA, los brotes de la enfermedad de Chagas de transmisión oral, (2 en 2010) de fiebre Mayaro, (el mayor brote a nivel mundial en Ospino, estado Portuguesa) y de fiebre hemorrágica venezolana.

Las enfermedades endémicas como el dengue y el paludismo que habían sido controladas, presentaron epidemias en 2010, la primera la más importante en 21 años en número de casos totales, casos hemorrágicos, graves y fallecidos, mientras que el paludismo aportó las cifras más elevadas en los últimos 5 años; otras enfermedades transmisibles como la zoonosis, entre ellas la encefalitis equina venezolana, la fiebre amarilla y la leptospirosis, nos mantienen permanentemente en riesgo y nos amenazan, especialmente, luego de las intensas temporadas de lluvias, inundaciones y deslaves. Las infecciones respiratorias agudas y las diarreas se incrementaron. Hay una deuda no saldada de desnutrición a la que se agrega malnutrición, sobrepeso y obesidad en aumento.

La mortalidad infantil ascendió 12,8 % en el último año y las cifras de mortalidad materna, 330 madres fallecidas por causas obstétricas en 2010, indican muy pobre avance en los cuidados de la salud de las madres y de los niños. El incremento de los casos de sífilis congénita es indicador de que no se está cumpliendo un adecuado control pre natal. 3 muertes por tétanos neo natal indican la debilidad y fallas en los programas de inmunización y erradicación de enfermedades prevenibles mediante vacunas.

La capacidad de respuesta institucional y la resolución a estos problemas se ha deteriorado en el país, la rectoría en salud es cada vez más débil. El sistema de salud se ha fragmentado y segmentado aun más, su dirección y liderazgo se ha dispersado y es difusamente ejercido; muchas de sus funciones sustantivas se han entregado a la Misión Médica Cubana. Se ha estimulado desde el gobierno un sistema paralelo de salud que compite por los recursos, por el poder de decisión, no cumple las normativas nacionales en salud y ha resultado costoso, asistencialista e inauditable. El MPPS aparece como una estructura ineficiente, decadente, incapaz de conducir y diseñar políticas, con escasa planificación y transparencia en su gestión; se ha soslayado el rigor técnico y científico de las decisiones, el ministerio no ha sido capaz de dar respuestas suficientes, sustentadas en la vigilancia epidemiológica, hace escaso uso de las normas y buenas prácticas, y no brinda a la población y a los profesionales de salud la información epidemiológica oportuna y necesaria. La re centralización de funciones en los dos últimos años ha acentuado su ineficiencia.

El saneamiento ambiental, la calidad y distribución del agua potable, los servicios de disposición de basura y desechos sólidos no llega a todas las comunidades y el control de vectores resulta insuficiente e intermitente.

Los programas de promoción de la salud no avanzan, la prevención de enfermedades transmisibles mediante vacunas muestra graves deficiencias e ineficacia. Los programas de salud de la madre y los niños muestran cifras inaceptables de mortalidad materna e infantil. La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles es dispersa y no ha logrado revertir las tasas en ascenso. Además, se identifican graves deficiencias en la provisión y la calidad de servicios de salud que aumentan las barreras de inequidad y no permiten el ejercicio universal de derecho a la salud y a la asistencia sanitaria de la población, especialmente de los más pobres.

La participación de los ciudadanos en la salud ha avanzado poco, más allá del discurso oficial, encuentra serios obstáculos en su libre organización, se encuentra cada vez más tutelada y dependiente política y financieramente del Poder Ejecutivo y de sus intereses ideológicos y proselitistas. Razón esta que desvía la misión de la participación ciudadana cuyo objetivo debe ser la salud de las personas, de las familias y de las comunidades. La información en salud, primer

paso de la promoción y de la participación, ha sido sistemática y arbitrariamente obstaculizada desde los órganos de gobierno nacional.

Durante 2010, la red pública de hospitales ha acentuado su ineficiencia en todos los órdenes y las perversas y equivocadas políticas gubernamentales de recursos humanos, han producido la renuncia y el éxodo de numerosos profesionales de la salud altamente calificados y de aquellos en formación, por lo tanto, la conformación de los equipos de profesionales de la salud se ve impedida y con ello la oferta servicios integrales de calidad.

La cantidad, sin precedentes, de recursos financieros asignados al sector salud en la última década, no se corresponden con los pobres resultados y las tendencias insatisfactorias de los indicadores de salud. La inversión ha sido desordenada, carente de planificación, de pobre ejecución y peor el cumplimiento de las metas propuestas. No ha sido posible hacer una auditoría confiable de esta enorme cantidad de recursos, entre ellos, los asignados fuera del presupuesto ordinario a la Misión Barrio Adentro. Es notoria la falta de transparencia en la administración de los recursos y la insatisfacción de los usuarios en la gran mayoría de los servicios prestados.

Como si fuera poco, en 12 años no se aprobó la ley orgánica de salud que debe servir como instrumento para materializar el derecho a la salud y se procedió a partir de 2008, inconstitucionalmente y sin consulta previa, por decreto, a centralizar la red pública de establecimientos de salud lo que trajo en 2010 menor capacidad de gestión.

La formación de recursos humanos se ha enfocado erróneamente bajo un esquema de sustitución de los profesionales altamente calificados y formados por las universidades autónomas con gran experiencia, que resultarán desplazados por la formación masiva de médicos integrales comunitarios, sin que estos hayan alcanzado la debida calificación profesional, orientados mediante carreras diseñadas por la Misión Médica Cubana con alto contenido ideológico pero escasa formación académica y sin llenar los estándares internacionales para la atención de los pacientes.

Todos estos males, nos llevan a identificar rasgos de anarquía en el sistema público de salud, re-centralización, carencia de planificación, improvisación, ineficiencia, debilidad técnico-científica, falta de transparencia administrativa y de gestión de recursos, ausencia de controles y pobre evaluación de los resultados. Así como una creciente y decisiva influencia del régimen cubano en la conducción, niveles de decisión y formulación de políticas. La exclusión de otros actores sociales no gubernamentales del sector salud, que no son ideológicamente afines al gobierno, y la toma de decisiones y la formulación de políticas impuestas sin consulta, parecen ser las reglas de juego prevalentes, que conducen a un camino errado de gobernanza del sistema de salud. Todos estos males han sido profusamente identificados y documentados en los últimos 10 años y su evolución, a pesar de las críticas y observaciones que se han hecho públicas por parte de diversos sectores, nos indica la ausencia de voluntad política para conciliar o de corregir errores por parte de las autoridades de salud.

Mientras tanto, un importante segmento de la población que no encuentra solución a sus problemas de salud en el sistema público y que no posee medios de aseguramiento suficientes se ha desplazado a los servicios privados de salud, abarrotándolos. Se han anunciado proyectos de regulación estricta de la medicina privada que requerirán ser conocidos y deliberados ampliamente.

Hay la esperanza de que todas estas circunstancias mejoren con los cambios políticos democráticos ocurridos a partir del 26 de septiembre de 2010, luego de la conformación plural de la nueva Asamblea Nacional, que podría impulsar la discusión y aprobación de la Ley de Salud que se encuentra en mora, ejercer una efectiva contraloría y exigir efectivamente la rendición de cuentas de los actos del gobierno en el sector salud.

## **2. Situación de los damnificados por las lluvias e inundaciones**

**La Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela (RSCMV)** ha enfatizado la importancia de garantizar los **Derechos de las personas que se encuentran en los albergues temporales**, que transcribimos a continuación:

- Tienes derecho a un trato respetuoso y digno.
- Si te encuentras en situación de damnificado en un refugio o albergue temporal es importante que sepas que todos tus derechos humanos tienen que ser garantizados.
- Tienes derecho a recibir agua potable así como a tener acceso a alimentos seguros e inocuos .
- Tienes derecho a una asistencia médica en el albergue, así como ser referido a una Institución sanitaria si tu caso lo amerita.
- Tienes derecho a recibir los medicamentos que usualmente tomas si padeces o sufres de una enfermedad crónica como diabetes, VIH, hipertensión arterial y otras.
- Tienes derecho a una asistencia psicológica.
- Tienes derecho a ser reubicado lo más pronto posible a una vivienda digna que no esté ubicada en un lugar vulnerable.
- Tienes derecho a la privacidad.

### **Algunas recomendaciones que hicimos a las Autoridades Sanitarias fueron:**

- Garantizar el derecho al agua potable, así como alimentos, trato digno, seguridad y abrigo, a los damnificados.
- Garantiza el derecho a los cuidados de salud en las personas que se encuentran en los albergues temporales.
- Garantizar los derechos humanos de los damnificados que se encuentran en los albergues, incluyendo la libertad de expresión y movilización.
- Llevar un censo diario de las diferentes enfermedades que se presentan en los albergues, así como de los fallecimientos, publicarlos en informe especial en el portal del MPPS.
- Vigilar la aparición de brotes de enfermedades infecciosas que se presenten en los albergues temporales y establecer las medidas para su control.
- Garantizar el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, así como los medicamentos que deben recibir.

- Garantizar el cuidado de las embarazadas, incluyendo el suministro de vitaminas, vacunaciones (tétanos, influenza pandémica) y la disponibilidad de medicamentos (anti hipertensivos, antirretrovirales y otros); a las embarazadas de alto riesgo obstétrico ofrecerles atención especializada.
- Establecer un censo del número de embarazadas que culminarán su embarazo en los próximos 30 días y garantizarles referencia segura y oportuna a maternidades.
- Organizar los albergues de acuerdo a las recomendaciones de la normativa nacional e internacional.
- Hacer un censo en las personas que presentan enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal y neoplasias), discapacitados que se encuentren en los refugios temporales.
- Garantizar el cuidado de la población indígena que se encuentra en los albergues temporales, respetando su cultura e idiosincrasia.
- Prevenir, identificar y tratar los problemas psicosociales pre existentes y los vinculados con el desastre que presenta la población de afectados.
- Con base a las lecciones aprendidas en este desastre, establecer e implementar medidas de mitigación y preparación de futuros eventos.
- Educar a la población sobre las medidas de prevención en desastres (cuidados de salud, simulacros de incendio y de terremotos y otros desastres).
- Estimular la organización de grupos de voluntarios de la comunidad y otras formas de organización en apoyo y solidaridad con los damnificados.
- Garantizar agua potable libre de agentes biológicos y agentes químicos en los estados donde la infraestructura de las fuentes y distribución de agua fueron interrumpidos.
- Producir y divulgar documentos técnicos sobre los desastres, incluyendo las inundaciones y terremotos, así como establecer planes de contingencia a nivel de los hospitales en caso de no existir.
- Recuperar las condiciones de saneamiento ambiental y de dotación de servicios básicos de las poblaciones que retornan a sus hogares.

Hasta el 14 de enero de 2011, (54 días después de comenzado el desastre), **el MPPS no ha divulgado ni publicado datos epidemiológicos de las poblaciones afectadas, por lo que desconocemos la incidencia y prevalencia de las enfermedades que han afectado a las personas en los albergues temporales**; tampoco el número de personas discapacitadas, con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, así como embarazadas de alto riesgo. Aspectos importantes a tener en cuenta para estimar la cantidad de medicamentos que se necesitan en los albergues temporales y las actividades de prevención.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud publicó en una nota de prensa en el portal del Ministerio **recomendaciones generales para las personas en los albergues temporales**, en el boletín epidemiológico semanal N° 47 en su editorial se reseñan los deberes y derechos de las


personas en los albergues temporales, los cuales pueden ser revisadas en el portal del MPPS: [www.mpps.gob.ve](http://www.mpps.gob.ve)

Estas recomendaciones del MPPS se produjeron luego de 15 días de presentarse las inundaciones en varios estados del país a pesar de que era suficientemente conocido que los desastres naturales, principalmente las inundaciones, se ha acentuado en nuestro país en la última década. Por otro lado, es necesario de parte de las autoridades sanitarias la elaboración de documentos técnicos sobre los desastres dirigidos al equipo de salud. Según el censo preliminar, en los refugios que administra el Gobierno Nacional hay unas 31.623 familias y 124.830 personas. (11 de Diciembre de 2010, El Universal) [www.eluniversal.com](http://www.eluniversal.com) .



Carpas instaladas en la base aérea La Carlota, para recibir 1.500 damnificados. 7 de enero de 2011. Diario El Universal. (Beatriz Cruz Salazar)

El 7 de enero de 2011 se publicó un artículo en el diario El Universal que da cuenta que las carpas instaladas en la base aérea de la Carlota no cumplen con las condiciones de seguridad ni de servicios básicos requeridos por el MPPS en el documento anteriormente citado. Otros artículos de prensa han reflejado el abandono de los refugios por algunos damnificados por diversas razones: limitación de libertades, insuficientes alimentos, necesidad de cuidar sus propiedades afectadas, razones psicológicas y otras causas. Estos artículos pueden ser consultados en los enlaces siguientes:

[Afectados de Blandín dejan refugios para volver a casa](#)   
[Damnificados y propietarios se enfrentan en edificios de Playa Grande](#)  
[Carpas contradicen las reglas del MinSalud para los albergues](#)

La improvisación ha llevado a errores como el de ubicar tiendas de campaña para el uso por tiempo indefinido de los damnificados en la pista del aeródromo de la Carlota. Tal decisión pone en peligro a estas personas que se ubicarán en una zona de operaciones aéreas. Basta apreciar la elocuente foto anexa donde las ráfagas de aire de un helicóptero hizo volar a las tiendas de campaña instaladas imprudentemente en las cercanías de la pista.



Noticias 24. La Carlota. 10 de enero de 2010.

La ministra de salud descartó el 7 de enero de 2011 que se hubieran producido brotes epidémicos en los refugios, pero no ofreció cifras producto de la vigilancia epidemiológica.

Se han producido reclamos, protestas y manifestaciones en diversos estados por las condiciones deplorables e inhóspitas de algunos refugios y albergues que no llenan las condiciones mínimas. Un caso lamentable ocurrió el 14 de febrero cuando un grupo de damnificados interrumpió con sus protestas el autopista Caracas-Guarenas y 5 de ellos fueron atropellados por un vehículo con el saldo de varios heridos graves.



Protesta de damnificados que interrumpió el tránsito en el autopista Caracas-Guaremas. El Nacional. 14-1-2011.

**Es importante que se asignen rápidamente los recursos económicos a los estados declarados en emergencia para que se realicen a la brevedad las labores de reconstrucción y rehabilitación. Los cuales deben ser asignados sin ningún tipo de discriminación política o de otra naturaleza.**

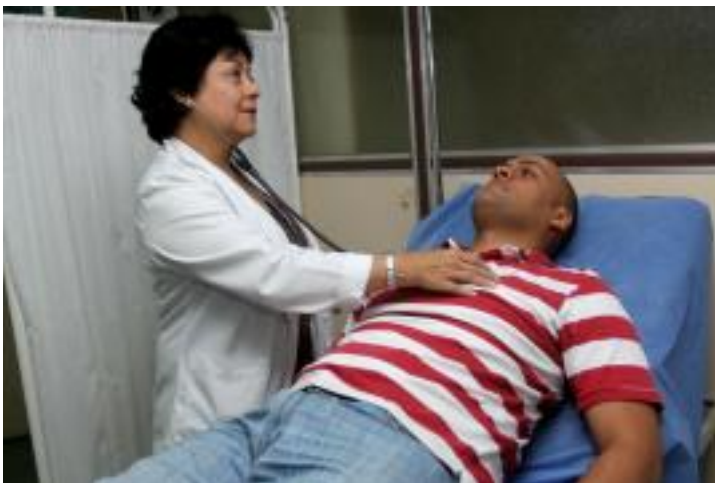
En relación a la respuesta en este desastre es importante que las autoridades sanitarias nacionales trabajen conjuntamente con las autoridades estatales, municipales, locales, protección civil, organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas, las Academias, las Universidades y las comunidades.

Para finalizar esta segmento, queremos expresar la preocupación de la RSCMV por la presencia de basura y otros desechos sólidos acumulados en varias zonas de la ciudad de Caracas, particularmente en el Municipio Libertador, las cuales están causando proliferación de vectores como: moscas, cucarachas y roedores los cuales constituyen un grave peligro para la salud de las personas. Esperamos que la recolección de los desechos sea realizado a la brevedad.

José Félix Oletta L. y Ana C. Carvajal

### 3. La versión oficial sobre la situación epidemiológica en los refugios

Posibles casos de infecciones en refugios no generan alarma por brotes epidémicos



**N. de la R.:** La foto ilustra **como no debe examinarse un paciente**, por ejemplo auscultar el corazón sin retirar la ropa.

Caracas, 14 Ene. AVN .- **Las adecuadas condiciones sanitarias en las que se encuentran los refugios habilitados en el país para atender a las familias damnificadas, evitan en gran medida la generación de brotes epidémicos.** Sin embargo, no se descarta la posibilidad que se produzcan algunos casos de enfermedades infecciosas como gripes, diarreas y fiebres.

La viceministra de Redes de Salud Colectiva, Miriam Morales, explicó este viernes que en caso de notificarse personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, entre otras, es necesario aclarar que éstas no son producto de la condición de refugiado, ni tampoco fueron generadas dentro de los mismos.

**Destacó que actualmente en los refugios no están dadas las condiciones para que ocurran casos de enfermedades como la leptospirosis,** pero de reportarse algunas situaciones aisladas de enfermedades infecciosas, existe plena garantía de atención y respuesta inmediata.

**“No hemos tenido brotes de afecciones transmisibles en los refugios. Lógicamente, sí hemos tenido, por ejemplo, un caso de meningitis, diarreas en algunos refugios pero que tienen que ver con infecciones alimentarias. En esos casos, reciben atención inmediata para evitar deshidratación”,** señaló Morales.

**ha tomado las medidas sanitarias correspondientes tanto al manual nacional como a estándares internacionales.**

Asimismo, indicó, que de manera permanente se mantiene la vigilancia epidemiológica en función de garantizar las medidas de control que eliminen las posibilidades de transmisión de afecciones respiratorias, infecciones neurológicas primarias, incluso infecciones como leptospirosis.

**Sobre esta última patología, la viceministra señaló que durante todo el año 2010 se**

**confirmaron 282 casos de leptospirosis, pero descartó que alguno de ellos se haya producido dentro de los refugios habilitados.**

En cuanto a la atención médica, Morales mencionó que en aquellos refugios donde hay presencia de más de 350 personas cuentan con médicos permanentes 24 horas; los que albergan entre 100 y 350 personas reciben atención durante el día y los refugios que tienen menos de 100 personas tienen garantizado visitas médicas de manera periódica. Igualmente, celebró la organización comunitaria dentro de los refugios, la cual es fundamental para prevenir enfermedades infecciosas tanto por contaminación como por consumo de alimentos.

En ese sentido, aseguró: **“Desde el punto de vista epidemiológico nuestros refugios no representan un problema de riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas transmitidas por roedores.** No están dadas esas situaciones en este momento, pero sí hay que estar alertas ante posibilidad de enfermedades producidas por alimentos y enfermedades respiratorias que son comunes en la vida conjunta de grupos de personas”.

Si deseas revisar el documento completo puedes copiarlo del archivo .pdf adjunto o de nuestro portal:

[www.rscmv.org.ve](http://www.rscmv.org.ve)

## **II. La OPS ha instado a los países de la región a prepararse para enfrentar la propagación del cólera (Ver nota en la Sección V del Alerta Epidemiológica N° 161).**

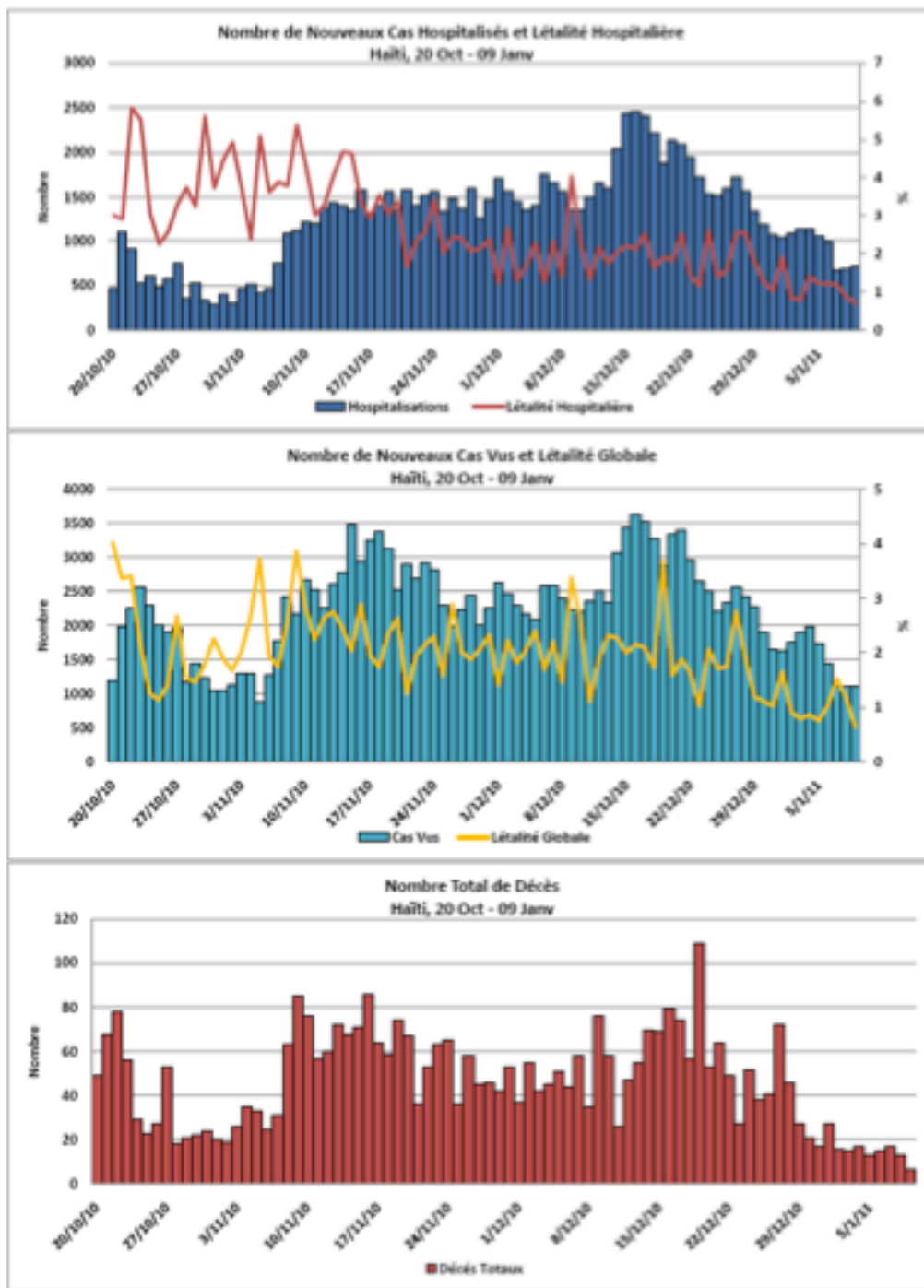
**El 12 de enero se cumplió un año de haber ocurrido el devastador terremoto que azotó Haití. El impacto del evento está muy lejos de haber sido superado. Cientos de miles de fallecidos, millones de damnificados, destrucción masiva de viviendas, millones de refugiados viviendo en campamentos, destrucción de los servicios básicos y de la red de establecimientos de salud, profunda afectación de la economía local e inestabilidad política y social son graves obstáculos para volver a la vida normal en el país más pobre del Continente y han creado condiciones propicias para la aparición de la epidemia de cólera que ha cobrado hasta el 9 de enero de 2011), semana epidemiológica N° 2 de 2011, 3.790 víctimas mortales. La tasa de mortalidad general es de 2,0 % (informe del 13 de enero de 2011). 185.012 personas han enfermado en los 10 departamentos del país. El departamento con mayor tasa de incidencia acumulada es Artibonite 305 x 10.000 habitantes. Han sido hospitalizados 103.532 casos (56,0%). La tasa de letalidad intrahospitalaria es de 2,4 % Se estima un número importante de casos no registrados. Durante la Semana Epidemiológica N° 1 de 2011 se apreció una reducción importante en el número de casos y de hospitalizados. (Gráfico N° 1) Modelos matemáticos desarrollados por OPS-CDC, permiten predecir que en los próximos 12 meses 400.000 personas enfermarán, de ellas, más de la mitad en los primeros 3 meses. Si bien el número de casos sigue aumentando, el número de fallecidos crece más lentamente. Se necesitará reforzar el personal para**

intensificar la capacidad de respuesta en los próximos tres meses (son necesarios 350 médicos, 2.000 enfermeros y 2.500 funcionarios de apoyo).

### **Gráfico N° 1**

Incidencia diaria de casos, casos hospitalizados, muertes por cólera y tasas de letalidad general y hospitalaria.

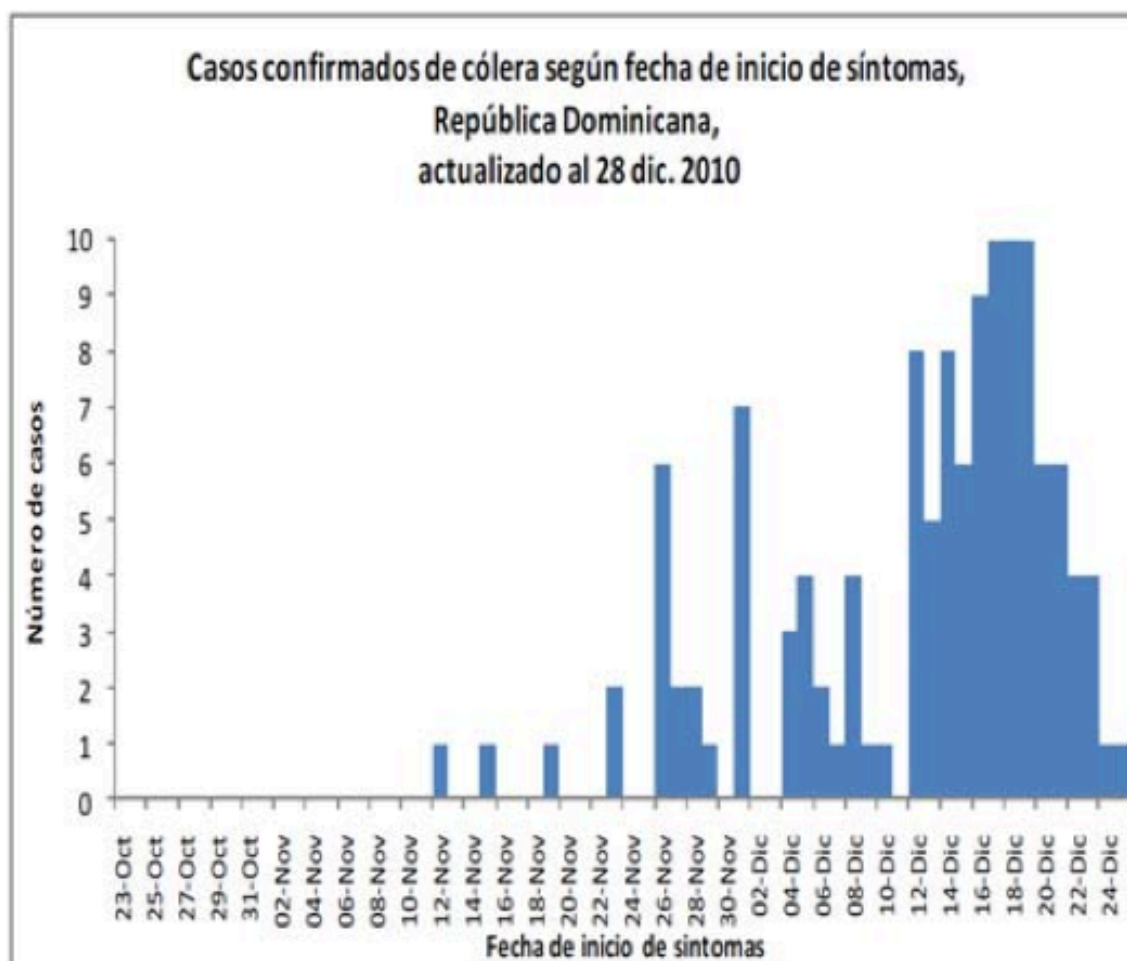
Haití, Semanas Epidemiológicas N° 42 de 2010 a N° 1 de 2011.



Fuente: Rapport de cas. Cholera. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSP) 13-1-2011.

**En República Dominicana** hasta la semana epidemiológica N° 2 de 2011 (9 de enero de 2011) publicado el 11 de enero, se habían confirmado por laboratorio 160 casos de cólera), No se han confirmado fallecidos. En 13 de las 31 provincias del país y el Distrito Nacional, se han reportado casos, principalmente en: Santiago, Santo Domingo, Elías Piña y San Juan. El gráfico N° 2 muestra los casos confirmados según fecha de inicio de síntomas, actualizado hasta el 28 de diciembre de 2010.

**Gráfico N° 2**



Source: Boletín especial. Cólera. Ministerio de Salud Pública de República Dominicana

**En nuestro país existe amenaza regional de cólera** por la cercanía geográfica con Haití, el tránsito de viajeros y la abundancia de las lluvias locales en las últimas semanas, que han producido inundaciones graves en los estados Falcón,

Vargas, Miranda, Anzoátegui y Zulia con daños y deslizamientos en Distrito Metropolitano, Nueva Esparta y estados andinos con numerosos damnificados. Una situación similar de calamidad afecta a Colombia con numerosos damnificados (dos millones) y dos centenares de fallecidos como consecuencia de las inundaciones. Recordemos que la puerta de entrada del cólera a Venezuela en 1991 fue la frontera colombiana.

**El último caso de cólera en Venezuela se registró en el año 2000**, desde esta fecha no circula el *Vibrio cholerae* en el territorio nacional. La amplia experiencia con el cólera ha demostrado que es imposible evitar su introducción en un país. Sin embargo, la propagación dentro de un país sí puede contenerse mediante medidas de control apropiadas. El cólera se transmite generalmente por agua o alimentos contaminados con materia fecal. Los comportamientos humanos relacionados con la higiene personal y la preparación de alimentos contribuyen en gran medida a la aparición y la gravedad de los brotes. Por tanto, la educación sanitaria orientada a modificar los comportamientos es un importante componente de la prevención y el control del cólera.

**Le corresponde al MPPS cumplir la obligación de publicar y divulgar las Guías de actuación para la vigilancia y control de cólera y otras enfermedades diarreicas.** Este material fue preparado desde octubre de 2010 y no ha sido publicado en el portal electrónico del Ministerio. Además, hay retraso en la dotación, insumos para diagnóstico y tratamiento en las emergencias de los hospitales públicos. No se han definido los hospitales centinela para la identificación de casos sospechosos.

Mientras tanto, es fundamental que se sigan las siguientes **recomendaciones** que ayudarán no sólo a prevenir el cólera sino también otras enfermedades de transmisión hídrica-alimentaría.

1. Lávese las manos minuciosamente con jabón después de usar el baño y antes de preparar y consumir alimentos.
2. Evite consumir alimentos de dudosa procedencia o en puestos ambulantes.
3. Disponga las heces de forma sanitaria para prevenir contaminación de agua y alimentos.
4. Consuma agua potable hervida, embotellada o tratada.

Fuentes: Boletín Epidemiológico Semanal N° 42, MPPS, Alerta Epidemiológica OPS, Alerta Epidemiológica OMS, 4 de noviembre de 2010.

Invitamos a revisar además: Noticias Epidemiológicas N° 25 dedicado al tema del cólera, elaborada el 14 de noviembre y las Medidas Clave en caso de

Inundaciones, deslaves y deslizamientos, dirigidas al público en general publicadas el 26 de noviembre de 2010.

[www.rscmv.org.ve](http://www.rscmv.org.ve)

## **II. Situación epidemiológica de Venezuela. Boletín Epidemiológico N° 52 (26 de diciembre al 25 de diciembre al 1 de enero de 2011), MPPS.**

### **Dengue la peor epidemia en 21 años.**

El Boletín N° 51, correspondiente a la semana del 26 de diciembre al 1 de enero de 2011 fue publicado tardíamente el 13-1-2011, 13 días después de su elaboración. Nos referiremos a su contenido en esta Alerta Epidemiológica.

El encabezado del Boletín afirma que *"solo 2 de los 70 eventos bajo vigilancia epidemiológica se mantienen en alerta (dengue y malaria)"* Esto no se corresponde a la verdad, porque **son ocho las condiciones que están en alerta con razón endémica elevada, a saber: influenza, sífilis congénita, dengue y dengue hemorrágico, malaria, hepatitis inespecífica, parálisis flácida y fiebre.** (todos con razón endémica superior a 1,25). Los casos de encefalitis equina en humanos y animales confirmados hasta junio de 2010, fueron eliminados del cuadro de vigilancia de enfermedades zoonóticas desde hace varias semanas. **Un número importante de enfermedades de denuncia obligatoria experimentaron incremento en la presente semana**, situación que probablemente empeore en las próximas semanas, debido a la situación de las lluvias y las inundaciones. En las semanas N° 47 y N° 48 se presentaron 4 casos de enfermedad meningocócica y 2 de meningitis meningocócica, se desconoce si se presentaron en brotes y en que edades, porque no se especifica en el boletín. En la semana 52 se confirmaron 3 casos de enfermedad meningocócica. El total de casos de meningitis meningocócica y enfermedad meningocócica en 2010 fue de 50. El riesgo es tal que el Boletín N° 48 incluyó la siguiente nota editorial:

#### ***"Riesgo de Meningitis por Meningococo en albergues"***

*"Como resultado de eventos naturales, se desplazan grupos de personas de sus zonas de viviendas y trabajo y se reubican en albergues y/o en centros de refugiados, lo que supone un riesgo potencial para algunas enfermedades, específicamente la Meningitis producida por Neisseria meningitidis, por ello, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:*

*1. El desplazamiento de un número importante de personas de todos los grupos de edad y, entre ellos población infantil, supone una mayor incidencia de portadores asintomáticos de Neisseria meningitidis.*

2. Buena parte de las personas que están en condición de refugiados, pueden provenir de zonas donde se han detectado brotes epidémicos, especialmente de Meningitis meningocócica.

3. Un porcentaje importante de ellos puede ser reubicado en albergues de instituciones cerradas, donde la incidencia de Meningitis meningocócica es más común que en la población general.

4. Se debe recomendar al personal de salud que labora en estos albergues, que ante cualquier caso sospechoso con manifestaciones neurológicas compatibles con meningitis, el caso debe notificarse en forma inmediata y referirse a un centro de atención médica, proceder a la investigación de contactos cercanos y realizar la búsqueda de otros casos.

**La inmunización de rutina contra el meningococo no está recomendada en situaciones de desastre, por su baja eficacia y la corta duración de la inmunidad conferida a la población infantil.** En situaciones posteriores a la emergencia, el promedio de casos de Meningitis por meningococo no debe exceder 15 por 100.000 por semana en un período de dos semanas consecutivas, ya que esto ha demostrado ser predictivo de una epidemia en la población general. La presencia de los diversos serotipos de Neisseria meningitidis (A, B y C) debe ser confirmada por un laboratorio de referencia, ya que el tipo B no es adecuadamente cubierto por la vacuna.

En caso de epidemia, se debería tener una reserva en depósito de vacuna antimeningocócica A y C con el fin de asegurar su disponibilidad inmediata para el control de los brotes, si esto fuera necesario. **Actualmente no se justifica la aplicación masiva de la vacuna.**

Para los contactos cercanos al caso índice se recomienda la administración de quimioprofilaxis; con rifampicina o ceftriaxona en niños y adultos según dosis indicadas, con la excepción de embarazadas. Se ha demostrado que el riesgo de adquirir la enfermedad en poblaciones cerradas, a partir de un caso índice, puede ser varias veces mayor que el riesgo endémico de la población general.”

**En las semanas 49, 50 y 51 no se registraron nuevos casos de meningitis meningocócica y en la semana 52, 3 casos de enfermedad meningocócica.**

En la semana epidemiológica N° 50 se registraron **12 casos de leptospirosis** en humanos. No hubo reportes en la semana N° 51 ni en la N° 52. El total de casos acumulados de leptospirosis en 2010 fue de 282.

El Boletín N° 48 menciona la confirmación de **un nuevo brote epizootico activo de fiebre amarilla en el estado Monagas**, municipio Maturín, parroquia Rural del Sur, en primates no humanos (**monos Alouata seniculus -araguatos-**) Evidencia

la posible transmisión del virus en el foco de Guayana. Es el tercer reporte de brote en el estados orientales en los últimos cuatro meses. Hasta la semana epidemiológica N° 52 no se presentaron nuevos brotes epizoótico activos.

Hemos advertido en varias Alertas anteriores y en una Noticia Epidemiológica el **repunte de las diarreas infecciosas en Venezuela** que continua en todos los grupos de edad y nos preocupa la contaminación bacteriana de las fuentes de agua potable en la mayoría de las regiones de Venezuela, la cual sin duda, se incrementará con la situación de las inundaciones.

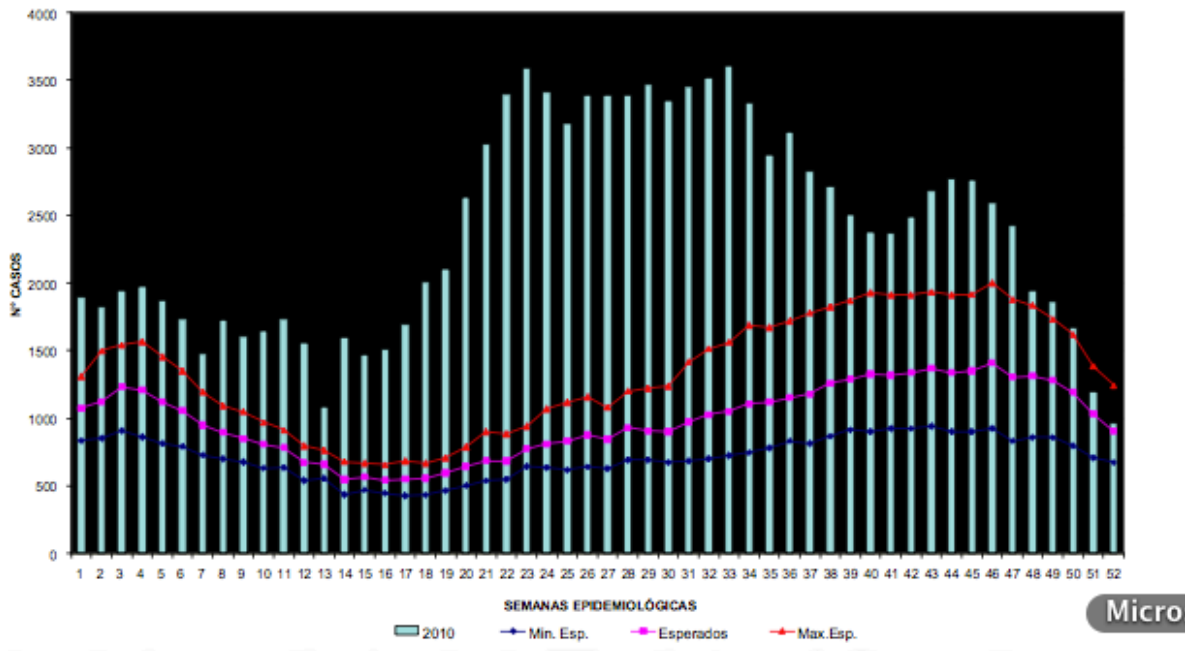
El incremento de casos de diarrea en las últimas semanas de noviembre, se detuvo en la semana N° 48 y descendió 3.2 % en la semana N° 48; 14,21% entre las semanas 50 y 51 y 4,5 % en la semana N° 52. El número de pacientes febriles disminuyó 12,7 % en relación a la semana N° 48; 24,22 % entre la semana 50 y 51 y 4,1% en la semana N° 52. **Infecciones Respiratorias Agudas** (aumentó a la mayor incidencia semanal del año en la semana 47 y luego descendió 18 % en la semana 48), **entre las semanas 50 y 51 descendió 17,60%, y 9,9% en la semana N° 52. Neumonías (descendió 6.6 % en la semana N° 48 y 22,31% de descenso entre las semanas 50 y 51), y 9,2 % en la semana N° 52. Parotiditis (descenso de 37.5% entre las semanas 50 y 51), y ascenso de 35% en la semana N° 52 Hepatitis B (siguió el aumento, esta vez de 15,38% y un descenso de 40% entre las semanas 50 y 51) , Varicela (descenso de 16,9% para el mismo período). Y 12,3 % en la semana N° 52.**

**En la semana N° 52 no se registraron nuevos casos de influenza A/H1N1.**

Hasta el 4 de diciembre, de 2.577 pacientes con sospecha de influenza, a los cuales se les tomó muestras para investigación de virus por la técnica de PCR-TR, (INHRR), 538 (ningún caso nuevo en 2 semanas) resultaron positivos a Influenza A Estacional, 71 a Influenza Pandémica (H1N1). Entre otros virus respiratorios destacan: Virus sincitial respiratorio 87, Rinovirus 68 y Metapneumovirus 42. En las últimas 23 semanas la circulación del virus de Influenza Pandémica está presente y es estable. Debe aumentarse la vigilancia epidemiológica del virus de influenza pandémica por la evidencia comprobada de que actualmente es el virus de circulación dominante en Colombia y Ecuador con casos mortales y que en Venezuela la población esta susceptible por no haberse realizado el plan de inmunización que fue ofrecido para enero de 2010. Entre la semana N° 20 y la N° 32 se produjo un brote de influenza A estacional, con un pico máximo de casos (69) en la semana N° 25. Que no fue caracterizado ni informado en su momento.

**El número acumulado de casos de dengue** hasta el 25 de diciembre fue de 124.931 casos (1,91) veces más que la cifra alcanzada para la misma semana del año pasado, n: 65.869) y la más elevada en el país desde que se llevan registros sanitarios. La última cifra refleja un descenso de 235 casos respecto a la semana anterior). (964 casos de los cuales 80 fueron hemorrágicos- aumento de 22 casos- en la última semana). El total acumulado de casos hemorrágicos es de 10.278. no hay información del número de fallecidos (Gráfico N° 3)

**Gráfico N° 3**  
**Dengue.**  
**Canal Endémico Venezuela, 2005- 2009.**



**Nota:** Método Combinado sin incluir el método aritmético no modificado.

**Fuente:** Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Boletín Epidemiológico Semanal N° 51, MPPS, 2010

**Una gran cantidad de casos (75.038) (60,06%) corresponden a 7 entidades federales:** estado Miranda, Zulia, Mérida, Distrito Capital, Táchira, Lara y Aragua. Miranda ocupa el primer lugar con 15.961 (12.77 % del total nacional). Cuatro estados se mantienen en epidemia y 2 muestran cifras en ascenso. El estado Falcón presenta un severo brote epidémico que se ha acentuado en las últimas 10 semanas con tendencia al descenso, alcanzó 530 casos la semana N° 45 y 336 en la semana N° 46, en la semana N° 47 con 396 casos. En la semana N° 48, 276 casos; en la semana N° 51, 165 y en la semana N° 52, 153 casos (El estado con la cifra semanal más elevada después de Zulia). Esta situación podrá empeorar en las próximas semanas epidemiológicas debido a las inundaciones.

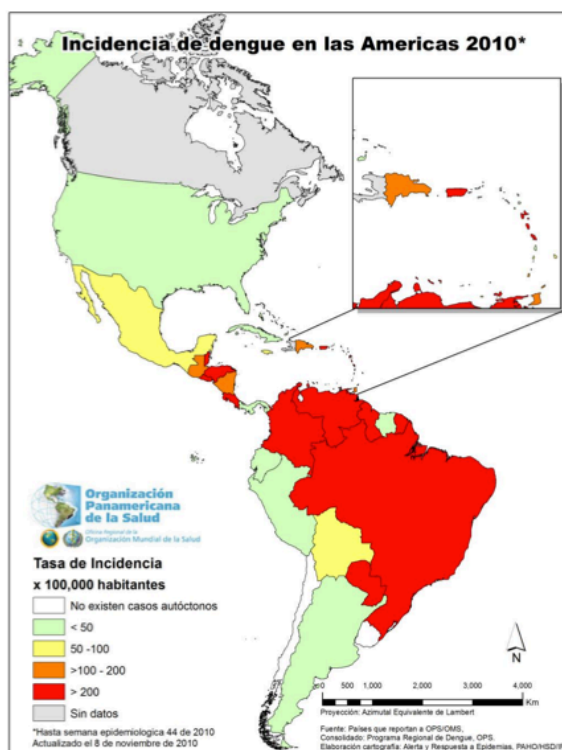
**La tasa nacional de incidencia acumulada es de 433.3 por 100.000 habitantes,** (4 puntos más que la semana anterior) y más de 8 veces el valor de la meta a alcanzar en el año 2015 en los Compromisos del Milenio. La relación

dengue clásico/dengue shock-hemorrágico es 11/1. **El grupo etario más afectado son los niños de 10-11 años con una tasa que ha ascendido rápidamente a 793.5 por 100.000 habitantes.** El grupo más afectado con dengue hemorrágico es el de **niños menores de un año: es de 124.5 por 100.000 habitantes.**

Del total de casos, 10.278 (8,2%) son hemorrágicos (**esta es la cifra más elevada de casos hemorrágicos en 21 años, desde que se produjeron los primeros casos hemorrágicos en Venezuela**).

Venezuela concentra el 24,74 % de todos los casos de dengue grave del Continente Americano hasta la Semana N° 34; ocupa el segundo lugar en dengue grave después de Colombia. (cifras calculadas con datos del Alerta Epidemiológico de Dengue en las Américas, OPS, 8 de septiembre de 2010) [www.paho.org](http://www.paho.org)

Figura N° 1



Fuente: Alerta Epidemiológica, OPS. Actualización de dengue en las Américas, 15 de noviembre de 2010. [www.paho.org](http://www.paho.org)

La tasa de casos acumulados en Venezuela de **433,3 por cada 100.000 habitantes**, es superior a la tasa continental de incidencia que alcanza **299,79 por cada 100.000 habitantes** (según el reporte de la OPS del 10 de diciembre de

2010, hasta la semana N° 49) y que la tasa de incidencia para la Región Andina que es de 273,76 casos por cada 100.000 habitantes. [www.paho.org](http://www.paho.org) (Figura N° 1)

**De acuerdo con la misma fuente Venezuela ocupa el segundo lugar en casos graves hemorrágicos, después de Brasil y es seguida por Colombia. Y aporta más de la mitad de los casos hemorrágicos, graves de la región andina y cerca de la mitad de las muertes. También aporta el 26 % de los casos graves del Continente y 7,13 % de los casos totales.**

Si se mantiene la tasa de letalidad observada hasta julio de 2010 entre 0,7 y 0,8 x 1.000, **el número de fallecidos por dengue en Venezuela hasta este momento se estima entre 86 y 99 personas**, sin tomar en cuenta el sub registro. El análisis de letalidad en los últimos 21 años, (con interrupción entre 2006 y 2009, nos indica que la cifra actual de letalidad es similar a la de 1997 y viene ascendiendo en los últimos 6 años. La tasa de letalidad descendió progresivamente desde 1990 hasta 1996, como consecuencia del aprendizaje alcanzado por los médicos venezolanos en la conducción y terapia de las formas graves de dengue. (Gráficos N° 1 y N° 2 presentados en el ALERTA EPIDEMIOLÓGICO N° 143) El ascenso de la letalidad es razón suficiente e imperiosa para que el MPPS actualice las pautas de vigilancia, control y tratamiento del dengue cuya última versión es de 1998. Esta recomendación ya la hemos hecho anteriormente pero no hemos obtenido respuesta a pesar que lo recomendamos todas las semanas.

Solo se conoce el acumulado de 8 personas fallecidas por dengue en el estado Anzoátegui hasta esta semana N° 45.

Están circulando simultáneamente los 4 serotipos de dengue en Venezuela. Predomina el Den-2.

**La situación entomológica** hasta la semana N° 42 muestra que el índice aéxico a casas está en ascenso 14,54% de las casas con presencia de *Aedes aegypti*, (ascenso de 9,34 % en relación a la semana homóloga de 2009) y un aumento en los criaderos: diversos (2,34%), cauchos (30,40%) y toneles (11,47%).(Fuente: Dirección General de Salud Ambiental)

9 estados presentan Índices aéxicos a casas muy elevados, superiores a 15 %: Anzoátegui, Aragua, Carabobo, Cojedes, Nueva Esparta, Portuguesa, Trujillo y Yaracuy. Miranda tiene cifras superiores a 20 %. No se han ofrecido nuevas noticias sobre el cumplimiento de las metas del Plan Bicentenario de eliminación de vectores, al parecer suspendido desde el 30 de septiembre de 2010, cuando es el momento más importante para contar con esta medida de salud pública.

**Con respecto a la malaria** durante la semana epidemiológica N° 52, los 24 estados, realizaron la respectiva notificación semanal obligatoria de casos, con el registro de 3.180 muestras tomadas y el diagnóstico de 483 casos en el país, 475 autóctonos (98,3%) y 8 casos (1,7%) importados ( Colombia n=1 y Guyana, n=7),

reportados desde los estados Bolívar y Amazonas (75% son infecciones a *P. vivax* y 25% *P. Vivax* y *P. falciparum*)".

La fórmula parasitaria es 76,8% a *Plasmodium vivax*, 20,4% a *Plasmodium falciparum*, 0% a *Plasmodium malariae* y 2,7% a infecciones mixtas (*P. vivax* y *P. falciparim*). La edad de 10-39 años es la más afectada (63,16%). Los estados Bolívar, Delta Amacuro y Sucre, reportaron 96% de la casuística nacional. Los municipios con mayor IPA x 1.000 son: Pedernales (Del) (6,4), Sifontes (Bol) (3,1), Alto Orinoco (Ama) (0,5), Raúl Leoni (Bol) (0,6), Sucre (Bol) (2,4), Cedeño (Bol) (1,1), y Gran Sabana (Bol) (0,8).

El acumulado de casos de malaria durante 2010 fue de 45.155 casos, representando un **aumento de 26% con respecto al año anterior** (n=35.828). La Incidencia Parasitaria Anual (IPA) del país es de 8,4 por cada 1.000 habitantes.

**En relación a la mortalidad infantil**, en la semana epidemiológica N° 52, se notificaron 104 muertes en menores de 1 año. Al distribuir las por grupos de edad la mortalidad Neonatal (0 a 27 días) concentran 76,0 % del total de las muertes infantiles. *Prematuridad, Sepsis Neonatal y Enfermedad de Membrana Hialina* son las causas más frecuentes. Las Post Neonatales representaron 24,0%. Al comparar con la semana homóloga del año 2009 hay un ascenso de 30 muertes. El acumulado anual hasta la semana N° 52 del año 2010, **se observa un incremento de un 12,4% en relación al 2009 (n: 5.101)**. El acumulado total anual de 2010: **5.839 muertes infantiles**.

**Cuando se consulta el Anuario de Mortalidad y Estadística Vital del MPPS, (el último número disponible corresponde a los datos de 2008), el número de muertes infantiles, por razones metodológicas y de organización de los datos es muy superior a las contabilizadas en los Boletines Epidemiológicos Semanales. Esto influye significativamente a la hora de calcular la Tasa de Mortalidad Infantil, porque si se hace uso del dato del boletín se reduce el numerador de la tasa y adicionalmente porque el denominador de la tasa en vez de usar en número de nacidos vivos registrados, en los tres últimos años se está empleando la cifra estimada de nacimientos. Estas discrepancias metodológicas producen confusión en el resultado confiable del indicador oficial de mortalidad infantil.**

Durante la semana epidemiológica N° 52 **se registraron 9 muertes maternas, (entre 15 y 38 años de edad, media 27 años), con un acumulado para el año 2010 de 330, la tendencia es al ascenso.** Todas fueron Intrahospitalarias, reportadas por los estados: Anzoátegui (1), Apure (1), Aragua (1), Barinas (1), Carabobo (1), Monagas (1), Táchira (1), Yaracuy (1), y Zulia (1). Una por embolismo de líquido amniótico, 3 por hemorragia, 3 por toxemia y **1 por enfermedad hematológica y una por tumor de estómago**. El acumulado anual muestra una reducción de 10,3 % respecto a la semana correspondiente de 2009 con tendencia al ascenso. (El pasado año, 22 embarazadas fallecieron por

influenza pandémica A(H1N1). Este año hay reporte de 2 muertes por esta causa. La distribución geográfica de muertes maternas se aprecia en la Figura N° 2.

Figura N° 2.

**Mortalidad Materna  
Distribución de Muertes por Entidad Federal  
Venezuela Año 2010\***

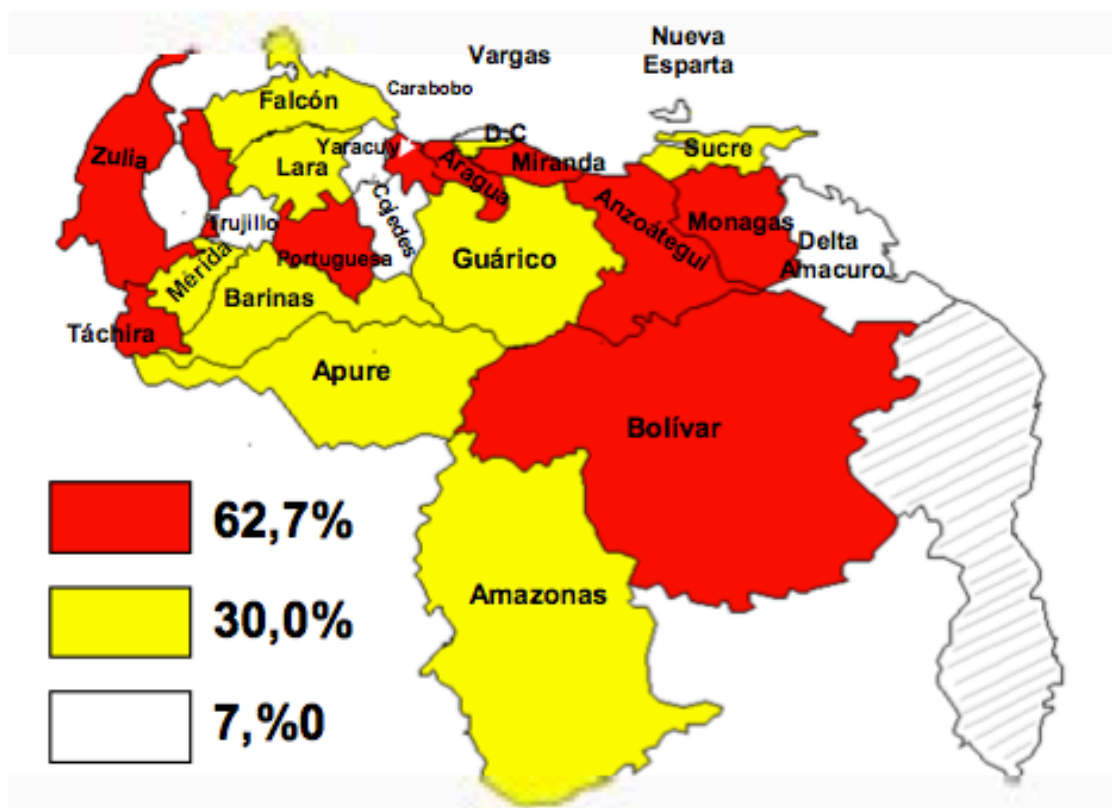


Figura N° 03 Las Entidades Federales Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Miranda, Monagas, Portuguesa, Táchira, Yaracuy y Zulia concentran el 62,7% de la muertes notificadas durante el año 2010

Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica

\*) Datos Acumulados hasta SE 52

### **III. Nuevo Brote de enfermedad de Chagas agudo de transmisión oral.**

No se ha producido nueva información oficial sobre la evolución de los casos del nuevo brote de enfermedad de Chagas agudo de transmisión oral que fue confirmado en el sector La Palmita en Rubio, municipio Junín, estado Táchira. El primer caso, fue una niña de 2 años y 8 meses que ingreso por fiebre y otras manifestaciones sistémicas. La muestra de sangre periférica puso en evidencia los tripanosomas circulantes. La autopsia confirmó la enfermedad en fase aguda. 6 personas más, 4 adultos y 2 niñas, 4 pertenecientes a la misma familia y una vecina fueron hospitalizadas y reciben tratamiento en la ciudad de San Cristóbal. Estas han presentado efectos secundarios por la medicación recibida. La información fue suministrada por la Dirección de Corposalud y la Dirección de Epidemiología del estado Táchira.

Hasta el momento no conocemos los detalles clínico-epidemiológicos de este nuevo brote confirmado, (es el cuarto en los últimos 24 meses) vinculado con la transmisión oral de la enfermedad en Venezuela.

La positividad de triatomíneos capturados durante 2010, a *Tripanosoma cruzi* en 13 estados es de 11,38 % (3.365/383). Se desconocen los datos del estado Táchira. Fuente: Dirección General de Salud Ambiental. MPPS. (hasta la semana epidemiológica N° 42).

Es necesario recordar la importancia de reforzar la vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas en todo el territorio nacional e insistir en las medidas que deben aplicarse para prevenir la transmisión vectorial, oral y sanguínea de la enfermedad.

Esperamos que nuestros lectores se sientan satisfechos con el material que hoy les ofrecemos y contribuyan a su divulgación.

Si deseas conocer el texto completo de los temas mencionados y las Alertas Epidemiológicas Internacionales puedes copiar el archivo anexo o consultar nuestra página web:

[www.rscmv.org.ve](http://www.rscmv.org.ve)

## **IV. Alerta Epidemiológica en América Latina y el Caribe Actualización sobre la situación del Cólera SE 50 (23 diciembre 2010)**

### **Situación epidemiológica**

### **A un año del terremoto de Haití.**

[www.paho.org](http://www.paho.org)

## **Alertas epidemiológicas y otras noticias de América Latina y el Caribe.**

### **OPS.**

[www.paho.org](http://www.paho.org)

[Los trabajadores sanitarios de Haití fueron “héroes” en el 2010, afirma la Directora de la OPS](#)



Ante los retos de salud sin precedentes enfrentados durante el 2010, los trabajadores sanitarios de Haití fueron “héroes” cuyos incansables esfuerzos salvaron vidas y aliviaron el sufrimiento de miles de heridos y enfermos, afirmó la doctora Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en comentarios hechos hoy al cumplirse un año del terremoto del 12 de enero del 2010.

[Leer más...](#)

#### [2010: Un año de retos sanitarios para Haití](#)



Para el sector de la salud de Haití, el 2010 fue un año de retos sin precedentes. El terremoto del 12 de enero se cobró la vida de más de 200.000 haitianos, entre ellos unos 300 trabajadores de salud, y lesionó a muchos miles más, al tiempo que ocasionó daños graves y perturbaciones en la infraestructura sanitaria, los servicios y las líneas de suministro. La epidemia de cólera sumó nuevas dificultades precisamente en el momento en que el sector de la salud estaba empezando a recuperarse y restablecerse.

[Leer más...](#)

[Haití, un año después del terremoto](#)

#### [Video: Un año, un equipo por Haití](#)

[Más multimedia...](#)

[\[ S l i d e s h o w \]](#)



[Cliquee aquí para ver](#)

"Esta semana se cumple un año desde el terremoto que tuvo lugar en Haití el 12 de enero del 2010. Quisiera aprovechar este momento para expresar una vez más mi solidaridad con las personas de Haití..."

[Leer más...](#)

#### Alerta Epidemiológica

- [Alerta Epidemiológica: Actualización semanal sobre la situación del Cólera SE 52 \(26 de diciembre 2010 al 1 de enero 2011\) \(Publicado el 11 de enero 2011\)](#)

## V. Alerta Epidemiológica Mundial

[www.who.org](http://www.who.org)

Información sobre la epidemia de Cólera en Haití

## Informes de situación



[Informes de situación / Boletines del Grupo de Salud](#)

## Conferencias de prensa



[Transcripción: la situación en Haití](#)

## PROMESS: Medicamentos Esenciales



[Sitio web del programa](#)

## Material para la prensa



[Lista de comunicados y avisos de prensa](#)

## Información técnica sobre el cólera



[Información técnica por idioma](#)

## Videos de la OPS



[Videos recientes sobre el Haití](#)

## Fotos / Imágenes



[Fotos del brote de cólera](#)

## Alertas epidemiológicas



[Lista de alertas recientes](#)

## Gripe Aviar

### Brotos epidémicos

- [13 de enero de 2011](#)  
Gripe aviar: situación en Egipto — Actualización N.o 41
- [5 de enero de 2011](#)  
Gripe aviar: situación en Egipto — Actualización N.o 40
- [29 de diciembre de 2010](#)  
Gripe aviar: situación en Egipto — Actualización N.o 39
- [9 de diciembre de 2010](#)  
Gripe aviar: situación en Indonesia — Actualización N.o 5
  
- [Archivos anuales](#)
- [Archivo de enfermedades - en inglés](#)
- [Brotos de enfermedades por países - en inglés](#)
- [Las noticias a través de RSS](#)