



## EER Noticias Semanales:

### Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, Región de las Américas

Vol. 2, No. 10— 11 marzo 2004

[Índice principal](#)

- [Situación actual de influenza aviar](#)
- [Situación de la fiebre amarilla selvática \(FAS\) en Colombia](#)

#### Situación actual de influenza aviar

La gripe aviaria causada por el virus de la gripe A (H5N1) ha producido pocos casos humanos hasta el momento. Desde nuestra última actualización (5 de marzo de 2004), se ha notificado 1 nuevo caso de influenza aviar en humanos, lo que hace un total de 33 casos y 22 muertes. Los países asiáticos que han notificado casos en humanos por este subtipo son Vietnam (22 casos humanos y 15 muertes) y Tailandia (11 casos humanos y 7 muertes). Se han notificado epizootias por este subtipo en diversas especies de aves en 8 países asiáticos. Otros países han notificado brotes de influenza en aves, pero no corresponden con H5N1 altamente patógena (Tabla 1).

La única información clínica disponible sobre la enfermedad en humanos se refiere a los casos detectados durante la epidemia actual y a la epidemia de Hong Kong en 1997. La letalidad entre los casos hospitalizados es alta, ocurriendo la muerte entre los 6 y los 29 días desde el inicio de síntomas (mediana de 9 días). Para el tratamiento y prevención de la gripe producida por H5N1 el uso precoz de inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir) ha demostrado su eficacia.

El aislamiento del paciente y la adopción de medidas de protección para evitar la transmisión por vía aérea (partículas pequeñas) y por contacto deberán establecerse a nivel local según la disponibilidad de medios en los hospitales. En los actuales brotes en Viet Nam y Tailandia no se ha evidenciado la transmisión aérea por partículas pequeñas, pero dada la alta letalidad de la enfermedad y la alta capacidad del virus de sufrir mutaciones la OMS considera oportuno la adopción de estas medidas. Durante el brote de influenza aviar (H5N1) producido en Hong Kong en humanos en 1997 la adopción de precauciones para evitar la transmisión aérea y por contacto dentro de los hospitales demostró su eficacia, y esto apoyaría la anterior recomendación.

La ejecución de medidas para la contención de la propagación de un virus de la influenza que pueda producir una pandemia, y reducir la carga de la pandemia en la población requerirá tiempo y una coordinación mundial importante. Durante la fase inicial de un brote de influenza con potencial pandémico la vigilancia efectiva, con un enfoque de respuesta rápida mediante la adopción de medidas oportunas de salud pública puede enlentecer la propagación nacional e internacional del virus, lo que permitirá ganar tiempo para organizar e implementar las medidas de respuesta mundiales.

La OMS, en colaboración con socios nacionales e internacionales, celebrará los días 16 al 18 de marzo de 2004 una consulta mundial sobre qué intervenciones de salud pública son prioritarias antes y durante la etapa inicial de una pandemia de influenza. Se contará con la presencia

representantes de todas las regiones y de todas las partes implicadas (salud pública, economía de la salud, política sanitaria, administración de hospitales, industria farmacéutica, control de infecciones, vigilancia de enfermedades y comunicación de riesgos). Tendrá los siguientes objetivos:

- Revisar la respuesta mundial al brote de influenza aviar actual en Asia.
- Revisar temas sobre el uso de vacunas contra la influenza y la disponibilidad antes y durante la pandemia de influenza, y determinar las acciones prioritarias a llevar a cabo por las partes implicadas para aumentar el acceso.
- Revisar el uso antivíricos y su disponibilidad antes y durante la pandemia de influenza, a llevar a cabo por las partes implicadas para aumentar el acceso.
- Evaluar la repercusión y la factibilidad de ejecutar intervenciones de salud pública nacionales e internacionales, incluidas las recomendaciones de viajes, para enlentecer la propagación de los virus de la influenza pandémicos.
- Revisar temas relacionados con la vigilancia de la influenza humana antes y durante las pandemias, incluido el seguimiento de las cepas en los casos humanos y la detección temprana de cambios en los subtipos.

<b>Tabla 1: Situación de la influenza aviar—casos humanos y epizootias (hasta el 11 de marzo de 2004)</b>						
<i>País</i>	<i>Epizootias</i>		<i>Virus identificado</i>	<i>Número de casos humanos confirmados</i>		<i>Comentarios</i>
	<i>Número de provincias afectadas</i>	<i>Especies de aves afectadas</i>		<i>Casos</i>	<i>Defunciones</i>	
Camboya	4 de 19	Pollos: principalmente gallinas ponedoras y de cría	H5N1	0	0	Epizootia no controlada.
Canadá	1 de 10	Pollos	H7N3	0	0	Resultados de laboratorio muestran cepas de baja y de alta patogenicidad presentes en este grupo de aves.
China	16 de 31	Patos, pollos, gansos, un halcón peregrino en Hong Kong	H5N1	0	0	Medidas de cuarentena levantadas en 18 áreas donde han transcurrido por lo menos 21

						días desde la conclusión de tareas de exterminio sanitario.
Corea del Sur	6 de 14	Pollos, patos	H5N1	0	0	Investigación en curso.
EUA	5 de 50	Pollos	H7N2	0	0	Baja patogenicidad.
			H2N2	0	0	Baja patogenicidad.
			H5N2	0	0	Alta patogenicidad; medidas de eliminación en curso.
Indonesia	12 de 26	Gallinas ponedoras y de cría.	H5N1	0	0	Epizootia difusa no controlada; nueva área afectada en West Kalimantan.
Japón	4 de 9	Aves ponedoras	H5N1	0	0	Confirmación de brotes en Kyoto y Hyogo.
Laos	5 de 17	Gallinas ponedoras	H5	0	0	Resultados positivos para Influenza A (H5) en granjas de 4 provincias y en Vientiane.
Pakistán	1 de 7	Aves ponedoras	H7	0	0	Brote confirmado a finales de enero.
Taiwán	1 de 21	Gallinas ponedoras, pollos nativos colorados	H5N2	0	0	Epizootia no controlada.
Tailandia	23 de 76 (en otros 24 brotes notificados a la OIE, no consta la	Pollos, gallinas ponedoras en un galpón ventilado (cría tradicional), patos, gansos,	H5N1	11	7	Epizootia no controlada.

	localización)	pavos, aves de corral nativos, codornices, avestruces, pavorreales				
Viet Nam	57 de 64	Padres de pollos de engorde	H5N1	22	15	Investigación del grupo ( <i>cluster</i> ) familiar con virus H5N1 confirmado demostró que no había recombinación genética con el virus de la influenza humano.
<b>Total</b>				<b>33</b>	<b>22</b>	

#### Fuentes

- [Avian Influenza A \(H5N1\)—Update 32: Situation \(human\) in Thailand \(9 March 2004\)](#) (*Influenza aviar A [H5N1]—Actualización 32: Situación [humana] en Tailandia*) (9 marzo 2004). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). (en inglés)
- [WHO Consultation on Priority Public-Health Interventions before and during an Influenza Pandemic \(Geneva, 16–18 March 2004\)](#) (*Consulta OMS sobre intervenciones prioritarias de salud pública antes de y durante una pandemia de influenza [Ginebra, 16–18 marzo 2004]*). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). (en inglés)
- [Actualización sobre la influenza aviar en animales en Asia](#). *Alertas—Información sanitaria*. París: Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). (página rutinariamente actualizada)
- [Información sobre virus de Influenza A H7](#). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (Centros para Control y Prevención de Enfermedades de los EUA / CDC).
- [Avian Influenza in the United States](#) (*Influenza aviar en los Estados Unidos*). Washington, DC: United States Department of Agriculture, Animal & Plant Health Inspection Service (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Inspección Sanitaria Animal y Botánica—USDA/APHIS). (en inglés)
- *Flu Information: Avian Influenza / Renseignements sur la grippe: La grippe aviaire* (*Información sobre la gripe: La gripe aviar*): [English](#) | [français](#). Ottawa: Health Canada / Santé Canada (Salud Canadá).

#### Información adicional

- [Avian Influenza](#) (*Influenza aviar*). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). (en inglés)
- Organización Mundial de Sanidad Animal ([OIE](#)), París.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación ([FAO](#)), Roma.

## Situación de la fiebre amarilla selvática (FAS) en Colombia

Tras los dos picos epidémicos ocurridos en la frontera colombo-venezolana en los meses enero y julio de 2003 (que afectaron a los estados de Zulia, Norte de Santander y Cesar), en diciembre de ese mismo año se comenzaron a detectar nuevos casos de fiebre amarilla selvática en los municipios de la región de la Sierra Nevada de Santa Marta, correspondientes a los Departamentos de Cesar, Magdalena y La Guajira. El total de casos de este nuevo brote fue de 28, con 11 fallecidos (la tasa de letalidad fue 39%). Los primeros casos fueron detectados a partir de la Semana Epidemiológica (SE) 51, detectándose el mayor número de casos en la SE 1 de 2004. El último caso fue notificado en la SE 2. Los municipios más afectados fueron Santa Marta (14 casos), Valledupar (7 casos) y Dibulla (5 casos).

Hasta el 16 de febrero de 2004, los laboratorios de virología y patología del Instituto Nacional de Salud habían recibido un total de 850 muestras procedentes de casos sospechosos humanos, de las cuales 28 resultaron positivas para el virus de la fiebre amarilla; cinco por inmunohistoquímica y el resto por detección de anticuerpos IgM.

Durante este mismo período, se detectaron otros tres casos no relacionados con el brote, procedentes de los departamentos de Meta (2 casos) y Amazonas, procedente de Perú (1 caso).

La gran diseminación y elevada densidad del *Aedes aegypti*, junto con el incremento en la circulación de personas entre diferentes regiones, traen el riesgo de la reintroducción de la fiebre amarilla en los centros urbanos de las Américas. La prevención de la fiebre amarilla selvática solamente es posible por medio de la vacunación. En la forma urbana, además del uso de la vacuna, la prevención es posible con la puesta en marcha de acciones para el control del vector.

Tras los brotes sucedidos en Colombia durante 2003 y a principios de 2004, se ha reforzado la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, con la realización de talleres de capacitación para el diagnóstico y apertura de nuevos centros centinela. Como medida preventiva para evitar reemergencia de la forma urbana, se han potenciado las acciones para el control vectorial en los municipios afectados.

Sigue siendo necesario garantizar la sostenibilidad de estas acciones y seguir integrando las recomendaciones de OPS en las actividades para la prevención y control de la FAS y su posible reurbanización.

Fuente: [Fiebre Amarilla en Colombia](#). Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia, Instituto Nacional de Salud (INS).