



Revista MVZ Córdoba

ISSN: 0122-0268

editormvzcordoba@gmail.com

Universidad de Córdoba

Colombia

Velandia, Martha Patricia

La re-emergencia de la fiebre amarilla en Colombia, 2003

Revista MVZ Córdoba, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2004, pp. 459-462

Universidad de Córdoba

Montería, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69390209>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## La re-emergencia de la fiebre amarilla en Colombia, 2003

Martha Patricia Velandia. Sub-dirección de epidemiología INS, Bogotá, D.C. Email: mvelandia@ins.gov.co

**Antecedentes históricos de la introducción del virus a Colombia.** La fiebre amarilla es una enfermedad febril hemorrágica transmitida por mosquitos infectados. Existen tres tipos de transmisión la fiebre amarilla la selvática, la intermedia y la urbana. La fiebre amarilla se presenta únicamente en África y en América, a pesar de la existencia vectores en otros continentes como Asia. Los tres ciclos se presentan en África pero en Sur América solo se presentan la selvática y la urbana. El último brote de fiebre amarilla urbana en América se presentó en 1942, aunque fue publicado en 1998 un brote de enfermedad febril supuestamente atribuido a fiebre amarilla en Santa Cruz de la Sierra Bolivia; siendo entonces la fiebre amarilla selvática la que se presenta tradicionalmente en nuestro continente. En la región de las Américas se presentaron durante 2003 dos brotes que fueron responsables del 83% de los casos de la región Uno en Brasil que ocurrió a principios del año en el estado de Minas Gerais con 58 casos informados; Brasil notificó otros 4 casos

aislados en Mato Grosso. El último caso notificado por Brasil ocurrió en la semana epidemiológica 36 en el estado de Para.

El segundo brote se presentó en la frontera colombiano-venezolana y se inició en las dos últimas semanas de 2002 y las primeras 10 de 2003 en el municipio de Tibú en el departamento de Norte de Santander en Colombia y el estado de Zulia en Venezuela; luego de 11 semanas sin casos se presentaron nuevamente casos en otra área eco-epidemiológica de Norte de Santander (Colombia) en los municipios de Convención, El Carmen y Teorama. Al mismo tiempo que se presentaron casos en Colombia, se presentaron casos en Zulia, Táchira y Portuguesa en Venezuela. De los otros países de la región Perú notificó 22 casos en los departamentos de Cuzco, Madre de Dios, Puno y San Martín con una letalidad de 59% y Bolivia 6, con 4 muertes en los departamentos de Beni, Cochabamba, La Paz, y Santa Cruz.

Tabla 1. Fiebre amarilla selvática casos y muertes reportados por país a OPS, 2003

	1985-98		1999		2000		2001		2002		2003	
	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes	Casos	Muertes
Bolivia	41	30	68	33	8	6	4	3	14	8	6	4
Brazil	18	9	76	85	85	40	41	22	8	2	63	53
Colombia	5	4	2	2	5	4	9	5	12	8	101	45
Ecuador	6	3	3	1	2	1						
Peru	123	73	58	34	6	3	28	16	34	19		
Venezuela			1	1							34	14
	193	119	208	156	106	54	82	46	68	37	0	0

Fiebre amarilla en Colombia 2003. Los primeros casos de fiebre amarilla en Colombia en 2003 fueron casos aislados y se presentaron en el departamento del Guaviare (1 caso en la semana 1) y dos del departamento de Casanare 1 caso en la semana 4 y durante la investigación de campo se identificó otro caso en la semana 5. La ocurrencia de casos en la frontera Colombo-Venezolana se inicio en las dos ultimas semanas de 2002 en el estado de Zulia en Venezuela, posteriormente en la semana 5 se presentó el primer caso en Norte de Santander en el municipio de Sardinata y alrededor del caso se presentaron 4 casos mas, dos de ellos identificados por búsqueda activa. Desde las primeras notificaciones de casos en Venezuela el departamento de Norte de Santander inicia las acciones de control del brote centradas en el logro de coberturas de 100% en los municipios afectados, control vectorial y vigilancia activa

representada en el establecimiento de puestos de vigilancia centinela en Cúcuta.

Después de un silencio de 11 semanas se confirma en la semana 23 el primer caso en otra zona eco-epidemiológica del mismo departamento los municipios de Teorama, El Carmen y convención, desde ese momento hasta el la semana 43 (octubre 21) se presentaron en la región del Catatumbo 82 casos de fiebre amarilla con una letalidad de 42% (35 pacientes fallecidos). Como se observa en la Figura 1 la epidemia tuvo su pico en la semana 28 del año y los casos dejaron de presentarse en la semana 35 (última semana de agosto). Posteriormente se presentaron 2 casos aislados en octubre, dos personas que ingresaron al área sin vacunación en los municipios de El Carmen y Tibú.

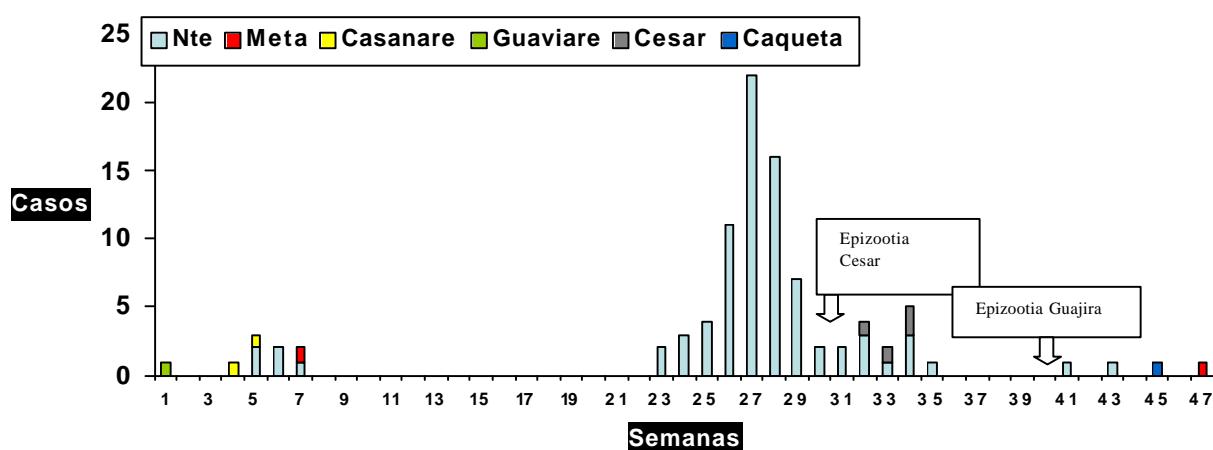


Figura 1. Picos epidémicos de fiebre amarilla y epizootias en Cesar y Guajira.

En total hasta la semana 50 se presentaron en el país 93 casos humanos confirmados de fiebre amarilla con 41 fallecidos para una letalidad de 44%. El 32.3 % (30/93) de los casos diagnosticados fueron resultado de búsqueda activa que se realizó como parte de la vigilancia alrededor de cada caso confirmado. Los departamentos más afectados fueron Norte de Santander donde se presentaron el 89% de los casos (5 en las primeras semanas epidemiológicas del año y 78 durante la epidemia de Catatumbo) y Cesar que presentó 4.3% de los casos, infectados en la Serranía del Perijá. El promedio de edad de los casos confirmados fue de 21 años con un intervalo de rango entre 1 a 54 años. La mayor tasa se

encuentra entre los 20 a 24 años seguida por los grupos de edad cercanos 15 a 19 y 25 a 29. Por ocupación el 39% (30) son agricultores, seguido del 24.5% (19) menores de edad y el 2.6% (2) recolectores de hoja de coca; por sexo el 61% (47) de los casos es masculino. El promedio de edad de los casos confirmados fue de 21 años con un intervalo de rango entre 1 a 54 años. La mayor tasa se encuentra entre los 20 a 24 años seguida por los grupos de edad cercanos 15 a 19 y 25 a 29. Por ocupación el 39% (30) son agricultores, seguido del 24.5% (19) menores de edad y el 2.6% (2) recolectores de hoja de coca; por sexo el 61% (47) de los casos es masculino.

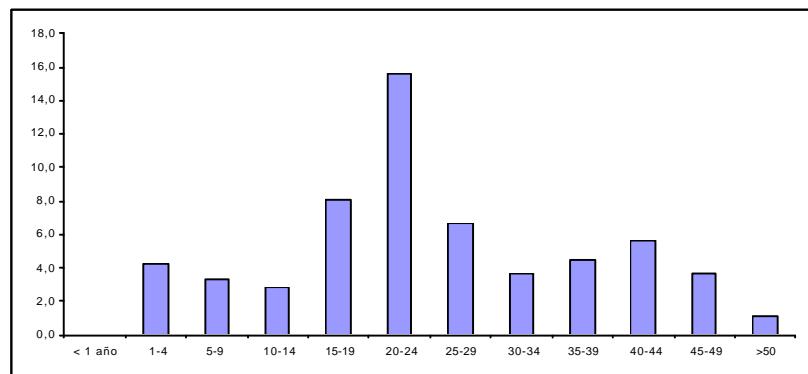


Figura 2. Tasa de ataque de fiebre amarilla por grupo de edad, Colombia, 2003

La evidencia de desplazamiento de personas susceptibles desde la región del Catatumbo a través de la Serranía del Perijá hasta la Sierra Nevada de Santa Marta por las labores de recolección de diferentes productos agrícolas como café, algodón, coca y amapola, acompañada de los diferentes actores del conflicto armado, parece establecer la relación entre el brote de Catatumbo y la situación que se presenta en la Sierra Nevada de Santa Marta a partir de la semana 51 del año 2004.

**Hallazgos en micos de la sierra nevada: centinelas mortales.** El 30 de diciembre de 2003 se confirmó la presencia de fiebre amarilla en el hígado de dos micos procedentes del Parque Ecológico Los Besotes a 45 minutos del municipio de Valledupar. En visita al Parque Ecológico se evidenció la presencia de esqueletos de micos muertos a una hora de camino de la entrada del parque, se informa de la muerte de 10 micos de tres manadas. El 15 de enero del 2004 el laboratorio de patología del Instituto Nacional de Salud confirmó la muerte por fiebre amarilla de un espécimen de *Alouatta seniculus rufiventris* proveniente de la vereda Arimanca perteneciente al corregimiento Minca del distrito de Santa Marta, confirmando así la circulación selvática del virus de la fiebre amarilla en la zona occidental de la Sierra Nevada de Santa Marta.

**Vigilancia en salud pública.** Ante la epidemia se fortalecieron todos los procesos de la vigilancia en salud pública en el país para la fiebre amarilla en sus momentos de notificación inmediata de todo caso sospechosos: llenado de ficha y toma de muestra para envío al LSP y al INS, búsqueda de contactos de pacientes sospechosos para obtención de muestra de

casos febriles y vacunación de susceptibles, búsqueda activa comunitaria. Como vigilancia activa, se implementaron sitios centinelas en los municipios de El Carmen, Ocaña, Convención y Cúcuta (Norte de Santander y el Sur de La Guajira, para el 2004 se plantea la implementación de sitios centinela en el sur de Bolívar y Magdalena Medio. Igualmente se han realizado búsquedas activas comunitarias de febriles en los municipios del sur de La Guajira, fronterizos en Arauca, Curumaní, Bucaramanga, la Jagua de Ibirico y Valledupar (Cesar) y Ocaña (Norte de Santander).

El laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud se ha fortalecido para realizar serologías IgM, aislamiento viral y PCR con el fin de lograr un diagnóstico más oportuno que conlleve a disminuir la letalidad. El laboratorio ha realizado las confirmaciones por histopatología e inmunohistoquímica tanto humana como de micos. Se formó un comité de asesores en fiebre amarilla conformado por autoridades nacionales y presencia de académicos quienes acompañaron el proceso de contención del brote, éste comité se reunió en varias oportunidades quienes permanentemente han asesorado el proceso. Se fortaleció la Vigilancia de epizootias, que en nuestro país se había relegado.

**Control vectorial.** En cuanto al control vectorial la nación hizo un especial énfasis en hacer notar a los departamentos la urgencia sobre el control vectorial en fiebre amarilla. Durante el brote en Norte de Santander se realizó acompañamiento permanente con visitas de asistencia técnica y suministro necesario de los insumos para el control del brote. Se desarrolló un plan de contingencia nacional que estratificó el

país en cuatro áreas de riesgo: 1) municipios donde ha habido circulación viral 2) municipios vecinos a estos infestados con *Aedes aegypti* 3) municipios infestados con *Aedes aegypti* donde transcurrió parcial o totalmente el periodo infeccioso de un caso 4) Demás municipios con infestación por *Aedes aegypti*.

**Asistencia técnica y medio ambiente.** La asistencia técnica en fiebre amarilla se está llevando a cabo prioritariamente en los departamentos donde hubo casos y a donde por comportamiento epidemiológico de la enfermedad se sospechaba podía haber circulación viral. De otro lado, para orientar las acciones del personal del Ministerio del

Medio Ambiente ante la presencia de monos muertos se trabaja el protocolo de viscerotomía para su distribución entre los funcionarios; actualmente se realiza un protocolo conjunto entre ambiente y salud para llevar a cabo una vigilancia serológica en los monos de la Sierra Nevada de Santa Marta.

Este trabajo se presentó en el marco del I Simposio Internacional de Enfermedades Emergentes y Re-emergentes, Barranquilla, febrero 26 - 27 y fue patrocinado y avalado por ACIN Capítulo costa Atlántica & Universidad de Córdoba.