

	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA		INSTITUTO NACIONAL D SALUD
SIVIGILA <i>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</i>				
Boletín Epidemiológico Semanal				
Semana Epidemiológica No. 10			Marzo 3 a 9 de 200	

TRANSMISION EPIDEMICA DE MALARIA EN COLOMBIA	1
INTRODUCCION	1
MALARIA EPIDEMICA.....	2
Riesgo de epidemias y áreas propensas a epidemias.....	2
Áreas con predisposición a epidemias en Colombia	3
MEDIDAS PARA EL CONTROL DE BROTES:	3
ACCIONES POST - EPIDEMICAS	5
BIBLIOGRAFIA	5
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?	5
Caso de fiebre amarilla en Amazonas	5

TRANSMISION EPIDEMICA DE MALARIA EN COLOMBIA

INTRODUCCION

La evolución temporal del comportamiento epidemiológico de la malaria en la población es un juego de equilibrios entre una multitud de factores determinantes y condicionantes que interaccionan para producir diferentes grados de transmisión endémica y epidémica en determinadas áreas geográficas. La malaria epidémica continúa afectando extensas áreas en el mundo. Estas áreas en regiones tropicales y subtropicales, han sido los sitios de las mayores epidemias regionales en el pasado.

A nivel mundial, más del 80% de los casos de malaria se registran en áreas estables y de intensa transmisión, como el continente africano. Estas se caracterizan por que su nivel de endemia no se altera por cambios moderados en la temperatura, humedad y densidad vectorial, debido a que el mecanismo de transmisión tiene un margen que compensa -con una acción tipo de reacción conjugada- cambios ambientales menores. Los grupos poblacionales más afectados son los niños y embarazadas.

En las Américas, la transmisión malárica predominante es baja e inestable. Esta se caracteriza por que el nivel endémico se ve esencialmente alterado por cambios moderados de temperatura, humedad relativa y densidad vectorial trayendo como consecuencia endemidad de grados variables; cambios estacionales con influencia marcada en el nivel de transmisión; marcadas fluctuaciones en la incidencia de la malaria de un lugar a otro y de año a año, variando desde hipoendemias a epidemias; los niveles de inmunidad en la población expuesta son variables, y por los general son bajos, predominan las infecciones por *P. vivax* pero pueden ocurrir brotes severos de *P.*

P. falciparum y todos los grupos de edad pueden ser afectados. Este tipo de situación se da en Colombia.

MALARIA EPIDEMICA

Esta se produce cuando existe un aumento inusitado en el número de casos por encima de lo esperado en una población, en un lugar y tiempo determinado. Estas pueden ser estacionales, o cíclicas, epidemias regionales o localizadas. Las epidemias ocurren a menudo en áreas propensas identificables, exhibiendo a menudo, ciclos paraquinqüenales (2 a 5 años) o se asocian a perturbaciones ecológicas y sociales.

Riesgo de epidemias y áreas propensas a epidemias

Las epidemias ocurren en áreas o situaciones donde muchas de las condiciones para la transmisión intensa de malaria existen, pero normalmente uno o más factores esenciales están fallando o son insuficientes. Así en años normales la incidencia de la malaria es baja y la transmisión estacional corta, y consecuentemente la población tiene bajos niveles de inmunidad. Cuando en un área hay factores excepcionalmente prominentes y prolongados, el resultado es una intensa transmisión epidémica.

Pueden clasificarse las áreas epidémicas de acuerdo a los factores favorecedores como:

- Áreas endémicas sometidas a un aumento súbito en el número de individuos no inmunes expuestos, causados por el desplazamiento en bloque de población no inmune en áreas maláricas o la mezcla de un gran número de individuos inmunes y no inmunes viviendo en condiciones primitivas. En el país un buen ejemplo, son las áreas mineras y cocaleras.
- Áreas hipo o meso endémicas sujetas a un incremento súbito de la capacidad vectorial, causadas por:
 - Una elevación abrupta en la densidad del anofeles debido a lluvias anormalmente pesadas y a un aumento en la supervivencia de los mosquitos debido a tiempo caluroso y húmedo prolongado.
 - La aceleración del ciclo esporogónico en el parásito debido a veranos prolongados y excepcionales.
 - Invasión de vectores eficientes en lugares donde los vectores locales no mantienen una intensa transmisión, o áreas donde no existía previamente el vector.
- Áreas hipo o meso endémicas sujetas a modificaciones ambientales que pueden llevar a un aumento de la densidad del vector y el movimiento de la población humana, tales como:
 - Desarrollo de actividades agrarias lícitas o no;
 - Colonización incontrolada de localidades en áreas endémicas tropicales.
- Áreas previamente endémicas que no han mantenido controles previamente eficaces, debido a:

- Falta de sostenibilidad de medidas de vigilancia y control de la malaria;
- Expansión progresiva de la resistencia del *P. falciparum* a la Cloroquina;
- Resistencia de los vectores a los insecticidas.

Las verdaderas epidemias son aquellas epidemias repentinas y explosivas debidas a condiciones meteorológicas excepcionales seguidas por desplazamiento de gran número de población susceptible y portadora. Esta situación se vivió en el Chocó en 1.998.

También las epidemias por invasión progresiva debido a una sucesión de severas epidemias locales en áreas de baja endemia; ejemplo de este tipo fue la epidemia de malaria ocurrida en la Guajira a finales de 1999 y comienzos del 2.000.

El resurgimiento epidémico explosivo de la transmisión de la malaria y el retorno progresivo de la endemicidad en áreas altamente endémicas puede ocurrir por fallas en las medidas de control y vigilancia lo cual contribuirá al establecimiento y mantenimiento de niveles endémicos altos.

Áreas con predisposición a epidemias en Colombia

Dadas las características eco epidemiológicas de la malaria en el país existen áreas con alto potencial epidémicos producidos por el desplazamiento poblacional de individuos no inmunes hacia áreas con intensas transmisión, o de portadores a lugares con alta receptividad o ambos, por problemas en el mantenimiento y sostenibilidad de las acciones de vigilancia y control y por los cambios climáticos.

Teniendo en cuenta la focalización y variabilidad de la transmisión de la malaria en las diferentes regiones eco epidemiológicas existentes en Colombia, las siguientes regiones tienen mayores probabilidades de desarrollar epidemias:

En la región Pacífica principalmente todos los municipios del Chocó; Buenaventura en el Valle; Guapi y Timbiquí en Cauca y los municipios costeros de Nariño para un total de 44 municipios; región Uraba – Bajo Cauca – Sur de Córdoba, en donde existen alrededor de 25 municipios con alto potencial epidémico; región Orinoquia; Región Amazonia, principalmente en los municipios del Putumayo y las áreas limítrofes de Amazonas; y en Región Centro Oriente, en donde a pesar de que la mayoría de los municipios de esta área son de mediano y bajo riesgo, existe alta receptividad y vulnerabilidad que potencian el riesgo de transmisión epidémica en la región del Catatumbo, debido al conflicto armado y la intensificación de los cultivos ilícitos.

MEDIDAS PARA EL CONTROL DE BROTES:

En las áreas con alto potencial epidémico, se debe contar con un adecuado sistema de vigilancia con alta predictividad que permita prevenir la aparición de brotes o detectarlas

de forma precoz para controlar oportunamente la aparición de un brote. Este sistema debe estar en capacidad de identificar áreas propensas a epidemias, los factores de riesgos principales y signos de alarma; hacer monitoreo de factores de riesgo; planeación, implementación y evaluación de medidas de prevención y control, teniendo en cuenta las características epidemiológicas esenciales.

La detección del riesgo y la estimación de la magnitud potencial de la onda epidémica y su posible expansión debe considerar el tiempo disponible para la implementación de una respuesta apropiada. Los objetivos principales del control de un brote epidémico deben ser:

- Proporcionar alivio adecuado a la población afectada;
- Contener la transmisión, si es posible, en el área afectada;
- Prevenir la extensión de la epidemia;
- Mejorar la preparación de emergencias para prevenir epidemias futuras

Cuando no es posible prepararse para una eventual epidemia, el reconocimiento de signos de la alarma de una epidemia inminente debe ser seguido por la aplicación de medidas que pueden consistir en:

- Medidas de prevención (ej, rociamiento intradomiciliario, vigilancia activa, tratamiento oportuno, educación, etc) antes de la terminación de la epidemia, si los recursos están disponibles.
- Si no pueden llevarse a cabo estas medidas a tiempo, es necesario asegurar la disponibilidad de drogas antimaláricas; algunos recomiendan conocer los niveles normales de consumo, y fortalecer los sistemas para la detección temprana de aparición de epidemias, tanto como sea posible para facilitar el acceso a los servicios de salud en áreas de riesgo.

La respuesta a una epidemia informada de cualquier fuente debe incluir:

1. Confirmación del diagnóstico (especie parasitaria, si es posible);
2. Reconocimiento de la severidad, duración de la enfermedad, ocurrencia de muertes y consistencia de la definición de casos.
3. Si la malaria es confirmada, la especie parasitaria involucrada y la dinámica de la transmisión debe ser documentada.
4. Delimitación del área afectada;
5. Valoración de la capacidad local para el manejo de la situación y la necesidad de asistencia.
6. Fortalecimiento del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno dentro de los instituciones de salud,
7. Adecuación y fortalecimiento de la movilización de recurso (ej, autoridades y organizaciones locales, maestros, escolares, etc).
8. Planear, organizar y ejecutar medidas de control vectorial de emergencia para influir en el curso de la epidemia.

Las actividades de los puntos 3 – 5 deben llevarse a cabo antes de la erupción de una epidemia:

El control de la emergencia podría incluir la administración de medicamentos antimaláricos en masa que incluya el tratamiento de cada paciente o contactos con fiebre reciente y el manejo en la casa del paciente. Estas medidas están principalmente

indicadas en el caso de poblaciones de desplazados. El objetivo de la administración en masa es reducir rápidamente el reservorio del parásito durante el periodo de intensa transmisión.

ACCIONES POST - EPIDEMICAS

Cualquier epidemia debe ser considerada como una oportunidad de mejorar la preparación de la vigilancia epidemiológica y los servicios de salud, y la colaboración entre estos servicios y el programa de control de la malaria.

Es esencial determinar:

- Que deficiencias influyeron en la predicción de la epidemia o impidieron la aplicación de medidas preventivas;
- *Que problemas afectaron la detección temprana y confirmación de la epidemia y o la respuesta oportuna;*
- Que indicadores deben supervisarse para mejorar la detección de riesgo de epidemias o la respuesta oportuna.
- También es vital fortalecer el manejo de los casos y la capacidad para el control de la transmisión;
- Mejorar la detección del riesgo y la prevención de epidemias extensas en subsecuentes transmisiones estacionales en las mismas y similares áreas.

BIBLIOGRAFIA

- Bruce – Chwatt, L.J. Essential Malariology. Second edition. Heinemann Medical Books Ltd, London, 462 pp.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO *Expert Comité on Malaria*. Twentieth Report: WHO Technical report serie 892: Geneva, 2000. p 32 – 37.
- Najera, JA; Kouznetzov, E y Delacollette. Malaria epidemics: detection and control, forecasting and prevention. Geneva: WHO, 1998. p 4 – 22.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Vector Control For Malaria and other Mosquito – Borne Disease. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series 857; Geneva:WHO, 1995.
- Padilla, JC. La vulnerabilidad y receptividad de la malaria. *Rev ICOSAN*: Bogotá, 2.000.
- Martin, PH, Lefebvre, MG. Malaria and Climate: Sensitivity of Malaria Potencial Transmisión to Climate. Royal Swedish Academy of Sciences, vol 24, N° 4, june, 1995.

¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

Caso de fiebre amarilla en Amazonas

El laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud diagnóstico el 3 de marzo de 2002 un caso de fiebre amarilla con IgM positivo, en un suero enviado por el Servicio de Salud de Amazonas.

El 12 de febrero Puerto Santander notifica a Leticia el fallecimiento de un hombre de 32

años con un cuadro compatible con dengue hemorrágico ocurrido en noviembre de 2001. Se inicia la búsqueda activa de casos de enfermedad febril en el área, tomándose muestra de sangre a 13 contactos, las cuales son negativas para dengue y para aislamiento viral, pero encontrándose una positiva para IgM de fiebre amarilla correspondiente a un hombre de 32 años natural de Brasil, que reside desde hace 2 años en Puerto Santander **sin antecedentes vacunales**; en la actualidad esta asintomático y en buenas condiciones generales. El departamento de Amazonas, inició la vacunación respectiva y esta pendiente la toma de una segunda muestra de sangre al caso.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

CAUCA, NORTE DE SANTANDER, SAN ANDRES

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las 6 p.m. del día miércoles de cada semana.

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>