

 Libertad y Orden	República de Colombia Ministerio de Trabajo y Salud Dirección General de Salud Pública	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 SIVIGILA <i>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</i>			
<i>Boletín Epidemiológico Semanal</i>			
<i>Semana Epidemiológica No. 03</i>		<i>Enero 12 a 18 de Enero de 2003</i>	

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN COLOMBIA, 2002.	1
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?.....	3
Caso de fiebre amarilla en Casanare.....	3

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN COLOMBIA, 2002.

La influenza es una entidad clínica paradigma de infección emergente. Es causada por los virus del género Influenza; pertenecen a este género los virus de la influenza A, B y C. Dada la importancia sanitaria de la infección causada por el virus de la influenza, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea en 1947 una red internacional de vigilancia para aislar y caracterizar las cepas de virus que circulan en la población a fin de detectar las nuevas variantes antigénicas para el desarrollo de vacunas como herramienta de control de la enfermedad.

Actualmente existen cuatro Centros de Referencia Mundiales localizados en Inglaterra, Estados Unidos de América, Australia y Japón quienes reciben las cepas aisladas de los 110 centros nacionales colaboradores de la OMS y de otros centros de referencia nacionales. Como fruto de estos esfuerzos se sabe que desde el año 1968 hasta la actualidad han circulado en la población humana virus de tipo A subtipo H3N2 y del tipo B y a partir de 1977 co-circula con ellos el subtipo H1N1.

En los últimos años se han observado diferencias entre las cepas vacunales recomendadas por OMS y las aisladas sobre todo en el hemisferio sur, hecho que derivó en la recomendación de una fórmula vacunal específica para este hemisferio a partir de 1998. También ha existido este problema en las áreas tropicales y subtropicales donde los períodos epidémicos se han relacionado con los de mayores lluvias. Estos hechos han generado la incógnita de cual sería el mejor momento de vacunar y cual la mejor fórmula vacunal a utilizar en los países del trópico. Las políticas de vacunación en este momento en países tropicales son el vacunar en cualquier época del año con la vacuna que se encuentre disponible en el mercado y que tenga la última formulación dada por la OMS.

En Colombia se ha estado vigilando la frecuencia de virus respiratorios en su población desde 1997 hasta la fecha bajo la coordinación del Centro Control de Enfermedades de la Subdirección de Epidemiología y el Grupo de Virología del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud. Centrando sus objetivos en caracterizar el patrón de circulación de influenza, ampliar la información existente sobre las cepas aisladas, su relación con las cepas vacunales y recomendar el momento ideal para la administración de la vacuna contra la influenza y determinar la dinámica de circulación de otros virus respiratorios como Parainfluenza 1, 2, y 3, adenovirus y virus sincitial respiratorio.

Para realizar la vigilancia epidemiológica de influenza y otros virus respiratorios se eligieron las ciudades de Bogotá y Manizales como centros centinelas. Se tomaron de 3 a 5 muestras nasofaríngeas de pacientes sospechosos de infección respiratoria aguda, una vez por semana en un hospital de cada ciudad, siempre el mismo día. Es de anotar que en este periodo de vigilancia también se recibieron muestras de otras ciudades del país que no realizan una vigilancia activa.

Se consideraron como elegibles para toma de muestra todo paciente que consultara por fiebre y al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta o rinorrea y con cuadros clínicos de menos de 3 días de evolución. Las muestras se procesaron por inmunofluorescencia indirecta y en el caso de influenza se realizó intento de aislamiento viral en células MDCK y para su identificación se utilizó la técnica de inhibición de la hemaglutinación.

Los resultados obtenidos para el año 2002 fueron los siguientes: Se procesaron 516 muestras, de las cuales correspondieron 289 (56,2%) Bogotá, 79 (15,4%) Manizales, 132 (25,3%) de diferentes regiones del país, 53 % hombres y el 75% de los pacientes eran menores de 5 años.

Los síntomas que con más frecuencia se presentaron en los pacientes fueron: Tos 67,4%, fiebre 41,5%, rinorrea 35,1 % y dificultad respiratoria 27,3%, El 19% de los pacientes tienen diagnóstico de neumonía, 13% bronquiolitis. 13% IRA alta.

El virus de la influenza fue identificado en 31 (6,1%) de los pacientes, mientras que el virus sincitial respiratorio se halló en 128 (25%) de los casos, en el caso del adenovirus y los parainfluenza 1, 2 y 3 se presentaron en menor proporción.

Las cepas de virus de influenza que se han identificado en nuestro país a partir del año 1996 son las siguientes: En el año 1996 circuló el virus de influenza A/Wuhan/H3N2, en 1997 los virus de influenza A/Sydney H3N2 y B/Beijing en 1998 los virus de influenza A/Sydney H3N2 y A/Johannesburg H1N1, en 1999 los virus de influenza A/Johannesburg H1N1, influenza A /Panamá H3N2 y B/Sichuan, en el año 2000 circularon los virus de influenza A/Panamá y B/Sichuan, en el año 2001 los virus de influenza B/Sicuani, influenza A /Panamá H3N2 y en el año 2002 se ha identificado la circulación de virus de influenza B/Sicuani, influenza B/Brisbane y influenza A /New CaledoniaH3N2 .

En estos cinco años de vigilancia de virus respiratorios se puede observar que tanto el virus de influenza como el virus sincitial respiratorio no tienen un patrón definido de

circulación, siendo importante continuar con la vigilancia para conocer más sobre la dinámica de circulación, cepas circulantes y ampliar la información del comportamiento del virus de influenza en regiones tropicales.

La composición de la vacuna para el periodo 2002-2003 es: A/Moscow/10/99(H3N2)-LIKE, A/New Caledonia/20/99(H1N1) y B/Hong Kong/330/2001. Aunque estos virus no correspondan exactamente a los virus que circularon en nuestro país son equivalentes y por tanto los recomendados por la OMS para la vacunación del presente año. Los grupos que deben vacunarse son: Personas mayores de 50 años, personas con enfermedades crónicas (problemas cardiopulmonares, diabetes, asma, inmunodeficiencias, etc). Como también trabajadores de la salud y toda aquella persona que desee vacunarse para no sufrir la enfermedad. La vacunación debe realizarse en cualquier época del año con la vacuna que se encuentre disponible en el mercado y que tenga la última formulación dada por la OMS.

Fuente: Diana Herrera, Grupo de Virología, Fernando de la Hoz, Centro Control de Enfermedades de la Subdirección de Epidemiología y LNR, Instituto Nacional de Salud. Cristina Mariño Centro centinela, Hospital Militar central, Bogotá. Juan D López, Consuelo Vélez, Luz Mery Arboleda Centro centinela, Hospital Infantil, secretaria de salud, Manizales.

¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

Caso de fiebre amarilla en Casanare

En esta semana se notificó un caso de fiebre amarilla masculino, de 32 años, trabajador de la vereda el Porvenir del municipio de Monterrey. El paciente presentó síntomas consistentes en fiebre, ictericia, cefalea, escalofrío, melenas, hepatomegalia y hematemesis y fallece. La Secretaría Departamental inició las actividades de investigación de campo para configurar el caso, buscar contactos y realizar las intervenciones necesarias alrededor de este.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

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

Guaviare y Vaupés

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>