

	República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública	Instituto Nacional de Salud Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
<b>SIVIGILA</b>				
Sistema de Vigilancia en Salud Pública				
<b>Boletín Epidemiológico Semanal</b>				
<b>Semana Epidemiológica No. 37</b>			<b>Septiembre 7 a 13 de 2003</b>	

SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS) .....	1
Cronología del caso .....	1
Lineamientos OMS en el periodo post epidémico .....	2
Pautas Nacionales .....	3
Resumen de casos probables de SRAS notificados desde el 1 de noviembre de 2002 al 31 de Julio de 2003.....	6
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?.....	9
SARAMPION .....	9
PARALISIS FLACIDA AGUDA .....	9
FIEBRE AMARILLA .....	9
SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA. ....	9

## SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS)

Dado que el día 9 de septiembre, el Ministerio de Salud de Singapur notificó el primer caso pos-epidémico de SRAS a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el presente documento refiere la situación del caso y entrega las pautas de la OMS para la vigilancia y control de SRAS

### ***Cronología del caso***

Información publicada por la Red Vigilancia de Enfermedades Emergentes y reemergentes de la región de la amazonia:

El paciente es un estudiante posdoctoral de 27 años de edad, chino de Singapur, que trabaja en un laboratorio de microbiología en la Universidad Nacional de Singapur (UNS) sobre el virus del Nilo Occidental. También trabaja en el laboratorio del Instituto de Salud Ambiental (ISA) de la Agencia Nacional de Ambiente. Visitó el laboratorio del ISA por última vez el 23 de agosto de 2003. No tiene ningún antecedente de viaje a áreas anteriormente afectadas por SARS - y ningún contacto conocido con pacientes de SARS.

El 26 agosto de 2003, fue a trabajar al laboratorio del UNS y se encontraba bien, pero alrededor de medianoche presentó fiebre. El 27 de agosto de 2003, consultó a un médico general y se le administraron antibióticos. El 29 de agosto de 2003 la fiebre persistía y entonces acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Singapur (HGS). Se le realizó una radiografía de tórax, que fue normal. Se le diagnosticó fiebre de origen vírica y se le dio el alta. El 1 de septiembre el cuadro no había remitido, por lo que consultó a un médico chino. Dos días después, el 3 de septiembre de 2003, acudió de nuevo al Servicio de Urgencias del HGS y se le ingresó.

Desde que se sintió indispuerto en la medianoche del 26 de agosto de 2003 hasta su admisión

en el HGS el 3 de septiembre de 2003 permaneció todo el tiempo en casa, exceptuando las dos visitas realizadas al Servicio de Urgencias del HGS, al médico general y al médico chino.

Cuándo fue admitido en el HGS, presentó fiebre, dolores musculares y dolores articulares, pero no presentaba síntomas respiratorios significativos. Tras la admisión en el HGS comenzó con tos seca. Se le realizó una serie de tres placas radiológicas que resultaron normales. Sin embargo, el 8 de septiembre de 2003, cuándo los resultados de la prueba de PCR y serología fueron positivos, el paciente fue transferido a los CDC (Singapur) para un mejor manejo. Actualmente permanece con buen estado general.

El día 13 de septiembre los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos de America confirmaron el caso, considerandose éste, como el primer caso producido desde que el pasado mes de julio la OMS declaró que la epidemia se encontraba bajo control.

El paciente desarrolló un cuadro clínico de fiebre y tos seca, sin dificultad respiratoria ni signos radiológicos de neumonía atípica. Acorde a la sintomatología, la persona fue dada de alta pero se estableció su cuarentena domiciliar durante 14 días.

Sobre el estudio del caso se concluye que la hipótesis más probable es que el paciente adquiriera la infección a través de una exposición laboral, ya que aunque trabaja en un laboratorio con Virus del Nilo del Oeste se demostró que pudo haber contaminación con SARS Co-V del material que manipulaba. Por otro lado, la sintomatología leve del caso, y la ausencia de casos secundarios entre sus contactos estrechos despierta la curiosidad científica sobre el abanico de posibles presentaciones de la enfermedad y la transmisibilidad del virus. Existen algunos estudios al respecto que vuelven a plantear hipótesis de investigación todavía no esclarecidas.

En conclusión el Ministerio de Salud de Singapur notificó este caso el 9 de septiembre a la Organización Mundial de la Salud, la OMS ha informado que el caso no cumple con la definición actual de caso de SARS y se considera que este caso es de bajo riesgo para la salud pública dada su detección y aislamiento temprano. [http://www.who.int/csr/don/2003\\_09\\_24/en/](http://www.who.int/csr/don/2003_09_24/en/)

### ***Lineamientos OMS en el periodo post epidémico***

En el período post-epidémico, todos los países deben continuar con la vigilancia para la reaparición de SARS, manteniendo su capacidad de detectar y de responder a la reaparición del evento. La OMS estableció las definiciones de caso durante el período del brote, basados en criterios epidemiológicos para aumentar la especificidad de los criterios clínicos del síndrome para la pulmonía anormal o el síndrome respiratorio de la señal de socorro (RDS). Sin embargo, las características epidemiológicas de los casos de SARS y de las áreas que informaron la transmisión local reciente, no son apropiadas para la ayuda en la definición de casos nuevos. Además, las características clínicas no específicas de SARS, y la carencia de una prueba de diagnóstico rápida actual que pueda detectar confiablemente SARS-CoV en los primeros días de la enfermedad, y de la ocurrencia estacional de otras enfermedades respiratorias, incluyendo gripe, pueden confundir cualquier vigilancia para SARS Incluso con los sistemas más sofisticados de la vigilancia, el primer caso de SARS en el período del post-epidémico puede escapar a la detección temprana.

La OMS clasificó las zonas de riesgo, aclarando que cada estado puede determinar la intensidad de su vigilancia para SARS en el período del post-epidémico en base a está. La

OMS ha definido tres áreas importantes que consideran la experiencia durante el brote reciente de SARS y el potencial para su resurgimiento:

- Zona potencial para la reaparición de SARS-CoV. Es la zona identificada como fuente del brote en noviembre de 2002 o de áreas con una probabilidad creciente transmisión de la infección de SARS-CoV del animal al humano.
- Áreas con cadena de transmisión local sostenida, experimentada durante el brote, o la entrada anterior de una gran cantidad de personas de la zona potencial de la reaparición de SARS-CoV.
- Áreas con riesgo bajo. Son las zonas en las cuales se notificaron casos importados, o que experimentaron transmisión local limitada durante el brote.

Igualmente la OMS recomienda estar alerta en la aparición de casos en trabajadores de salud y sus contactos. <http://www.who.int/csr/sars/postoutbreak/en/>.

### **Pautas Nacionales**

El Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social continuaran con la actualización de los protocolos de vigilancia y control de SRAS. La definición de caso se mantiene pero ajustada según los criterios de áreas de riesgo por la OMS, con ello se mantiene vigente los planes de contingencia elaborados por los entes territoriales de salud, como aquellos elaborados en coordinación con Aeronáutica Civil y la Dirección Marítima Nacional. Igualmente se le recuerda a los entes territoriales de salud la notificación negativa o positiva de casos semanalmente a través del SIVIGILA.

Finalmente, la OMS ha publicado el documento sobre las conclusiones de la primera reunión global sobre SRAS, realizada en Mayo de 2003 en Ginebra. **“Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)”**. Este documento incluye las recomendaciones de la reunión global sobre la epidemiología del SRAS, Claves de la distribución epidemiológica, rutas de la transmisión y prevención efectiva de la transmisión, la presencia y significancia de la infección subclínica, número reproductivo en diferentes escenarios de transmisión y bajo diferentes condiciones de control, reservorios animales y ambientales.

### **Principales conclusiones del Informe de Consenso de la OMS sobre la epidemiología del SARS 17 octubre 2003 .**

<http://www.who.int/csr/sars/archive/epiconsensus/en/>

- **El informe no encontró ninguna evidencia de que el SARS sea una enfermedad transmitida por vía aérea.**

La vía principal de transmisión encontrada en todos los sitios en que ocurrieron brotes fue el contacto directo de gotitas respiratorias infecciosas con los ojos, la nariz y la boca. El hecho de que cada paciente haya infectado un promedio de tres personas es compatible con una propagación a través de contacto directo con gotitas cargadas de virus y no a través de partículas suspendidas en el aire. Para las enfermedades de transmisión aérea, tales como la influenza y el sarampión, una sola persona puede infectar una habitación entera al toser. No hay ninguna evidencia de que esto haya ocurrido con el SARS. Por este motivo, las técnicas sencillas de control de infecciones, tales como el lavado de manos frecuente, pueden contribuir

a frenar la propagación de la enfermedad.

- **Riesgo especial en trabajadores de salud.**

El personal de salud, sobre todo aquel involucrado en procedimientos que generaran aerosoles, representó el 21% de todos los casos, variando entre un 3% de casos probables notificados en los EUA y un 43% en Canadá. En algunos casos, la transmisión a los trabajadores de salud ocurrió a pesar de que el personal llevara mascarillas protectoras, protección de ojos, batas y guantes. En unos pocos casos, la transmisión ocurrió después de estar brevemente expuesto a pacientes con síntomas leves.

- **El riesgo de transmisión es mayor alrededor del décimo día de la enfermedad.**

La máxima excreción vírica por vías respiratorias ocurre aproximadamente al décimo día de la enfermedad, y desciende después. La efectividad de la transmisión parece ser mayor después de que la persona sea expuesta a pacientes gravemente enfermos o a los que muestran un rápido deterioro clínico, generalmente durante la segunda semana de enfermedad. Cuando los pacientes sintomáticos fueron aislados dentro de los primeros cinco días después de la aparición de la enfermedad, ocurrieron pocos casos de transmisión secundaria. Sin embargo, hay algunos casos de transmisión después de que la persona fuera expuesta a un paciente en los primeros días la infección.

- **El informe no encontró ninguna evidencia de que los pacientes transmitan la infección diez días después que la fiebre haya remitido.**

Este hallazgo apoya las recomendaciones actuales de la OMS para el manejo de contactos y las políticas de egreso hospitalario.

- **Los niños rara vez son afectados por el SARS.**

Hasta la fecha, se han notificado dos casos de transmisión de niños a adultos, y ninguno de transmisión de niños a niños. No se ha encontrado evidencia de la transmisión de SARS en tres investigaciones epidemiológicas diferentes realizadas en colegios. Además, no se ha encontrado ninguna evidencia de SARS entre los bebés cuyas madres fueron infectadas durante el embarazo. Se requieren estudios adicionales para determinar si esos niños pudieran haber tenido infecciones asintomáticas o leves.

- **Todavía no se comprenden completamente el brote en el Hotel Metropole.**

A pesar de las intensas investigaciones sobre las circunstancias que rodearon el brote a fines de febrero en el Hotel Metropole, en Hong Kong, que originó la propagación internacional del SARS, no se ha encontrado respuesta a todas las preguntas. Durante este incidente, el virus se transmitió al menos a 16 huéspedes y visitantes, todos vinculados al noveno piso del hotel. Los resultados del muestreo ambiental de la alfombra en frente del cuarto 911, donde se hospedó el caso índice, y del el área cercana al ascensor, muestran una 'zona caliente' (posiblemente con secreciones de vómito o respiratorias). Las muestras mostraron resultados de PCR positivos para el virus aun tres meses después de que el caso índice hubiera pasado una sola noche en el hotel. Aunque las pruebas demostraron la presencia de ARN del SARS-CoV pero no de virus viable, este hallazgo puede tener implicaciones sobre la persistencia del virus en el ambiente. El brote del Hotel Metropole se reconoce como un 'evento de super-dispersión.' Sin embargo, el caso índice no tenía una carga vírica excepcionalmente alta cuando se le realizó la prueba durante los días 9 y 11 de la enfermedad.

- **Riesgo de la transmisión en vuelo.**

Cinco vuelos internacionales han sido asociados con la transmisión del SARS desde casos sintomáticos probables a pasajeros o al personal. En el documento de consenso se dispone de más información sobre estos vuelos. El informe también señala que no se encontró ninguna evidencia de transmisión confirmada en los vuelos después de la advertencia a los viajeros del 27 de marzo, el la cual la OMS recomendó el cribado de pasajeros que salen de un país para otro, junto con otras medidas que redujeran las posibilidades de propagación internacional asociada con el transporte aéreo.

## Resumen de casos probables de SRAS notificados desde el 1 de noviembre de 2002 al 31 de Julio de 2003

(Revisado 26 Septiembre 2003 [http://www.who.int/csr/sars/country/table2003\\_09\\_23/en/](http://www.who.int/csr/sars/country/table2003_09_23/en/))

Areas	Numero de Casos Acumulados			Promedio de Edad (rango)	Numero de muertes	Letalidad	Numero de casos importados (%)	Numero de trabajadores de salud afectados (%)	Fecha de notificación del primer caso	Fecha de ultimo caso notificado.
	Femenino	Masculino	Total							
Australia	4	2	6	15 (1-45)	0	0	6 (100)	1 (16)	26-Feb-03	1-Abr-03
Canada	151	100	251	49 (1-98)	43	17	5 (2)	109 (43)	23-Feb-03	12-Jun-03
China	2674	2607	5327b	Pendiente	349	7	No aplicable	1002 (19)	16-Nov-02	3-Jun-03
China, Hong Kong Region especial administrativa	977	778	1755	40 (0-100)	299	17	No aplicable	386 (22)	15-Feb-03	31-May-03
China, Macao Region especial administrativa	0	1	1	28	0	0	1 (100)	0 (0)	5-May-03	5-May-03
China, Taiwan	218	128	346	42 (0-93)	37	11	21 (6)	68 (20)	25-Feb-03	15-Jun-03
Francia	1	6	7	49 (26 - 56)	1	14	7 (100)	2 (29)c	21-Mar-03	3-May-03

Alemania	4	5	9	44 (4-73)	0	0	9 (100)	1 (11)	9-Mar-03	6-May-03
India	0	3	3	25 (25-30)	0	0	3 (100)	0 (0)	25-Abr-03	6-May-03
Indonesia	0	2	2	56 (47-65)	0	0	2 (100)	0 (0)	6-Abr-03	17-Abr-03
Italia	1	3	4	30.5 (25-54)	0	0	4 (100)	0 (0)	12-Mar-03	20-Abr-03
Kuwait	1	0	1	50	0	0	1 (100)	0 (0)	9-Abr-03	9-Abr-03
Malasia	1	4	5	30 (26-84)	2	40	5 (100)	0 (0)	14-Mar-03	22-Abr-03
Mongolia	8	1	9	32 (17-63)	0	0	8 (89)	0 (0)	31-Mar-03	6-May-03
Nueva Zelandia	1	0	1	67	0	0	1 (100)	0 (0)	20-Abr-03	20-Abr-03
Filipinas	8	6	14	41 (29-73)	2	14	7 (50)	4 (29)	25-Feb-03	5-May-03
Republica de Irlanda	0	1	1	56	0	0	1 (100)	0 (0)	27-Feb-03	27-Feb-03
Republica de Corea	0	3	3	40 (20-80)	0	0	3 (100)	0 (0)	25-Abr-03	10-May-03
Rumania	0	1	1	52	0	0	1 (100)	0 (0)	19-Mar-03	19-Mar-03
Federación Rusia	0	1	1	25	0	0	No aplica	0 (0)	5-May-03	5-May-03
Singapur	161	77	238	35 (1-90)	33	14	8 (3)	97 (41)	25-Feb-03	5-May-03

Sudafrica	0	1	1	62	1	100	1 (100)	0 (0)	3-Abr-03	3-Abr-03
España	0	1	1	33	0	0	1 (100)	0 (0)	26-Mar-03	26-Mar-03
Sweden	3	2	5	43 (33-55)	0	0	5 (100)	0 (0)	28-Mar-03	23-Abr-03
Switzerland	0	1	1	35	0	0	1 (100)	0 (0)	9-Mar-03	9-Mar-03
Tailandia	5	4	9	42 (2-79)	2	22	9 (100)	1 (11)c	11-Mar-03	27-May-03
Reino Unido	2	2	4	59 (28-74)	0	0	4 (100)	0 (0)	1-Mar-03	1-Abr-03
Estados Unidos	14	15	29	33 (0-83)	0	0	28 (97)d	0 (0)	24-Feb-03	13-Jul-03e
Vietnam	39	24	63	43 (20-76)	5	8	1 (2)	36 (57)	23-Feb-03	14-Abr-03
<b>Total</b>			<b>8098</b>		<b>774</b>	<b>9.6</b>	<b>143</b>	<b>1707 (21)</b>		

## ¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

El porcentaje de cumplimiento para esta semana fue del 89.3%, notificando 4231 de las 4740 unidades notificadoras.

### **SARAMPION**

En la presente semana se notificaron 20 casos sospechosos de sarampión, distribuidos así: 10 Bogotá, 1 Antioquia, 3 Cundinamarca, 1 Guainía, 1 Norte de Santander, 1 Boyacá y 3 Santander. Actualmente se están realizando las investigaciones respectivas.

### **PARALISIS FLACIDA AGUDA**

Se notificaron 3 casos de las entidades territoriales en salud de Antioquia, Cesar y Santander.

### **FIEBRE AMARILLA**

Desde la semana epidemiológica 35 no se han confirmado casos del evento en referencia.

## SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

En esta semana epidemiológica no realizo notificación las entidades territoriales de **BARRANQUILLA Y CARTAGENA**

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

Mauricio Javier Vera Soto; Ingrid Garcia  
Subdirección de Epidemiología – Centro Control de Enfermedades  
[mvera@ins.gov.co](mailto:mvera@ins.gov.co) ; [igarcia@ins.gov.co](mailto:igarcia@ins.gov.co)  
Tel. 2207700 Ext. 541 - 150

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