



EER Noticias Semanales:

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, Región de las Américas

Vol. 2, No. 21—24 junio 2004

[Índice principal](#)

- [Informe de confirmación de la circulación del Virus del Nilo Occidental \(VNO\) en Puerto Rico](#)
- [Situación actual de la fiebre amarilla \(FA\) en las Américas: Brotes en Perú y Bolivia](#)

Informe de confirmación de la circulación del Virus del Nilo Occidental (VNO) en Puerto Rico

18 junio 2004: En un comunicado de prensa, el Secretario de Salud de Puerto Rico confirmó la detección del Virus del Nilo Occidental (VNO) en tres caballos del área de Fajardo.

Dicha confirmación se efectuó esta semana por el Departamento de Salud de Puerto Rico y la División de Dengue de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés *Centers for Disease Control and Prevention*), localizado en San Juan.

Este nuevo hallazgo se suma a las dos aves residentes positivas para el VNO entre 183 capturadas en el área de Roosevelt Roads en Ceiba, que fueron consideradas como la primera detección confirmada del virus en Puerto Rico.

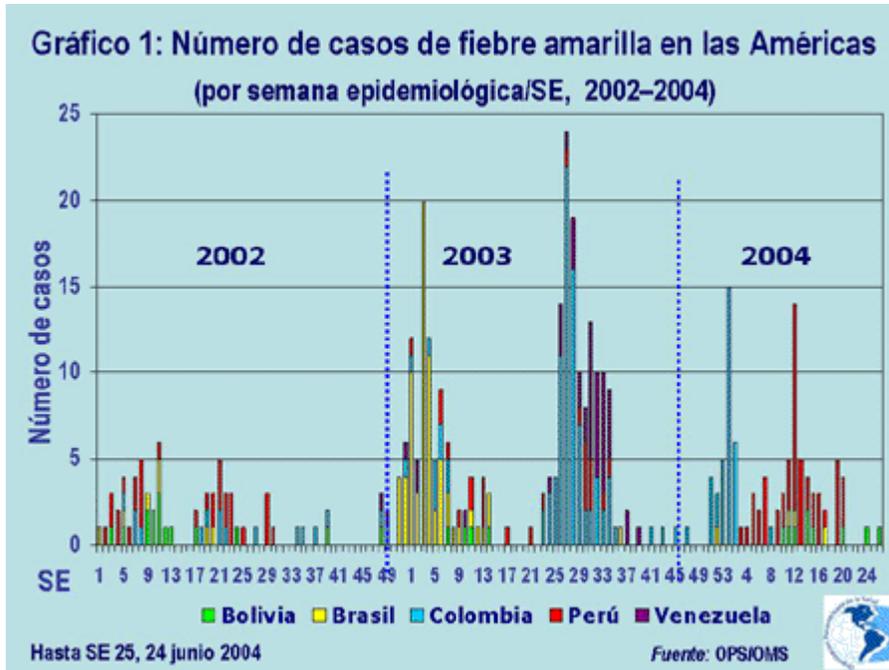
Frente a la introducción del Virus del Nilo Occidental se refuerza el sistema de vigilancia para la detección temprana de casos en humanos, en animales y en vectores. Hasta el momento, no se han registrado casos en humanos.

La Secretaria de Salud advirtió a la población a seguir las medidas de protección personal para la prevención ante la introducción de este nuevo agente en Puerto Rico.

Fuente: Comunicado de Prensa del Departamento de Salud de Puerto Rico, enviado vía correo electrónico a la Unidad de Enfermedades Transmisibles de la OPS.

Situación actual de la fiebre amarilla (FA) en las Américas: Brotes en Perú y Bolivia

24 junio 2004: Durante el presente año, hasta el 23 de junio, han sido notificados por los Ministerios de Salud de Colombia, Perú, Brasil y Bolivia, a la Organización Pan Americana de la Salud (OPS), la ocurrencia de 86 casos confirmados de fiebre amarilla selvática, con 41 defunciones. En todos los países, hay un predominio de casos entre varones mayores de 15 años de edad, involucrados en actividades laborales rurales. La distribución de casos por semana epidemiológica (SE) y por país



se presenta en el Gráfico 1.

- **Perú** ha reportado 52 casos, con una tasa de letalidad de 52%, los cuales han sido identificados

en los distritos de Echerate (1 caso), Departamento de Cusco; Cholon (1), Daniel Alomia Robles (1), Huánuco (1) y José Crespo y Castillo (5) en el Departamento de Huánuco; Junín, (1), Perené (4) y Pichanaqui (17), en el Departamento de Junín; Ramón Castilla (1) en el Departamento de Loreto; Huelpetuhe (5), Laberinto (1) y Manú (1) en el Departamento de Madre de Dios; Campanilla (7), La Banda de Shiclayo (1), Moyobamba (3), y Nueva Cajamarca (2), estos últimos ubicados en el Departamento de San Martín. Otros 31 casos sospechosos todavía están bajo investigación epidemiológica y de laboratorio.

- **Bolivia:** Los 9 casos notificados por Bolivia han ocurrido en los Municipios de Palo Alto (2 casos) en el Departamento de La Paz; y San Ignacio de Velasco (6) e Yapacani (1), en el Departamento de Santa Cruz. La tasa de letalidad es 40%. Otros tres casos sospechosos procedentes de los Departamentos de La Paz y Cochabamba están pendientes de resultado de laboratorio.
- **Brasil:** Los 3 casos reportados por Brasil han tenido como localidad probable de infección los Municipios de Parauapebas (2) en el Estado do Pará e Iranduba (1) en el Estado do Amazonas. Los casos de Brasil corresponden a las semanas epidemiológicas 11 y 12, finalizando respectivamente el 20 y el 27 de marzo de 2004.
- **Colombia** ha notificado 22 casos, con una tasa de letalidad de 36%. Estos casos son una continuación del extenso brote iniciado en 2003 en el Departamento de Norte de Santander, que posteriormente se extendió hacia el norte para los Departamentos de Cesar, la Guajira, Magdalena y hacia el sur en el Departamento de Meta. El último caso confirmado tuvo el inicio de los síntomas en la semana epidemiológica (SE) 8, que finalizó el 28 de febrero de 2004.

Considerando la extensa infestación de *Aedes aegypti* por todos los países de la Región, con excepción de Chile continental, la ocurrencia de brotes incrementa el riesgo de la reurbanización de la fiebre amarilla. El grupo Técnico Asesor en Inmunizaciones de la OPS (*Technical Advisory Group*, o TAG) sistemáticamente ha

recomendado que los países vacunen a todos los residentes de las áreas enzoóticas de la fiebre amarilla de las Américas y a todos los que viajan hacia estas áreas, así como la introducción de la vacunación rutinaria de niños contra esta enfermedad. También es altamente recomendado la puesta en marcha de medidas para el control del *A. aegypti* de acuerdo con las recomendaciones emanadas por la OPS para el control de este vector.

La evidencia de circulación del virus de la fiebre amarilla, a través de la constatación de por lo menos un caso humano o de epizootias (muertes de monos), es suficiente para iniciar las medidas de control de brote en el municipio afectado y en los alrededores. Estas medidas incluyen la vacunación de todos los residentes sin comprobación de vacunación previa contra la FA, vacunación de todos los que viajan hacia el área, búsqueda activa de casos sospechosos, puesta en marcha de vigilancia de síndrome febril icterico y vigilancia de epizootias, además de la declaración de alertas epidemiológicas. Si se identifican nuevos casos en otros municipios de la Región, debe ampliarse el anillo de vacunación y las demás medidas de control.

Fuente: Informes a la OPS de los Ministerios de Salud de Bolivia, Brasil, Colombia, y Perú; los datos en el Gráfico 1 también incluyen información enviada por el Ministerio de Salud de Venezuela.