

## INFORMES ESPECIALES

### **BROTE DE FIEBRE AMARILLA EN COMUNIDAD AGUARUNA EN LA PROVINCIA DE BAGUA, DIRESA AMAZONAS. DICIEMBRE 2005**

**Orlando Martín Clendenes Alvarado<sup>1</sup> Paul Pachas Chávez<sup>2</sup> Héctor Eduardo Quezada Tirado<sup>1</sup> Luis Daza Arévalo<sup>1</sup> Enrique Purisaca Morante<sup>1</sup> Artidoro Díaz Díaz<sup>1</sup> Máximo Manuel Espinoza Silva<sup>3</sup> Rafael Tapia Limonchi<sup>3</sup>**

El 26 de diciembre, el Ministerio de Salud toma conocimiento de un brote de una enfermedad caracterizada como un síndrome febril hemorrágico, en la localidad de Alto Tuntus de la etnia Aguaruna, en la provincia de Bagua. Esta localidad se encuentra a siete días de camino por trocha. El acceso más rápido es a través de helicóptero. Hasta el 28 de diciembre se tenía conocimiento oficial de 73 casos identificados y siete fallecidos, en una comunidad de aproximadamente 425 habitantes.

Un equipo de la DIRESA Amazonas y del Ministerio de Salud, incluido el INS, se encuentra conduciendo las acciones de control de esta enfermedad. El INS ha desarrollado las siguientes líneas de acción en atención al presente brote:

El grupo de intervención que ingresó hasta la localidad de Alto Tuntus por vía aérea el 28 de diciembre, obtuvo muestras de suero de 22 habitantes de la localidad. Cinco de ellos fueron trasladados a Bagua para su atención. Estas muestras de suero fueron alicuotadas, quedándose una fracción en el laboratorio de Bagua y otra fue enviada al INS, llegando el 29

de diciembre (11 h). Inmediatamente se iniciaron los procedimientos de laboratorio y mediante la prueba de ELISA de captura de IgM para fiebre amarilla se pudo confirmar, en dos horas, que al menos ocho de los casos corresponden a fiebre amarilla. Estos casos corresponden a adultos, tanto hombres como mujeres, y a menores de 15 años. Todas las muestras han sido inoculadas en cultivo celular para lograr el aislamiento del virus. Simultáneamente se realizó la prueba de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para fiebre amarilla en una muestra de hígado de uno de los pacientes fallecidos, obteniéndose positivo. Estos hallazgos confirman que el brote corresponde a fiebre amarilla y permite orientar las acciones de control. Otro hallazgo serológico en estas muestras es la presencia de anticuerpos para leptospirosis. Estos resultados deben interpretarse en el contexto epidemiológico y las características clínicas de los pacientes, lo cual aún no es posible dada la escasa información disponible.

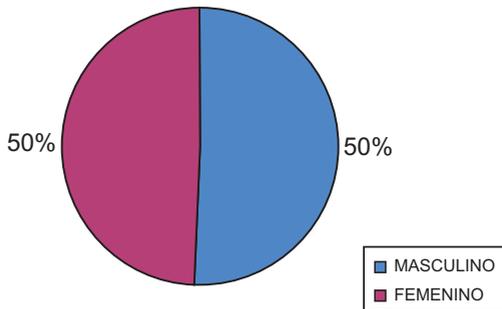
### **Descentralización del diagnóstico serológico de fiebre amarilla**

Al laboratorio de Bagua se le ha proporcionado reactivos para realizar la prueba de ELISA de captura de IgM para fiebre amarilla y un profesional biólogo del INS ha acompañado la implementación de esta prueba. De tal manera que el laboratorio de Bagua obtuvo los resultados serológicos simultáneamente con el INS y con una concordancia del 100%. Esto permitirá que la Red de Salud Bagua pueda contar con diagnóstico de laboratorio oportuno.

<sup>1</sup> DIRESA Amazonas.

<sup>2</sup> Dirección General de Epidemiología.

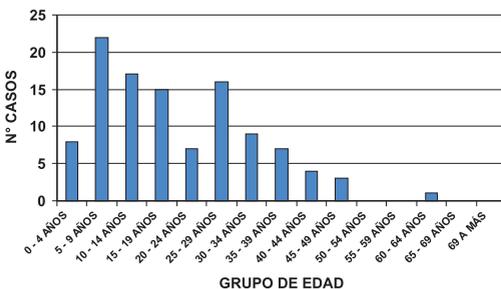
<sup>3</sup> Instituto Nacional de Salud.



**Figura 1.** Distribución por sexo de casos de síndrome febril icterohemorrágico. Alto Tuntus (al 28-12-05)

La asistencia técnica en el manejo especializado de los casos de fiebre amarilla, será a través de la participación del Dr. Manuel Espinoza, experto nacional y médico infectólogo del INS.

Este brote presenta varias características epidemiológicas particulares que lo diferencian de anteriores brotes de fiebre amarilla. Ante la evidente priorización inicial en las acciones de control y la atención de los pacientes por la gravedad que presentan, debe posteriormente realizarse las acciones necesarias para investigar los diferentes factores epidemiológicos, virológicos y vectoriales que están relacionados con el presente brote.



**Figura 2.** Distribución por grupos de edad de casos de síndrome febril icterohemorrágico. Alto Tuntus (al 28-12-05)

## Conclusiones y recomendaciones

Se cumplieron los objetivos de la comisión de servicio: obtener muestras para confirmar el diagnóstico etiológico del síndrome febril icterohemorrágico agudo (fiebre amarilla) y capacitar en servicio al personal profesional local para el manejo de casos de fiebre amarilla.

La comunidad nativa afectada es Aguaruna, quienes en su mayoría habla *awajun* (aguaruna), con indicadores económicos de extrema pobreza y con múltiples barreras de acceso a la salud, principalmente geográficas, idiomáticas y culturales.

Los estudios epidemiológicos y de brote se realizaron muy superficialmente debido a que el personal que ingresó inicialmente se tuvo que dedicar a la atención de pacientes.

No se encontraron evidencias de epizootias previas en la zona afectada, se conoce que el primer fallecimiento ocurrió el 12 de diciembre, que 100% de los afectados eran nativos, que ninguno tenía antecedente de vacunación antiamarilíca y que existen concomitantemente diversos problemas de salud como la desnutrición infantil, además de diversos riesgos para enfermedades transmisibles como la hepatitis B (VHB) y zoonóticas.

Debe continuarse la vacunación de la población nativa afectada e inmediatamente continuar con la inmunización de otras comunidades nativas aledañas (en un radio de 30 km a la redonda).

Debe reforzarse a la brigada encargada del manejo de casos, la cual debe estar preparada, equipada y abastecida (medicamentos) para el manejo de otras enfermedades propias de la zona. Se debe recordar que se seguirán presentando casos hasta diez días después de haber culminado el proceso de vacunación antiamarilíca. Es posible coordinar el traslado de pacientes en estado crítico hacia centros asistenciales de mayor nivel de aten-

ción (Bagua Chica, Lambayeque o Lima) para manejo altamente especializado (medicina intensiva y nefrología).

Es necesario realizar un estudio exhaustivo sobre los condicionantes involucrados en el presente brote que es el primero que afecta a 100% de población nativa, no migrante. En la investigación deben participar sociólogos, antropólogos y comunicadores sociales, entre otros profesionales. Es necesario determinar otras áreas geográficas receptoras y con riesgo similar al de la comunidad nativa de Alto Tuntus.

Con relación a las brigadas itinerantes de salud (ELITES) deben considerar entre el personal contratado a profesionales que hablen y entiendan el *awajun*. Para el personal asistencial del Hospital de Apoyo de Bagua, es necesario realizar capacitación en bioseguridad y pautas básicas para el manejo del paciente en estado crítico.

Todo el personal que ingrese a las comunidades nativas debe cumplir una serie de requisitos que puedan garantizar el no introducir nuevas enfermedades hacia comunidades vulnerables a diversas enfermedades infecciosas: esquema de vacunación (entre ellas contra la influenza) y examen médico previo que certifique ausencia de enfermedad al momento de ingresar a las comunidades nativas. Entre otras consideraciones se debe exigir el pago de un seguro de vida para todo el personal MINSA que labore en condiciones como las descritas anteriormente.

Existe una gama de posibilidades y necesidades de investigación en el ámbito de la epidemia, investigaciones que pueden involucrar a varios centros nacionales del INS: CENAN, CENSI, CENSOPAS y CNSP.

Equipo de trabajo

- Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado – Director Regional de Salud.
- Dr. Paul Pachas Chávez – Equipo OGE.
- Dr. Héctor Eduardo Quezada Tirado – Director Epidemiología DIRESA Amazonas.
- Dr. Luis Daza Arévalo – Responsable de captura vectorial.
- Blgo. Enrique Purisaca Morante – Responsable Laboratorio Referencial Red Bagua.
- Llc. Artidoro Díaz Díaz – Equipo de atención a pacientes.
- Dr. Máximo Manuel Espinoza Silva – Instituto Nacional de Salud.
- Blgo. Rafael Tapia Limonchi – Instituto Nacional de Salud.

#### **GRIPE AVIAR – SITUACIÓN EN TURQUÍA, 5 DE ENERO DE 2006, REPORTE DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Javier Vargas H<sup>1</sup>**

El Ministerio de Salud de Turquía ha confirmado sus dos primeros casos de infección humana por el subtipo H5 del virus de la gripe aviar, ambos mortales. El primer caso es el de un joven de 14 años del distrito rural de Dogubayazit, en la provincia oriental de Agri, fronteriza con la República Islámica del Irán y con Armenia. El muchacho fue hospitalizado en la provincia de Van el 1 de enero y falleció ese mismo día. El segundo caso es el de su hermana de 15 años, hospitalizada también el 1 de enero, la cual murió el 5 de enero.

A comienzos de esta semana las autoridades turcas descartaron que se tratara de casos de gripe aviar basándose en los resultados de las pruebas preliminares realizadas con muestras de nariz y garganta. Sin embargo, las pruebas posteriores realizadas con otras muestras de

<sup>1</sup> Oficina General de Información y Sistemas. Instituto Nacional de Salud.