

# Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio



# **Enfermedades emergentes y reemergentes en Venezuela: una perspectiva epidemiológica y su impacto demográfico**

*Carlos Lebrún*

***Carlos Lebrún***

Médico Pediatra y  
Epidemiólogo del Hospital  
Clínico Universitario  
(Universidad Central de  
Venezuela-UCV). Profesor de  
la Cátedra de Salud Pública  
de la Escuela Luís Razetti  
(Facultad de Medicina-UCV).

# Enfermedades emergentes y reemergentes en Venezuela:

## Una perspectiva epidemiológica y su impacto demográfico

*Carlos Lebrún*

---

---

### **I. Geografía, densidad poblacional, procesos migratorios y salud**

Luisa Iñiguez Rojas expresa que frecuentemente se cuestiona la existencia independiente de la Geografía Médica. Al respecto el profesor brasileiro L. J. da Silva considera que la Geografía Médica nunca se estableció firmemente como disciplina distinta a la Epidemiología (Silva, 1992). Esta afirmación que podemos aceptar como opinión de epidemiólogos y otros profesionales de las Ciencias Médicas no excluye la incorporación del lenguaje de expresión geográfica «cartografía» por los epidemiólogos, ni las renovadas perspectivas que los conceptos y técnicas geográficas han abierto a los profesionales de la salud.

De forma similar, señala la investigación geográfica en salud, incorpora las técnicas bioestadísticas, ampliamente desarrolladas por los epidemiólogos y otros profesionales de la salud. La importancia de la Geografía Médica se concreta al constituirse en Lisboa la Comisión de Geografía Médica de la UGI en 1949 y en el informe que esta comisión presentara en 1952 en aras de impulsar su desarrollo.

Cuarenta años después, en el Congreso de la Unión Geográfica Internacional celebrado en Washington se modifica el nombre de esta Comisión por el de Ambiente-Salud y desarrollo. La Geografía Médica o de la Salud frecuentemente se divide en dos principales campos de investigación: la Nosogeografía o Geografía Médica tradicional, encargada de la identificación y análisis de patrones de distribución espacial de enfermedades y la Geografía de la atención médica o de salud, ocupada en la distribución y planeamiento de componentes infraestructurales y de recursos humanos del Sistema de Atención Médica. Una dirección más holística y reciente, se desdoblaría en la aproximación a la diferenciación del bienestar, las condiciones y calidad de la vida, incorporando a los indicadores «clásicos» los referidos a la enfermedad o la muerte en espacios poblacionales, especialmente urbanos o en los estudios de estado y situación de salud en diferentes unidades territoriales de países y regiones (Castellanos, 1992; Iñiguez, 1994).

Las dos primeras aunque en íntima relación, pueden considerarse de forma independiente. Numerosos estudios de distribución geográfica de la morbilidad o mortalidad no se proponen la aplicación de los resultados a la gestión en salud. La tercera merece una especial reflexión. La Geografía no se relaciona con el bienestar y la salud de las poblaciones sólo en el contexto de la Geografía Médica. Mas indirecta y poco explorada, la información del proceso salud-enfermedad puede ser incorporada siempre que se aborde la desigual distribución de componentes y procesos socio-económicos, incluyendo los socioculturales. En cualquiera de estas direcciones la geografía se aproxima a la salud de las colectividades, de los entornos comunitarios. Su más notable especificidad es privilegiar el espacio y su principal problema articular el *¿dónde?* con los *¿quiénes?* La salud de la población constituye la expresión de determinantes y condicionantes de carácter estrictamente biológico, ambiental y social tanto histórico como actual.

Por otra parte, en la Geografía coexiste la alta complejidad que proporcionan las relaciones de la Naturaleza, las relaciones humanas con la naturaleza y las relaciones entre los propios hombres, gestadas en una larga evolución. Así la producción social del espacio, los procesos de su configuración y funcionamiento están influenciados por las condiciones «recursos» naturales y determinado tanto por los modos de producción precedentes como por los actuales a escala local, nacional y hoy mundial. Lo caracterizan por tanto su totalidad, historicidad y escala (Iñiguez, 1994). En general los modelos contemplan la complejidad de las interacciones, de lo cual se deriva la multicausalidad aceptada, pero poco aprehendida en las evaluaciones del estado de salud de diferentes poblaciones y el necesario equilibrio que ha de caracterizar la conjugación de los factores que intervienen en esta trama (Castellanos, 1991; Suárez & Márquez, 1995).

Un proyecto interinstitucional para el desarrollo de la Geografía Médica en Venezuela fue propuesto por el Departamento de Geografía de la Universidad Central —UCV— (González, 1992). Entre otras razones, el temprano fallecimiento de su principal promotor, el profesor Enrique González Boscán, paralizaron este empeño. (Iñiguez, 1998).

La pobreza, la miseria, el hambre y la desnutrición, la insalubridad, la desesperanza, la tristeza, la violencia, la contaminación del aire, de las aguas, las tierras y tanto otros males definen espacios que se construyen y reconfiguran permanentemente, también los procesos y estados contrarios definen espacios particulares. En unos y en otros, heredados o emergentes acechan o dramáticamente se despliegan las enfermedades y las muertes. Identificar y revelar estos espacios humanos es una posibilidad de mejorar la efectividad y la equidad de las acciones en salud. Es una responsabilidad y una urgencia. (Iñiguez, 1998).

## **II. Fenómeno epidemiológico transicional**

Según la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, el concepto de transición epidemiológica se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez, que caracterizan a una población específica y que generalmente se presenta junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas

más amplias. Se trata de un concepto dinámico que no se centra en la evolución del perfil predominante de mortalidad y morbilidad.

Implica, además, un cambio en una dirección predominante de las enfermedades infecciosas asociadas con carencias humanas, hacia las enfermedades degenerativas, lesiones y padecimientos mentales, todos relacionados con factores genéticos y carencias secundarias.

La teoría de la Transición Epidemiológica, según Omran, se enfoca sobre el cambio completo en los patrones de salud y enfermedad, y las interacciones de estos patrones con los determinantes demográficos, económicos y sociales y sus consecuencias. Según este autor existen tres modelos de patrones de transición epidemiológica:

1. *El modelo clásico o del oeste, representado por Inglaterra y Suecia:* mortalidad y natalidad bajas acompañadas de modernización que caracterizó a la mayoría de las ciudades del oeste europeo.
2. *El modelo de transición acelerada, representado por Japón:* se constituyó una drástica reducción de la mortalidad y natalidad y una progresiva modernización, más rápida que en el modelo anterior.
3. *El modelo contemporáneo o retardado, representado por Chile y Sri Lanka:* declinación lenta de la mortalidad y luego más acelerada después de la Segunda Guerra Mundial, pero países en este modelo la natalidad permanecía alta.

### III. Transición epidemiológica en América Latina

La mayoría de los países de América Latina (AL) y del Caribe vienen experimentando una profunda transición con una importante disminución de las enfermedades infecciosas e incremento acelerado de enfermedades crónicas originado una complejidad creciente de los perfiles de salud.

Frenk y Col., consideran incluidos en el concepto de transición de la salud dos procesos interrelacionados: la transición de la atención sanitaria y la transición epidemiológica. Esta última abarca, según los autores, tres procesos básicos: a) la sustitución entre las primeras causas de muerte de la enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones; b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; y c) el cambio de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en la que la morbilidad es lo dominante.

Según los mismos autores antes citados, en AL se observa un perfil de salud de gran heterogeneidad en el que los distintos países se encuentran en distintas etapas de transición epidemiológica; no obstante, la mayor parte, a diferencia de los países desarrollados, pueden estar atravesando por una nueva experiencia de transición caracterizada por: a) alta incidencia simultánea de enfermedades de ambas etapas, pre y postransicional; b) resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas; c)

irresolución del proceso de transición, de manera que los países parecen estancados en un estado de morbilidad mixta; d) desarrollo de una polarización epidemiológica peculiar, no solo entre los países, sino dentro de ellos en distintas zonas geográficas y entre las diversas clases socioeconómicas, esta última experiencia se denomina «modelo polarizado prolongado».

#### IV. Enfermedades emergentes y reemergentes

En 1992 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) definió como **enfermedades emergentes** aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas o amenaza incrementarse en un futuro. Las **enfermedades reemergentes** se refieren al resurgimiento de enfermedades que ya habían sido aparentemente erradicadas o su incidencia disminuida. Las **enfermedades nuevas** se definen como aquellas que no existían antes de 1900, aunque respecto a esta última denominación existen variados puntos de vista y el período de tiempo para considerarla «nueva» también fluctúa según diferentes autores.

Es por esto que algunos señalan que en aras de evitar mal interpretaciones se debe sustituir el ambiguo concepto de «enfermedad nueva» por el de «enfermedad emergente». Una enfermedad puede clasificarse como emergente en al menos cinco situaciones históricas:

1. Si ya había sido identificada, pero desde un punto de vista médico se le había pasado por alto debido a la imposibilidad de conceptualizarla como entidad nosológica;
2. Si ya existía, pero no se reparó en ella hasta que hubo cambios cualitativos o cuantitativos en sus manifestaciones;
3. Si no existía en una región en particular antes de que se introdujera en ella procedente de otras regiones;
4. Si hasta entonces sólo existía en la población animal y no en la población humana; y
5. Si es completamente nuevo el agente desencadenante de la enfermedad o no existían las condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas (Sánchez-Amador, 1997).

Los factores relacionados con la emergencia de las infecciones pueden clasificarse en: demográficos y de comportamiento, tecnología e industria, desarrollo económico y utilización de la tierra, comercio internacional, adaptación y cambio de los microbios, y ruptura en las medidas de salud pública.

El crecimiento demográfico ocasiona una mayor interacción humana, con el consiguiente aumento en el contagio. Otro factor que hay que tomar en cuenta es la urbanización mundial. En la actualidad 200 millones de personas viven en ciudades que

exceden los 10 millones de habitantes, y esa cifra aumentará a 400 millones en los próximos 20 años; el principal aumento se llevará también en los países menos desarrollados con los consiguientes problemas de agua potable, alimentación, hacinamiento y enfermedad.

El comportamiento humano, sus hábitos, también influyen en la introducción y diseminación de infecciones. Por ejemplo, los hábitos alimenticios de la población influyen en la contaminación de los alimentos con bacterias como la *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni* y *E.coli*, causantes de varias enfermedades infecciosas.

Entre los muchos factores que pueden estar englobados bajo este acápite pueden citarse las nuevas prácticas de cosecha de cultivos, los cambios en el procesamiento y empaquetamiento de los alimentos, y las técnicas médicas de trasplante, injertos y transfusiones. Un ejemplo es la aparición de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, variante humana de la Encefalopatía Espongiforme Bovina, debido en algunos casos a la administración de hormonas de crecimiento humano contaminadas.

Las presiones comerciales y poblacionales han conducido a la invasión de los bosques y selvas, exponiendo a la gente a agentes exóticos y enfermedades enzoóticas como la Fiebre Amarilla, la Rabia transmitida por murciélagos, los Arenavirus, entre otras.

Los Arenavirus sudamericanos constituyen un ejemplo destacado de cómo la explotación de nuevas zonas para abrirlas a los asentamientos humanos y la agricultura aumentará las probabilidades de que surjan nuevas enfermedades infecciosas.

Factores claves en el resurgimiento de estas enfermedades son el debilitamiento general de las actividades de salud pública, especialmente la vigilancia, y el deterioro de las condiciones de los laboratorios encargados de identificar rápidamente los problemas emergentes. En las Américas este es un factor fundamental puesto que las inversiones en salud pública se han visto cada vez más disminuidas debido a la recesión económica y a los recortes presupuestarios en este sector.

El impacto de la migración y el comercio internacional en la diseminación de las enfermedades infecciosas aumenta conforme un número mayor de gente se mueven en el mundo, ya sean inmigrantes, comerciantes, turistas o empresarios, que llevan padecimientos de un país a otro.

El comercio de productos alimenticios de países en desarrollo a naciones industrializadas, también aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades. Por ejemplo, las importaciones por temporadas de frutas frescas y vegetales de México a los Estados Unidos, tales como tomates y melones cantalupo, se han implicado en brotes de enfermedades diarreicas ocasionadas por serotipos inusuales de *Salmonella*. Es necesario tener en cuenta también que no toda la importación de alimentos es comercial, muchos casos severos de Cólera adquirida en los Estados Unidos han sido provocados por el consumo de productos alimenticios introducidos por visitantes o por residentes que han retornado procedentes de Centro y Suramérica.

Los cambios ecológicos, que ciertamente modifican el comportamiento de los microorganismos también nos afectan. Esto puede ejemplificarse con el crecimiento del fito y zooplancton que permitieron que el bacilo del Cólera encontrara un ambiente propicio para sobrevivir. Tal hecho contribuyó a la pandemia del Cólera que se presentó a partir de 1991 en Latinoamérica.

Otro hecho que causa esta morbilidad es la aparición, a partir de los años 70, del calentamiento de la tierra acompañado de cambios ambientales que llevan a los insectos vectores de enfermedades como el de Paludismo, la Fiebre Amarilla, el Dengue y otras, a cambiar su distribución geográfica como resultado de la deforestación, la industrialización y el comercio.

Las fuertes lluvias que afectaron de forma inusual a algunos países de América Latina durante 1994 y 1995 también contribuyeron a la emergencia de varias enfermedades infecciosas como la Leptospirosis, la Encefalitis Equina Venezolana y la Fiebre Amarilla.

Aún cuando la resistencia a los antimicrobianos no es nueva, esta ha crecido alarmantemente en los últimos años, tanto que su incremento sobrepasa a los nuevos medicamentos, los cuales cuando tienen éxito seleccionan biológicamente a las cepas resistentes y multiresistentes. En años recientes, nueva o creciente resistencia a medicamentos se ha descubierto en organismos que causan Malaria, Tuberculosis, Blenorragia, Meningitis, Neumonía e Infecciones en los oídos, tales como el *enterococcus*, *estafilococcus*, *estreptococcus*, *neumococcus*, *hemophilus influenzae*, *neisseria gonorrhoea*, *shigella dysenteriae*, *salmonella typhi*, *mycobacterium tuberculosis*, *plasmidium falciparum*, *escherichia coli*, y otros más.

La resistencia también se está propagando entre cepas latinoamericanas de *Shigella*, y se prevé que un futuro próximo *Salmonella typhi* presentará también un alto grado de resistencia. La Malaria farmacorresistente por *Plasmidium falciparum* está presente en todas las regiones sudamericanas donde este cuadro infeccioso es endémico.

Las condiciones que propician la aparición de la resistencia a los antimicrobianos están presentes en toda América Latina: la venta de antibióticos sin receta y la automedicación frecuente; el hacinamiento y las prácticas deficientes de control de infecciones en muchos hospitales; la escasa reglamentación del uso de antibióticos dentro y fuera de los hospitales; la escasa documentación de los resultados de los ensayos clínicos de los antibióticos más nuevos; y la vigilancia y la notificación casi inexistentes de las modalidades de resistencia a los antimicrobianos.

Los principales grupos de riesgo ante las enfermedades emergentes y reemergentes son (Sánchez-Amador, 1997):

- a) Personas con bajos niveles de inmunidad, debido a infecciones por el VIH, tratamiento con medicamentos para el cáncer o transplantes de órganos, entre otras.
- b) Personas afectadas por varias enfermedades.
- c) Personas ancianas.

- d) Personas en clínicas de reposo.
- e) Personas con dificultades para acceder a servicios de salud.
- f) Viajeros internacionales

Según Guillermo Mesa Ridel y Col., las enfermedades infecciosas constituyen la primera causa de muerte en el mundo, tanto en adultos como en niños. Más de 13 millones de personas mueren anualmente por enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, tales como la malaria, la tuberculosis, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida —SIDA—, la fiebre hemorrágica producida por el virus Ébola, el síndrome respiratorio agudo grave —SARS—, la infección por el virus del Nilo occidental y el dengue. Solo tres de estas infecciones —el sida, la tuberculosis y la malaria— cobraron 5,7 millones de vidas durante el año 2001, la mayor parte de ellas en países en desarrollo. A pesar de que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana —VIH— y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida han estado presentes desde hace más de 20 años, aún se incluyen en la mayoría de los análisis nacionales y regionales relacionados con las enfermedades emergentes debido a su elevado costo social y sanitario.

En la Región de las Américas, las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes que tuvieron una mayor repercusión sobre la salud de la población por su incidencia y por el número de muertes ocasionadas durante el quinquenio de 1999–2003 fueron: la malaria, la fiebre amarilla, el dengue hemorrágico, el sida, el carbunco y el SARS, así como la infección por hantavirus y por el virus del Nilo occidental.

Algunas de estas enfermedades, como el SARS, presentan una distribución geográfica focal, mientras que otras como el dengue se dispersan ampliamente y se han convertido en un problema mundial. La aparición de enfermedades emergentes y reemergentes se asocia con factores de diversa índole. Si bien el origen y la evolución de los agentes etiológicos han sido suficientemente documentados en la mayoría de los casos, la aparición de estas enfermedades depende de una compleja interacción de distintos factores, tanto biológicos: la variabilidad y adaptabilidad genética de los microorganismos causantes, como sociales: el auge del comercio internacional y de los movimientos poblacionales por razones turísticas o migratorias, el hacinamiento, la inadecuada manipulación de los alimentos y el analfabetismo, entre otros; y económicos: la ausencia de servicios básicos de saneamiento ambiental, la desnutrición, la falta de agua y de sistemas de alcantarillado.

Todos estos factores crean además las condiciones propicias para la propagación de estas infecciones y facilitan la circulación de los agentes patógenos y la transmisión de las infecciones y epidemias entre los diversos países y regiones, situación agravada por las ineficiencias de los sistemas de salud pública, entre ellas una vigilancia epidemiológica deficiente, un número insuficiente de laboratorios de salud pública para la detección y el diagnóstico de las enfermedades y mecanismos de prevención y de control inadecuados.

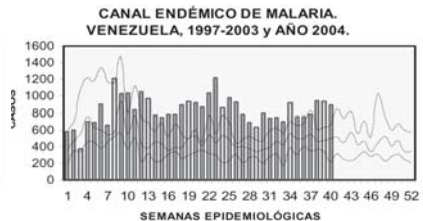
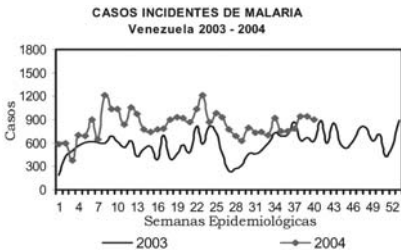
## V. Enfermedades emergentes y reemergentes en Venezuela

En Venezuela se lleva a cabo un sistema de vigilancia por entidades nosológicas, detectando los casos cuando los pacientes acuden a los 1.869 centros asistenciales de salud —ambulatorios urbanos-rurales y hospitales de distinto nivel de complejidad— y la Red de Laboratorios de Salud Pública. Los casos se registran en formatos diseñados para la notificación semanal y resúmenes mensuales. Actualmente se está instalando un sistema nacional de registro computarizado de la morbilidad en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud. En lo que se refiere al enfoque sindromático se está desarrollando un sistema de vigilancia dirigido al síndrome febril icterohemorrágico.

La red de vigilancia es una organización constituida por un conjunto de instituciones que funcionan articuladamente, con el propósito de establecer los vínculos y relaciones para facilitar el intercambio, la coordinación y cooperación necesarios en función del conocimiento sobre la salud de la población. Un rol fundamental para certificar el diagnóstico lo cumplen los laboratorios participantes de la red. Un ejemplo lo constituye la definición del área geográfica de distribución de los serotipos de dengue, de fiebre hemorrágica venezolana, del área epizootica de fiebre amarilla, de encefalitis equina venezolana, de virus Hanta y otras enfermedades emergentes.

A continuación, y en forma sucinta, se expondrá datos actuales de enfermedades emergentes y reemergentes en Venezuela en vigilancia por parte del MSDS de Venezuela.

1. **Malaria:** Venezuela se encuentra en zona de epidemia según los cálculos del canal endémico. Los estados que se ubican por encima del nivel esperado y contribuyen preponderantemente con altos Índices Epidémicos son:
  - a) En zona de Epidemia: Bolívar (IE=219), Amazonas (IE=216), Delta amacuro (IE=261) y Monagas (IE=555).
  - b) En zona de Alarma: Barinas (IE=104) y Zulia (IE=365). Así, el Índice Epidémico del país alcanza a IE=177 lo cual indica que existe un exceso de morbilidad de 77% más, en relación al promedio esperado durante el septenio 1997 - 2003.



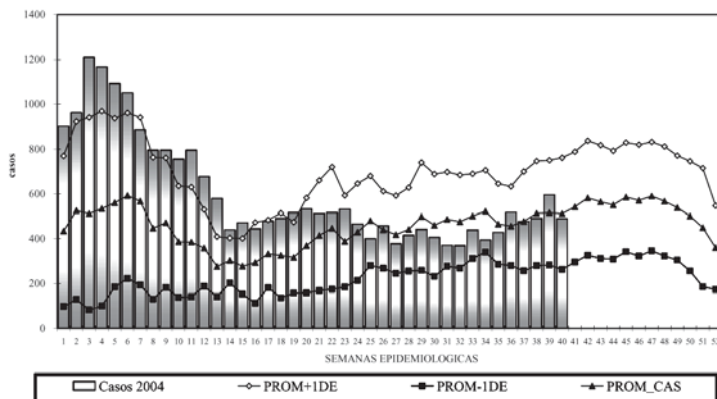
Fórmula Parasitaria	Semana N° 40		Acumulativo	
	Casos	%	Casos	%
P. vivax	770	84,6	28.989	85,0
P. falciparum	132	14,5	4.927	14,4
P. malariae	1	0,1	49	0,1
P. vivax y falciparum	7	0,8	140	0,4

2. **Dengue:** Para la semana epidemiológica N° 40 Venezuela reportó un total de 490 casos de Dengue Ambos Tipos, de los cuales el 5,3% son hemorrágicos (26 casos), con una razón de Fiebre Dengue/Dengue Hemorrágico de 18:1 registrándose un Descenso en el número de casos del 18% con relación a la semana anterior, con tendencia descendente y ubicándose en situación epidemiológica de Seguridad (ver canal endémico). La población menor de 15 años concentra el 52% de los casos notificados, el grupo de 25 a 44 años es el segundo grupo más afectado con 18% de los casos. Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Bolívar: 67; Carabobo: 58; Lara 46; Zulia: 39; y Distrito Capital: 38.

El acumulado para Venezuela hasta la presente semana epidemiológica registra un total de 24.148 casos de Dengue (ambos tipos), de los cuales 6,5% son hemorrágicos (1.559 casos), con una razón Fiebre Dengue/Dengue Hemorrágico de 14:1. En el presente año se han reportado cuatro (4) defunciones. La Tasa de Morbilidad Acumulada es de 92,8 x 100.000 habitantes. Los serotipos circulantes son el 1, 2, 3 y 4.



Dengue Ambos Tipos.  
Canal Endémico 1.996 - 2.003. Venezuela 2.004.



**Rabia Canina:****Rabia Canina. Venezuela Semana N° 40 del 2004.**

Entidad Federal	Semana Epidemiológica 40			Acumulado para el año 2004		
	Caninos	Felinos	Humanos	Caninos	Felinos	Humanos
Zulia	7	1	0	153	5	3
Zulia	7	1	0	153	5	3

Rabia Canina	Zulia	Municipio	Parroquia	Casos
		Maracaibo	O. Villalobos	1
	Mara	San Rafael	1	
	Lagunillas	Venezuela	1	
	Machiques	San José	4	
		<b>Total</b>	<b>7</b>	

Rabia Felina	Zulia	Mara	Ricaute	1
			<b>Total</b>	<b>1</b>

Rabia otras especies	Zulia	Libertador	El Mono	Especie Bovino Positivo
			<b>Total</b>	<b>1</b>

### 3. Vigilancia de enfermedades respiratorias agudas: Semana Epidemiológica N° 40

- a) **Menores de un año:** Se registró un total de 589 casos, con un ascenso de aproximadamente 1,72% con relación al número de casos registrados de la semana anterior (SE 39=579), con tendencia estable y ubicándose en situación epidemiológica de Epidemia (ver canal endémico). Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Zulia: 62; Bolívar: 40; Apure: 38; Portuguesa: 35; y Sucre: 35. Las Entidades Federales que presentan una tasa de morbilidad acumulada superior al promedio nacional (25 x 1.000NV) son: Zulia: 63; Amazonas: 50; Vargas: 40; Mérida: 39; Apure: 37; Falcón: 35; Delta Amacuro: 33; Yaracuy: 30; Nueva Esparta: 29; Sucre: 28; Portuguesa: 27; y Distrito Capital: 25.
- b) **De uno a cuatro años:** Se registró un total de 873 casos, con ascenso de aproximadamente 0,69% con relación al número de casos registrados de la semana anterior (SE 39=867), con tendencia estable y ubicándose en situación epidemiológica de Epidemia (ver canal endémico). Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Zulia: 170; Bolívar: 72; Carabobo: 66; y Portuguesa y Sucre: 58. Las Entidades Federales que presentan una tasa de morbilidad acumulada superior al promedio nacional (1056 x 100.000 Hbs) son: Amazonas: 2.605; Vargas: 2.131; Nueva Esparta: 2.094; Zulia: 1.770; Apure: 1.590; Falcón: 1.552; Sucre: 1.412; Delta Amacuro: 1.311; Yaracuy: 1.301; Mérida: 1.241; Portuguesa: 1.141; y Anzoátegui: 1.116.

- c) **Mayores de cinco años:** Se registró un total de 854 casos, con ascenso en el número de casos de aproximadamente 10,7% con relación al número de casos registrados de la semana anterior (SE 39=771), con tendencia estable y ubicándose en situación epidemiológica de Epidemia (ver anal endémico). Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Zulia: 200; Miranda: 66; Bolívar: 57; y Carabobo: 56. Las Entidades Federales que presentan una tasa de morbilidad acumulada superior al promedio nacional (143 x 100.000 Hbs) son: Vargas: 339; Nueva Esparta: 335; Trujillo: 250; Amazonas: 241; Mérida: 226; Zulia: 199; Monagas: 190; Delta Amacuro: 187; Falcón: 169; Sucre: 155; y Cojedes: 143.

#### 4. Influenza y otros virus respiratorios:



**Vigilancia virológica:** Desde el 1ro de Enero hasta el día 15 de Octubre de 2004 se han recibido en el Instituto Nacional de Higiene para investigación de virus respiratorios un total de 248 muestras correspondientes a casos sospechosos de influenza con fecha de inicio de síntomas en el presente año, de los cuales el 4,44% corresponde a Influenza tipo A (n=11); 0,40% corresponde a Influenza tipo B (n=1); 2,02% corresponde a Adenovirus (n=5); 75,81% ha sido descartado (n=188); y un 17,34% está pendiente por resultados (n=43).

#### 5. Vigilancia de la Fiebre Amarilla (F.A.) selvática en Venezuela:

- a) **Vigilancia de casos y muertes:** Para esta semana N° 40 no se notifican casos de Fiebre Amarilla. Continúa la vigilancia epidemiológica en los Estados de riesgo: Zulia, Táchira, Mérida, Trujillo, Apure, Barinas, Guárico, Portuguesa, Amazonas, Bolívar, Monagas, Sucre, Delta Amacuro, Anzoátegui, Aragua, y Miranda.

- b) **Vigilancia de Síndrome Febril Ictero Hemorrágico:** Durante la presente Semana Epidemiológica N° 40 y parte de la 39 se recibieron 17 muestras procedentes de los siguientes estados: Once (11) del Estado Monagas; dos (2) los Estados Miranda y Dto Capital; y (1) el Estado Aragua. En el registro del año 2004 durante la semana epidemiológica N° 39, hasta esta última semana 439 casos han sido investigados, de los cuales 324 han sido descartados para FA y no tienen diagnóstico definitivo hasta los momentos. De los ya clasificados están: 5 como Fiebre Amarilla; 17 como Dengue; 14 como Leptospirosis; 15 como Hepatitis A; 6 como Hepatitis B; y 50 resultados pendientes.
- c) **Vigilancia de Epizootias:** La Dirección de Salud Ambiental reporta para la presente semana epidemiológica N° 40: No reporta casos.
- d) **Vigilancia de Epizootias:** La Dirección de Salud Ambiental reporta para la presente semana epidemiológica n° 40: No reporta casos.

## **VI. Recomendaciones generales para prevenir y controlar posibles enfermedades emergentes y reemergentes.**

1. Control sanitario al arribo en puertos y aeropuertos de países endémicos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (Paludismo, Dengue y Cólera).
2. Vigilancia epidemiológica en la APS y hospitalaria de viajeros internacionales cubanos o extranjeros con cuadros clínicos sospechosos de enfermedades exóticas o no presentes en nuestros países.
3. Vigilancia epidemiológica universal de todas las personas, de todas las edades, en todas las unidades de salud del país, con cuadro clínico sospechoso.
4. Remisión de cuadros sospechosos a las unidades hospitalarias seleccionadas en cada provincia para brindarles atención médica especializada.
5. Vigilancia clínica epidemiológica de síndromes clínicos, más que de enfermedades. Tener siempre presente ante síndromes febriles asociados a manifestaciones hemorrágicas, daño renal, pulmonar, neurológico, hepático y lesiones dermatológicas, entre otras, la vigilancia de Dengue, Fiebre Amarilla, Enfermedad de Ebola e infecciones por Arenavirus.
6. Estricta vigilancia de cuadros diarreicos agudos, con o sin fiebre, que causan deshidratación grave o la muerte o brotes de EDA, como parte de la vigilancia del Cólera y otras enterobacterias (E.coli O157:H7, V. cólera O139 y Salmonella enteritidis PT4). Mantener la vigilancia ambiental y en alimentos.
7. Cumplimiento de la toma de gota gruesa para la vigilancia de Malaria, y de monosiero al quinto día febril para Dengue y otras arbovirosis, según indicadores establecidos.

8. Control sanitario integral de las instalaciones de puerto y aeropuertos del país con tráfico internacional o nacional.
9. Control sanitario de las aeronaves y embarcaciones procedentes del extranjero, independientemente de su tamaño y calado. Hacer énfasis en el control de residuales líquidos, residuales sólidos, alimentos, vectores y agua para consumo humano.
10. Garantizar y exigir el funcionamiento de los incineradores en puertos y aeropuertos con tráfico internacional para la destrucción de los residuales sólidos, así como la adecuada disposición de los residuales líquidos, y el estricto funcionamiento y control de las larvitrapas.
11. Exigir el cumplimiento de la desinsectación de las aeronaves antes del aterrizaje según países de procedencia, y de mosquitos y roedores en buques, yates, etc.

## **Bibliografía**

Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Semana Epidemiológica N° 40. Caracas, Venezuela, 2004

Frenk J y col. La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol Of sanit Panam 111(6). Washington, 1991

Institute of Medicine. Emerging infections: microbial threats to health in the United States. Washington, DC: National Academy Press, 1992

Luisa Iñiguez Rojas Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):701-711, out-dez, 1998

OMS. Emerging and re-emerging infectious diseases: who responds to a global threat. Press Release WHO/37 - 26 April 1994

Sánchez N, Amador J. Enfermedades emergentes: Factores causales y situación epidemiológica por regiones. Reporte Técnico de Vigilancia Vol. 2, No. 4 Marzo 27, 1997. La Habana, Cuba.

Transición Epidemiológica. Factores que influyen. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Vigilancia Epidemiológica

1.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA BÁSICA:

C. ENFERMEDADES POR REGIONES DE SALUD  
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N.º 46 2004

ENTRADERAS	DEBERES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD		CASOS MUESTRAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD		ACTUAL		MAYOR		MAYOR	
	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES
ESTADO CAPITAL	24	0	11	0	15	0	26	0	13	0
ANZOÁTEGUI	0	0	15	0	15	0	26	0	13	0
ARAGUA	0	0	4	0	4	0	13	0	13	0
BARINAS	0	0	82	0	82	0	480	0	530	0
BOLÍVAR	76	0	71	0	147	0	198	0	345	0
CAPATZ	19	0	189	0	208	0	208	0	208	0
CAROLINO	0	0	12	0	12	0	208	0	208	0
D. ANZURE	56	0	31	0	87	0	69	0	156	0
D. MARIANO	171	0	60	0	231	0	407	0	638	0
GUAYARQUE	0	0	50	0	50	0	112	0	162	0
LARA	183	0	208	0	391	0	112	0	503	0
MÉRIDA	0	0	9	0	9	0	133	0	142	0
MIRANDA	84	0	244	0	328	0	291	0	519	0
MONAGAS	0	0	11	0	11	0	16	0	27	0
N. VALENTIN	36	0	47	0	83	0	74	0	158	0
N. ESPARTE	0	0	2	0	2	0	15	0	17	0
SUCRE	41	0	47	0	88	0	150	0	238	0
T. GARCÍA	0	0	0	0	0	0	11	0	11	0
TRUJILLO	0	0	79	0	79	0	103	0	182	0
V. GARCÍA	0	0	0	0	0	0	183	0	183	0
V. RIVERO	93	0	109	0	202	0	183	0	385	0
ZULIAGA	3	0	3	0	6	0	4	0	10	0
TOTAL	3,059	0	3,051	0	3,101	0	4,171	0	4,219	0

ENFERMEDADES POR REGIONES DE SALUD  
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N.º 46 2004

ENTRADERAS	DEBERES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD		CASOS MUESTRAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD		ACTUAL		MAYOR		MAYOR	
	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES	CASOS	MUJERES
ESTADO CAPITAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANZOÁTEGUI	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
ARAGUA	0	0	2	0	2	0	14	1	16	1
BOLÍVAR	10	0	130	1	140	1	62	10	170	11
CAPATZ	0	0	24	0	24	0	46	0	70	0
CAROLINO	0	0	18	0	18	0	0	0	18	0
D. ANZURE	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
D. MARIANO	0	0	6	0	6	0	33	0	39	0
GUAYARQUE	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
LARA	0	0	8	0	8	0	99	9	107	0
MÉRIDA	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
MONAGAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N. VALENTIN	0	0	7	0	7	0	0	0	7	0
N. ESPARTE	4	0	2	0	6	0	0	0	6	0
SUCRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. GARCÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRUJILLO	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
V. GARCÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V. RIVERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZULIAGA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
TOTAL	14	0	162	1	177	1	221	21	198	13