



Las enfermedades infecciosas representan una amenaza permanente para la salud pública mundial, que con frecuencia están asociadas a la insalubridad del agua y a las malas condiciones de vivienda y saneamiento. Un ejemplo de ello es la reciente epidemia de cólera en Yemen y el brote de peste que viene sufriendo Madagascar desde Agosto de 2017. Ambas enfermedades han cobrado miles de vidas en el presente año y representan un riesgo de propagación en las regiones cercanas, como se presentan en este boletín.

El aumento de la frecuencia e intensidad de eventos climáticos extremos como por ejemplo olas de calor, inundaciones, sequías, entre otros, afectan el comportamiento de las enfermedades infecciosas, con grandes consecuencias sobre la salud humana. El cambio climático permite establecer escenarios epidemiológicos propicios para la transmisión de enfermedades infecciosas, principalmente vectoriales y zoonóticas, como es el caso del zika y la leptospirosis. La región de las Américas no es ajena a esta problemática, recientemente Centro América, se vio afectada por la tormenta tropical Nate que dejó como consecuencia grandes inundaciones que favorecieron la transmisión de leptospirosis en Honduras y Nicaragua. Por otra parte, el zika que en varios países de América muestra un comportamiento decreciente en el número de casos para el año 2017, en países como Belice, Costa Rica y Ecuador la tendencia es inversa.

El contacto directo, es otro de los mecanismos de transmisión importantes para las enfermedades infecciosas, el sarampión y la parotiditis son enfermedades virales transmitidas por este mecanismo y que pueden ser prevenibles con vacunación. Desde enero de 2016 se han presentado casos de sarampión en Europa y América, atribuidos a bajas coberturas de vacunación; específicamente en Sur América preocupa la situación en Venezuela. Con relación a la parotiditis, Colombia reporta un aumento inusitado de los casos en 19 departamentos durante el año 2017, principalmente en población entre 20 y 29 años, lo que también se ha asociado con problemas de vacunación.

Por otra parte, la vacunación también es una estrategia fundamental para la prevención de enfermedades infecciosas en los animales, como es el caso de la fiebre aftosa, una enfermedad de origen viral transmitida por contacto directo entre animales y que no es considerada una zoonosis. Durante el año 2017, Colombia reportó un

brote de fiebre aftosa debido a bajas coberturas de vacunación, lo que ocasionó el sacrificio de más de 2000 cabezas de ganado. Aunque esto no representa un riesgo para la salud humana, pone en evidencia que las dificultades de los programas de vacunación en el país no sólo se limitan a la población humana.

Finalmente, este boletín presenta la noticia sobre la plaga del caracol africano *Achatina fulica*, una especie introducida en Colombia desde Brasil en el año 2010 y que actualmente invade varias regiones de Antioquia, principalmente el Valle de Aburrá, Occidente y Suroeste. Este caracol representa una amenaza para la salud pública ya que es un potencial transmisor del nemátodo *Angiostrongylus cantonensis* que causa enfermedad en humanos.

Los invitamos a leer este nuevo número del boletín, esperamos que sea de su agrado y utilidad. Quedamos atentos a sus comentarios, críticas y recomendaciones.

**Lina Zuluaga**  
**Carlos Rojas**

Profesores

Línea de Investigación Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas.

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

## Contenido

Editorial	1
Epidemia de cólera en el Yemen	2
Brote de peste en Madagascar, 2017	3
Incrementan los casos de Sarampión en las Américas: ¿Se encuentra en riesgo su eliminación?	4
Tormenta Tropical Nate aumenta casos de leptospirosis en Centroamérica	5
Recorrido epidemiológico del Virus del Zika en Las Américas, 2014-2017	6
Aumento inusitado de parotiditis en Colombia: hasta el mes de octubre del presente año se han reportaron 13.028 casos en 19 departamentos	7
Brote de Fiebre Aftosa en Colombia durante el 2017	9
Autoridades ambientales alertan a los antioqueños sobre la plaga de caracol africano	10
Acerca del Boletín	11

## Epidemia de cólera en el Yemen

Catalina Marcelo Díaz<sup>1</sup>, Grey Benoit Vasquez<sup>1</sup>, Mariana Herrera Díaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup> Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

A finales del mes de abril de 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que inició la propagación rápida del cólera en la población de Yemen (1). Si bien el cólera es endémico en Yemen, el país ha experimentado un aumento en los casos desde abril, con casi 5000 casos reportados por día (3). Entre el 27 de abril y el 5 de noviembre del presente año se notificaron 908.400 casos presuntivos y 2192 defunciones por la enfermedad en 22 de las 23 gobernaciones del país (2). La tasa global de letalidad permanece baja (0.25%) (3). La carga global de casos en todo el país se ha reducido desde principios de julio, especialmente en las zonas más afectadas, pero los casos presuntivos de esta mortal enfermedad transmitida por el agua siguen aumentando por todo el país, extendiéndose con rapidez en distritos afectados más recientemente (1).

La epidemia de cólera en el Yemen, en estos momentos la más extensa del mundo, se ha propagado rápidamente debido al deterioro de las condiciones higiénicas y de saneamiento y a las limitaciones en el suministro de agua en todo el país. Millones de personas no disponen de agua limpia, y la recolección de basura se ha interrumpido en las principales ciudades (1). Los conflictos en curso, la infraestructura de salud, de agua y saneamiento destruidos, y la malnutrición, han hecho que las personas sean más vulnerables a las enfermedades infecciosas endémicas, incluyendo el cólera (3). El sistema de salud, en proceso de desmoronamiento, apenas consigue cubrir necesidades, pues más de la mitad de todos los centros de salud han cerrado por estar deteriorados, destruidos o por falta de fondos (1).

La OMS y los socios de salud a través del grupo de trabajo contra el cólera, apoyan al Ministerio, para mejorar la respuesta al cólera a nivel nacional y local. Este apoyo incluye la entrega de 20 toneladas de medicamentos y líquidos intravenosos (IV) a la gobernación; el establecimiento de instalaciones de tratamiento de la diarrea y centros de deshidratación oral; entrenamiento de trabajadores de salud para manejar casos, purificación de agua en comunidades, despliegue de un equipo de respuesta rápida para manejar investigaciones de casos de cólera y respuesta al brote, y mejoramiento de los sistemas de vigilancia y de alerta temprana de la enfermedad en Yemen (3). En el mes de noviembre las actividades de la OMS en el Yemen se han dificultado por el cierre de los puertos terrestres, aéreos y marítimos.

Este cierre de los puertos afecta la respuesta al brote de cólera. Como indica el Dr. Nevio Zagaria, representante de la OMS en el Yemen, «a pesar de nuestros progresos y del menor número de defunciones por cólera registradas, la falta de acceso a todas las zonas afectadas podría representar un grave contratiempo» (2).

Por último, refiriendo a los problemas políticos y la epidemia de cólera, declaró el Dr. Tedros Adhanom, director general de la OMS «Para salvar vidas en el Yemen en estos momentos debemos apoyar el sistema de salud, y especialmente a los trabajadores sanitarios. Instamos a las autoridades yemeníes -y a todos los que en la región y otros lugares puedan contribuir de algún modo- a que encuentren una solución política a este conflicto que tanto sufrimiento ha provocado. El pueblo del Yemen no puede soportar esta situación durante mucho más tiempo. Necesitan paz para reconstruir sus vidas y el país» (1).

### ¿Cómo se contagia?



bebiendo agua contaminada



comiendo con las manos sucias



usando utensilios sucios



comiendo alimentos crudos o mal lavados

### ¿Cómo se evita?



hirviendo el agua antes de beberla



lavándose las manos antes de comer



manteniendo la basura en depósitos tapados



lavando los alimentos que se van a consumir

Recomendaciones frente al cólera. Tomado de: <http://infectocontagiosascomunes.blogspot.com.co/2015/11/colera.html>

### Referencias:

- 1-<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/cholera-yemen-mark/en/>
- 2-<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/yemen-ports-aid/es/>
- 3-<http://www.emro.who.int/surveillance-forecasting-response/outbreaks/outbreak-update-cholera-in-yemen-26-october-2017.html>

## Brote de peste en Madagascar, 2017

María Argueta Escobar<sup>1</sup> Jeffrey Jacobo Elizondo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

La peste es una enfermedad infecciosa causada por *Yersinia pestis*, una bacteria zoonótica que suele encontrarse en pequeños mamíferos y en las pulgas que los parasitan. La transmisión entre los animales se hace a través de las pulgas. El ser humano puede contaminarse por la picadura de pulgas infectadas, contacto directo con materiales contaminados o inhalación (1).

En Madagascar se presentaron 194 casos y 30 muertes por el brote de plaga del 23 de agosto al 3 de octubre de 2017 (Tabla 1). Reportando una tasa de letalidad 15,5%. La capital, Antananarivo, es el área más afectada con 58 casos y nueve muertes. Los otros lugares principalmente afectados son la ciudad portuaria de Toamasina y el distrito rural de Faratsiho (2).

El brote inició tras la muerte de un hombre de 31 años originario de Toamasina quien el día 23 de agosto presentó síntomas parecidos a malaria mientras visitaba el distrito de Ankazobe, una zona en la que la peste es endémica. Los síntomas respiratorios aparecieron mientras viajaba en un taxi colectivo. Su condición empeoró y murió ese mismo día. Su cuerpo fue velado y enterrado en un pueblo cerca de Toamasina sin procedimientos de seguridad. Posteriormente, 31 personas que habían estado en contacto con este caso enfermaron y cuatro murieron. Desde entonces, el Ministerio de Salud Pública de Madagascar reforzó las investigaciones sobre el terreno, el rastreo de los contactos, la vigilancia y el seguimiento de todos los contactos íntimos.

El día 11 de septiembre de 2017 se detectó el brote tras la muerte de una mujer de 47 años de Antananarivo que ingresó en un hospital por insuficiencia respiratoria causada por peste neumónica.

El 27 de septiembre, durante la Copa de Clubes Campeones del Océano Índico (un campeonato de baloncesto que se celebró del 23 de septiembre al 1 de octubre), un jugador de Seychelles falleció de peste neumónica en un hospital de Madagascar. El Ministerio de Salud Pública de Madagascar inició inmediatamente una investigación y un rastreo de todas las personas que estuvieron en contacto con el jugador. Como precaución, se ha administrado quimioprofilaxis a todos sus contactos (2).

El riesgo de propagación en la región del Océano Índico se considera moderado debido a los vuelos frecuentes a las islas vecinas. Según la oficina de turismo de Madagascar, 293.000 turistas visitaron Madagascar en 2016 (1).

Los viajeros deben evitar el contacto con animales muertos, tejidos o animales infectados y el contacto estrecho con pacientes con peste neumónica. Deben protegerse contra las picaduras de pulgas utilizando repelentes contra los mosquitos, que pueden ser igualmente protectores frente a las pulgas y otros insectos hematófagos (3).

**Tabla 1:** Distribución absoluta de casos y muertes por el brote de plaga en Madagascar del 23 de agosto al 3 de octubre de 2017.

Tipo de peste	Número de casos	Número de muertes
Neumónica	103	21
Bubónica	59	9
Septicémica	1	0
Indeterminada	1	0
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>30</b>

Fuente: WHO International Health Regulation message, 26 September 2017 and ECDC internal decision, 2 October 2017.

### Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante emergencias. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/02-october-2017-plague-madagascar/es/>
2. European Centre Disease Prevention and Control- Outbreak of plague in Madagascar, 2017. Available in: <https://ecdc.europa.eu/en>
3. World Health Organization. Plague – Madagascar. Disease outbreak news (2 October 2017) 2017 [cited 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.who.int/csr/don/02-october-2017-plague-madagascar/en/>.

# Incrementan los casos de Sarampión en las Américas: ¿Se encuentra en riesgo su eliminación?

Wilder Bautista Arango<sup>1</sup>, Jhon Polanco Pasaje<sup>1</sup>, Dione Benjumea Bedoya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudiante Maestría en Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup>Estudiante Doctorado en Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.



Tomado de: Organización Panamericana de la Salud

Se considera que todos los casos confirmados en la Región de las Américas fueron importados de otros continentes. Al respecto, se debe recordar que la Región de las Américas fue la primera declarada como libre de rubéola en 2015 y sarampión en 2016. Respecto a sarampión se demostró que no se presentaban casos adquiridos en la Región, por lo que la situación actual pone en riesgo este logro.

La principal medida para evitar la introducción y diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con la vigilancia de calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión o rubéola. Se espera que ocurran nuevos casos en viajeros no vacunados (1).

El Sarampión es una enfermedad viral, altamente contagiosa y que puede causar la muerte. Se transmite a través del contacto directo y el aire. El virus infecta el tracto respiratorio y se extiende al resto del organismo produciendo fiebre, exantema (brote rojizo de la piel), tos, coriza (secreción nasal acuosa), conjuntivitis (ojos rojos), dolor en las articulaciones y adenopatías (ganglios inflamados) (1).

En los países de la Unión Europea (UE), entre enero de 2016 hasta noviembre de 2017 se registraron más de 19.000 casos de sarampión de los cuales 46 fallecieron. En todos los casos reportados entre el 1 de octubre de 2016 y 30 de septiembre de 2017 con estado vacunal conocido, el 86% no habían sido inmunizados. Esta propagación de sarampión se atribuye a coberturas de vacunación inferiores a las óptimas en muchos países de la UE (2).

En la región de las Américas, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 41 de 2017 se notificaron 168 casos de sarampión en tres países de la región: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos) y Estados Unidos de América (120 casos). Específicamente en Venezuela, entre las SE 35 y 40 de 2017, se notificaron 570 casos sospechosos de sarampión en el municipio Caroní, estado Bolívar. Del total, 217 casos fueron confirmados para sarampión; 292 están en investigación y 61 fueron descartados; entre los casos sospechosos, el 77% fueron  $\leq 10$  años de edad. Hasta la fecha, no han sido notificadas defunciones por esta causa en Venezuela (1).

Específicamente en Colombia, el Instituto Nacional de Salud emitió la Circular Externa 0021 el 16 de mayo de 2017 (3) con instrucciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública para sarampión y rubéola. Las instrucciones incluyen la difusión y cumplimiento del protocolo de sarampión y rubéola, notificación inmediata de todo caso sospechoso, toma inmediata de muestras para diagnóstico, y aislamiento respiratorio. La presencia de un solo caso confirmado de sarampión o rubéola en el país debe ser considerado como un brote, se deben realizar todas las acciones necesarias para manejarlo como tal según lineamientos. También se debe reforzar la educación a personal de laboratorios y los estándares para el diagnóstico. Así mismo, las acciones de información, comunicación y educación a la comunidad, y orientaciones a los viajeros.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. 27 de octubre de 2017: Sarampión - Actualización Epidemiológica [Internet] [Consultado 2017 Nov 16] Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1239&Itemid=2291&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1239&Itemid=2291&lang=es).
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles in the EU/EEA: current outbreaks, latest data and trends – November 2017 [Internet] [Consultado 2017 Nov 16] Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/measles-eueea-current-outbreaks-latest-data-and-trends-november-2017>.
3. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Circular 0021 de 16 de mayo de 2017 intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública para sarampión y rubéola y la identificación de casos sospechosos ante la alerta de la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá: El Instituto; 2017.

## Tormenta Tropical Nate aumenta casos de leptospirosis en Centroamérica

Nathalie Verónica Fernández Villalobos<sup>1</sup>, Andrés Felipe Úsuga Rodríguez<sup>1</sup>, Juan Carlos Quintero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup> Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.



Figura 1. Lugar afectado por inundaciones en Costa Rica. Tomado de <https://www.infobae.com/america/america-latina/2017/10/05/la-tormenta-tropical-nate-dejo-al-menos-20-muertos-en-centroamerica-y-apunta-a-mexico-y-estados-unidos/>

El 4 de octubre Centroamérica se vio afectada por la Tormenta Tropical Nate, donde el aumento de lluvias e inundaciones provocó grandes emergencias en Costa Rica, Nicaragua y Honduras (1). Después del estado de emergencia ocasionado por la tormenta, los ministerios de salud de Centroamérica iniciaron actividades de vigilancia y control para evitar brotes epidémicos en la zona, esto principalmente en Honduras y Nicaragua por el aumento de casos de leptospirosis y el riesgo de transmisión.

La leptospirosis es una infección bacteriana de potencial epidémico que afecta a humanos y animales, principalmente después de lluvias fuertes. Esta infección es causada por especies patógenas del género *Leptospira* que pueden ser transmitidas por roedores y otras especies animales silvestres y domésticas. Los seres humanos pueden contraer la infección a través de mucosas de boca, nariz y ojos o por lesiones en la piel. La exposición a aguas contaminadas es la ruta más común de infección (2).

En la Figura 1 se muestra cómo los fenómenos naturales como lluvias e inundaciones pueden favorecer la transmisión de esta enfermedad, donde las personas pueden tener contacto directo o indirecto con aguas contaminadas.

El período de incubación de la enfermedad es de 5-14 días, con un rango de 2-30 días, tiene una amplia variedad de manifestaciones clínicas que van desde leves a graves y algunas veces hasta fatales. Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor de cabeza, mialgia (en particular en el músculo de la pantorrilla), infección conjuntival, ictericia y malestar general. Los síntomas de la enfermedad se confunden con otras enfermedades como el dengue y fiebres hemorrágicas, por lo que es necesario realizar diagnóstico diferencial (2).

La Secretaria de Salud de Honduras reportó para la semana epidemiológica 40 la atención de 262 pacientes sospechosos de leptospirosis y se confirmaron 26 casos. En este país la leptospirosis está presente en humanos y animales, por lo que es un problema de salud pública. Además, ha documentado que los roedores y los animales domésticos como el perro, el ganado bovino y porcino son los principales reservorios (3).

Por su parte, el Ministerio de Salud de Nicaragua reporta un total de 6 fallecimientos por leptospirosis, por lo que el país ha optado por medidas de prevención y control, especialmente por el incremento de las lluvias. El Gobierno está realizando la búsqueda de casos y tratamiento oportuno de febriles, y educación sanitaria para la prevención de enfermedades (4).

Ambos gobiernos brindan recomendaciones para la prevención de leptospirosis, las cuales son:

- Tapar los recipientes que contengan agua y alimentos; y limpiarlos semanalmente.
- Mantener limpias las áreas de cocina, no dejar latas o refrescos abiertos.
- No caminar ni bañarse en aguas que puedan estar contaminadas.
- Clorar o hervir el agua antes de consumirla.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Evitar contacto con orina de animales y evitar que los animales entren a la casa.
- Usar botas, guantes y delantales al momento de realizar cultivos agrícolas, labores de limpieza en alcantarillas, destazadores y otros relacionados.
- Acudir al centro de salud más cercano cuando presente fiebre, dolor muscular o dolor de huesos.

### Referencias

1. El País. La tormenta tropical Nate deja al menos 22 muertos en Centroamérica [Internet]. 6 de octubre. 2017 [cited 2017 Oct 30]. Available from: [https://elpais.com/internacional/2017/10/05/actualidad/1507223822\\_699484.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/05/actualidad/1507223822_699484.html)
2. Organización Panamericana de la Salud. Información general: Leptospirosis [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 30]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7821%3A2012-informacion-general-leptospirosis&catid=4784%3Aleptospirosis-contents&lang=es&limitstart=0](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7821%3A2012-informacion-general-leptospirosis&catid=4784%3Aleptospirosis-contents&lang=es&limitstart=0)
3. Honduras. Secretaría de Salud. Salud intensifica la vigilancia de Leptospirosis [Internet]. 23 de octubre. 2017 [cited 2017 Oct 30]. Available from: <http://www.salud.gob.hn/web/index.php/component/k2/item/866-salud-intensifica-la-vigilancia-de-leptospirosis>
4. Nicaragua. Ministerio de Salud. MINSAL BRINDA RECOMENDACIONES ANTE AUMENTO DE LEPTOSPIROSIS [Internet]. 27 de octubre. 2017 [cited 2017 Oct 30]. Available from: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/106-noticias-2017/3750-minsa-brinda-recomendaciones-ante-aumento-de-leptospirosis>

## Recorrido epidemiológico del Virus del Zika en Las Américas, 2014-2017

Rebeca Alvarado Prado<sup>1</sup>, Jehidys Montiel Ramos<sup>2\*</sup>, Mayte Mosquera Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup> Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.



El Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos infectados del género *Aedes*, principalmente *Aedes Aegypti*. En las Américas, el primer caso de transmisión autóctona de infección por este virus fue en la isla de Pascua en Chile durante el año 2014 (1). En noviembre de 2015 Brasil y Colombia confirmaron la transmisión autóctona del virus y en ese mismo mes el Ministerio de Salud de Brasil estableció la relación entre el incremento de casos de microcefalia en el noroeste del país con el virus Zika gracias a la detección del genoma del virus en muestras de sangre y tejido de los recién nacidos (1). Para diciembre del mismo año otros países como El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Suriname y Venezuela también reportaron la circulación autóctona del virus (1).

Fuente: UNICEF, 2017. El virus del Zika y las mujeres embarazadas. Disponible en: [https://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_32416.htm](https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_32416.htm)

Entre el 2015 y el 2016 los países con casos autóctonos del virus Zika fueron Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bonaire, San Eustaquio, Saba; Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Martinica, México, Monserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, Sint Maarten, Suriname, Trinidad y Tabago, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, las Islas Vírgenes Británicas y Venezuela (1).

Para el año 2017, entre las semanas 21 a la 30, el Caribe presentó casos esporádicos de este virus con un promedio de 252 casos sospechosos. Específicamente en Puerto Rico la tendencia fue decreciente (2). Por su parte, en Centroamérica entre las semanas 20 a 30 se observó un aumento de casos sospechosos y confirmados, con un incremento principalmente en Belice y Costa Rica (2). Para América del Sur, desde la semana 14 del 2017 se ha presentado una tendencia decreciente en los casos notificados. No obstante, Ecuador mostró un comportamiento inverso con un incremento en el número de casos sospechosos y confirmados (semana 4 al 20) (2).

En cuanto al síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika, desde el 2015, un total de 27 países y territorios de las Américas confirmaron casos. El acumulado hasta el 16 de noviembre de 2017 son 99 casos en América del norte y 3566 en América Latina y el Caribe; Colombia reporta el 7% de estos casos (3).

Este recorrido epidemiológico del virus Zika en Las Américas resalta la necesidad de fortalecer la detección y confirmación de casos de infección por el virus Zika, además de monitorear la aparición del síndrome congénito asociado a este virus y de continuar trabajando en estrategias de prevención y control de la enfermedad, e implementación de estrategias efectivas de comunicación pública para reducir la presencia del mosquito vector y con ello la enfermedad.

### Referencias

1. Organización Panamericana de Salud. Zika- Actualización Epidemiológica (noviembre 2016). Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=36761&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=36761&lang=es)
2. Organización Panamericana de Salud. Zika- Actualización Epidemiológica (agosto 2017). Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=41714&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=41714&lang=es)
3. Organización Panamericana de Salud. Casos acumulados de Zika (noviembre 2017). Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12390:zika-cumulative-cases&Itemid=42090&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390:zika-cumulative-cases&Itemid=42090&lang=es)

## Aumento inusitado de parotiditis en Colombia: hasta el mes de octubre del presente año se han reportaron 13.028 casos en 19 departamentos

Johanna M. Vanegas M<sup>2</sup>, Leany Congote Giraldo<sup>1</sup>, Iader Alfonso Rodríguez Márquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup> Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

La parotiditis o paperas es una enfermedad infecciosa que produce inflamación de las glándulas salivales. El agente que causa la infección es un virus de la familia Paramyxoviridae, que se transmite por vía aérea y por contacto directo con la saliva de una persona infectada. La transmisión puede ocurrir antes del inicio de los síntomas y hasta cinco días después. Sus síntomas principales son: fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, cansancio, pérdida de apetito y glándulas salivales dolorosas al tacto debajo de una o ambas orejas. Aunque la mayoría de las personas se recuperan rápidamente de la enfermedad, en algunos pacientes, principalmente adultos, pueden presentarse complicaciones como orquitis, encefalitis, meningitis, inflamación de los ovarios, inflamación de las mamas e hipoacusia. La enfermedad es prevenible con la vacuna triple viral que protege contra sarampión, paperas y rubeola. La vacuna en Colombia está incluida en el plan ampliado de inmunización y consiste en la aplicación de dos dosis: la primera en el año de edad y la segunda a los cinco años.

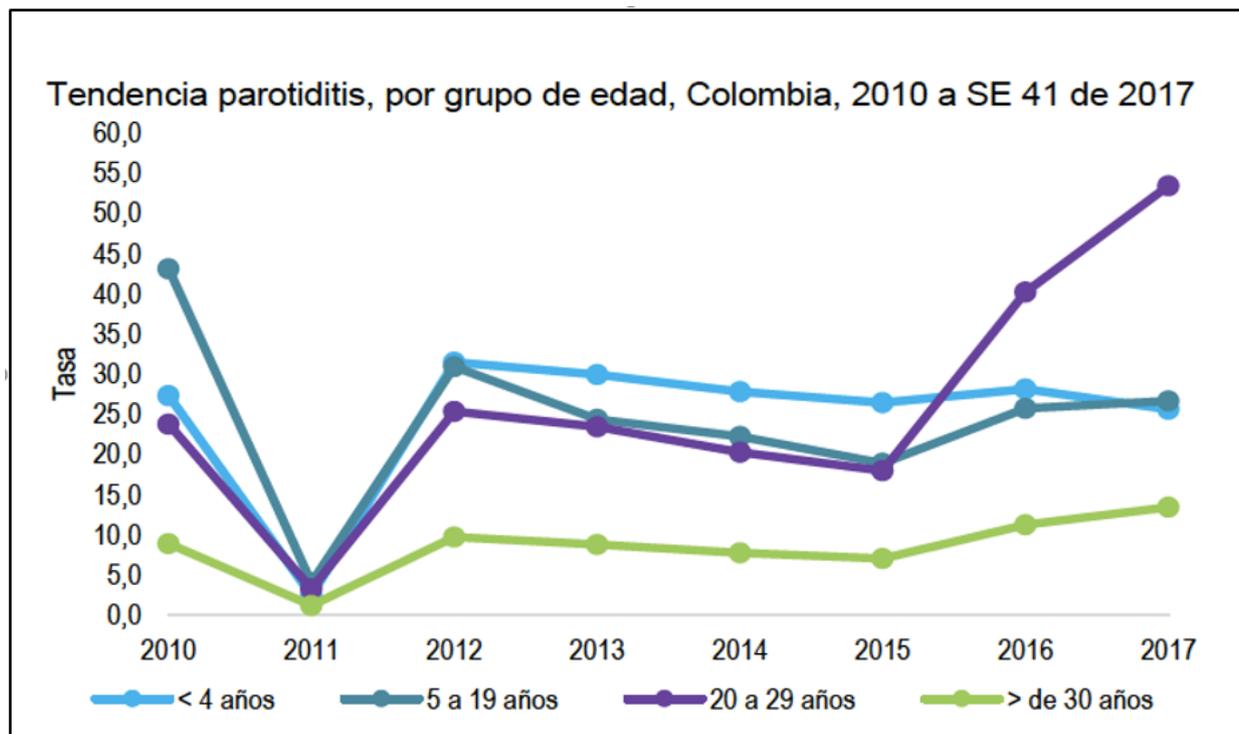


Figura 1. Casos de parotiditis por grupo de edad 2010-2017. Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 42. Instituto Nacional de Salud. Colombia

En Colombia durante el año 2017 se viene presentando un aumento inusitado de casos de parotiditis en 19 departamentos del país. Hasta el mes de octubre se han reportado 13.028 casos, la mayoría de éstos en Córdoba, la Guajira, San Marta, Sucre y Cartagena. En contraste, Boyacá, Caldas, Chocó, Santander y Tolima presentaron una disminución significativa de casos. Así mismo, se ha presentado un incremento en la notificación de esta enfermedad del 12,7% comparado con el año inmediatamente anterior.

La población más afectada son las personas entre los 20 y 29 años de edad, particularmente de lugares confinados como centros carcelarios o pertenecientes a las fuerzas militares del país y contrario a lo que se presentaba en años anteriores en los que la mayoría de afectados eran niños menores de 4 años (Figura 1).

Como explicaciones al aumento de casos se ha postulado una mayor susceptibilidad de la población por factores inmunes o ambientales, como esquemas de vacunación incompletos, cambios en los serotipos circulantes del virus, disminución de la capacidad protectora de la vacuna, condiciones climáticas, movimientos anti-vacunas y población confinada. Sin embargo, existe otra hipótesis que consiste en la falla de las vacunas usadas en la década de los 90s, debido a que éstas contenían una cepa llamada Rubini que ha demostrado baja eficacia a mediano plazo y podría explicar el aumento de casos en el grupo de 20 a 29 años.

Ante la sospecha de la enfermedad se recomienda aislamiento de contacto, no acudir al trabajo o escuela y lavado de manos. El Instituto Nacional de Salud implementó como estrategia el fortalecimiento de la vigilancia y la vacunación.

## Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. [Consultado 2017 Nov 14]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>.
2. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 42. BES. 2017. [Internet]. [Consultado 2017 Nov 14]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Paginas/default.aspx>
3. Naukas. [Internet]. [Consultado 2017 Nov 14]. Disponible en: <http://naukas.com/2016/12/13/vuelven-las-paperas/>
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC. [Consultado 2017 Nov 14]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/paperas/>

## Brote de Fiebre Aftosa en Colombia durante el 2017

Mónica Rondón Cotacio<sup>1</sup>, Paola Elena León Velásquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.



Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, 2017

La Fiebre aftosa o glosopeda, es una enfermedad epizootica de causa viral, altamente contagiosa, de los ganados bovino, ovino, porcino y caprino. Se manifiesta por fiebre alta y por el desarrollo de aftas en las pezuñas y la ubre principalmente. La infección se adquiere principalmente por vía respiratoria, oral e intrauterina (en el momento de la fertilización con semen infectado).

El 11 de junio de 2017, La Organización Mundial de Sanidad animal (OIE), suspendió en Colombia el estatus de "zona libre de aftosa con vacunación". De acuerdo al Boletín epidemiológico mensual de ocurrencia de enfermedades vesiculares del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) (1), en el mes de junio se presentaron dos casos confirmados en Arauca y Cundinamarca. El mes siguiente se confirmaron tres casos en Norte de Santander y otro más en Cundinamarca. Esta enfermedad no representa un riesgo para la salud pública; sin embargo, ocasiona perjuicios económicos, sociales y políticos.

La principal medida preventiva para evitar el contagio de la aftosa es la vacunación. En Colombia, de acuerdo con el informe del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa – PANAFTOSA– (2), la cobertura de vacunación aproximada es del 60%. Otras medidas preventivas son: Restricción de viajes dentro del país, monitoreo dentro y fuera de la zona de contención o protección, cuarentena, desinfección, entre otras. Como medida de control en Colombia se realiza destrucción oficial de todos los productos de origen animal y sacrificio de animales infectados con destrucción oficial de cadáveres, subproductos y desechos.

En respuesta de los eventos confirmados de Aftosa en el país, se procedió al sacrificio de más de 2.800 cabezas de ganado. La Misión técnica de la Comisión Sudamericana para la Lucha Contra la Fiebre Aftosa –COSALFA– (3), junto con los funcionarios del ICA, realizó supervisión de los focos de infección. Actualmente Colombia se encuentra en proceso de recuperación y seguimiento, no se han presentado más eventos de fiebre Aftosa hasta la fecha.

### Referencias

1. ICA. Boletines epidemiologicos. [Online].; 2017 [cited 2017 Noviembre 02. Available from: <https://www.ica.gov.co/Boletines.aspx>.
2. PANAFTOSA. MISIÓN TÉCNICA A COLOMBIA EN SEGUIMIENTO RESOLUCIÓN IDE LA VI REUNION COSALFA EXTRAORDINARIA. , OMS-OPS; 2017.
3. COSALFA. WHO-OPS-PANAFTOSA-COSALFA. [Online]. Available from: [http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com\\_content&view=article&id=115:ique-es-cosalfa&Itemid=332](http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&view=article&id=115:ique-es-cosalfa&Itemid=332).

## Autoridades ambientales alertan a los antioqueños sobre la plaga de caracol africano

Juan Pablo Estrada S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.



Foto Periódico El Colombiano, edición 02 de noviembre 2017 (2).

El Comité Interinstitucional de Flora y Fauna Silvestre de Antioquia (CIFFA), alerta a los antioqueños por la presencia de la especie invasora Caracol Africano (*Achatina fulica*) en algunas zonas del departamento, principalmente en el Valle de Aburrá, Occidente y Suroeste antioqueño, ya que es considerada una de las 100 especies exóticas más dañinas del mundo, destructor de la biodiversidad y potencial transmisor de enfermedades, según la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICN).

El hallazgo de 15 focos de caracol africano en Cañasgordas, Antioquia, ha alarmado a las autoridades ambientales y de salud departamentales. El caracol africano es un molusco cuya longitud va de 5 a 20 cm, de concha grande y larga adornada con entre 5 a 7 vueltas; posee bandas longitudinales alternas de color marrón y violeta. Alcanzan su tamaño adulto a los 6 meses y su período de fertilidad va de 5 a 6 meses de edad, con producción de 900 a 1200 huevos/año y de los cuales sobreviven el 90 % (1).

Desde la década del 60 existen alertas frente a la invasión de la especie en Colombia. La primera de ellas se registró en el 2010, cuando Corpoamazonía reportó que la especie había ingresado desde Brasil. En Antioquia se conoció por primera vez en Santa Fé de Antioquia en el 2011, cuando fue llevado por particulares que pretendían explotar la baba del caracol como un remedio para enfermedades de la piel. Finalmente en el 2013 se empezó a recibir información de su presencia en varios barrios de Medellín.

¿Por qué es un problema de salud pública?

Porque es considerado una plaga en el área agrícola pues consume al menos 500 diferentes tipos de plantas, algas y líquenes, también come huesos y carroña, incluso rocas calizas y paredes en busca de fuentes de calcio, siendo considerada una especie que impacta negativamente la cadena alimenticia.

Cuando se deslizan dejan la baba que contamina los frutos de las plantas, convirtiéndose en riesgo para los niños y personas que no lavan los alimentos. Se conoce que *A. fulica* actúa como hospedero de *Angiostrongylus cantonensis*, el cual ocasiona meningoencefalitis eosinofílica y angiostrongiliasis abdominal en humanos (2).

¿Qué hacer si los detecta?

Recuerde que no se trata de animales domésticos por lo cual no debe conservarlos en su domicilio. Si usted toca accidentalmente un caracol africano, es recomendable que se lave muy bien con agua y jabón y se aplique un producto desinfectante. No trate de exterminarlos por su cuenta porque se requiere del asesoramiento de la autoridad ambiental. El Área Metropolitana del Valle de Aburrá recibe reportes de los ciudadanos en el número 385 60 00.

### Referencias

1. Lacayo A. Registro del caracol africano gigante *Achatina fulica*. Biota Colomb [Internet]. 1822 [citado el 22 de noviembre de 2017];13(2):247–52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/491/49125845003.pdf>
2. <http://www.elcolombiano.com/antioquia/canasgordas-en-alerta-por-15-focos-de-caracol-africano-EY7607710>.
3. Hochberg NS, Park SY, Blackburn BG, Sejvar JJ, Gaynor K, Chung H, et al. Distribution of Eosinophilic Meningitis Cases Attributable to *Angiostrongylus cantonensis*, Hawaii. Emerg Infect Dis [Internet]. noviembre de 2007 [citado el 29 de noviembre de 2017];13(11). Disponible en: [http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/13/11/07-0367\\_article.htm](http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/13/11/07-0367_article.htm)

## ACERCA DEL BOLETÍN

**El Boletín Brotes y Epidemias Infecciosas de Actualidad** es preparado por estudiantes y profesores de la Universidad de Antioquia que hacen parte de la línea de investigación Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, Grupo Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública.

El boletín tiene como objetivo divulgar de manera breve y sencilla información sobre brotes y epidemias de enfermedades infecciosas que se están presentando en la actualidad a nivel mundial, nacional y local, con el fin de contribuir al conocimiento general sobre estos temas y a la formación de una opinión académica informada por parte de los profesionales de la salud pública y el público en general.

Las noticias que en cada boletín se presentan son preparadas por los estudiantes a partir de temas seleccionados de las páginas web de importantes entidades internacionales y nacionales dedicadas a la vigilancia epidemiológica. Los estudiantes seleccionan los temas que le parecen importantes y luego estos son discutidos por todo el grupo para seleccionar aquellos que se consideren más relevantes. Este es un ejercicio que los estudiantes realizan como parte de su proceso de formación como epidemiólogos de enfermedades infecciosas.

Este boletín está dirigido a estudiantes y profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública y al público en general que tenga interés por las enfermedades infecciosas. Esperamos que sea útil y cumpla la misión que le hemos encomendado.

Quedamos atentos a sus comentarios y sugerencias a los correos:

linea.infecciosas@gmail.com  
carlos.rojas@udea.edu.co  
lina.zuluaga@udea.edu.co

Página web:  
**<http://linea-infecciosas.blogspot.com/>**

Lina Zuluaga  
Carlos Rojas  
Profesores  
Línea de Investigación Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas.  
Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia.

**Edición:**  
Lina Zuluaga, Claudia Jaramillo,  
Carlos Rojas y Fabian Hernández..