

Enfermedades transmisibles que llegaron a estar contraladas gracias a los avances de la investigación médica y el diseño y aplicación juiciosa de intervenciones de salud pública, están reemergiendo en nuestro medio. Este es el caso de la fiebre amarilla, la rabia y la difteria, que son unos de los temas tratados en este boletín. Aunque la reemergencia de enfermedades transmisibles no es un concepto nuevo, solo hasta que se evidencia su aparición, como es el caso de estas tres enfermedades, es que se dimensiona la trascendencia e implicaciones de este fenómeno en la sociedad.

Cuando Colombia llevaba muchos años sin reportar casos de rabia en humanos y estaba avanzando hacia el control de su transmisión, se presentan dos casos el año pasado, donde parecen confluir la falta de conciencia sobre la existencia de este riesgo en la población general y deficiencias en la formación de médicos veterinarios y médicos humanos para la identificación de los síntomas y signos característicos de esta enfermedad mortal.

Hemos venidos experimentando desde 2015, una tras una, la emergencia de nuevas enfermedades de origen viral transmitidas por mosquitos del género *Aedes* a nivel urbano, es el caso de los virus de Chikungunya y Zika. Ahora nos enfrentamos ante el riesgo de transmisión urbana de fiebre amarilla, debido a la presencia de este mosquito que ha demostrado tener la capacidad de adaptarse a nuestro estilo de vida y ser efectivo en la transmisión de todos estos virus emergentes además del virus Dengue, que se podría decir es su especialidad.

Desde el año pasado hemos venido monitoreando a través de este boletín la reemergencia de la fiebre amarilla urbana en países africanos y sabíamos que era cuestión de tiempo para que llegara a nuestro continente. Desde finales del 2016 el fenómeno irrumpió con mucha fuerza en algunas regiones rurales de Brasil, acompañado de brotes silvestres en poblaciones de monos (epizootias). Afortunadamente el fenómeno no ha logrado escalar hasta las zonas urbanas y parece que ya está siendo controlado, sin embargo la alerta sigue y debemos estar preparados.

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.

Cordialmente,

Lina Zuluaga

Profesora

Línea de investigación Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas

Carlos Rojas

Coordinador Línea de Investigación Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas.

Coordinador de Posgrados

Facultad Nacional de Salud Pública.

Universidad de Antioquia.

Marzo 28 de 2017

Contenido

| | |
|---|----|
| Editorial | 1 |
| Quinta ola epidémica de casos humanos de Influenza aviar A (H7N9) en China, 2017 | 2 |
| Brote provocado por roedores en Estados Unidos: Virus Seoul | 3 |
| La difteria sigue presente en las Américas. Alerta epidemiológica por casos hasta el año 2016 | 5 |
| Organización Panamericana de la Salud alerta ante aumento en los casos de malaria | 6 |
| ¡Una pesadilla ...regresa la fiebre amarilla! | 8 |
| Enfermedades transmitidas por Alimentos: ¿Son seguros los alimentos que consume su familia? | 10 |
| Proyecto ZEN: Vigilancia del Síndrome congénito por el virus Zika | 11 |
| Una mirada histórica de la rabia en Colombia | 13 |
| Emergencia de salud en asentamientos de la etnias Kogui y Wiwa en la Sierra Nevada de Santa Marta | 14 |
| Acerca del Boletín | 15 |

QUINTA OLA EPIDÉMICA DE CASOS HUMANOS DE INFLUENZA AVIAR A (H7N9) EN CHINA, 2017

Mayte E. Mosquera Romero¹, Vanessa Cienfuegos², Andrés F. Úsuga Rodríguez¹.

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

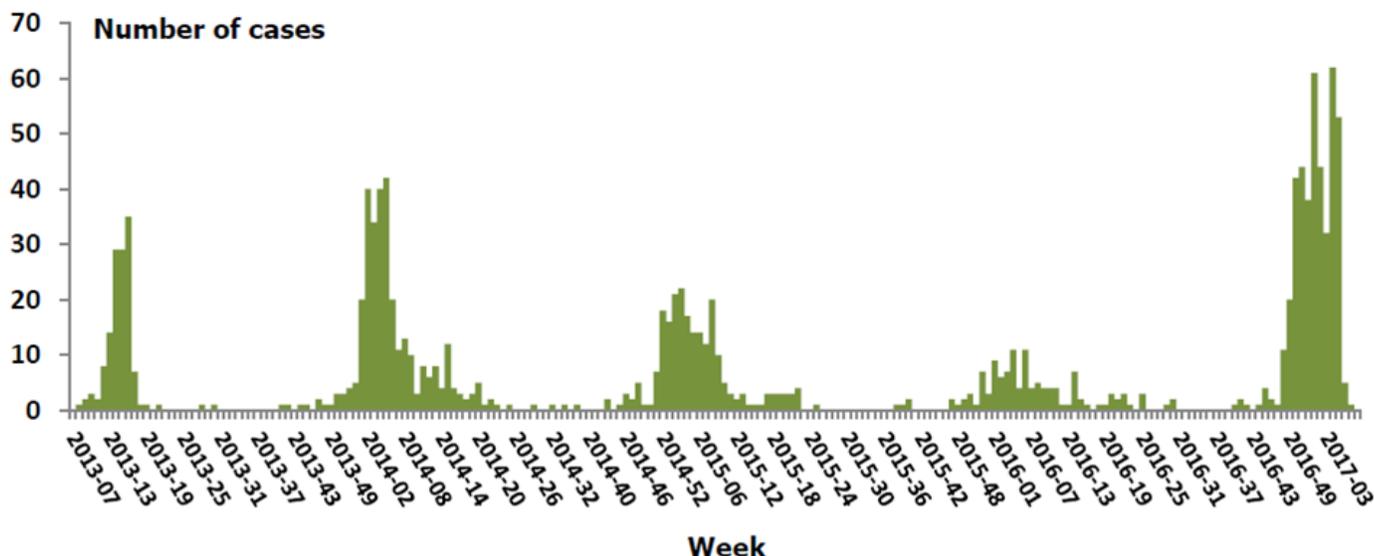
² Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Desde la detección del virus A (H7N9) en marzo de 2013, se han reportado 1.258 casos confirmados por laboratorio.

El virus A (H7N9) forma parte de un subgrupo de virus gripales que circulan normalmente en las aves de corral. Sin embargo, desde el 31 de marzo de 2013 se han presentado casos de infecciones en los seres humanos, reportándose hasta la fecha 1.258 casos confirmados por laboratorio (1).

Los brotes de A (H7N9) muestran un patrón estacional, con un pico en los meses de invierno y solo casos esporádicos durante el verano. Actualmente, es la quinta temporada de invierno en el hemisferio norte con casos humanos de esta gripe. La primera ola epidémica con 135 casos (2013); la segunda con 319 casos (2013-2014); la tercera con 223 casos (2014-2015); la cuarta con 121 (2015-2016); y ésta quinta ola epidémica con comienzo en octubre de 2016 se ha mostrado con una distribución más amplia en el país, representando el 37% de los casos humanos reportados (460) hasta el momento, siendo además la ola epidémica con mayor número de casos reportados (2).

Desde comienzos de diciembre 2016 se ha informado un fuerte aumento de casos humanos de A (H7N9) en China (1). Este aumento está probablemente relacionado a una mayor exposición a la contaminación ambiental, en su mayoría en mercados de aves vivas de corral infectadas. Sin embargo, hasta el momento no hay pruebas que demuestren una propagación sostenida de persona a persona (1).



Distribución de casos humanos de A (H7N9) por semana (semana 7/2013 - semana 7/2017), China (N=1.223)

Fuente: Informe final de Evaluación de Respuesta Rápida ECDC. Evolución genética del virus de la influenza A (H7N9) - Implicaciones en la salud pública, marzo 2017.

Las características genéticas de los virus A (H7N9) son motivo de preocupación para la salud pública. De hecho, dentro de los nuevos virus de influenza, el virus H7N9 está clasificado por tener el mayor potencial pandémico y posible impacto grave en la salud pública. No obstante, mientras no exista la propagación sostenida de persona a persona, no habrá cambios significativos en la evaluación de riesgos en la salud pública (1).

Actualmente el CDC toma medidas de preparación de rutina, tales como el desarrollo de virus candidatos para la vacuna (CVV) en el caso que sea necesario, además realizan la revisión de los nuevos virus y secuencias de virus para evaluar sus propiedades genéticas y antigenéticas y su correspondiente susceptibilidad viral (1).

Dentro de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se menciona que quienes viajen a países donde esté presente un brote de gripe aviar, deben evitar el contacto con las granjas de aves, mercados de aves vivas e instalaciones o camales de aves de corral, o contacto con las heces de aves u otros animales. Además recordar la importancia del lavado frecuente de manos con agua y jabón, y la inocuidad e higiene de los alimentos (1).

La OMS no recomienda la restricción de viajes, ni la implementación de exámenes especiales en los puntos de entrada. Sin embargo, se invita a los países a reforzar los sistemas de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves, garantizando la notificación conforme el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Referencias bibliográficas

1. CDC. Virus de la influenza A (H7N9) de linaje asiático U.S. Department of Health & Human Services 2017 [cited 2017 05 marzo]. Available from: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/avianflu/h7n9-virus.htm>
2. ECDC. Human infection with avian influenza A (H7N9) virus. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2017 27 Jan 2017.

BROTE PROVOCADO POR ROEDORES EN ESTADOS UNIDOS: VIRUS SEOUL

Nathalie Verónica Fernández Villalobos¹, Iader Rodríguez Márquez¹.

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Al 23 de febrero de 2017 se han confirmado 16 personas infectadas con el Virus Seoul.

El virus Seoul es miembro de la familia de hantavirus transmitidos por roedores, donde el hospedero natural es la rata gris (*Rattus norvegicus*) y la rata negra (*Rattus rattus*).

Cuando la orina fresca, excremento o materiales de los nidos de roedores son esparcidos, pequeñas partículas con el virus van al aire, este proceso se conoce como "aerosolización". Por lo que se puede llegar a estar infectado cuando se respiran estas sustancias contaminadas, también cuando hay contacto directo con cortaduras en la piel o mucosas

y por mordeduras de animales infectados. No se conoce que el virus Seoul pueda ser transmitido de persona a persona.

Los síntomas de la infección por el virus Seoul pueden ser los siguientes: fiebre, dolor de cabeza, dolor de espalda y abdominal, escalofríos, náuseas, visión borrosa, irritación de la cara, eritema en conjuntivas y salpullido. Sin embargo, muchas personas no presentan síntomas o son muy leves. Los síntomas inician usualmente 1 o 2 semanas después del contacto con secreciones infectadas.

Su mayor complicación es la Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (HFRS), donde los pacientes pueden presentar sangrados y falla renal aguda. La muerte ocurre aproximadamente en 1-2% de los casos.

Expertos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) están trabajando en la investigación del brote por infecciones del virus Seoul, ya que este es el primer brote que se asocia a roedores como mascotas en los Estados Unidos.

El primer caso confirmado se presentó en diciembre de 2016 en una persona que criaba roedores caseros en Wisconsin, la cual fue hospitalizada con fiebre, dolor de cabeza y otros síntomas. Además, se encontraron 6 casos adicionales del virus Seoul en criaderos de roedores en el Estado de Illinois.

El 23 de febrero del 2017, el CDC reporto un total de 16 casos humanos confirmados por laboratorio infectados por el virus Seoul. Un total de 9 estados han reportado casos positivos del virus en ratas o humanos: Colorado Iowa, Illinois, Minnesota, Pensilvania, Carolina del Sur, Tennessee, Utah y Wisconsin.

Las recomendaciones del CDC son: consultar al centro de salud ante la presencia de síntomas después de haber tenido contacto con roedores. Para las personas que tienen roedores como mascotas tener en cuenta hábitos saludables como: lavado de manos, evitar mordeduras o rasguños, llevar sus mascotas al veterinario y desinfectar el hábitat de los roedores.

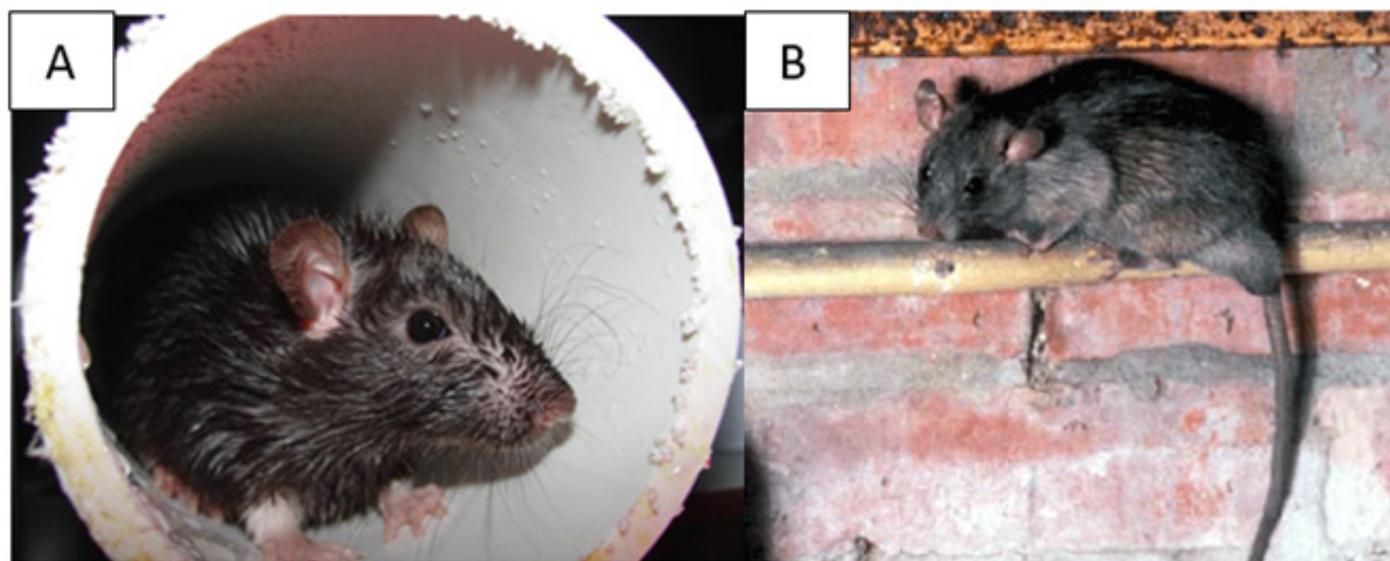


Imagen 1. A. *Rattus Norvegicus*. B *Rattus Rattus*
Fuente: CDC, 2017

Referencias bibliográficas

<https://www.cdc.gov/hantavirus/outbreaks/seoul-virus/index.html>

LA DIFTERIA SIGUE PRESENTE EN LAS AMÉRICAS: ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR CASOS HASTA EL AÑO 2016.

Monica Rondón¹, Grey Benoit¹, Dione Benjumea²

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

² Estudiante Doctorado en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

La difteria, una infección causada por el bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, fue causa importante de muerte en niños alrededor del mundo, con una letalidad de hasta 50% previo a la aparición del tratamiento antibiótico. En 1920 los casos comenzaron a disminuir debido a la aparición de la vacuna (toxóide diftérico).

En Colombia, en 1997 la introducción del refuerzo con la vacuna DPT a los 18 meses y 5 años de edad, y del toxóide diftérico en mujeres en edad fértil y gestantes, fortaleció el control de la enfermedad. El último caso de difteria en Colombia se reportó en el año 2003 en el departamento del Valle del Cauca (1).

La difteria respiratoria se transmite principalmente por vía aérea, y la difteria cutánea se trasmite por contacto con artículos contaminados con las secreciones de las personas infectadas. Tiene un período de incubación de dos a cinco días. Una persona infectada no tratada es infecciosa durante dos a cuatro semanas (1).

La difteria se puede presentar como una enfermedad aguda de las amígdalas, faringe y/o nariz, caracterizada por una o varias placas grisáceas adherentes, confluentes e invasoras, dolor de garganta, aumento de volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable de compromiso del estado general.

El diagnóstico se hace mediante: a) hisopado faríngeo para cultivo, de preferencia del borde o directamente bajo la membrana; b) pruebas de toxigenicidad; y c) reacción en cadena de la polimerasa.



Niño con aumento del volumen del cuello debido a infección por difteria.

Fuente: <https://www.cdc.gov/diphtheria/about/symptoms.html>

La importancia de la difteria radica en la severidad de sus complicaciones, entre las que se encuentran obstrucción respiratoria, neumonía, sinusitis, otitis, miocarditis, y complicaciones neurológicas.

El tratamiento se realiza con antitoxina diftérica y administración de antibióticos (eritromicina o penicilina procaínica). Se requiere aislamiento respiratorio de los casos para controlar la transmisión, y los contactos de los casos pueden recibir antibiótico preventivo (1).

En diciembre de 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica sobre difteria en las Américas, informando que en 2015, cinco países reportaron casos de difteria así: Brasil, Canadá, Guatemala, Haití y República Dominicana.

Para el año 2016, hasta la semana epidemiológica 47, tres países habían reportado casos de difteria: República Dominicana, Haití y la República Bolivariana de Venezuela (2).

República Dominicana reportó dos niños menores de tres años residentes en Santo Domingo, uno de

ellos murió. Haití reportó 76 casos probables (16 muertes), 33 muestras fueron positivas para *C. diphtheriae*. El 38% de los casos ocurrió en niños entre los cinco y 10 años de edad. Venezuela reportó casos sospechosos y probables, de 183 muestras procesadas 20 fueron positivas (5 muertes) (2).

La OPS invita a continuar esfuerzos para asegurar altas tasas de cobertura en vacunación, y fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección temprana de casos sospechosos, con el fin de iniciar tratamiento oportuno, y asegurar la provisión de antitoxina diftérica (2). Colombia debe seguir las recomendaciones de la OPS, y estar alerta a la aparición de casos de difteria en su territorio, dada la proximidad con países que reportaron casos en los últimos dos años.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Difteria. [Internet]. Colombia: INS; 2014 [consultado 2017 feb 17]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Difteria.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Difteria. 16 de diciembre de 2016, Washington, D.C. OPS/OMS. 2016

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ALERTA ANTE AUMENTO EN LOS CASOS DE MALARIA

Rebeca Alvarado Prado¹, Jhon Polanco Pasaje¹, Jehidys Montiel Ramos²

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

² Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

La malaria es una enfermedad causada por parásitos del género *Plasmodium*, y se transmiten al humano por la picadura de mosquitos infectados del género *Anopheles* (1).

Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2015 se registraron en el mundo alrededor de 212 millones de casos de malaria y 429.000 muertes, siendo África el

continente con la mayor carga de la enfermedad (1).

Por su parte, las Américas registró un total de 451.242 casos de malaria en el 2015, logrando una disminución del 62% respecto al año 2000. Sin embargo, se incrementó un 16% con respecto al 2014.

República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, Colombia, Ecuador y Venezuela notificaron un aumento de casos con respecto al año anterior.

Ante este perfil epidemiológico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Febrero del 2017 emitió una alerta, ante el riesgo de ocurrencia de brotes, aumento de la transmisión en áreas endémicas y la posible reintroducción de la malaria en áreas en las que se había interrumpido la transmisión (2).

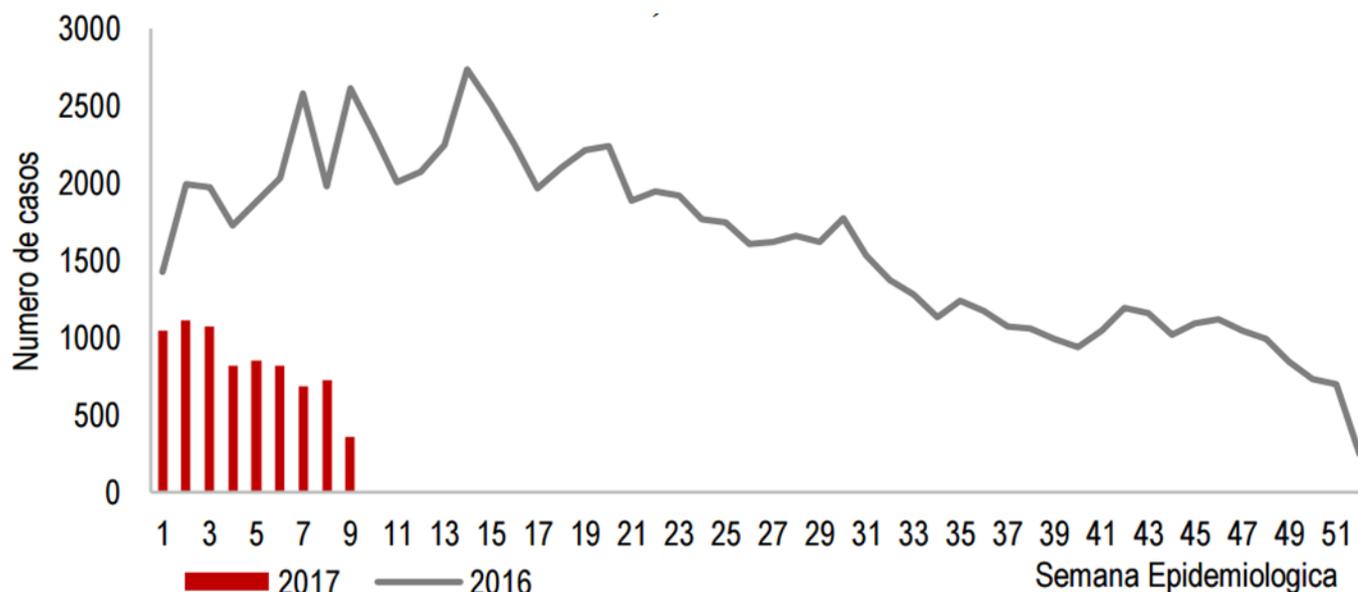
En Colombia se han notificado 7485 casos de malaria hasta la semana epidemiológica 09 de 2017 (Gráfico 1), de los cuales 7319 corresponden a casos de malaria no complicada y 166 a malaria complicada (3).

En lo corrido del año, los departamentos más afectados por la enfermedad han sido Nariño, Chocó, Córdoba, Antioquia, Guainía, Amazonas, Cauca y Vichada donde se presentó el 91% de los casos de malaria no complicada.

Como parte de los antecedentes, para el 2015 Colombia logra uno de los objetivos del milenio trazados con la reducción en un 75% la incidencia de malaria (4). Esta disminución obedece a logros como el incremento del 70% en la distribución y el uso de toldillos insecticidas de larga duración; la introducción de nuevos tratamientos para combatir la enfermedad y el mejoramiento de las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) (4).

Al respecto, en el Valle del Cauca se está implementando el Programa multisectorial para la disminución de la carga de la malaria en el litoral pacífico colombiano (2017-2019). Los objetivos son: reducir los índices de malaria en el litoral pacífico colombiano a través del análisis e intervención de brechas de conocimiento, eliminar la mortalidad por malaria y reducir la morbilidad por esta y otras patologías infecciosas, y mejorar la calidad de vida de la población de la región.

Dado lo anterior, es indispensable fortalecer las acciones para prevenir esta enfermedad. Para ello se recomienda el uso de toldillos impregnados con insecticidas de larga duración, el drenaje y relleno de



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico. Colombia, 2017

Gráfico 1. Distribución de casos notificados de malaria, semana epidemiológica 01-09, 2016-2017

charcos, así como eliminación de aguas estancadas y la aplicación de repelentes.

El Ministerio de Salud además recomienda estar alerta a los síntomas más comunes de la enfermedad,

los cuales aparecen entre 12 a 14 días después de la picadura del mosquito infectado. Entre ellos se encuentra la fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, vómito, fatiga, y dificultad al respirar.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. World Malaria Report 2016. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Aumento de casos de malaria [Internet]. [Consultado 2017 Mar 09]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=38148&lang=es
3. Instituto Nacional de Salud Colombia. Boletín epidemiológico semana 09 de 2017 [Internet]. [Consultado 2017 Mar 07]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2017%20Bolet%3%ADn%20epidemiol%3%B3gico%20semana%2009.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Malaria [Internet]. [Consultado 2017 Mar 05]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/malaria.aspx>

UNA PESADILLA ...REGRESA LA FIEBRE AMARILLA!

María Argueta Escobar¹, Catalina Marceló Díaz¹, Juan Quintero².

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

² Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

La fiebre amarilla se propaga hacia la costa atlántica de Brazil

La fiebre amarilla es un virus frecuente en 34 zonas tropicales y 13 países de América Central y Sudamérica. Los síntomas son; fiebre, dolor de cabeza y espalda, náuseas, vómito e ictericia (1). Debido a que no existe un tratamiento antivírico el principal mecanismo de prevención es la vacuna que fue desarrollada en los años 30 por el Dr. Max Theiler.

La transmisión puede ser de tipo urbana o selvática, en este último caso "los programas de control de mosquitos no son factibles" (2). Cabe resaltar que el mosquito involucrado en este tipo de transmisión corresponde a géneros diferentes como *Haemagogus* y *Sabethes* (2).

Aunque el primer incremento de casos ocurrió en el 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil reportó

el seis de enero de 2017 la ocurrencia de los primeros 23 casos sospechosos incluyendo las 14 muertes en el estado de Minas Gerais, así como la expansión de los casos a otras zonas geográficas.

Los casos comenzaron en zonas donde antes la enfermedad no estaba presente, desde diciembre del 2016 hasta febrero de 2017 se han registrado en total 1336 casos (292 confirmados, 920 sospechosos y 124 descartados), 215 mortales (101 confirmados, 109 sospechosos) a lo largo de seis estados: Bahía, Minas Gerais, Río Grande do Norte, Sao Paulo, Tocantins y Espírito Santo; donde se registró el primer caso propio del lugar en más de 77 años. Entre los estados en riesgo se encuentra Río de Janeiro en las localidades ubicadas en el norte que limitan con Minas Gerais y Espírito Santo. La tasa de letalidad que se ha reportado ha sido del 35% para los casos confirmados y del 12% para los sospechosos.

En cuanto al aumento de casos en animales se han reportado 883 en primates no humanos (PNH), 337 de las cuales han sido confirmadas como fiebre amarilla mediante pruebas de laboratorio.

Ya en el año 2016 se había dado la alerta en otras regiones del mundo como Angola, República Democrática del Congo y Uganda, en Perú 63 casos confirmados reportados que han sido superiores a los notificados en los últimos seis años y en Colombia 6 casos confirmados con una muerte, los casos reportados en el año 2016 procedían de los departamentos fronterizos con otros países (Meta, Vichada, Vaupés, Chocó) y un caso importado que provenía de Perú.

Las medidas comprenden vacunación (por lo menos 10 días antes de viajar), actividades de control del mosquito, conocimiento de los síntomas y signos,

así como la implementación de un portal web para informar y aconsejar a la población.

No hay pruebas de que el mosquito, *Aedes aegypti*, esté implicado en la transmisión del brote, no obstante, los centros nacionales de referencia están prestando apoyo a las operaciones en terreno, debido a que la presencia del mosquito ha estado en aumento.

Se recomienda incrementar las medidas de protección especialmente si se llevaran a cabo viajes a zonas de Brasil o de otros países donde hayan sido reportados casos confirmados. Adicionalmente tener precaución con la aplicación de la vacuna en niños menores de nueve meses, mujeres embarazadas o en período de lactancia, alergia a los componentes de los huevos de gallina y sus derivados, personas con defensas muy bajas o mayores de 60 años.

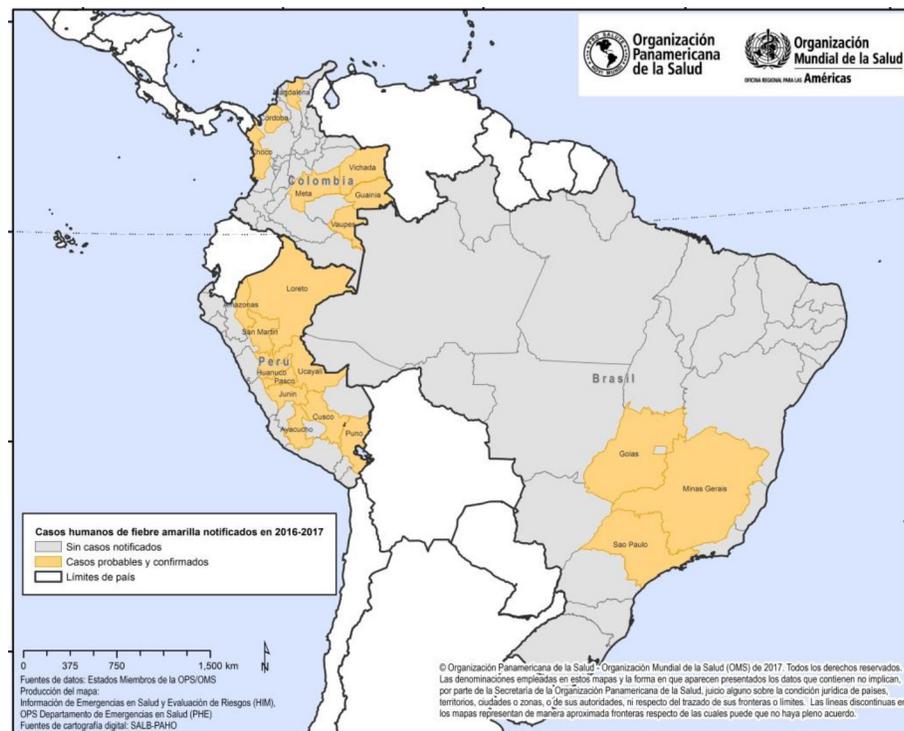


Figura 1. Ubicación geográfica de casos probables y confirmados de fiebre amarilla notificados en las Américas durante 2016 y 2017. Modificado de Alerta Epidemiológica Fiebre Amarilla. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Enero, 2017

Referencias bibliográficas

1. Control de la Fiebre amarilla. Guía Práctica. 2005. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 603.
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alertas Epidemiológicas (1 de enero- 2 marzo): Fiebre amarilla, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017
3. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante emergencias. Fiebre Amarilla. Reportes 27 de enero, 24 de febrero y 06 de marzo. Disponible en <http://www.who.int/csr/don/27-january-2017-yellow-fever-brazil/es/>

Para más información consultar:

- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37641&lang=es
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-0014-de-2017.pdf>

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS: ¿SON SEGUROS LOS ALIMENTOS QUE CONSUME SU FAMILIA?

Juan Pablo Estrada Sánchez¹, Jeffrey A. Jacobo Elizondo¹

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia recuerda a la población prevenir enfermedades por consumo de pescado y mariscos (1)

Con la cercanía a la Semana Santa, el Ministerio de Salud, intenta hacer conciencia sobre los riesgos de desarrollar Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), informando al público sobre las características importantes a considerar al momento de comprar los alimentos.

Las ETA son producidas por la ingestión de alimentos incluida el agua, contaminados con agentes infecciosos como: bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse y desde allí alcanzar otros órganos o sistemas.

Se le recuerda a la población, que ante signos de alarma como: fiebre elevada, sangre en las deposiciones, vómitos prolongados, deshidratación, disminución en la orina, sensación de mareo y enfermedad diarreica por más de tres días, deberá consultar oportunamente con su médico.

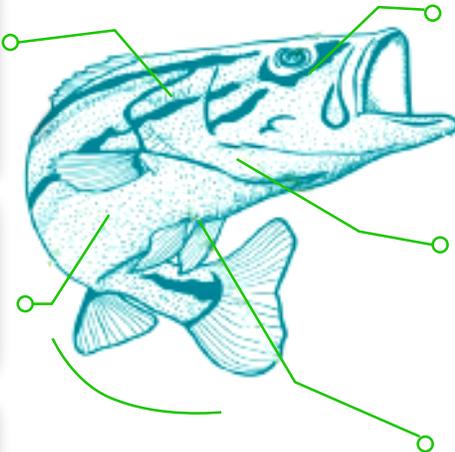
Detalles como la textura de la carne, la apariencia de los ojos y las escamas, además del olor, deben ser considerados al momento de elegir un pescado para asegurar que realmente es fresco, para más detalles ver la figura 1.

Resulta indispensable que todas las carnes sean mantenidas en refrigeración para mantener su seguridad, evitando descongelar y volver a congelar, por lo que se sugiere porciones adecuadas que vayan ser consumidas por totalmente, cuando se vayan a preparar deben cocinarse completamente

Si se trata de alimentos enlatados, no consumir aquellas latas abolladas o que hayan expirado en su fecha de vencimiento.

A las autoridades sanitarias se les indica no bajar la guardia ante los posibles brotes comunitarios, para ello deben intensificar las acciones de búsqueda activa institucional y búsqueda activa comunitaria y notificar a la unidad territorial correspondiente para iniciar las medidas de contención del brote.

Cuando compre pescado, asegúrese de que esté fresco



MÚSCULO (CARNE)

- ✔** Firme y elástica al tacto bien adherida a los huesos y que no se desprendan de ellos al ejercer presión con los dedos, dolor propio con superficie de corte brillante.
- ✘** Blanda y floja se desprende de los huesos y espina con facilidad.

ESCAMAS

- ✔** Unidas entre sí, bien adheridas a la piel, con brillo metálico no viscosas.
- ✘** Opacas, viscosas, pérdida de gran cantidad de escamas al tacto.

OLOR

- ✔** Agradable, con aroma marino
- ✘** Anormal, amoniacal, fétido.

OJOS

- ✔** Ocupa toda la cavidad orbitaria, transparentes, brillantes, salientes, pupila oscura.
- ✘** Opacos, hundidos, nublados, pupila gris

BRANQUIAS

- ✔** Del rosado al rojo intenso hundidas y brillantes, sin sustancias viscosas, olor suave a mar o río.
- ✘** Café parduzco, mucus amarillento y espeso

CALIDAD ABDOMINAL

- ✔** Completamente enviserada y limpia, superficie sin desgarres, lustrosa
- ✘** Desgarrada, huesos o espinas separadas del tejido, envisceración incompleta.





Figura 1 Aspectos a considerar al comprar un pescado. Fuente Ministerio de Salud y Protección Social.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevenga enfermedades por consumo de pescados y mariscos [Internet]. 2017-28-02. 2017 [cited 2017 Mar 3]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Prevenga-enfermedades-por-consumo-de-pescados-y-mariscos.aspx>

PROYECTO ZEN: VIGILANCIA DEL SÍNDROME CONGÉNITO POR EL VIRUS ZIKA

Paola León¹, Johanna Vanegas²

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

² Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

El 2 de febrero de 2017 se dio el lanzamiento del Proyecto ZEN en la ciudad de Barranquilla. El ministro Alejandro Gaviria enfatizó en la labor articulada del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el apoyo del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El proyecto ZEN es un estudio prospectivo de cohorte

que dará seguimiento por cinco años a mujeres gestantes que han sido infectadas por el virus Zika, sus bebés y también su cónyuge. El proyecto busca investigar los efectos conocidos y desconocidos a largo plazo de la infección por el virus Zika durante el embarazo (1).

Entre las diversas manifestaciones del Síndrome congénito por el virus Zika se encuentra la microcefalia y otros defectos del sistema nervioso central como daño cerebral, lesiones retro-oculares, articulaciones con limitaciones del movimiento, pie equinovaro, exceso de tonicidad muscular que limita la movilidad. Para el 23 de febrero de 2017, algunos de los países que han confirmado este evento son: República Dominicana con 59 casos, Colombia con 113, Brasil con 2.366, Norte América con 49 y Guatemala con 37 (2).

La iniciativa del proyecto ZEN fue confirmada en septiembre de 2016, cuando el director del CDC, Tom Frieden (Md, MPH), y la directora general del INS, Martha Lucía Ospina Martínez (Md, MPH, MBA), firmaron el memorando colaborativo para la vigilancia de la salud pública del virus Zika en Colombia (3).

El proyecto pretende proporcionar información científica que aporte en la preparación ante los múltiples desafíos sin precedentes que representa el Síndrome congénito por el virus Zika. La población que será captada de manera primordial son las mujeres que hacen parte del programa VEZ (Vigilancia de Embarazadas con Zika) que se inició en febrero de 2016, con más de 900 mujeres embarazadas con la enfermedad del virus Zika inscritas en el sistema de vigilancia.



El proyecto ZEN, se realizará en tres ciudades de Colombia: Barraquilla, Bucaramanga (Santander) y Tuluá (Valle del Cauca). El apoyo del CDC incluye recursos para el desarrollo de infraestructura para los laboratorios del INS, capacitación de personal, suministro de kits de laboratorio, reactivos y equipos que faciliten la realización de pruebas de laboratorio e imagenología necesarios. El aporte

del CDC asciende a 34.600 millones de pesos y la inversión del INS a 10.300 millones (4).

Las palabras del ministro de Salud en el lanzamiento del Proyecto ZEN, fueron: “Aquí se está construyendo conocimiento relevante a escala global. Todos trabajamos por lo mismo: evitar el sufrimiento humano”.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico Semana 04. Bogotá: Cundinamarca; 2017.
2. Organización Panamericana de la salud. Síndrome congénito por el virus Zika. [Online]; 2017 (cited 2017 Febreo 15). Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12318%3Apahowho-updates-characterization-zika-congenital-syndrome&Itemid=1926&lang=es.
3. Center of Disease Control and Prevention. CDC and the Instituto Nacional de Salud of Colombia collaborate to understand long-term effects of Zika virus infection during pregnancy. [Online].; 2017 [cited 2017 febrero 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0902-cdc-colombia-collaboration.html>.
4. Ministerio de salud y Protección social. Colombia y EE.UU. investigarán efectos a largo plazo del zika. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 20]. Available from: Colombia y EE.UU. investigarán efectos a largo plazo del zika.

UNA MIRADA HISTÓRICA DE LA RABIA EN COLOMBIA

Leany Congote Giraldo¹, Wilder Bautista Arango¹, Mariana Herrera Díaz²

¹ Estudiante Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

² Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

En Colombia se notificaron 38 casos de rabia en humanos durante el periodo comprendido entre 1,998 a 2,014, de estos casos se transmitieron 7 por perros, 9 por gatos y 22 casos por murciélagos. La rabia transmitida por gatos ha cobrado mayor relevancia ya que se han reportado más casos comparados con los perros, además, el último caso reportado por perros se dio durante el 2007 mientras que los gatos siguen transmitiendo la enfermedad (1).

Se notificaron dos casos de rabia en humanos transmitida por gatos en el Valle del Cauca en julio de 2012 y un caso en Bogotá en diciembre de 2016. Cabe destacar que en marzo de 2016 se encontró a un gato infectado con rabia en el municipio de Barbosa del departamento de Antioquia, pero este no generó ninguna infección en humanos por las medidas de control que se tomaron que incluían una jornada de vacunación masiva y coordinación con el Instituto Agropecuario Colombiano entre otras

(2). Es importante mencionar que la transmisión de rabia en los gatos se incrementa por los hábitos nocturnos y de caza que tienen y que los ponen en riesgo de contagiarse a través de los murciélagos.

Estos datos evidencian que Colombia se acerca a la meta de eliminación de rabia en humanos transmitida por perros propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) esto dado que el último caso transmitido por perros fue en el 2007. No obstante hay que destacar que la vigilancia de rabia transmitida por gatos en el ciclo silvestre no ha sido del todo exitosa (4).

En los últimos meses se reportó la muerte de dos personas a causa del virus de la rabia. Estas muertes tuvieron lugar en el área rural de Cundinamarca y se asociaron con el virus de la rabia de la variedad silvestre, pese a eso hay varios factores críticos en la vigilancia epidemiológica que deben de analizarse.



Fuente: https://www.minsalud.gov.co/Fotos_grandes_home_2014/DiaRabia.jpg

Después de la muerte de la primera persona no se reforzaron las medidas de control en la zona ni mejoró las medidas educativas en la población (5). La segunda muerte se dio por la mordida de un gato en diciembre de 2016, cabe destacar que el gato infectado con rabia fue examinado por dos médicos veterinarios en un lapso de un mes y ninguno de ellos sospechó la presencia de la rabia en el felino. Hace falta no solo medidas de intervención sanitarias sino que mayor educación en la población y socialización de información en el personal de salud (6).

Referencias bibliográficas

1. Colombia completa siete años sin casos de rabia humana transmitida" 30 septiembre 2014, <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-completa-siete-a%C3%B1os-sin-casos-de-rabia-humana-transmitida-por-perro.aspx>. Se consultó el 12 marzo 2017.
2. Alerta en Barbosa por caso de rabia felina - El Colombiano." 8 marzo 2016, <http://www.elcolombiano.com/antioquia/alerta-en-barbosa-por-caso-de-rabia-felina-FD3720474>. Se consultó el 15 marzo 2017.
3. Boletín brotes y epidemias infecciosas de actualidad, Línea de enfermedades infecciosas, Universidad de Antioquia septiembre 2016. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B0AonkRzFENwV1BZOU1QdHUwRTA/view>
4. "OMS | Rabia." <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/es/>. Se consultó el 14 marzo 2017.
5. "La rabia sigue aquí - EDITORIAL EL TIEMPO " 3 febrero 2017, <http://www.eltiempo.com/opinion/editorial/la-rabia-sigue-aqui-editorial-el-tiempo-3-de-febrero-de-2017/16808242>. Se consultó el 14 marzo 2017
6. "Mujer muere por rabia en Colombia - Archivo Digital de El Tiempo." 2 febrero 2017, <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/mujer-muere-por-rabia-en-colombia/16807133>. Se consultó el 14 marzo 2017.

EMERGENCIA DE SALUD EN ASENTAMIENTOS DE LA ETNIAS KOGUI Y WIWA EN LA SIERRA NEVADA DE SANTA MARTA.

Vanessa Cienfuegos¹.

¹ Estudiante Doctorado en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

En los asentamientos indígenas Zinkaka, Tusimake, y Bunkuana, de la etnia Kogui localizados en la Sierra Nevada de Santa Marta en los límites del Cesar y La

Guajira, se registra una emergencia de salud que ha cobrado la vida de nueve indígenas; entre ellos cuatro menores de edad y cinco adultos.



Foto: vparnoticias.com

Según la información brindada por los miembros de estas comunidades, la enfermedad se presenta con síntomas que incluyen fiebre, dolor de cabeza, tos y escalofrío, por lo que se sospecha de una enfermedad respiratoria.

La organización indígena Gonawindua Tayrona informó de la situación a la Secretaría de Salud del César, quien posteriormente contactó a la EPS Dusakawi, en cuya jurisdicción se encuentra el área de la emergencia. El 5 de marzo pasado un equipo

conformado por personal de la Secretaría de Salud del César, representantes de organizaciones indígenas, autoridades de la etnia Kogui y personal de la EPS Dusakawi, con el apoyo del Ejército Nacional, se desplazaron a la zona para tomar muestras de los afectados y estudiar los casos de la enfermedad.

Los últimos reportes sobre esta investigación apuntan a que se trata de Influenza complicada con desnutrición.

Referencias bibliográficas

Secretaria de Salud del Cesar: <http://cesar.gov.co/c/index.php/es/oppre/tolisboleprensa/4044-artbp-0093-2017>

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. Cada estudiante selecciona unos temas que le parecen importantes y luego estos son discutidos por todo el grupo y seleccionados las 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

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.