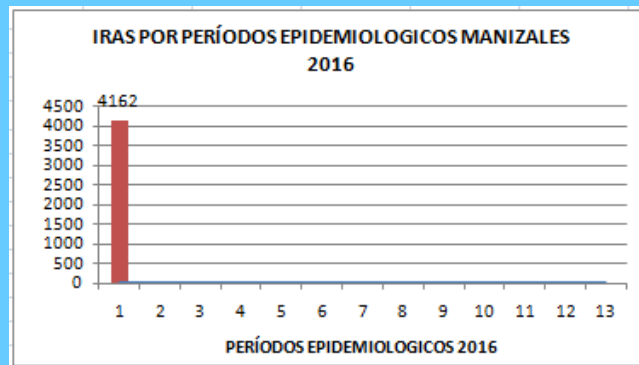


# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

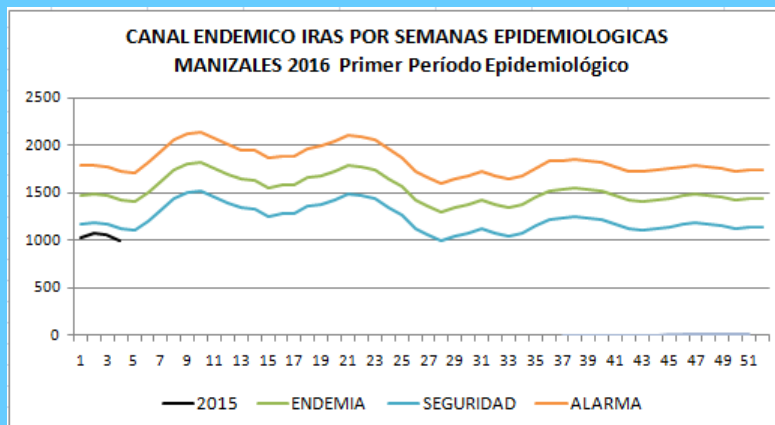
Corresponde a información hasta: Enero de 2016  
 (Publicado febrero de 2016)

## Frecuencias de IRA: Infección Respiratoria Aguda

Conforme al protocolo actual del INS, las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo substancial para la humanidad, debido a su elevado potencial de diseminación. La infección respiratoria aguda (IRA) se considera como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, se estima que en promedio cada año se presentan 4.000.000 muertes por esta enfermedad, afectando a todas las poblaciones del mundo. El grupo poblacional con mayor riesgo de morir por IRA son los menores de 5 años, las personas que cursan con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellos que cursan con algún tipo de inmunosupresión; otro grupo altamente vulnerable a las infecciones respiratorias agudas son las personas mayores de 60 años, en el impacto sobre estas personas influyen varios factores, que en ocasiones determinan la evolución de la enfermedad como son: la capacidad funcional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de otras enfermedades, entre otros. Los cuadros clínicos que afectan las vías inferiores y el pulmón, presentan los cuadros más severos, siendo las principales causas de mortalidad por IRA.



Promedio de 1040 por cada semana epidemiológico



Hasta la semana 4, van: 4.162 eventos registrados, frente a 4.205 del mismo período del año anterior



# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	Los principales agentes causales de infección respiratoria aguda son: influenza virus tipo A, B y C, parainfluenza tipo 1, 2, 3 y 4, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rinovirus, metapneumovirus, bocavirus, <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Haemophilus influenzae</i> .
<b>Modo de transmisión</b>	El principal mecanismo de transmisión de todos los agentes etiológicos causantes de infección respiratoria es por vía aérea mediante gotas o aerosoles.
<b>Período incubación de</b>	Influenza: usualmente de 2 días pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente. Parainfluenza: de 2 a 6 días. Virus sincitial respiratorio: de 3 a 6 días, pero puede variar en 2 ó 8 días Coronavirus: 14 días. Adenovirus: de 2 a 14 días Rinovirus: de 1 a 4 días Metapneumovirus: de 4 a 6 días Bocavirus: de 5 a 14 días <i>Streptococcus pneumoniae</i> : de 1 a 3 días <i>Haemophilus influenzae</i> : de 2 a 4 días
<b>Susceptibilidad</b>	<p>Influenza: Pueden producir complicaciones graves e incluso la muerte, principalmente en ancianos, niños, y personas con enfermedad crónica o inmunodepresión (por ejemplo, cardiopatías, hemoglobinopatías, enfermedades metabólicas, pulmonares y renales, SIDA y enfermedades respiratorias, entre ellas asma). Las embarazadas tienden más a presentar formas graves de la enfermedad.</p> <p>Parainfluenza: las infecciones por parainfluenza pueden exacerbar los síntomas de enfermedades pulmonares crónicas tanto en niños como en adultos. En ocasiones las infecciones son de particular gravedad y persistencia en los niños con inmunodeficiencia y se asocian la mayoría de las veces con el virus de tipo 3.</p> <p>Virus sincitial respiratorio: produce infecciones en las vías respiratorias altas, simulando un resfriado en el caso de adultos y jóvenes, pero en los lactantes o menores de cuatro años, puede producir graves complicaciones desencadenando bronquiolitis o neumonía.</p> <p>Coronavirus: ocasionalmente se ha asociado con neumonías en recién nacidos, niños mayores, personas inmunocomprometidas y reclutas. La enfermedad es más leve en niños que en adultos.</p> <p>Adenovirus: las infecciones son más frecuentes en los niños entre los seis meses y cinco años, pueden causar enfermedad más severa e incluso la muerte en pacientes inmunocomprometidos, trasplantados y prematuros.</p> <p>Rinovirus: afecta a niños y adultos causando catarro común.</p> <p>Metapneumovirus: puede presentarse en todas las edades, sin embargo las poblaciones más afectadas son los niños menores de cinco años, los adultos mayores de 65 años y los pacientes inmunocomprometidos.</p> <p>Bocavirus: los niños afectados son de mayor edad que en el caso de infecciones por VRS. Las infecciones por bocavirus se asocian a cuadros de gastroenteritis y afecciones en pacientes inmunocomprometidos como trasplante de médula ósea.</p> <p><i>Streptococcus pneumoniae</i>: El riesgo de contraer estas infecciones es mayor en lactantes menores de 24 meses de edad, en personas mayores de 60-65 años, y en individuos con factores de riesgo como inmunodeficiencias primarias (hereditarias) inmunodeficiencias secundarias (adquiridas) como el VIH/SIDA. También las neoplasias como el mieloma múltiple y la leucemia linfocítica crónica pueden afectar la inmunidad humoral y aumentan la probabilidad de que se presente.</p> <p><i>Haemophilus influenzae</i>: Las manifestaciones más importantes de la infección por Hib a saber, neumonía, meningitis y otras enfermedades invasivas se producen fundamentalmente en los niños menores de 2 años, en particular en los lactantes de 4 a 18 meses, pero ocasionalmente se observan patologías en lactantes de menores 3 meses y en niños mayores de 5 años.</p>

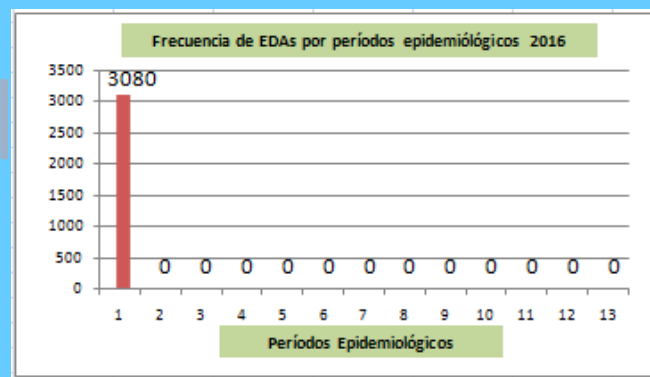
# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

## Frecuencia de EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

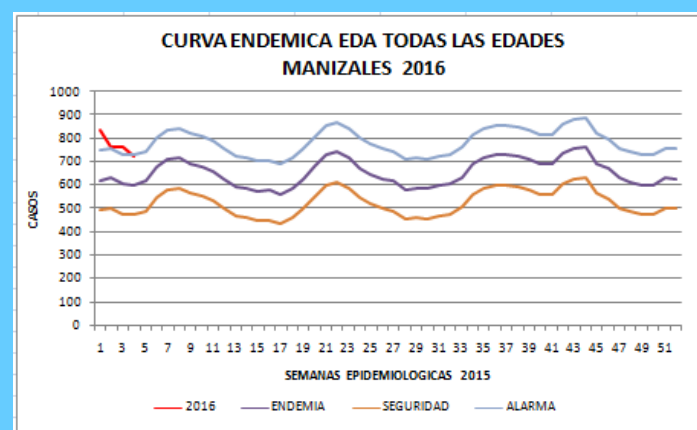
Conforme con el protocolo de vigilancia actual del INS, “La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días. La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad, y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte”. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones (más de tres en 24 horas), que puede o no tener algún grado de deshidratación, y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre.

El evento vigilado en forma primordial es, la muerte por EDA, que se produce como consecuencia del deterioro nutricional progresivo; los estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico, la sepsis y el limitado acceso a los servicios de salud o cobertura y atención inadecuada. No se tiene en Manizales ningún caso hasta la fecha.

El comportamiento para todas las edades en Manizales ha sido el siguiente:



3080 en el primer período epidemiológico de 2016





# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

Hasta la semana 4, van: 3080 casos registrados, frente a 1.862 del mismo período del año anterior

Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	Los principales agentes causales de enfermedad diarreica aguda son: rotavirus, <i>Escherichia coli</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Shigella</i> sp, <i>Salmonella</i> spp, <i>Giardia duodenalis</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> .
<b>Modo de transmisión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rotavirus</i>: La forma primaria es fecal-oral, en bajos títulos del virus en secreciones del conducto respiratorio y otros fluidos corporales. Dado que el virus es estable en el medio ambiente, la transmisión puede ocurrir a través de la ingestión de alimentos contaminados, y mediante contacto con superficies contaminadas.</li> <li>• <i>Escherichia coli</i>: Agua y alimentos contaminados.</li> <li>• <i>Campylobacter</i> sp: Leche, agua y otros alimentos contaminados.</li> <li>• <i>Shigella</i> sp.: Contacto directo y alimentos contaminados.</li> <li>• <i>Salmonella</i> spp.: Agua y alimentos contaminados.</li> <li>• <i>Giardia duodenalis</i>: Puede ser directa (mano-boca) o bien indirecta por ingestión de agua o comida contaminada.</li> <li>• <i>Yersinia enterocolitica</i>: Agua y alimentos contaminados.</li> <li>• <i>Entamoeba histolytica</i>: Vía fecal-oral.</li> </ul>
<b>Periodo de transmisibilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rotavirus</i>: durante la fase aguda de la enfermedad, y más tarde mientras persista la excreción y dispersión de virus. El rotavirus por lo común no se detecta después del octavo día de la infección, aunque se ha señalado la excreción de virus por 30 días o más en pacientes inmunodeficientes. Los síntomas persisten durante cuatro a seis días en promedio</li> <li>• <i>Escherichia coli</i>: la eliminación del agente patógeno suele durar una semana o menos en adultos; sin embargo, en infantes se prolonga hasta tres semanas en un tercio de casos. No es frecuente la eliminación por periodos prolongados.</li> <li>• <i>Campylobacter</i> sp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal durante hasta 5-7 semanas</li> <li>• <i>Shigella</i> sp.: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo.</li> <li>• <i>Salmonella</i> spp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo.</li> <li>• <i>Giardia duodenalis</i>: durante el periodo de excreción de quistes.</li> <li>• <i>Yersinia enterocolitica</i>: se desconoce, sin embargo la bacteria es excretada durante un promedio de seis semanas después del diagnóstico.</li> <li>• <i>Entamoeba histolytica</i>: mientras se expulsan los quistes por las heces.</li> </ul>
<b>Periodo de incubación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rotavirus</i>: de 24 a 72 horas, aproximadamente.</li> <li>• <i>Escherichia coli</i>: de 3 a 8 días, con una mediana de 3-4 días.</li> <li>• <i>Campylobacter</i> sp: de 1 o 2 días.</li> <li>• <i>Shigella</i> sp.: varía de 1 a 7 días, pero típicamente es de 2 a 4 días.</li> <li>• <i>Salmonella</i> spp.: desde 6 hasta 48 horas, dependiendo de la dosis infectante, la que puede ser de 15 a 20 UFC para algunos serotipos.</li> <li>• <i>Giardia duodenalis</i>: es de 1 a 4 semanas.</li> <li>• <i>Yersinia enterocolitica</i>: de manera típica va de 4-6 días, aunque varía de 1-14.</li> <li>• <i>Entamoeba histolytica</i>: es de 2 a 4 semanas.</li> </ul>

# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

## Susceptibilidad

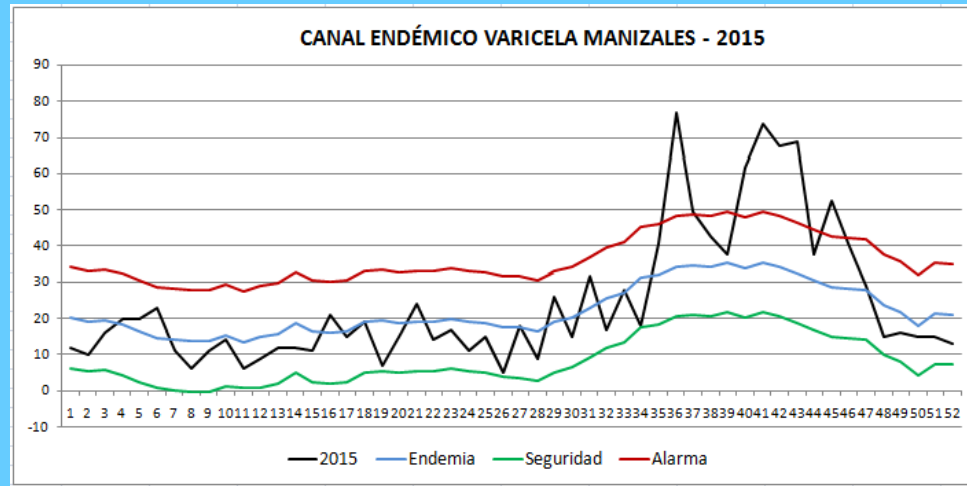
- *Rotavirus*: la susceptibilidad alcanza su nivel máximo entre los 6 y 24 meses de edad; a los 3 años de edad, casi todos los niños han generado anticuerpos contra rotavirus. Los individuos inmunodeficientes están expuestos al peligro particular de excretar por largo tiempo el antígeno de los rotavirus y a sufrir diarrea intermitente por dichos virus. La diarrea es poco frecuente en lactantes infectados de menos de 3 meses de edad.
- *Escherichia coli*: la dosis infectante es muy baja, no es bien conocida la susceptibilidad e inmunidad a este agente. La edad avanzada aparece como un riesgo, sobre todo si está vinculada a hipoclorhidria, que puede ser un factor contribuyente a la susceptibilidad. Los infantes menores de 5 años tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes hemolítico-urémicos.
- *Shigella sp.*: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas.
- Las complicaciones más graves, que pueden incluso comprometer la vida, se ven en inmunodeprimidos, desnutridos y niños pequeños. Estas son fundamentalmente alteraciones hidrometabólicas (deshidratación, hiponatremia, hipoglucemia) y complicaciones intestinales como megacolon tóxico o perforación intestinal.
- La bacteriemia por *Shigella* es mucho más rara y se observa casi exclusivamente en inmunodeprimidos.
- *Yersinia enterocolitica*: afecta a los niños menores de edad y a los adultos con factores de predisposición como el almacenamiento excesivo de hierro y estados inmunosupresores.

## Frecuencia de Varicela:

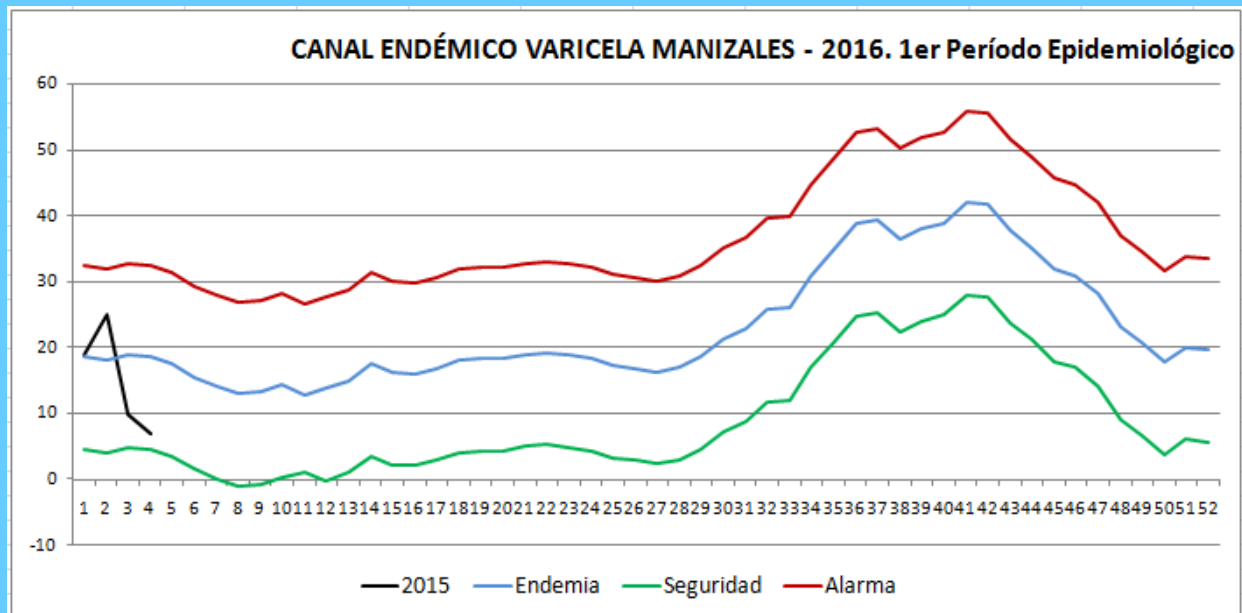
Conforme al protocolo de vigilancia del INS, la varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo, producida por el virus varicela-zoster (VVZ), de carácter benigno. Es en la actualidad la infección exantemática más frecuente. Su presentación es endémica con períodos en que se torna epidémica con ciclos de 3-4 años. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años, esto porque el VVZ infecta a niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo de 4 %. La inmunidad es generalmente de por vida, aunque en ocasiones puede ocurrir reinfección (caso clínico de varicela) en inmunocompetentes.

El índice endémico del año anterior presentó un pico sostenido de incremento de casos durante el segundo semestre de 2015, como es habitual todos los años.

# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

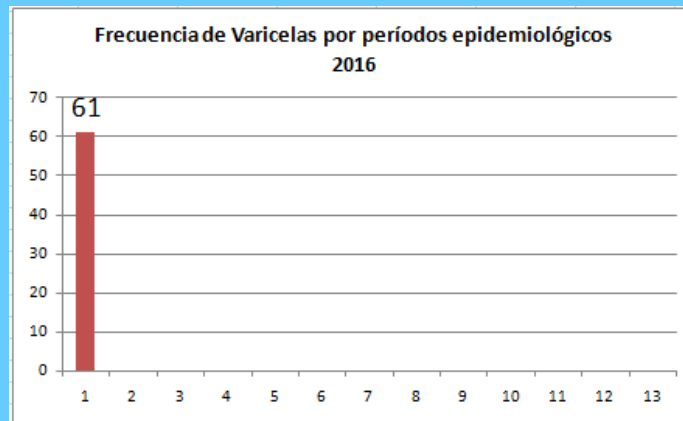


Después de este habitual incremento de los casos notificados hacia el final del año y principios del nuevo, empieza a disminuir paulatinamente los casos.



Se han presentado en 2016, 61 casos, frente a 58 del mismo período en el año anterior.

# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO



Promedio: 15 eventos semanales.

Es muy probable que esta tendencia de incrementos en el segundo semestre, empiece a modificarse en los próximos años; se debe atenuar toda vez que en 2015 el Ministerio de Salud incluyó dentro del esquema regular del PAI la vacuna contra la varicela en su primera dosis, al cumplir un año; refuerzo a los 5 años.

Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	La varicela es la infección primaria causada por el virus Varicela-Zoster (VZ), que es miembro del grupo de <i>Herpesvirus</i> .
<b>Modo de transmisión</b>	La transmisión ocurre de persona a persona por contacto directo con pacientes con varicela o lesiones de zoster, por dispersión aérea de secreciones respiratorias y por líquido de las vesículas en caso de herpes zoster; indirectamente por objetos recién contaminados por secreciones de las vesículas y las membranas mucosas de las personas infectadas. El hacinamiento y la población de comunidades cerradas son, entre otros, los principales factores de riesgo de propagación.
<b>Período de incubación</b>	El período de la incubación para la varicela es 10 - 21 días, generalmente entre 14-16 días.
<b>Período de transmisibilidad</b>	Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela, y persiste hasta que todas las lesiones están encostradas; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones. En los pacientes inmunocomprometidos con varicela progresiva, probablemente el período de transmisibilidad sea durante todo el tiempo de erupción de nuevas lesiones. Este virus es muy infeccioso, y produce infección secundaria en contactos cercanos susceptibles en proporción cercana al 90%.
<b>Susceptibilidad</b>	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus y se traslade a áreas endémicas.
<b>Reservorio</b>	Los humanos son la única fuente de infección.
<b>Inmunidad</b>	La inmunidad que sigue a la infección de varicela generalmente es de larga duración; sin embargo, segundos episodios de infección por este virus raramente ocurren entre personas inmunológicamente normales. El virus de VZ también es capaz de permanecer en un estado latente en tejido del nervio humano, y puede reactivarse en aproximadamente el 15% de las personas infectadas produciendo herpes zoster, que usualmente se presenta como un salpullido vesicular con dolor y prurito en una distribución dermatomal.

# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO



## ATENCIÓN... no es “inofensivo”

El 7 de mayo de 2015 la OPS/OMS emitió la **Alerta Epidemiológica de Infección por virus Zika-ZIKV** en la cual recomienda a sus Estados Miembros el establecer y mantener la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por virus Zika, tratar a los pacientes e implementar una efectiva estrategia de comunicación con el público para reducir la presencia del mosquito transmisor de esta enfermedad, en especial en las áreas en las que está presente el vector.

El 22 de mayo de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y OPS - Colombia llevaron a cabo la primera reunión de evaluación de riesgo ante la posible introducción de ZIKV en Colombia y la definición de las acciones en Salud Pública que deben desarrollarse, teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas por la OPS/OMS.

El 3 de junio de 2015 Minsalud informa sobre la posibilidad de la llegada del Virus Zika a Colombia mediante boletín de prensa No 137 , el cual fue difundido a los diferentes actores del sistema de salud a través de e-mailing.

El 16 de octubre del 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social confirmó la presencia del virus del zika en el territorio nacional, solicitando extremar las medidas de prevención y control de los criaderos, es decir los depósitos de agua donde se reproduce el mosquito *Aedes aegypti*.

**El 1 de diciembre de 2015 la OPS/OMS emitió la Alerta Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas, ante el incremento de anomalías congénitas, síndrome de Guillain Barre y otras manifestaciones autoinmunes en zonas donde circula el virus Zika, y su posible relación con este virus; recomendando establecer y mantener la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por virus Zika, preparar a los servicios de salud ante una eventual demanda adicional en todos los niveles de atención sanitaria y una demanda más alta de servicios especializados para la atención de síndromes neurológicos, así como también fortalecer las actividades de consulta y control prenatal. De igual manera continuar con los esfuerzos para reducir la presencia del mosquito transmisor a través de una efectiva estrategia de control del vector y de comunicación a la población.**

El 7 de diciembre de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social anuncia a través del boletín de prensa No 329 de 2015 que Colombia vigila posibles complicaciones relacionadas con el virus del Zika. El Ministro de Salud Dr Alejandro Gaviria Uribe lanzó un nuevo llamado a la prevención de la enfermedad, al término de la segunda reunión de evaluación del riesgo para Colombia por virus del Zika.



# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

En este sitio web, del INS, usted puede consultar semanalmente el boletín actualizado de frecuencia de ZIKA en todo el país.

<http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Zika.aspx#.VtmlYvnhDIU>

Hasta la semana 7 del 2016, han sido reportados 42.706 casos entre confirmados por laboratorio, confirmados por clínica y nexos epidemiológicos y sospechosos

	Confirmados por laboratorio	Confirmados por clínica	Sospechosos	Total casos
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1612</b>	<b>34 464</b>	<b>6 630</b>	<b>42 706</b>

# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

Desde nuestra página web ([www.manizales.salud.com](http://www.manizales.salud.com)) y desde este link... **DONE SUS ORGANOS i!!**



Para obtener su Carné... entre acá:

Usa tu   
 Regala Vida  
**DONA TUS ÓRGANOS Y TEJIDOS**

---

Un Donante de órganos y tejidos puede beneficiar hasta **55 personas**

**CONOCE ALGUNOS DE LOS TEJIDOS QUE SE PUEDEN DONAR:**

**Válvulas Cardíacas**  
**Piel**  
**Cartilago**  
**Venas**  
**Médula Ósea**  
**Tendones**  
**Hueso**  
**Artérias**  
**Córneas**

@DonemosVidaCO @DonemosVidaCO DonemosVidaCO Donemos Vida Colombia

**COLOMBIA Dona Vida**



# BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

Para más información en salud pública en Manizales, Caldas y Colombia, visite:

[www.manizalessalud.com](http://www.manizalessalud.com)

<http://www.saluddecaldas.gov.co/>

<http://www.minsalud.gov.co>

<http://www.ins.gov.co>

Unidad de Epidemiología/Enero 2016

Boletín Epidemiológico