

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN LA ENFERMEDAD

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGIA

RABIA

- ▶ El virus de la rabia pertenece al género Lyssavirus de la familia Rhabdoviridae, genotipo 1.
- ▶ El periodo de incubación está en un rango de 10 a 60 días, aunque puede ser de uno o más años.
- ▶ El periodo de transmisibilidad del virus inicia de 3 a 5 días antes del comienzo de los primeros signos y/o síntomas



RABIA

- La infección con virus rábico ocurre en dos formas epidemiológicas diferentes:
 1. Rabia urbana, con el perro como principal reservorio y transmisor de la enfermedad a los humanos.
 2. Rabia silvestre con especies depredadoras y animales como el zorro, murciélagos, el chacal y otros que actúan como reservorios y transmisores.

Reservorios: En zonas urbanas predominantemente en perros y gatos; en las zonas rurales en vacas, caballos y asnos; en zonas poco habitadas, apartadas o boscosas, en murciélagos, zorros y zorrillos.

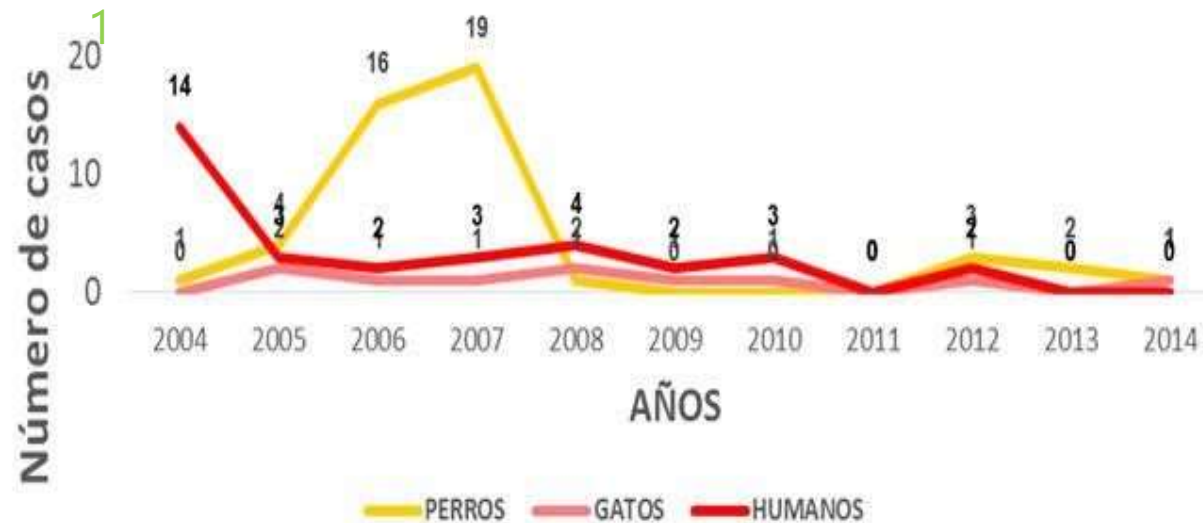
Genotipo	Denominación	Filogrupo
1	Virus rábico clásico (RAV)	I
2	Lagos Bat (LBV)	II
3	Mokola (MOKV)	II
4	Duvenhage (DUVV)	I
5	European Bat Lyssavirus 1 (EBL) 1	I
6	European Bat Lyssavirus 2 (EBL) 2	I
7	Australian Bat Lyssavirus (ABL)	I

EPIDEMIOLOGIA



EPIDEMIOLOGIA

TENDENCIA DE CASOS DE RABIA EN HUMANOS, PERROS Y GATOS
COLOMBIA 2004 -A SEMANA 53 -2014



Rabia Humana por Regiones 1995-2009 (*)

Ciclo

Urbano : 26

2

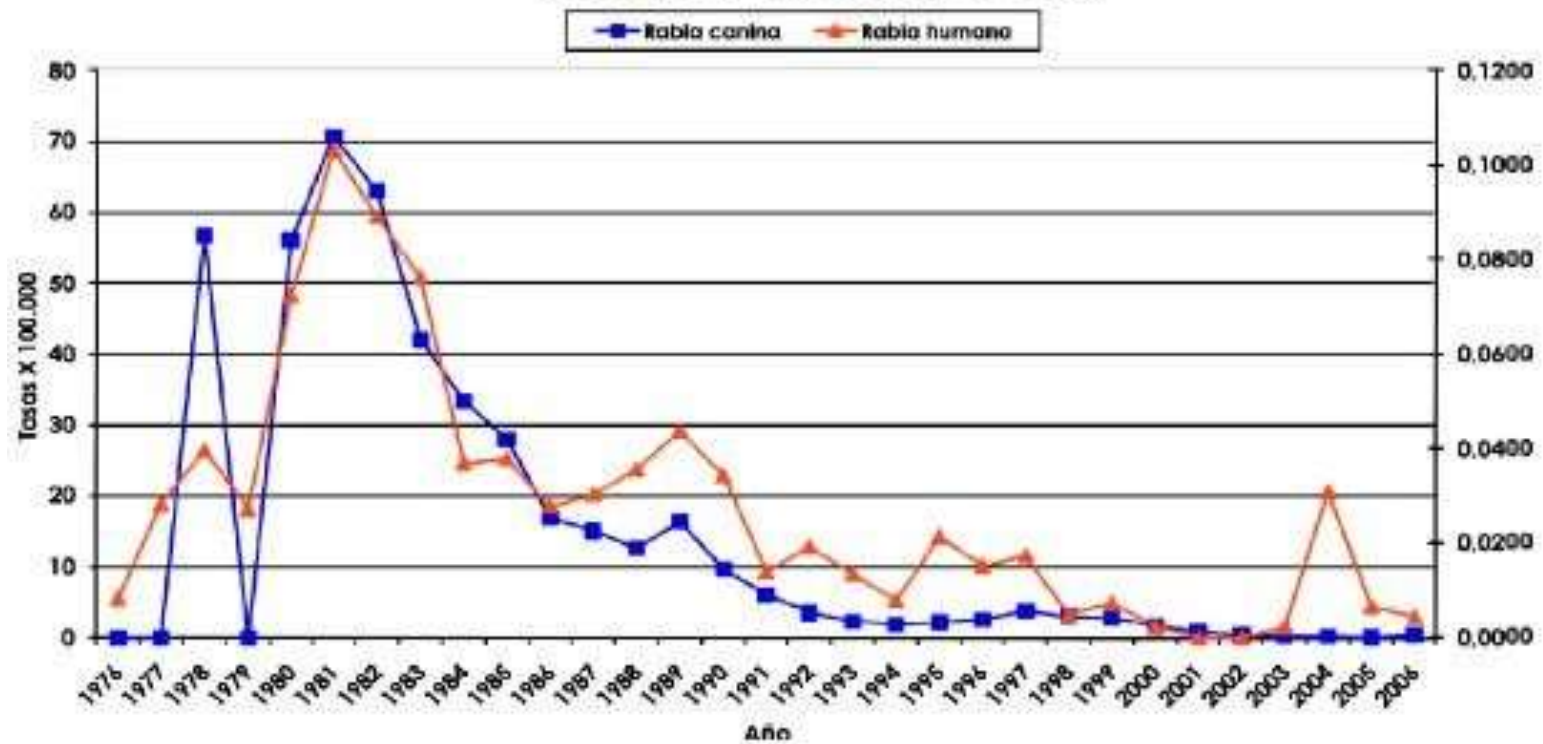
Ciclo

Silvestre: 29

(*): Hasta semana 34 (16 al 22 agosto 2009)-
Fuente: INS – Direcciones Territoriales de Salud,
Ministerio de la Protección Social

EPIDEMIOLOGIA

Figura 1. Tasas de incidencia de rabia humana y canina en Colombia 1976-2006. Tasas por 100 mil



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- ▶ Identificar la frecuencia y tendencia del evento al igual que las características sociodemográficas de la población agredida por animales potencialmente transmisores del virus de la rabia.
- ▶ Determinar tendencias de exposición en términos de proporciones, tasas, letalidad y mortalidad en casos de infección por el virus de la rabia en humanos, perros y gatos.
- ▶ Detectar y caracterizar brotes epidémicos de infección por el virus de la rabia en humanos, en perros y gatos. (mediante la investigación de brotes identificando zona focal – perifoco)
- ▶ Detectar la circulación del virus de la rabia y sus variantes, especialmente en zonas de riesgo y municipios fronterizos.



Lesión causada por mordedura/arrañazo o lamedura de mucosas/piel lesionada ocasionada por:

1. Perro o gato observable, sin signos y síntomas de rabia.
2. Pequeños roedores (rata, ratón, hamster, ardilla, cuy, conejo).

Contacto con saliva o tejido nervioso con piel intacta.

NO EXPOSICIÓN

1. Atención inicial

- Lave la herida con agua y jabón.
- Evite suturar las heridas (si es necesario utilice puntos de afrontamiento).
- Considere el uso de toxoide tetánico y antibióticos.
- Diligencie la ficha de notificación y avise a epidemiología.

Lesión única en tronco, miembros superiores o inferiores, causada por mordedura/arrañazo o lamedura de piel lesionada ocasionada por:

1. Perro o gato no observable o desconocido.

EXPOSICIÓN LEVE

1. Atención inicial

- Lave la herida con agua y jabón.
- Evite suturar las heridas (si es necesario utilice puntos de afrontamiento).
- Considere el uso de toxoide tetánico y antibióticos.
- Diligencie la ficha de notificación y avise a epidemiología.

2. Tratamiento específico

- Formule vacuna antirrábica según esquema (5 dosis) Días 0-3-7-14-30

Lesión múltiple en cualquier área del cuerpo o lesión única en cabeza, cuello, mano o dedos causada por mordedura/arrañazo o lamedura de mucosas ocasionada por:

- Perro o gato no observable o desconocido.

Lesión causada por mordedura/arrañazo o lamedura de piel lesionada y/o mucosas, sin importar el número o sitio anatómico ocasionada por:

- Perro o gato con signos o síntomas de rabia al momento de la agresión.
- Perro o gato con signos o síntomas de rabia durante los 10 días de observación.

Lesión causada por mordedura/arrañazo o lamedura de piel lesionada y/o mucosas, sin importar su número o localización ocasionada por:

- Animales silvestres (murciélago, mico, zorro, chigüiro, etc.)

EXPOSICIÓN GRAVE

1. Atención inicial

- Lave la herida con agua y jabón.
- Evite suturar las heridas (si es necesario utilice puntos de afrontamiento).
- Considere el uso de toxoide tetánico y antibióticos.
- Diligencie la ficha de notificación y avise a epidemiología.

2. Tratamiento específico

- Formule inmunoglobulina antirrábica, independiente del tiempo de ocurrida la agresión y tenga en cuenta:
 - Realice las pruebas sensibilidad: puntura e intradérmica.
 - En caso de ser positivas realice desensibilización.
- Considere el uso de antihistamínicos antes de la aplicación.
- Dosis: suero heterólogo (40UI/kg), suero homólogo (20UI/kg)
- Formule vacuna antirrábica según esquema (5 dosis) días 0-3-7-14-30

Riesgo laboral

1. Contacto de piel lesionada o mucosas con saliva o tejido nervioso de una persona o animal (perro, gato, vaca, cerdo, caballo, cabra) con rabia confirmada por laboratorio.
2. Contacto de mucosas con aerosoles en ambientes de laboratorio o cavernas de murciélagos con altas concentraciones del virus de la rabia.

Agresiones por un animal potencialmente transmisor de rabia

CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO

- ▶ **HUMANOS:** Inmunofluorescencia directa (IFD) positiva a rabia, prueba biológica positiva a rabia, estudio histopatológico con reporte de encefalitis aguda y cuerpos de Negri, detección de antígenos virales del virus de la rabia por inmunohistoquímica y/o por titulación de anticuerpos neutralizantes del virus de la rabia iguales o superiores a 0,5 UI/ml en suero o líquido cefalorraquídeo (LCR) de paciente con síntomas compatibles con infección por el virus de la rabia, antecedente de agresión animal (no siempre reportada), no vacunado.
- ▶ **ANIMALES DOMESTICOS:** Caso probable de infección por el virus de la rabia en perro o en gato que es confirmado por inmunofluorescencia directa (IFD) y/o prueba biológica.

1. Consejo Territorial de Zoonosis realizada para el análisis de la situación, la cual debe determinar la extensión de foco 5 km y área de peri-foco 25 km, las acciones a realizar y coordinar y las acciones intersectoriales según las competencias de ley.

2. Investigación epidemiológica de campo a las 24 y 72 horas de notificado el caso Las búsquedas activas institucionales (BAI) de casos con diagnósticos que cumplan con la definición de caso de rabia humana

- a. Las búsquedas activas comunitarias (BAC) de personas y animales con signos de infección por virus de la rabia y/o agredidos por un animal potencialmente transmisores de rabia.
- b. Las coberturas de vacunación antirrábicas en perros y gatos del año inmediatamente anterior y del año en curso.
- c. Las acciones de capacitación a profesionales de la salud y la aplicación de la estrategia IEC en la comunidad.

3. Los informes sobre las acciones de control de foco y perifoco realizadas a los 15, 30 y 60 días de notificado el caso, incluyendo mapa de riesgo epidemiológico de la región.

IPS

Atendimiento del paciente
Diligenciar historia clínica,
agresión, clasificación de la
expo.

Reporte al SIVIGILA.
Reporte de muestras pre
mortem y post mortem
Tratamientos



EAPB

Garantizar el
tratamiento
Acompañar
proceso de
diagnóstico



UNM

AGRESIONES

Recibir la notificación

Observación del animal 10 días.

Retroalimentación a la IPS y EPS

Ajuste de casos.

CASOS EN HUMANOS, PERROS Y GATOS

Investigación epidemiológica (Caso
probable o confirmado)

Busqueda activa comunitaria

Busqueda activa institucional (SSM, SSD,
ICA y CAR)

Control del foco y perifoco

Tomar muestra

Comites de vigilancia

UND

Verificación de la
notificación (GGR-
RI, SIVIGILA).

Comite de zoonosis
Comite de vigilancia
epidemiologica
Apoyar la UDM



LDSP

Recibir muestras y
enviar al INS
Consolidar las
muestras procesadas
Calidad



INS

Orientar planes de
contingencias
Seguimientos



MSPS

Lineamientos
tecnicos

ACCIONES DE PREVENCIÓN

- ▶ Sensibilizar y educar a la comunidad sobre los factores de riesgo más frecuentes, su identificación temprana y manejo.
- ▶ Promover la generación de familias y comunidades que prevengan agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia .
- ▶ Tenencia responsable de mascotas.
- ▶ Fomentar y fortalecer redes de apoyo en la comunidad para la consulta oportuna.
- ▶ Asegurar coberturas de vacunación antirrábica del 80 % de perros y gatos en el territorio nacional, del 90 % en los municipios con focos de rabia silvestre y del 100 % en el área de los focos y peri focos donde se presenten los casos de rabia animal y humana.

LEPTOSPIROSIS

- ▶ Grupo de bacterias, espiroquetas, de la familia Leptospiraceae género *Leptospira* spp del cual se han identificado proximadamente 300 serovares..
- ▶ Contacto directo de la piel o mucosas con la orina de animales infectados.
- ▶ Contacto indirecto de la piel o mucosas con alimentos, suelos o agua contaminada con la orinade animales infectados.
- ▶ Período de incubación 10 días, con límites de 2 a 26 días

Tabla 2: Reservorios típicos y serovares de *Leptospira* encontrados.

Reservorios	Serovar(s)
Cerdo	Pomona, Tarassovi
Vacuno	Hardjo, Pomona, Grippotypcosa
Caballo	Bratislava
Perro	Canicola
Oveja	Hardjo
Rata	Icterohaemorrhagiae, Copenhageni
Ratón	Ballum, Arborea, Bim
Marsupiales	Grippotypcosa
Murciélago	Cynopteri, Wolffi

Factores de Riesgo

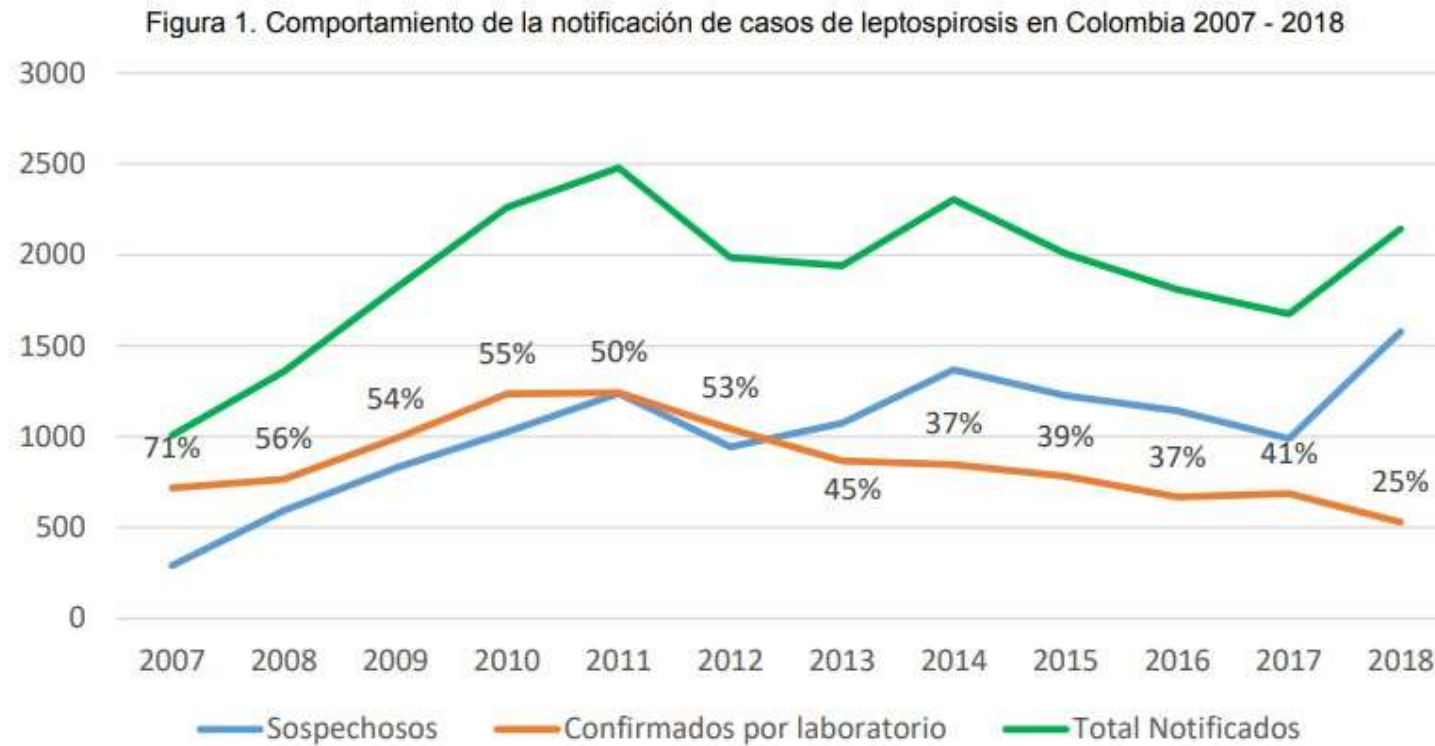
Tabla 2. Factores de riesgo asociados a la infección por *Leptospira* en pacientes febriles en la provincia de Manu, Madre de dios, Perú. Junio 2000.

Factores de riesgo	Valor X ²	p	Odds Ratio (O R)	Intervalo OR
Consumo de agua de río en el hogar	5,738	0,017*	9,09	(1,1 - 74,6)
Consumo de agua de río en el campo	4,142	0,042*	7,13	(0,8 - 60,5)
Contacto con perros	3,74	0,053*	2,63	(0,9 - 7,1)
Natación en el río	2,26	0,13	4,60	(0,5 - 39,7)
Acopio de alimentos en el hogar	2,585	0,109	2,44	(0,8 - 7,4)
Uso de sandalias	0,812	0,368	1,77	(0,5 - 6,2)
Contacto con roedores	0,812	0,367	1,70	(0,5 - 5,4)
Manipulación de tejidos animales	0,235	0,628	1,37	(0,3 - 5,0)
Natación en aguas estancadas	0,142	0,707	1,20	(0,4 - 3,2)
Contacto con animales silvestres	0,088	0,928	1,05	(0,3 - 2,7)
Techo de la vivienda de plástico y paja	6,219	0,013*	4,04	(1,3 - 14,8)
Piso de la vivienda de tierra	0,012	0,914	0,94	(0,3 - 2,6)
Pared de la vivienda de plástico y paja	0,032	0,858	0,90	(0,2 - 3,1)

*Significativos.



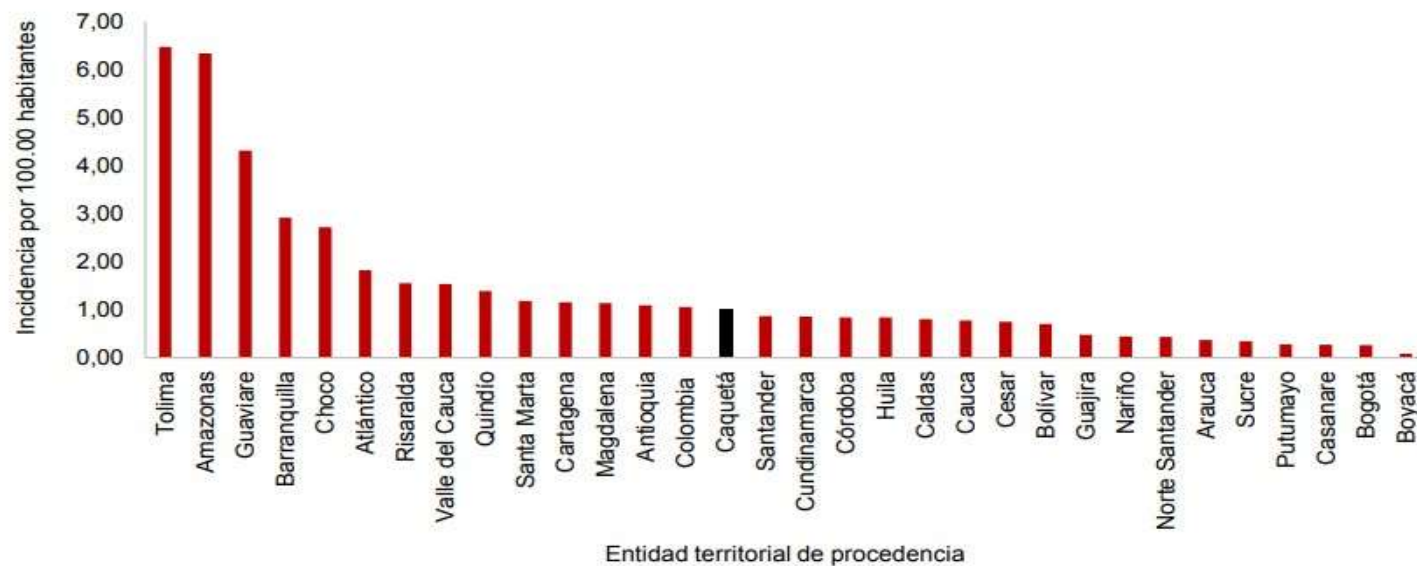
EPIDEMIOLOGIA



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

EPIDEMIOLOGIA

Figura 6. Incidencia de leptospirosis por entidad territorial de procedencia en Colombia, 2018

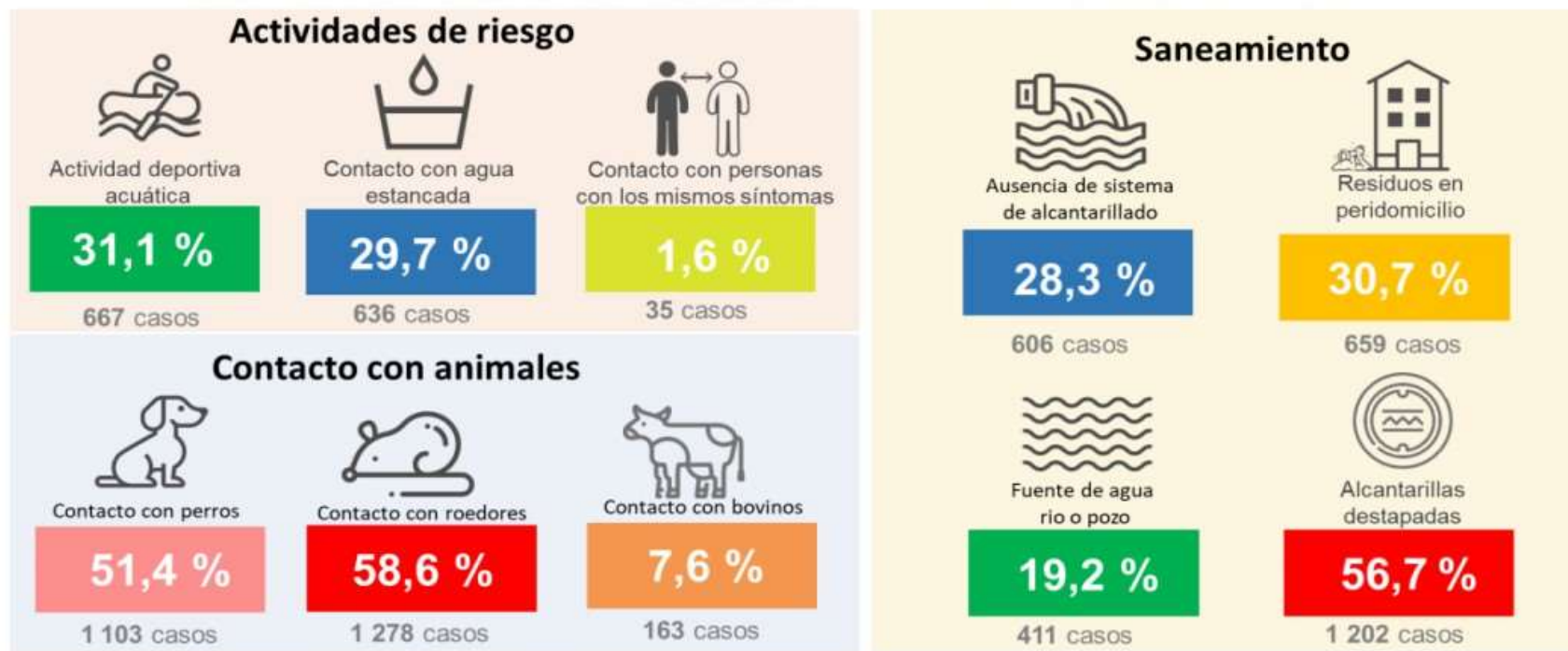


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

Un 74,1 % de los casos se presentaron en área de cabecera municipal, seguido con un 23,2 % por rural disperso.

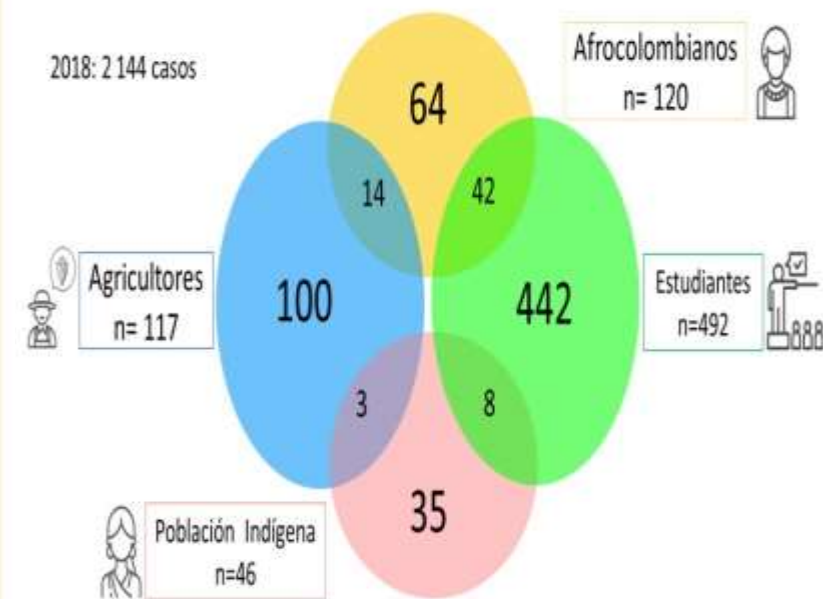
EPIDEMIOLOGIA

Figura 8. Antecedentes epidemiológicos de los casos de leptospirosis, Colombia, 2018



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

Figura 4. Análisis de poblaciones especiales en leptospirosis, Colombia, 2018



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- ▶ Describir las características demográficas y sociales de la leptospirosis en las entidades territoriales.
- ▶ Estimar la morbilidad, incidencia y letalidad de la leptospirosis en Colombia y a nivel territorial, analizando
- ▶ Las características más relevantes por entidad territorial de procedencia.
- ▶ Monitorear cambios en la notificación de los casos para identificar posibles situaciones de brote.

TIPOS DE CASOS

- ▶ ▶ Caso Sospechoso: Paciente con fiebre o antecedentes de fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) en las últimas tres semanas que presente dos o más de los siguientes síntomas o signos: cefalea, mialgia, conjuntivitis, artralgia, vómitos, diarrea, dolor de espalda, escalofríos, dolor retroocular o fotofobia. Una o más manifestaciones sugestivas de progresión de la enfermedad con afectación de órganos, principalmente ictericia, falla hepática, falla renal, trastornos hematológicos o encefalopatía. Con antecedentes epidemiológicos sugestivos
- ▶ ▶ Caso confirmado por nexo epidemiológico: Confirmación de los casos sospechosos sin posibilidad de toma de asociaciones en persona, tiempo y lugar, teniendo en cuenta la exposición a la misma fuente de infección identificada para los casos confirmados.

- Caso confirmado por laboratorios: Síntomas sugestivos. resultado positivo de ELISA (IgM): 1° Primera muestra: Inicio de síntomas 2° Segunda muestra: 10 a 15 días después de la primera. Títulos de MAT iguales o mayores a 1:400 en la primera muestra en los casos fatales. Cultivo: aislamiento de *Leptospira* spp. en cultivo de sangre, orina o LCR, tomado antes del inicio del tratamiento antibiótico. Pruebas moleculares: detección de ADN mediante PCR.

Método	Fase de la enfermedad	Muestras en estudio			
		Sangre	LCR	Orina	Biopsia
Cultivo en medio de Fletcher	Después de 3 días y en sangre máximo hasta 10 días después del inicio de síntomas. En orina a partir de los 7 días de inicio de síntomas	+	+	+	+
Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)	Después de 3 días	+	+	+	+
Titulación de anticuerpos por pruebas IgM	Después del día 5°	+	-	-	-
Titulación de anticuerpos por MAT	Primera muestra inicio de síntomas (fase aguda) segunda muestra (fase convaleciente) con intervalo entre muestras de 10-15 días	+	-	-	-
Estudio histopatológico	Post mortem	-	-	-	+

IPS

Atendimiento del paciente
Diligenciar historia clínica.
Reporte al SIVIGILA.
Diagnóstico detección de anticuerpos IgM
Tratamiento
Capacitación



EAPB

Garantizar el tratamiento
Acompañar proceso de diagnóstico



UNM

Notificación
Investigación de caso, intervenir en los factores de riesgo y en la cadena de transmisión.
Investigación de Brotes.
Estrategias de comunicación

UND

Verificación y notificación
Realizar análisis epidemiológicos
capacitación



LDSP

Enviar muestras pareadas al INS
Consolidar las muestras
Calidad



INS

Seguimiento de lineamientos nacionales
Fortalecer la red laboratorio
Análisis de laboratorio



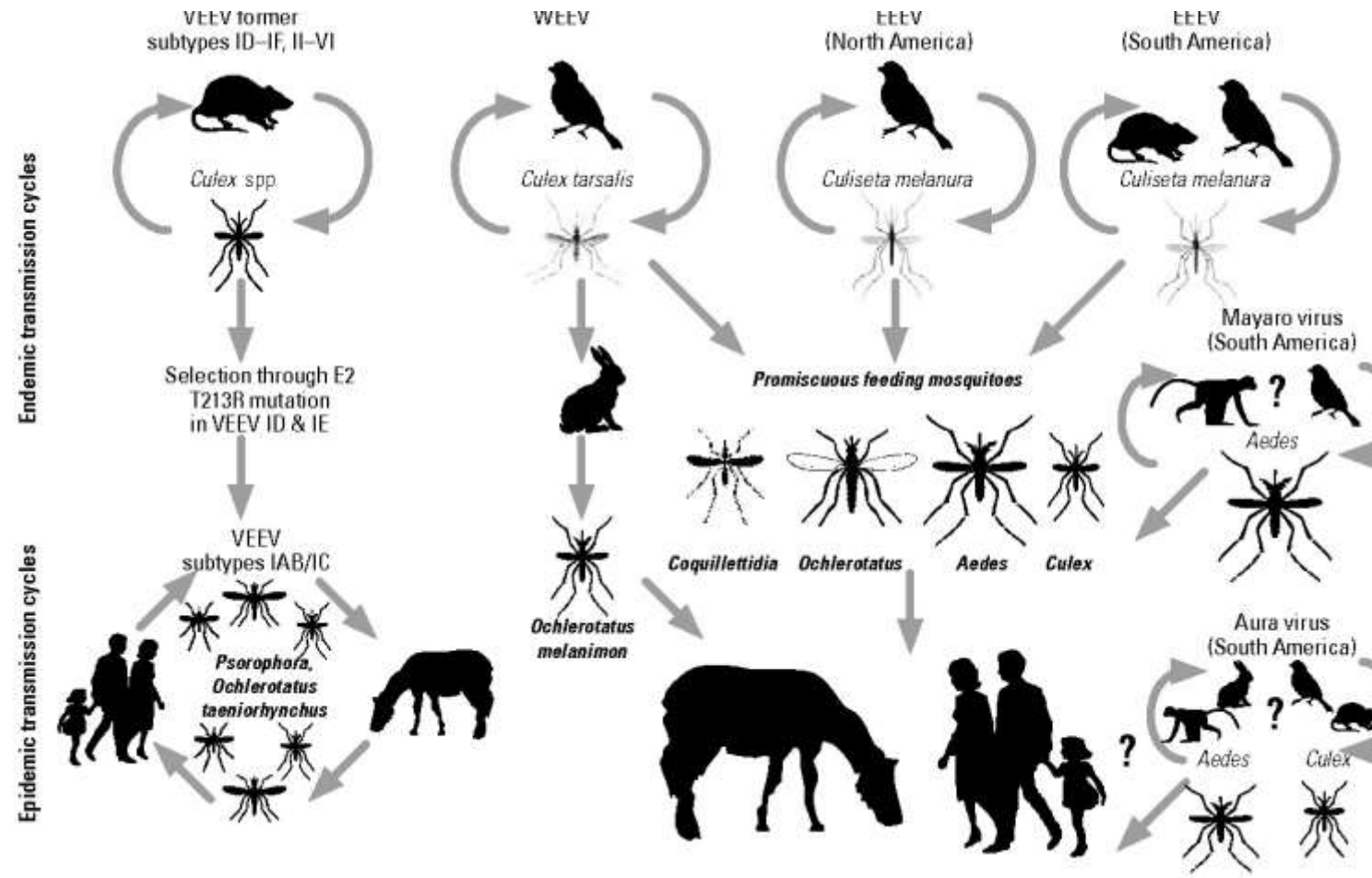
MSPS

Lineamientos técnicos

ACCIONES DE PREVENCIÓN

- ▶ Separar a los animales infectados, prohibir el uso de piscinas o masas de agua que puedan estar contaminadas y proceder a su desinfección.
- ▶ Intensificar las acciones de vigilancia de los alimentos, principalmente aquellos que puedan estar expuestos a orina de roedores.
- ▶ Analizar la posibilidad de administrar profilaxis a los contactos de los casos sospechosos.
- ▶ Drenaje de aguas contaminadas e intensificación de la vigilancia de la calidad sanitaria del agua.
- ▶ Limpieza, remoción y destino de los excrementos animales y desinfección de los lugares de cuidado de los mismos.
- ▶ Desarrollar acciones de control integral para la reducción de la infestación de roedores los factores que determinan la presencia de los roedores en la zona.
- ▶ Es necesario mejorar las prácticas de desempeño de los trabajadores y las medidas de protección utilizadas durante la jornada de trabajo.
- ▶ Los animales infectados deben iniciar el tratamiento con antibióticos adecuados,

ENCEFALITIS EQUINA



ENCEFALITIS EQUINA

Aspecto	Descripción			
	Encefalitis Equina del Este	Encefalitis Equina Venezolana	Encefalitis del Nilo Occidental	Encefalitis Equina del Oeste
Agente etiológico	Género: Alphavirus	Género: Alphavirus	Género: Flavivirus	Género: Alphavirus
	Familia: Togaviridae	Familia: Togaviridae	Familia: Flaviviridae	Familia: Togaviridae
	Se agrupa en 2 variantes: una variante procedente de América del Norte y otra de América del sur siendo la primera la más patógena.	Variantes antigénicas: Las variantes AB y C del subtipo I (I – AB y IC) son altamente virulentas para los equinos y causa epizootias/epidemias. Las variantes D, E y F del subtipo I (ID, IE y IF), los subtipos II, III, IV, V y VI, comprenden las cepas enzoóticas no patógenas para los equinos.	Hace parte del serocomplejo de la encefalitis japonesa junto con los virus Cacipacora, Koutango, encefalitis japonesa, encefalitis de San Luis, encefalitis Murray Valley, Usuto y Yaounde.	Forma un complejo antigénico, en el que entran 14 virus estrechamente relacionados con el virus EEO. Varios de estos virus son subtipos del virus EEO, y otros son subtipos del virus Sindbis, mientras que los virus Highlands J (HJ) y Aura son distintos de los otros miembros de este complejo antigénico.

Periodo de Incubación: Suele ser de 1 a 6 días para EEV,, por lo general es de 5 a 10 días para la EEO o EEE. Para ENO el periodo de incubación es de aproximadamente 2-14 días y de 2-6 días para los casos febriles.

EPIDEMIOLOGIA

La EEV se ha diagnosticado en los departamentos de la Costa Atlántica (Bolívar, Córdoba y Sucre), Antioquia, Cauca, Valle del Cauca, Tolima, Huila, Cundinamarca, Caquetá, Casanare, Arauca, Meta y Santanderes.

Las epizootemias de EEV han ocurrido con un intervalo entre 15 y 20 años, especialmente en aquellos departamentos con precipitaciones estacionales importantes.

Mapa 1. Numero de focos presentados de Encefalitis Equinas por entidad territorial. Colombia 2018



12 corresponden a Encefalitis Equina Venezolana, uno a Encefalitis del Nilo Occidental y uno a Encefalitis Equina del Oeste.

Reporte de Brote

EEV en 1952 se diagnosticó por primera vez en humanos en Colombia, en el Espinal.

EEV Guajira en octubre a diciembre de 1962 causó 3.000 casos humanos con 20 muertos en Colombia y en Venezuela, 6.762 casos con 43 Muertes.

EEV Venezuela y Colombia en 1995 principalmente en Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia.

EEV en 2015 en Coromoro, departamento de Santander, 4 casos en humanos

EEE en 2016 en el departamento de Casanare se reportó 55 focos en los municipios de Aguazul, Yopal, Tauramena, Mani, Orocué, Monterey, Trinidad y San Luis de Palenque.

CAUSAS



- 1) Vacunación insuficiente de los equinos.
- 1) Falta de vigilancia epidemiológica sostenida.
- 2) Conocimiento limitado de la ecología de la encefalitis equina.
- 4) Un nivel de actividad viral más alto en las zonas donde la enfermedad ha estado presente desde 1993.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- ▶ Establecer las características demográficas y sociales de los casos de EEV, EEE, ENO, EEO para identificar zonas de mayor riesgo y así orientar las acciones de investigación, prevención y control.
- ▶ Determinar la frecuencia y distribución, prevalencia y letalidad de los casos de EEV, EEE, ENO, EEO para brindar información confiable que permita el desarrollo de actividades de prevención y control.
- ▶ Identificar tempranamente brotes con el fin de orientar su investigación intersectorial para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos. • Establecer la circulación de los diferentes subtipos del virus de la Encefalitis Equina Venezolana en el ciclo epizootico y enzoótico de acuerdo con los antecedentes eco epidemiológicos, hospederos y factores de riesgo.

TIPOS DE CASOS

- ▶ ▶ Caso probable: Paciente con cefalea acompañada o no de convulsiones o alteración del estado de conciencia, desorientación, somnolencia, letargia, coma, hiperacusia.
- ▶ ▶ Procedente de zonas con circulación viral confirmada o presencia de équidos enfermos o muertos, o que presenten signos y síntomas de dos de las siguientes categorías: Fiebre y cefalea de más de 5 días; Mialgias, artralgias, náuseas, vómito, anorexia, diarrea, escalofrío, fotofobia, postración y malestar; Paciente con meningoencefalitis viral, encefalitis viral o encefalitis aséptica.
- ▶ ▶ Caso confirmado por laboratorio: Todo caso probable de encefalitis equina que se ha confirmado por alguno de los criterios de laboratorio. Presencia de anticuerpos IgM contra el virus EEE y EEV en muestras de suero. Determinación de anticuerpos IgG contra el virus EEE y EEV en muestras pareadas. Aislamiento viral Amplificación molecular por RT-PCR para los virus EEE, EEV y VNO.
- ▶ ▶ Caso confirmado por nexo epidemiológico

IPS

Atendimiento del paciente
Diligenciar historia clínica,
Reporte al SIVIGILA.
Diagnóstico
El laboratorio clínico
remitirá las muestras de
suero o líquido
cefalorraquídeo
Tratamiento



EAPB

Garantizar el
tratamiento
Acompañar
proceso de
diagnostico



UNM

Investigación de caso, intervenir
en los factores de riesgo y en la
cadena de transmisión.
Garantizar la actuación
intersectorial
Investigación de Brotes
Investigación Entomológica
Envío de la información

UND

Verificación
notificación
Realizar análisis
epidemiológico
Capacitación.
Consejo
departamental de
zoonosis



LDSP

Enviar muestras
pareadas al INS
Consolidar las
muestras
Calidad



INS

Seguimiento de
lineamientos
nacionales
Fortalecer la red
laboratorio
Vigilancia
entomológica de los
vectores
nacional



MSPS

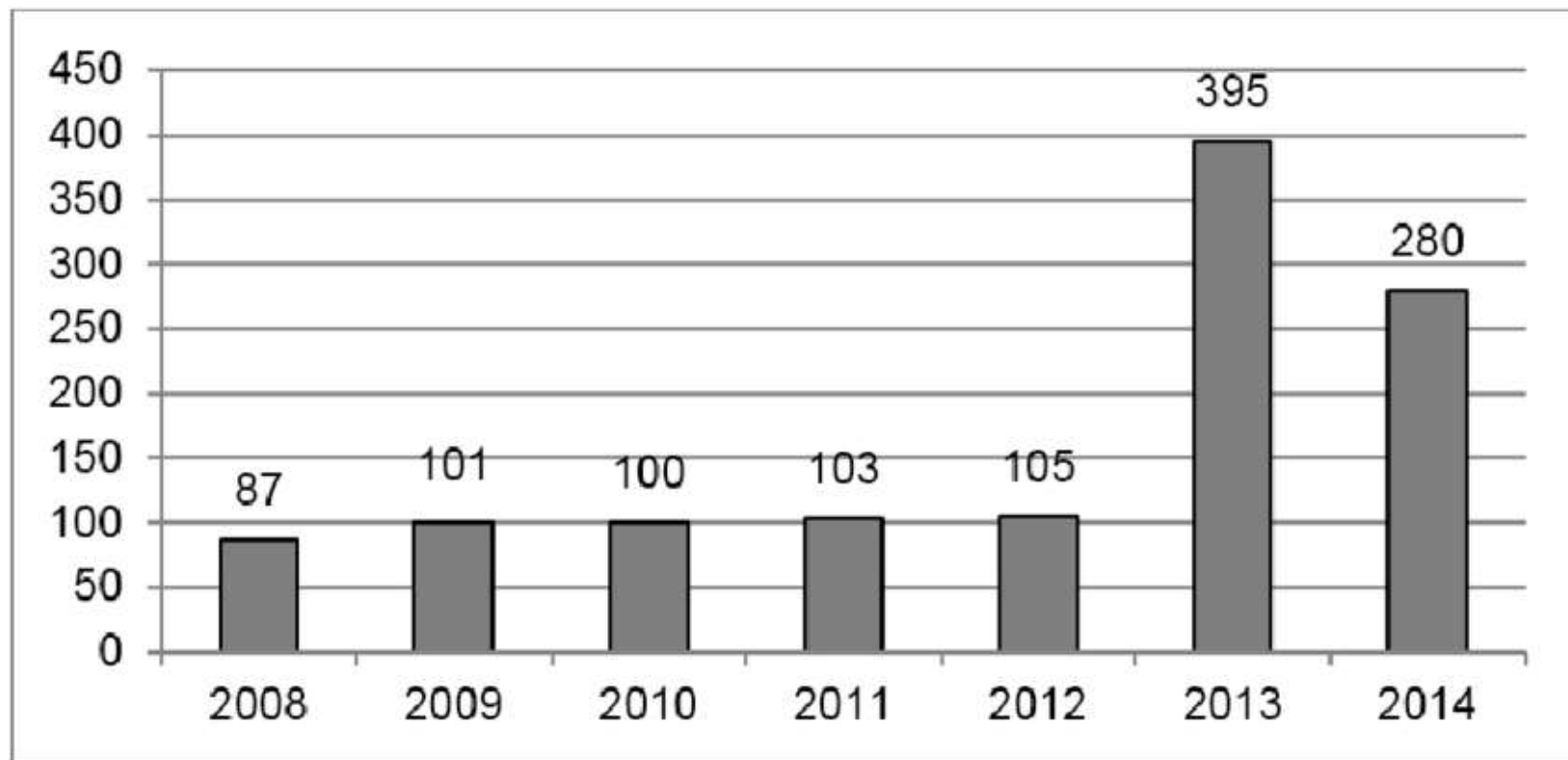
Establecer
linamientos para
la vigilancia de
EE.
Abordaje integral
Valoración del
riesgo

FIEBRE TIFOIDEA Y FIEBRE PARATIFOIDEA

- ▶ Agente etiológico: Salmonella Typhi y Paratyphi A, B o C familia Enterobacteriaceae, anaerobio facultativo, flagelado, no esporulado-
- ▶ Mode de transmisión: Por la ingesta de agua y alimentos contaminados con heces u orina de enfermos o portadores.
- ▶ Período de incubación: de tres días a tres meses, la gastroenteritis paratifoidea de 1 a 10 días.
- ▶ Período de Transmisibilidad: es posible mientras persista la bacteria en las heces y la orina del portador o del enfermo, comúnmente desde la primera semana hasta la convalecencia.
- ▶ El único reservorio de S. Typhi y S. Paratyphi A, B y C es el hombre. S. Paratyphi B se puede encontrar también en animales.

EPIDEMIOLOGIA

Tabla: Casos de fiebre tifoidea y paratifoidea: 2008 a 2014



Casos y proporción de incidencia de fiebre tifoidea y paratifoidea, por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2018

Entidad territorial	Número de casos	Incidencia por 100 000 habitantes
Chocó	14	2,69
Huila	32	2,64
Meta	18	1,74
Norte de Santander	16	1,14
Risaralda	10	1,03
Sucre	7	0,79
Antioquia	38	0,56
Nariño	10	0,55
Arauca	1	0,37
Cartagena	3	0,29
Caldas	2	0,20
Santa Marta D.E	1	0,19
Valle del Cauca	8	0,18
Bolívar	2	0,17
Quindío	1	0,17
Atlántico	2	0,15
Cauca	2	0,1
Magdalena	1	0,1
Córdoba	2	0,1
La Guajira	1	0,1
Cesar	1	0,1
Tolima	1	0,1
Santander	1	0,0
Bogotá D.C.	3	0,0

Casos y proporción de incidencia de fiebre tifoidea y paratifoidea, por grupos de edad, Colombia, 2018



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- ▶ Caracterizar el comportamiento de la fiebre tifoidea y paratifoidea en el país.
- ▶ Definir zonas y áreas geográficas de riesgo para la ocurrencia del evento en el país.
- ▶ Estimar la tendencia de la fiebre tifoidea y paratifoidea en el país.

TIPOS DE CASOS

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso Probable	Todo paciente que presenta fiebre alta (>39° C) por más de 72 horas de comienzo insidioso, dolor de cabeza, malestar general; acompañado o no de: anorexia, estreñimiento o diarrea, tos no productiva y bradicardia relativa.
Caso Confirmado por laboratorio	Caso confirmado por laboratorio con pruebas de hemocultivos, coprocultivo o cultivo de médula ósea positivos para <i>Salmonella Typhi</i> , <i>Paratyphi A</i> , <i>B</i> o <i>C</i> .
Casos confirmado por nexa epidemiológico	Caso que cumple con la definición de caso probable y que está relacionado con un caso confirmado por laboratorio.
Brote	Episodio en el cual dos o más personas presentan sintomatología similar después de ingerir un alimento o agua del mismo origen, donde la evidencia epidemiológica o los resultados de laboratorio implican que estos son el vehículo de transmisión del agente etiológico causal.
Portador	Toda persona con detección mediante coprocultivo positivo <i>Salmonella Typhi</i> , <i>Paratyphi A</i> , <i>B</i> o <i>C</i> y que es asintomática.

IPS

Atendimiento del paciente
Diligencia historia clínica,
Reporte al SIVIGILA.
Laboratorio (hemocultivo y
coprocultivo)
Tratamientos
Participa de la vigilancia



EAPB

Garantizar el
tratamiento
Acompañar proceso
de diagnóstico.
Enviar el 100 % de
los aislamientos de
Salmonella spp



UNM

Consolidar la información del área
de influencia
Investigación de caso
Estudio del 100 % casos
confirmados
Acciones de promoción,
prevención y control

UND

Verificación
notificación
Realizar análisis
epidemiológico
Capacitación..
Asistencia y apoyo
técnico



LDSP

Enviar muestras
pareadas al INS
Aislamientos de
Salmonella spp (o
Salmonella typhi o
paratyphi para
caracterización
fenotípica



INS

Seguimiento de
lineamientos
nacionales
Procesar el 100 %
de las muestras



MSPS

Establecer
lineamientos
nacionales

ACCIDENTE OFÍDICO

Ofidiotoxicosis

- ▶ Anualmente en el mundo se presentan alrededor de 5.400.000 accidentes ofídicos, de los cuales en 50 % se produce envenenamiento, y en 2,5 %, la muerte.

Para Latinoamérica se estiman 150.000 accidentes ofídicos y la muerte de 5.000 personas por esta causa

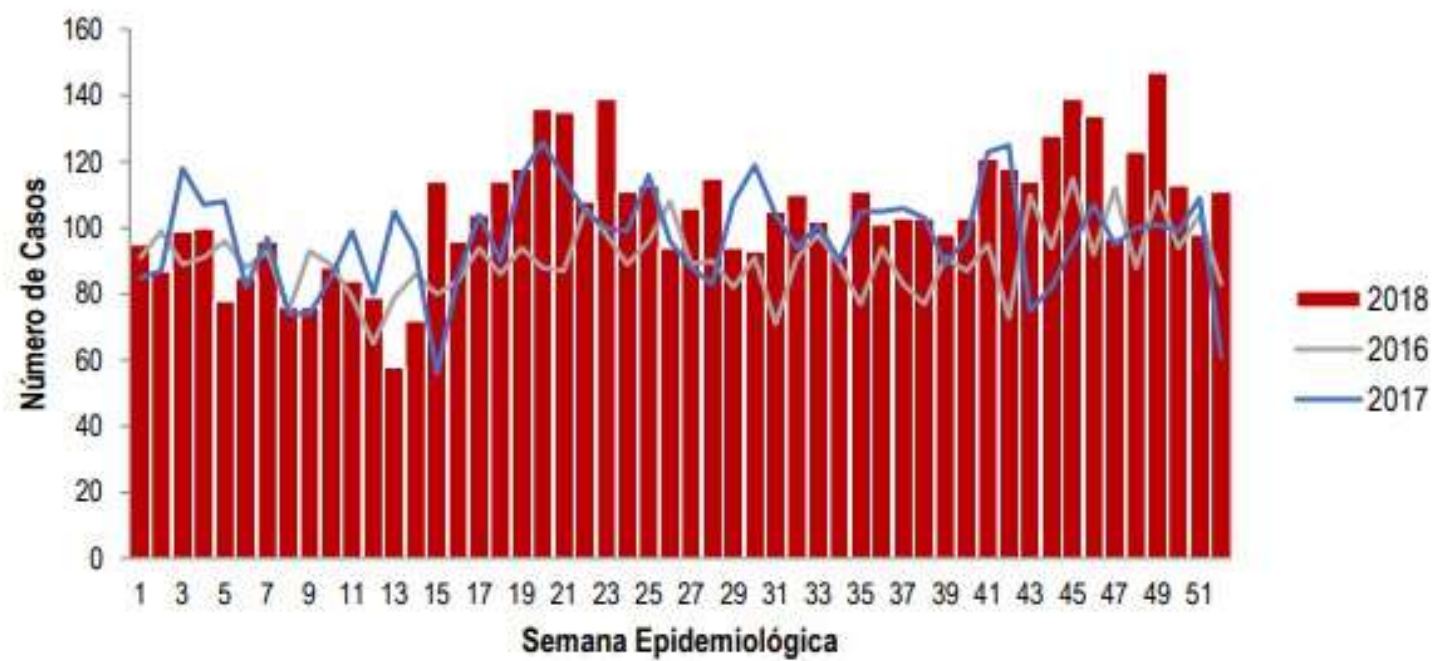
- ▶ En el mundo existen aproximadamente 3.000 especies de serpientes distribuidas en aproximadamente 465 géneros, y de 20 a 30 familias (18).

En Colombia se encuentran alrededor de 272, aproximadamente 49 de ellas son venenosas para el hombre, pertenecen a tres familias nueve géneros, y se encuentran por debajo de los 2.500 msnm.



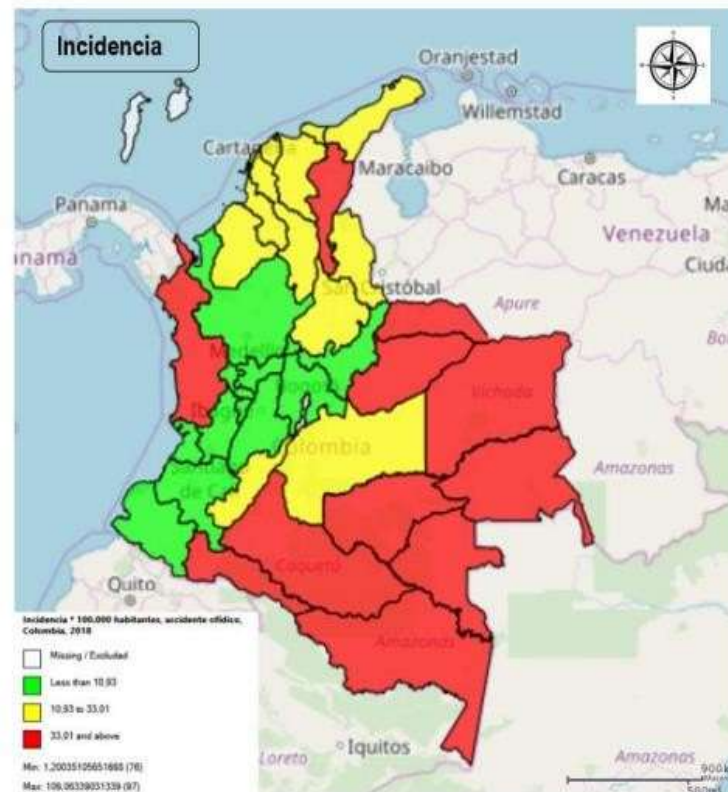
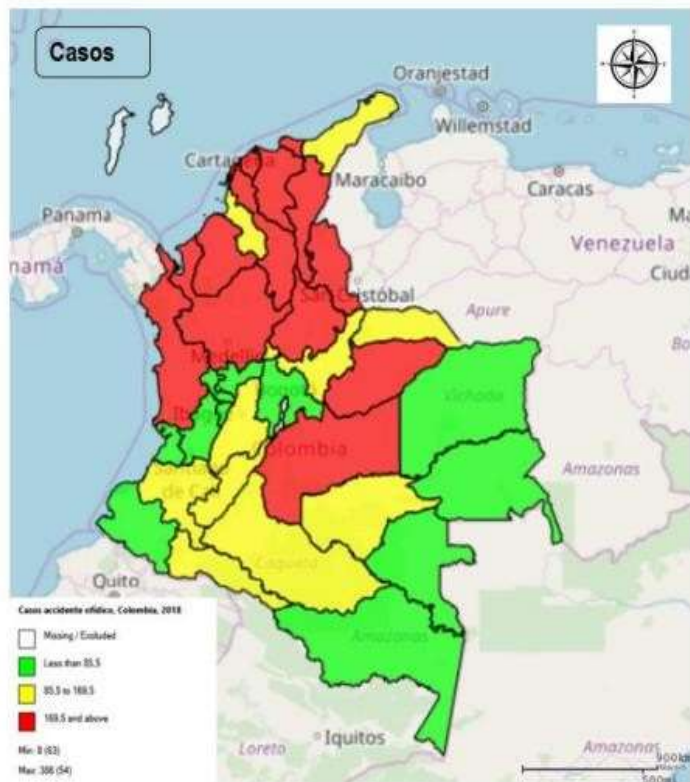
EPIDEMIOLOGIA

Gráfica 1. Comportamiento notificación de casos accidente ofídico, Colombia 2016 – 2018



EPIDEMIOLOGIA

Mapa 1. Casos e incidencia accidente ofídico, Colombia, 2018

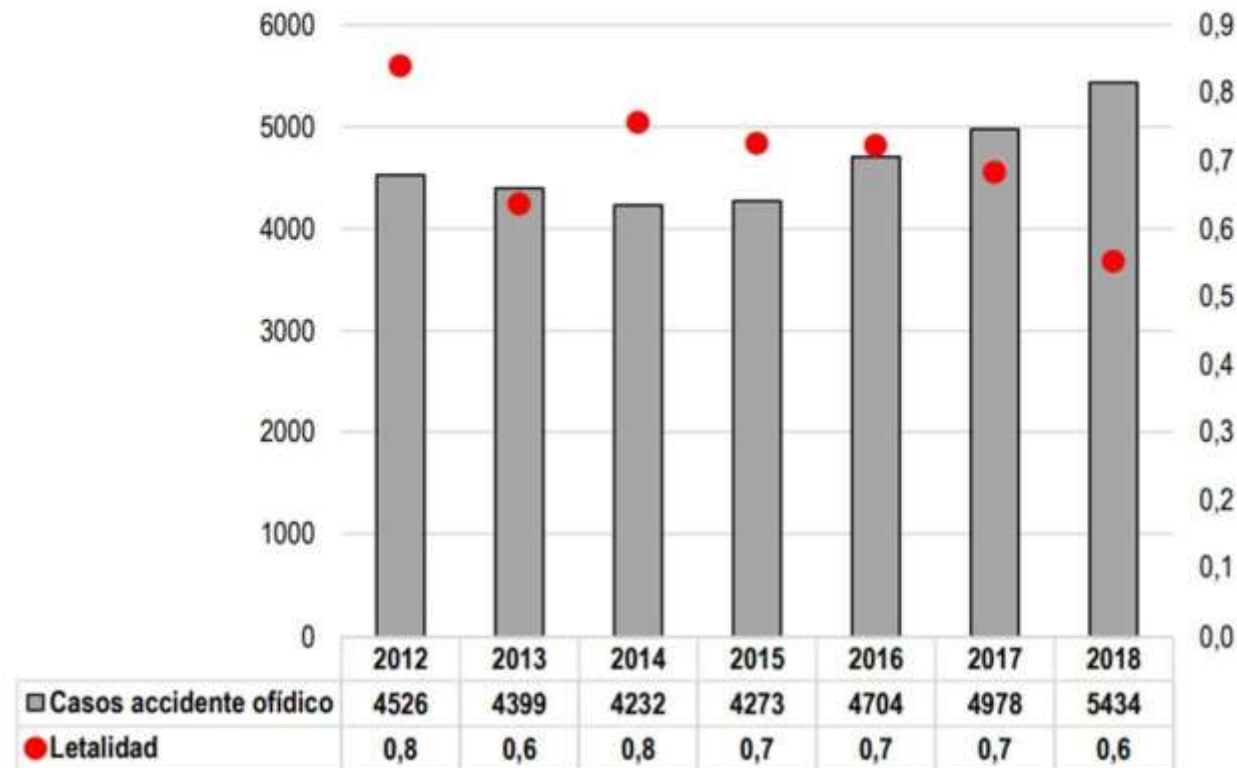


Distribución de casos de mortalidad por accidente ofídico generales, Colombia, 2018



EPIDEMIOLOGIA

Gráfica 16. Letalidad por accidente ofídico, Colombia, 2012-2018



Distribución de casos por grupo de edad, accidente ofídico, 2018

Grupo de edad	Casos	Proporción
0-4	165	3,0
5-9	312	5,7
10-14	470	8,6
15-19	599	11,0
20-24	541	10,0
25-29	461	8,5
30-34	453	8,3
35-39	456	8,4

Tabla 5. Género serpiente agresora, accidente ofídico, Colombia 2017.

Variable	Casos	%
<i>Bothrops</i>	3 263	60,0
Sin Identificar	1 489	27,4
Otro	337	6,2
<i>Crotalus</i>	188	3,5
Colubrido	76	1,4
<i>Micrurus</i>	67	1,2
<i>Lachesis</i>	14	0,3

Vigilancia

Caracterizar la morbilidad de las agresiones causadas por serpientes venenosas, según las variables sociodemográficas.

Caracterizar las condiciones en las cuales sucede el accidente ofídico

TIPO DE CASOS

Caso de envenenamiento por accidente ofídico: toda persona que presenta signos y/o síntomas locales o sistémicos que indican envenenamiento por mordedura de una serpiente venenosa identificada o no.

Caso de no envenenamiento por accidente ofídico: toda persona que presenta signos y/o síntomas locales o sistémicos coherentes con clasificación leve, moderada o grave de envenenamiento por mordedura de una serpiente venenosa o no, que se identificó o no.

TRATAMIENTO

Clasificación	INS	Probiol y Bioclon
	Bothrops	
LEVE 100 mg de Veneno	2 ampollas	
MODERADO 200 mg de Veneno	4 ampollas	
GRAVE 300 mg de Veneno	6 ampollas	

	Leve	Moderado	Severo
	Elapidae		
Probiol	4 ampollas	8 ampollas	12 ampollas

ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME TRANSMISIBLE

CREUTZFELDT - JAKOB

- ▶ Agente etiológico. La proteína priónica carece de ADN y ARN (PrPc)
- ▶ Modo de transmisión La forma de adquirir EEB es por vía oral, a través del consumo materiales específicos de riesgo (MER) encéfalo, ojos, médula espinal, ganglio y nervio trigémino, ganglios raquídeos, amígdalas, íleon, bazo, hueso (cráneo y columna vertebral principalmente)
- ▶ Período de incubación: Para la EEB, se acepta un período de incubación de entre dos y ocho años.
- ▶ Período de transmisibilidad Se considera posible la transmisibilidad bovino-humano desde la fase pre sintomática de la EEB.

VIGILANCIA

- ▶ Describir el comportamiento de la notificación del evento en Colombia.
- ▶ Identificar y caracterizar los casos notificados en cuanto a la distribución, las características sociales y demográficas
- ▶ Realizar la revisión y ajuste de los casos notificados.
- ▶ Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos sobre enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- ▶ Generar y divulgar información descriptiva del evento en Colombia.
- ▶ Realizar la investigación de todos los casos en la ECJ tipo variante, para el desarrollo de acciones de prevención, vigilancia y control.

TIPO DE CASOS

- ▶ Caso probable: Todo paciente con un rango de edad entre 20 y 40 años que presente un cuadro neuropsiquiátrico progresivo, cuyos síntomas iniciales sean depresión, ansiedad, apatía, aislamiento e ilusiones asociadas con dolores persistentes o parestesias y, más tardíamente, ataxia, movimientos involuntarios, mioclonus, corea o distonía, demencia y mutismo aquinético.
- ▶ Caso confirmado: estudio neuropatológico que demuestre lo siguiente: Abundantes placas PrP fibrilares (descritas originalmente en Kuru), frecuentemente rodeadas de un halo esponjiforme. Numerosas pequeñas placas PrP que formen ramilletes en la corteza cerebral y cerebelosa, no acompañadas de cambio esponjiforme.

