



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

INFORME DE CIERRE ENFERMEDADES VEHICULIZADAS POR AGUA. ANTIOQUIA, 2020.

Responsable:

Dirección de Factores de Riesgo – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

1- FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

1. INTRODUCCIÓN

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal causada por la bacteria *Salmonella typhi*, que suele transmitirse por agua o alimentos contaminados. Según las estimaciones, cada año enferman de fiebre tifoidea entre 11 y 20 millones de personas, de las cuales mueren entre 128 000 y 161 000. (8)

La mejora de las condiciones de vida y la aparición de los antibióticos dio lugar a una gran reducción de la morbilidad y mortalidad de la fiebre tifoidea en los países industrializados. Sin embargo, en zonas en desarrollo de África, las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental sigue constituyendo un problema de salud pública.

Según las estimaciones de la OMS, cada año enferman de fiebre tifoidea entre 11 y 20 millones de personas, de las que mueren entre 128 000 y 161 000.

El riesgo de fiebre tifoidea es mayor en poblaciones sin acceso a agua salubre y saneamiento adecuado. El mayor riesgo corresponde a las comunidades pobres y los grupos vulnerables, entre ellos los niños.

La urbanización y el cambio climático podrían incrementar la carga mundial de fiebre tifoidea. Además, la creciente resistencia a los antibióticos está facilitando su propagación entre la población de las ciudades superpobladas y en los sistemas de saneamiento y distribución de agua inadecuados o inundados.

S. typhi solo vive en el ser humano. Las personas con fiebre tifoidea son portadoras de la bacteria en la sangre y los intestinos. Los síntomas consisten en fiebre alta prolongada, cansancio, cefaleas, náuseas, dolor abdominal y estreñimiento o diarrea. Algunos pacientes presentan erupciones cutáneas. Los





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

casos graves pueden complicarse seriamente y causar la muerte. La fiebre tifoidea puede confirmarse mediante análisis de sangre y su tratamiento se da con antibióticos, aunque la creciente resistencia a diferentes tipos de antibióticos hace que el tratamiento sea cada vez más complicado.

En diciembre de 2017, la OMS precalificó la primera vacuna conjugada contra la fiebre tifoidea. Esta nueva vacuna ofrece una inmunidad más prolongada que la anterior vacuna, requiere menos dosis y puede administrarse a niños de más de 6 meses.

Se está dando la prioridad desde el año 2019 a las vacunas conjugadas en los países con mayor carga de fiebre tifoidea, esto ayudará a reducir el uso frecuente de antibióticos, que a su vez reducirá el aumento de la resistencia de *S. typhi*, fortaleciendo el control del evento a nivel mundial.

Durante las últimas décadas, la fiebre tifoidea ha desaparecido en gran parte de los países industrializados, pero sigue siendo un grave problema de salud pública en varias regiones asiáticas de la antigua URSS, en partes del sur y el este de Asia, África y América del Sur. De acuerdo con estimaciones conservadoras de la OMS, 16 millones de casos cada año, incluyendo cerca de 600 000 muertes. Portadores intestinales asintomáticos de *S. Typhi* son comunes en las zonas endémicas, y son una fuente importante de infección.

Según el estudio de carga de la enfermedad de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 se presentaron 10 825 478 casos de fiebre tifoidea con una tasa de incidencia cruda de 178 casos por 100 000 habitantes y una tasa de incidencia ajustada de 355 casos por 100 000 habitantes. En África se registraron 408 837 casos de fiebre tifoidea clasificándose como una región con incidencia media; de estos casos 123 473 casos se registraron en Sudáfrica, 98 560 casos en el este de África, 91 737 casos en África occidental, 58 210 casos en África del norte y 36 857 casos en África meridional; la región clasificada con alta incidencia fue sud África (233 casos por 100 000 habitantes); las otras fueron clasificadas como regiones con incidencia media de fiebre tifoidea. El norte de África (33 casos por 100 000 habitantes), el este de África (39 casos por 100 000 habitantes), África media (39 casos por 100 000 habitantes) y África occidental (38 casos por 100 000 habitantes) fueron clasificadas como regiones con incidencia media de fiebre tifoidea





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En norte América se presentaron 453 casos de fiebre tifoidea con una tasa de incidencia menor de un caso por 100 000 habitantes; en Latinoamérica se presentaron 273 518 casos con una incidencia de 53 casos por 100 000 habitantes; los casos se presentaron principalmente en sur América con 174 465 casos y una tasa de incidencia de 51 casos por 100 000 habitantes; proceso vigilancia y análisis del riesgo en salud pública informe evento Versión: 02 2014 – Jun – 25 FOR-R02.4000-001 Página 4 de 15 Fiebre Tifoidea y Paratifoidea seguido de América Central con 79 164 casos y una tasa de incidencia de 58 casos por 100 000 habitantes y finalmente se encuentra el Caribe con 19 889 casos y una tasa de incidencia de 53 casos por 100 000 habitantes; todas la regiones de Latinoamérica se clasifica como una región con incidencia media para fiebre tifoidea (9).

En Colombia en el 2013, 23 entidades territoriales notificaron casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, para una cobertura de notificación del 64,0%; de los cuales el 99,0% de los casos confirmados por laboratorio se realizó el diagnóstico por hemocultivo y el 1% por coprocultivo. Teniendo en cuenta la serotipificación de los casos de fiebre tifoidea el 97,9% corresponden a Salmonella serotipo Typhi y el 2,1% corresponde a Salmonella serotipo Paratyphi. Las entidades territoriales con mayor incidencia de casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea fueron Norte de Santander 4,09 por 100 000 habitantes, seguido de Meta 0,88 casos por 100 000 habitantes, Huila 0,45 por 100 000 habitantes y Cauca 0,15 por 100 000 habitantes. Para el mismo año se notificó un brote de fiebre tifoidea con cinco casos en el departamento de Antioquia, municipio de Apartadó, en la vereda Loma Verde (13).

Para el año 2014, se notificaron 280 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, por procedencia Antioquia, Norte de Santander, Chocó, Bolívar, Meta y Bogotá registran el 81,3 % de la notificación nacional, para una incidencia de 0,25 casos por 100 000 habitantes. A partir de la semana epidemiológica cinco se presentó un aumento de casos en el municipio de Apartado, Antioquia; de los cuales 18 casos fueron confirmados por el Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud incluida una muerte. La vereda Loma Verde del municipio de Apartadó, se ve nuevamente afectada con aumento de casos desde la semana epidemiológica 03.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Las malas condiciones higiénico-sanitarias de la vereda y el no acceso a agua potable incrementan el riesgo de transmisión de fiebre tifoidea, y de otros eventos en salud. A partir del de la vigilancia de fiebre tifoidea en el municipio de Apartadó se logró identificar un brote en el municipio de Turbo.

Para el año 2015 la semana epidemiológica 52 ingresaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 338 casos probables de fiebre tifoidea y paratifoidea, de los cuales 263 (el 77,8 %) fueron confirmados por laboratorio para fiebre tifoidea. Por procedencia, Antioquia, Norte de Santander, Huila, Meta, Cauca, Valle del Cauca, Nariño y Chocó registran el 82,5 % de la notificación nacional.INS.

Para el año 2016 ingresaron al Sivigila 278 casos probables de fiebre tifoidea y paratifoidea, de los cuales 236 están confirmados por laboratorio para fiebre tifoidea. Por procedencia, Antioquia, Norte de Santander, Huila, Nariño, Chocó, Meta, y Bogotá registra el 83,1 % de los casos. (6)

Para el año 2017 ingresaron 143 casos, de los cuales 80 casos (55,9 %) específicos para Salmonella Typhi /Paratyphi. El mayor porcentaje de casos confirmados según departamento de procedencia corresponde a Antioquia, Bogotá, Bolívar, Meta y Norte de Santander (77,6 % de total de casos confirmados).

Para el año 2018 ingresaron 177 casos, el mayor porcentaje de casos confirmados según departamento de procedencia corresponde a Antioquia, Huila, y Chocó.

Para el año 2019 ingresaron 161 registros siendo las entidades territoriales con mayor proporción de incidencia fueron Sta. Marta con 2.7 casos por cada 100.000 habitantes, seguido de Meta con 2.3 casos por cada 100.000 habitantes y Huila con 1.5 casos por cada 100.000 habitantes, por otro lado, los departamentos de Vichada, Vaupés, Tolima y San Andrés entre otros, no notificaron casos para el evento.





2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y mortalidad registrada por el evento de fiebre tifoidea y paratifoidea en el departamento de Antioquia, identificando el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación.

2.2. Objetivo Específico

Identificar aspectos a mejorar para generar estrategias que permitan el cumplimiento de los procesos llevados a cabo en el departamento de Antioquia con respecto al evento de fiebre tifoidea y paratifoidea.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe es de tipo descriptivo, la fuente de información utilizada fue el Sistema de información de Vigilancia departamental, SIVIGILA individual, evento 320 del periodo del año 2020 (semanas 1 a 53). Se realizó la depuración de los datos para generar un análisis de frecuencias de con las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación epidemiológica en los datos básicos así como en los complementarios.

4. HALLAZGOS

En el departamento de Antioquia se hace el comparativo de los casos para los últimos cinco años de los eventos Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, por semana epidemiológica, observando en el año 2016 el mayor número de casos para la semana 9 y semana 20, con un reporte de 6 y 4 casos respectivamente; para el año 2017 el mayor número de los casos se presenta durante las semanas 36 y semana 46 con reporte de 4 casos para cada una ; para el año 2018 en la semana





3 y semana 35 se reportaron 4 casos respectivamente; durante el año 2019 en la semana 18 reportan 3 casos y en la semana 27 reportan 4 casos; y en el año 2020 en la semana 31 con reporte de 2 casos y en las semanas 3,5,35,39,43 y 47 reportan un caso respectivamente en cada una.

4.1. Comportamiento de la notificación

Fiebre Tifoidea y Paratifoidea

La distribución porcentual por municipios de la Fiebre tifoidea y Paratifoidea para los municipios de Antioquia en el año 2020, tiene una distribución similar en los municipios notificadores para este periodo en primer y segundo lugar Apartadó con 37,5 y Chigorodó con 25,0 respectivamente, seguido por Murindó, Rionegro y Turbo donde cada uno aporta el 12,5 %.

Municipios	CASOS	%	INCIDENCIA
Apartadó	3	37,5	2,3
Chigorodó	2	25,0	3,3
Murindó	1	12,5	19,1
Rionegro	1	12,5	0,7
Turbo	1	12,5	0,8
TOTAL DEPARTAMENTO	8	100,0	0,1

Tabla 1. Casos e incidencia de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia 2020 (n=8)

Fuente: Sivigila

El comportamiento del evento con respecto al año anterior muestra un comportamiento variable durante algunas semanas epidemiológicas, se evidencia el aumento de casos para las semana 31 en el año 2020 con reporte de 2 casos correspondientes a casos aislados en municipios de Rionegro y Apartadó, durante seis semanas (3, 5, 35, 39,43 y 47) se evidencia un comportamiento constante con reportes de 1 caso por cada una, en el resto de semanas no se reportan casos. Ver Figura 1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

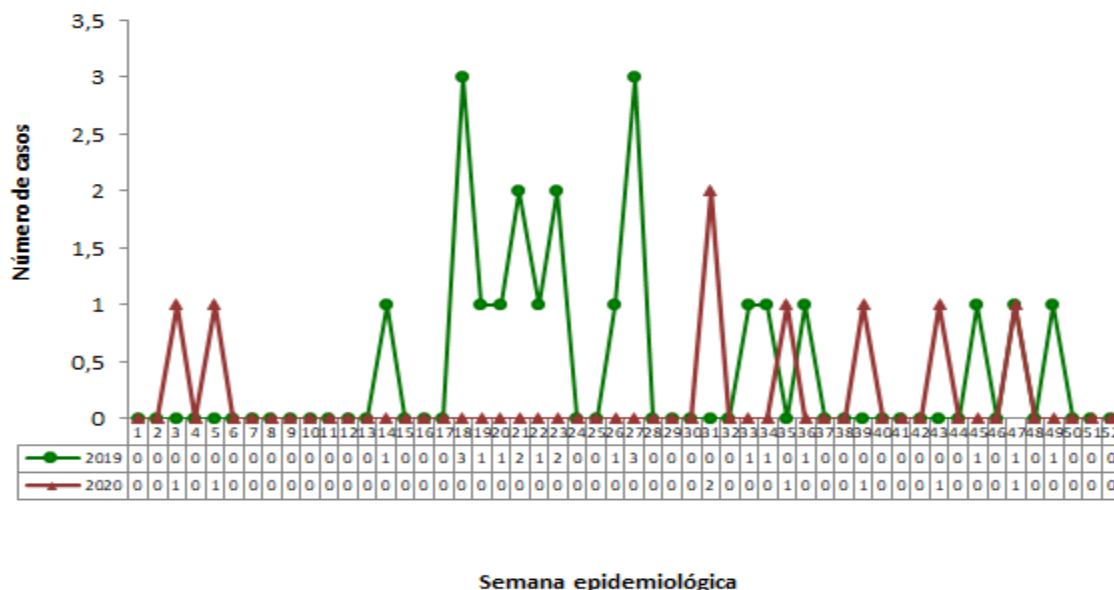


Figura 1. Distribución de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea por semana epidemiológica, 2019-2020
Fuente: Sivigila

En la distribución por sexo las mujeres aportan 87,5 % y los hombres 12,5 %, con relación a la edad las mayores incidencias se presentan en los rangos de 10 a 14 años, 25 a 29 años y 65 y más con 2 casos para cada rango de edad. Ver tabla 2 y figura 3.

Grupos de edad	F	%	M	%	Total general
10 a 14	0	0	2	100	2
25 a 29	1	50	1	50	2
30 a 34	0	0	1	100	1
40 a 44	0	0	1	100	1
65 y más	0	0	2	100	2
Total general	1	12,5	7	87,5	8

Tabla 2. Distribución de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según grupos de edad y sexo (n=8)
Fuente: Sivigila





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

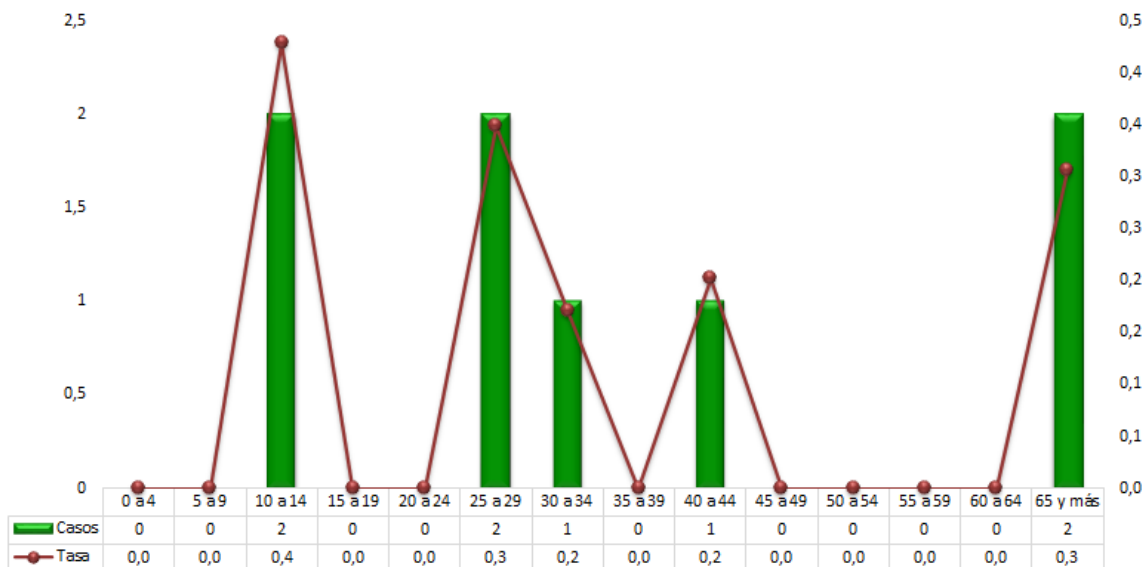


Figura 3. Casos e incidencia de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según grupos de edad. Antioquia 2020 (n=8)
Fuente: Sivigila

Según el área de procedencia la distribución de los casos reportados pertenece al área urbana y al área rural en una misma proporción del 50% en cada área, lo que demuestra que todas las medidas de prevención son indispensables desde el saneamiento hasta la vacunación. Ver figura 4.

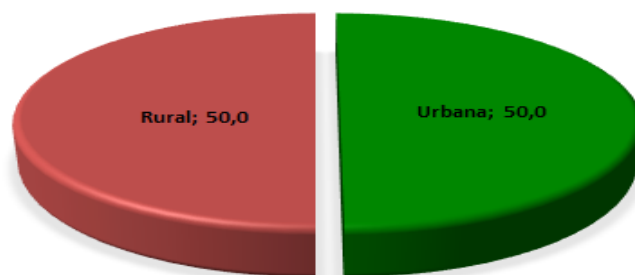


Figura 4. Distribución porcentual de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según área de procedencia. Antioquia 2020 (n=8)
Fuente: Sivigila





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Analizando la incidencia en la población por cada 100.000 habitantes encontramos que el área rural presenta una incidencia del 0,3 y el área urbana 0,1. Ver figura 5

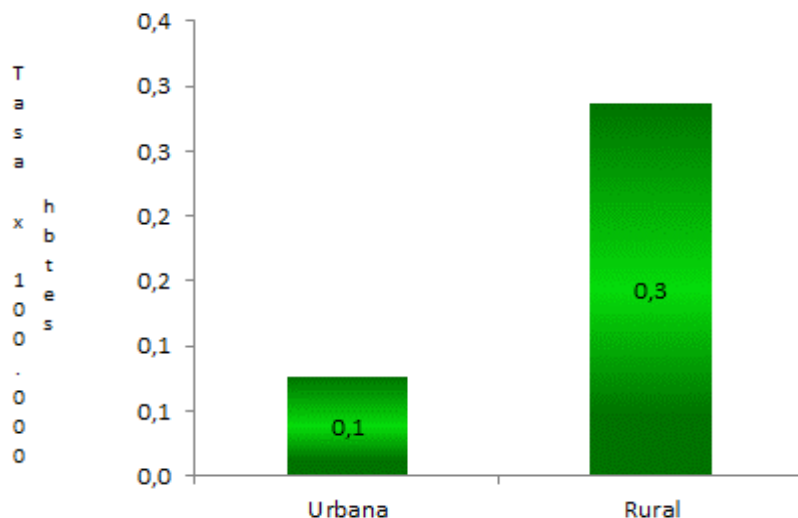


Figura 5. Incidencia de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según área de procedencia. Antioquia 2020 (n=8)
Fuente: Sivigila

En su mayoría son clasificados como otros con un 62%, cabe resaltar que la población indígena afectada corresponde en su mayoría al área urbana ubicada en el municipio de Mutatá. Ver figura 7

Etnia	Casos	%
Indigena	0	-
Rom, Gitano	0	-
Raizal	0	-
Palenquero	0	-
Negro, mulato afro colon	0	-
Otro	8	100,0

Tabla 3. Distribución porcentual de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según etnia. Antioquia 2020 (n=8)
Fuente: Sivigila





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Según el régimen de afiliación el mayor peso porcentual pertenece al régimen subsidiado con el 50%; seguido por el 37,5% del régimen contributivo, relacionado con la población reportada durante el año. Ver figura 8.

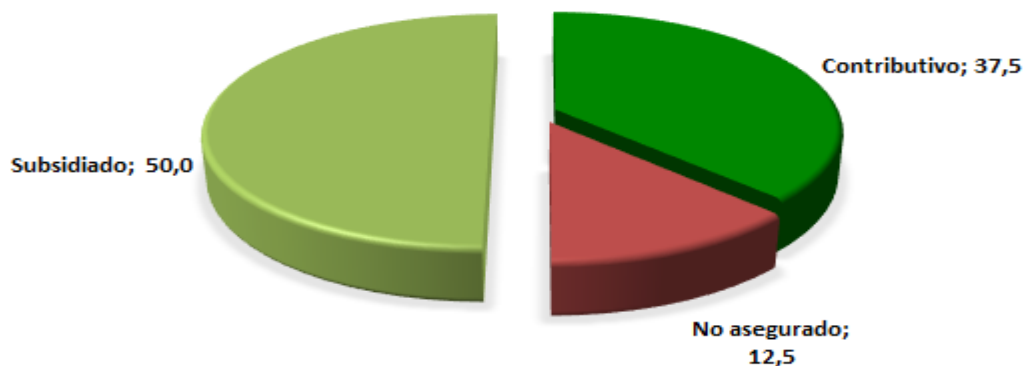


Figura 6. Distribución porcentual de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según régimen de Seguridad Social en Salud. Antioquia 2020 (n=8)
Fuente: Sivigila

En cuanto a la distribución de clasificación por tipo de caso un 100% fueron confirmados por laboratorios correspondientes a los 8 casos reportados, contribuyendo al aporte en la evaluación del examen clínico y la evaluación del nexa epidemiológico. Ver figura 9.

Tipo de caso	Casos	%
Conf. laboratorio	8	100,0
Conf. Clínica	0	0,0
Conf. Nexa epidemiológico	0	0,0
Total	8	100,0

Tabla 4. Distribución porcentual de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según clasificación del caso. Antioquia 2020 (n=8)
Fuente: Sivigila





Según la conducta el 100% de los casos requirió hospitalización, de los 8 casos reportados no se presentaron muertes, lo cual explica el adecuado manejo del evento. Ver tabla 5

Hospitalización	Casos	%
Si	8	100,0
No	0	0,0
Total	8	100

Tabla 5. Distribución porcentual de casos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, según conducta. Antioquia 2020 (n=8)

Fuente: Sivigila

4.2. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

4.2.1. Porcentaje de casos con aislamiento positivo para S. Tiphy o Paratiphy positivo con envío al laboratorio de microbiología del INS

Numerador: Número de casos con aislamiento positivo para S. Tiphy o Paratiphy positivo con envío al laboratorio de microbiología del INS.

Denominador: Número de casos con aislamiento positivo para S. Tiphy o Paratiphy.

$\frac{8}{8} \times 100 = 100\%$ Todas las muestras recibidas en el LDSP positivas para S. Tiphy o Paratiphy son remitidas al Laboratorio de microbiología del INS

5. DISCUSION

5.1. Limitaciones

1. El tipo de población que se vio expuesto al evento posiblemente consulto cuando la sintomatología llevaba varios días e incluso semanas de evolución, razón por la cual el 100% de los casos requirieron hospitalización.





6. CONCLUSIONES

A la semana 53 del año 2020 se notificaron 8 casos fiebre tifoidea, de los cuales más del 100 % fue confirmado por laboratorio, 7 de estos casos están reportados por la subregión de Urabá, para dar solución a este brote se requiere de un grupo interdisciplinario y multisectorial debido a que las acciones primarias que se deben llevar a cabo inician con los servicios públicos y el acceso a red tanto de acueducto como de alcantarillado.

7. RECOMENDACIONES

Recomendar las vacunas contra la fiebre tifoidea ya que pueden prevenir esta enfermedad. Existen dos vacunas para prevenirla, una es la vacuna inactivada que se administra de forma inyectable y la otra opción es la vacuna atenuada que se suministra por vía oral.

Fortalecer las acciones de vigilancia por laboratorio para Fiebre Tifoidea de conformidad a lo definido el protocolo de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud

Fortalecer la información, educación y comunicación a través de las acciones de autocuidado para evitar poner en riesgo la salud de la comunidad al consumir alimentos que no cumplen con condiciones de inocuidad.

Promover la consulta oportuna a los servicios de salud disponibles en cada municipio.





2- HEPATITIS A

1. INTRODUCCIÓN

La hepatitis A es una enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Éste se transmite principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) come o bebe algo contaminado por heces de una persona infectada por ese virus. La enfermedad está estrechamente asociada a la falta de agua salubre, un saneamiento deficiente y una mala higiene personal.

A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no causa hepatopatía crónica y rara vez es mortal, pero puede causar síntomas debilitantes y hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), que se asocia a una alta mortalidad.

La hepatitis A se presenta esporádicamente y en epidemias en el mundo entero, y tiende a reaparecer periódicamente. El virus de la hepatitis A es una de las causas más frecuentes de infección de transmisión alimentaria.

Las epidemias asociadas a alimentos o agua contaminados pueden aparecer de forma explosiva, como la epidemia registrada en Shangai en 1988, que afectó a unas 300.000 personas (1). Los virus de la hepatitis A persisten en el medio y pueden resistir los procesos de producción de alimentos usados habitualmente para inactivar y/o controlar las bacterias patógenas.

La enfermedad puede tener consecuencias económicas y sociales graves en las comunidades. Los pacientes pueden tardar semanas o meses en recuperarse y reanudar sus actividades laborales, escolares o cotidianas. La repercusión en los establecimientos de comidas contaminados por el virus y en la productividad local en general puede ser grave.

Se pueden distinguir zonas geográficas de nivel elevado, intermedio o bajo de infección por VHA:

Las zonas con altos niveles de infección, en los países en desarrollo con condiciones de saneamiento y prácticas de higiene deficientes, la mayoría de los niños (90%) han sufrido la infección antes de los 10 años (2). Los infectados durante la infancia no padecen síntomas visibles. Las epidemias son poco frecuentes porque los niños más mayores y los adultos suelen estar inmunizados. En estas zonas las tasas de morbilidad sintomática son bajas y los brotes epidémicos son raros.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Las zonas con niveles intermedios de infección, están en los países en desarrollo, los países con economías en transición y las regiones con niveles desiguales de saneamiento, los niños suelen eludir la infección durante la primera infancia y llegan a la edad adulta sin inmunidad. Paradójicamente, esas mejoras de la situación económica y del saneamiento pueden traducirse en un aumento del número de adultos que nunca se han infectado y que carecen de inmunidad. Esta mayor vulnerabilidad en los grupos de más edad puede aumentar las tasas de morbilidad y produce grandes brotes epidémicos.

En las zonas con bajos niveles de infección están los países desarrollados con buen nivel de saneamiento e higiene las tasas de infección son bajas. La enfermedad puede aparecer en adolescentes y adultos de los grupos de alto riesgo, como los consumidores de drogas inyectables, los hombres con relaciones homosexuales y las personas que viajan a zonas de alta endemicidad, así como en algunas poblaciones aisladas, como las comunidades religiosas cerradas. Sin embargo, cuando el virus se introduce en esos grupos de población, la buena higiene detiene la transmisión de persona a persona y los brotes se extinguen rápidamente. (3)

En el comportamiento del evento en América la endemicidad del VHA es intermedia en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe; más del 50% de la población ha adquirido inmunidad al llegar a la edad de 15 años. Sin embargo, la prevalencia varía de una región a otra. Por ejemplo, la seroprevalencia de anticuerpos anti VHA entre las edades de 15 y 19 años es del 57% en el Caribe y del 96% en la región andina. (5)

En Colombia, el comportamiento y vigilancia de los casos de hepatitis A desde 1997 hasta la fecha se ha visto afectada, no sólo por la cobertura en la vigilancia del evento, sino también por la definición y configuración de los casos. Colombia está considerada entre los países con alta a moderada endemia, sin embargo, la variación en el número de casos es muy amplia existiendo áreas de alta y baja endemia dentro del territorio nacional. (4)

En los últimos ocho años, la incidencia de casos de hepatitis A en el país ha venido presentando una disminución significativa; en el 2008 la incidencia fue de 20,2 por 100000 habitantes; en 2009 fue de 14,9 por 100 000, en 2010 fue de





11,1 por 100000, en 2011 y 2012 fue de 12,1 y 11,4 por 100000 habitantes respectivamente; en 2013 fue 10,1 por 100000 habitantes; en 2014 y 2015 fue de 6,01 y 2,6 por 100000 habitantes.

Este descenso está probablemente relacionado a factores de fortalecimiento de aspectos sanitarios, estrategias de vigilancia e inversión de algunas entidades territoriales en vacunación.

Se considera que Colombia, a pesar de ser un país con endemividad intermedia, cuenta con regiones de alta endemia, donde se presentan dificultades en las condiciones de saneamiento, abastecimiento de agua y prácticas de higiene deficientes, el riesgo de infección en algún momento de la vida es superior al 90%, la morbilidad es escasa, y los brotes epidémicos se concentran principalmente en establecimientos educativos y en donde se reúne población cerrada o cautiva

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y mortalidad registrada por el evento hepatitis A en Antioquia; e identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de hepatitis A.

2.2. Objetivo Específico

Identificar aspectos a mejorar para generar estrategias que permitan el cumplimiento de los procesos llevados a cabo en el departamento de Antioquia con respecto al evento de Hepatitis A.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe es de tipo descriptivo, la fuente de información utilizada fue el Sistema de Información de Vigilancia departamental, SIVIGILA individual, evento 330 del periodo del año 2020 (semanas 1 a 53). Se realizó la depuración de los





datos para generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación epidemiológica en los datos básicos así como en los complementarios.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación

HEPATITIS A

En el departamento de Antioquia se reportan para el año 2020 un total de 387 casos, el mayor número de casos lo aporta la subregión del Valle de aburra con 359 casos, con una incidencia de 8,9 por cada 100.000 habitantes, de los cuales 305 son reportados por el municipio de Medellín quien ha implementado estrategias para la mejoría de la notificación en enfermedades vehiculizadas por agua, seguido del Occidente con 9 casos y una incidencia de 4,2 por cada 100.000 habitantes, seguido del Suroestes con 6 casos con una incidencia de 1,6, finalmente las subregiones de Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Oriente y Urabá, presentan una tasa <1 .Ver tabla 11.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

MUNICIPIO/SUBREGIÓN	Casos	Tasa por 100.000 hbtes	MUNICIPIO/SUBREGIÓN	Casos	Tasa por 100.000 hbtes
TOTAL DEPARTAMENTO	387	5,8	Suroeste	6	1,6
Bajo Cauca	2	0,8	Amagá	1	3,2
Caucasia	1	1,0	Andes	2	4,5
Nechí	1	3,7	Ciudad Bolívar	1	3,8
Magdalena Medio	1	0,9	Hispania	1	17,9
Puerto Berrio	1	2,5	La Pintada	1	11,8
Nordeste	1	0,5	Urabá	2	0,4
Santo Domingo	1	8,1	Turbo	2	1,5
Norte	2	0,8	Valle de Aburrá	359	8,9
Entrerrios	1	8,5	Barbosa	2	3,7
Yarumal	1	2,3	Bello	13	2,4
Occidente	9	4,2	Caldas	4	4,8
Armenia	2	39,4	Copacabana	5	6,1
San Jerónimo	2	12,5	Envigado	12	5,0
Santa Rosa de Osos	5	13,2	Girardota	2	3,7
Oriente	5	0,7	Itagui	11	3,8
Abejorral	1	4,9	La Estrella	2	2,6
El Carmen de Viboral	1	1,6	Medellín	305	12,0
La Ceja	1	1,5	Sabaneta	3	3,4
Rionegro	2	1,4	Fuente: Sivigila		

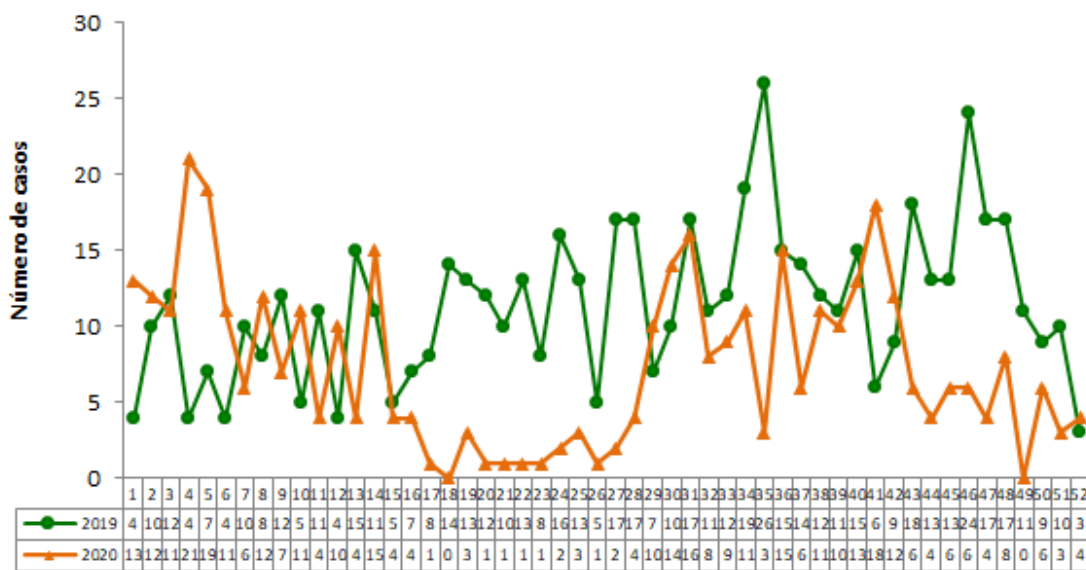
Tabla 11. Casos e incidencia de Hepatitis A, según subregión y municipio de procedencia. Antioquia 2020 (n=387)

Fuente: Sivigila





El comportamiento de la hepatitis A comparativo en los años 2019 – 2020 muestra una disminución de los casos constante, más notoria durante la semana 15 a 28, presentando tres picos aislados en la semana 4, 14 y 41. Ver figura 7.



Semana epidemiológica

Figura 7. Distribución de casos de Hepatitis A, por semana epidemiológica, 2019-2020

Fuente: Sivigila

El grupo etario con mayor afectación esta entre los 20 a 24 años, con una incidencia de 17,1, mostrando mayor número de casos, en hombres con 56 casos y para las mujeres con 37 casos. Seguido por el grupo de 25 a 29 años el cual presenta el mismo comportamiento del grupo anterior, con 36 hombres y 29 mujeres, los grupos de 0 a 4 años, 55 a 59 años, 60 a 64 años y 65 en adelante son los menos afectados, presentan cifras <8 casos para cada uno. Ver figura 8 y 9.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

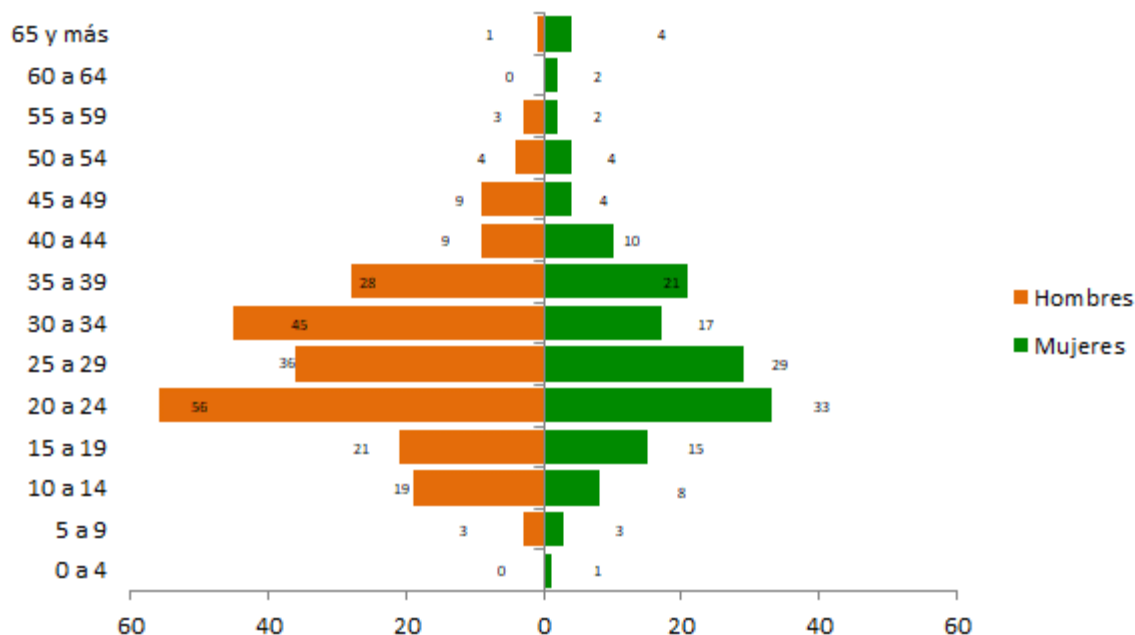


Figura 8. Distribución de casos de Hepatitis A, según grupos de edad y sexo (n=387)

Fuente: Sivigila

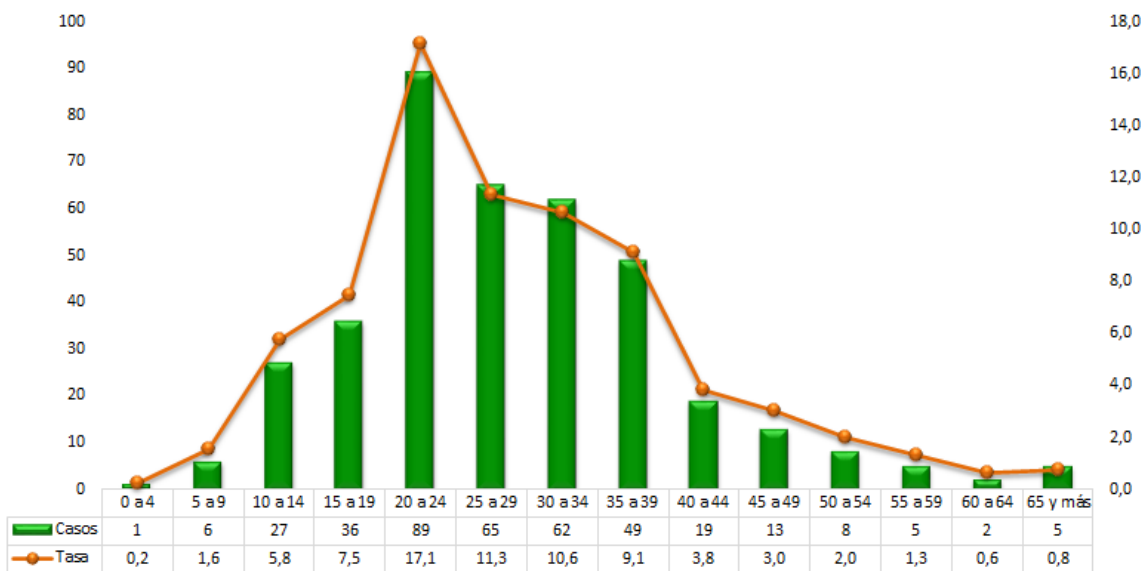


Figura 9. Casos e incidencia de Hepatitis A, según grupos de edad. Antioquia 2020 (n=387)

Fuente: Sivigila





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Los hombres presentan una mayor incidencia en departamento con 7,2 casos por cada 100.000 habitantes mientras las mujeres presentan solamente 4,4 casos por 100.000 habitantes. Ver figura 10.

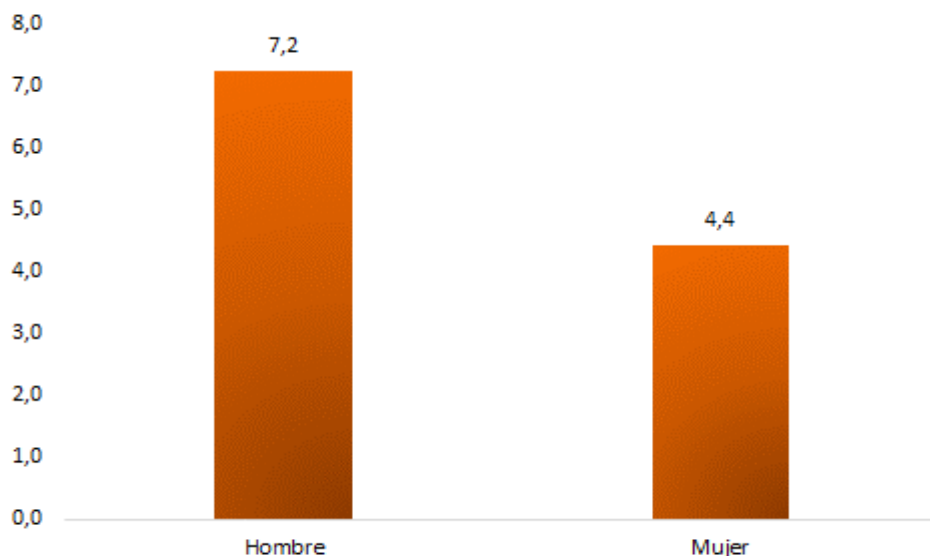


Figura 10. Incidencia de Hepatitis A, según sexo. Antioquia 2020 (n=387)
Fuente: Sivigila

En su mayoría la procedencia de los casos viene del área urbana con un 93% y una tasa de incidencia de 6,8 casos por cada 100.000 habitantes, en menor proporción el 7,2% proveniente del área rural presenta una tasa de incidencia de 7,0 casos por cada 100.000 habitantes, confirmando la notificación que principalmente está dada por del municipio de Medellín. Ver figura 11 y 12.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

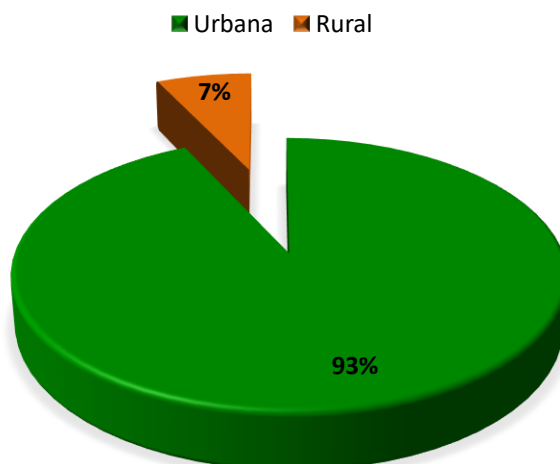


Figura 11. Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según área de procedencia. Antioquia 2020 (n=387)

Fuente: Sivigila

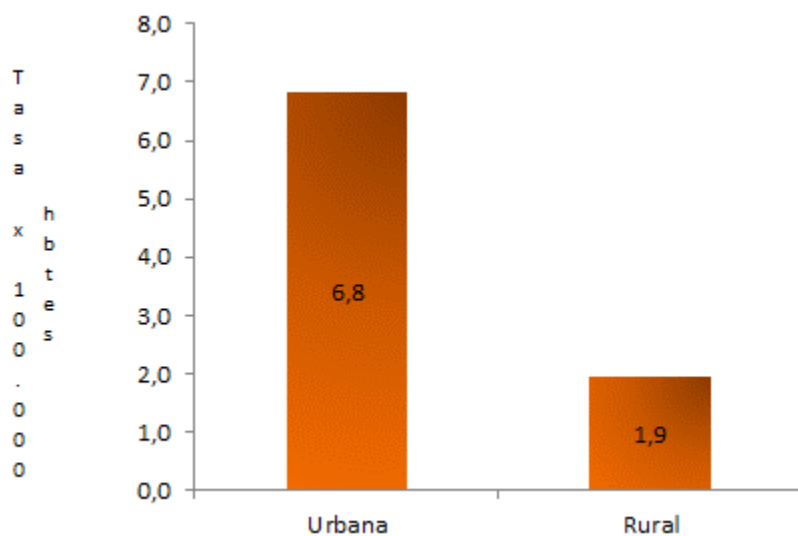


Figura12. Incidencia de Hepatitis A, según área de procedencia. Antioquia 2020 (n=387)

Fuente: Sivigila





La distribución de los casos según su etnia se concentra el reporte en la clasificación otro con un 99,2%, solamente el 0,3 tiene pertenencia étnica clasificada como negro, mulato o afro colombiano. Ver figura 18.



Figura 13. Distribución porcentual de Hepatitis A, según etnia. Antioquia 2020 (n=387)
Fuente: Sivigila

En su mayoría los casos atendidos son pertenecientes al régimen contributivo representando un 75,5% del total de casos, el otro 22,2% se divide de la siguiente manera: 18,3% corresponde al régimen subsidiado, 3,1% son población no asegurada, el resto de casos es de 1,0% para indeterminado, régimen de excepción y régimen especial, para cada uno respectivamente. Ver figura 14.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

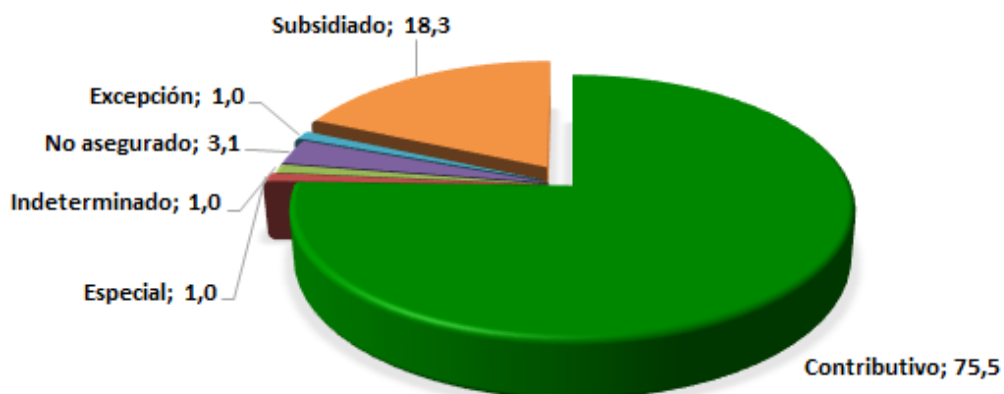


Figura 14. Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según régimen de Seguridad Social en Salud. Antioquia 2020 (n=387)

Fuente: Sivigila

En cuanto a la distribución de los casos por clasificación, se tiene que el 85,8% de los casos son confirmados por laboratorio y el 14,2% son confirmados por clínica, demostrando la oportunidad en los criterios diagnósticos. Ver figura 15.

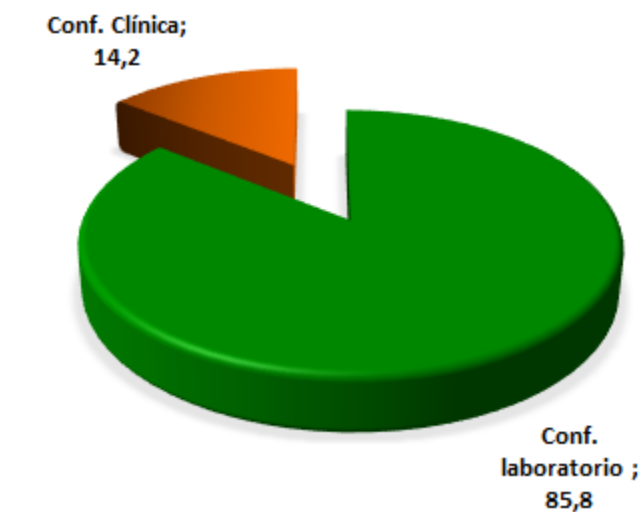


Figura 15. Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según clasificación del caso. Antioquia 2020 (n=387)

Fuente: Sivigila





Con base a la conducta de manejo para el año 2020, el 47% de los casos es decir 181 casos requirieron hospitalización, en mayor cantidad el 53% de los casos (206) tuvieron manejo ambulatorio, durante el año no se presentaron muertes. Ver figura 16.

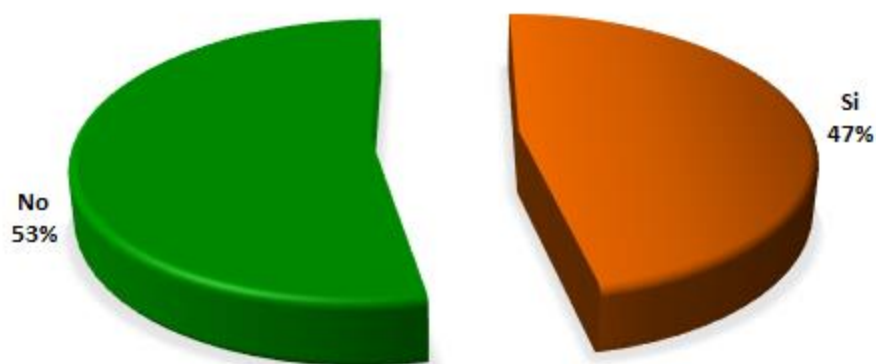


Figura 16. Distribución porcentual de casos de Hepatitis A, según conducta. Antioquia 2020 (n=387)
Fuente: Sivigila

5. DISCUSION

a. Limitaciones

Se considera importante brindar acompañamiento a los entes territoriales para que puedan realizar el seguimiento a los eventos de las patologías vehiculizadas por agua en el departamento de Antioquia desde la notificación como sospechosos o los eventos ya clasificados por clínica para que se realicen los ajustes mediante confirmación o descarte por laboratorio, adicionalmente el seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de caso para la búsqueda de posibles contactos.





6. CONCLUSIONES

A la semana epidemiológica 53 de 2020 se notificaron 387 casos de Hepatitis A, la subregión que más casos aporta es el Valle de Aburra 359 casos; del total de casos notificados el 85,8% de los casos fueron confirmados por laboratorio.

Continuar con la articulación intersectorial y multidisciplinaria que permita mejorar las estrategias de detección, control y manejo de los casos de Hepatitis A en el departamento de Antioquia.

7. RECOMENDACIONES

Tener referentes a nivel municipal con conocimientos previos y perfil para el seguimiento del evento tanto para los notificados como sospechosos o clasificados por clínica para que configuren los casos mediante confirmación o descarte por laboratorio y seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de caso para la búsqueda de posibles contactos, Para el evento de la Hepatitis A se debe incrementar la proporción de casos que se confirma mediante laboratorio, es necesario generar acciones para incentivar en las UPGD el uso de herramientas de laboratorio para confirmar los casos y reducir el número de casos confirmados por clínica.





3- CÓLERA

1. INTRODUCCIÓN

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*. Tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días, y la bacteria produce una enterotoxina que causa una diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata prontamente. La mayor parte de los pacientes sufren también vómitos.

La mayoría de las personas infectadas por *V. cholerae* no presentan síntomas, aunque la bacteria esté presente en sus heces durante los 1 a 10 días siguientes a la infección, con el consiguiente riesgo de infección de otras personas. En el 80% de las personas que presentan síntomas estos son de leves a moderados; un 20% padece diarrea acuosa aguda con deshidratación grave. Si no se da tratamiento, esta puede ocasionar la muerte. (9)

Hay muchos serogrupos de *V. cholerae*, pero solo dos el O1 y el O139 causan brotes epidémicos. El O1 ha sido el causante de todos los brotes recientes. El O139, que se identificó por vez primera en Bangladesh en 1992, causó brotes en el pasado, pero recientemente solo se ha identificado en casos esporádicos, siempre en África. No hay diferencias entre las enfermedades causadas por uno y otro serogrupo.

Los principales reservorios de *V. cholerae* son el ser humano y las fuentes de agua salada y caliente, como los estuarios y algunas zonas costeras. Estudios recientes indican que el calentamiento del planeta crea un ambiente favorable para este bacilo.

El cólera puede ser endémico o epidémico. Se consideran endémicas las zonas en que, en 3 de los últimos 5 años, haya habido casos confirmados de cólera cuya transmisión haya sido local, es decir, que no hayan sido importados de otros lugares. Los brotes/epidemias de cólera se definen por la aparición de al menos un caso confirmado de transmisión local en una zona donde habitualmente no haya cólera.

La transmisión del cólera está estrechamente ligada a un acceso insuficiente a agua salubre e instalaciones de saneamiento. De manera característica, las zonas





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

de riesgo son las barriadas periurbanas, donde no hay infraestructura básica, así como los campos para personas desplazadas o refugiadas, donde no se cumplen los requisitos mínimos de agua salubre y saneamiento.

Las consecuencias de las crisis humanitarias, como la alteración de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento o la llegada de grupos humanos a campamentos deficientes y superpoblados, puede aumentar el riesgo de transmisión del cólera si el bacilo ya está presente o es introducido. Nunca se han producido epidemias a partir de cadáveres no infectados.

El número de casos de cólera notificados a la OMS siguió siendo elevado en los últimos años. A lo largo de 2015 se notificaron 172 454 casos en 42 países, de los que 1304 fueron mortales⁴. La discrepancia entre esas cifras y la carga estimada de morbilidad se explica por el hecho de que muchos casos no se registran debido a las limitaciones de los sistemas de vigilancia y al temor a las repercusiones en el comercio y el turismo.

El cólera representa aún una amenaza mundial y es un indicador fundamental del grado de desarrollo social. Si bien no supone una amenaza para los países que garantizan una mínima higiene, la enfermedad sigue siendo un reto para los países que no pueden asegurar el acceso a agua potable y un saneamiento adecuado. Casi todos los países en desarrollo tienen que hacer frente a brotes de cólera o a la amenaza de una epidemia de la enfermedad

En la región de las Américas hasta la semana epidemiológica 38 de 2016, se han presentado 29.630 casos de cólera en cuatro países en las Américas distribuidos de la siguiente forma: 28.559 casos en Haití, 1.069 casos en República Dominicana 1 caso en Ecuador y 1 caso en México. El 96,4 % de los casos corresponden a Haití, donde han presentado 267 defunciones relacionadas con una tasa de letalidad del 0,9 %. En Haití, el daño causado por el paso del huracán Matthew, afectó gravemente a los departamentos Grand Anse, Ouest, Nord - Ouest y Sud, podría ocasionar un incremento de casos (3).

En Colombia, se presentó una epidemia de cólera que inició en 1991 en la costa pacífica, y siguió los cauces de los ríos Magdalena y Cauca; entre 1991 y 1992, las tasas de incidencia fueron de 51,2 y 39,8 casos por 100 000 habitantes, respectivamente; en los dos años siguientes la tendencia fue a la disminución y en 1995 y 1996 se apreció un incremento, alcanzando una tasa de 11,5 casos por





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

100 000 habitantes en ese último año. Desde entonces la tasa ha disminuido progresivamente. En 1999, se registraron 13 casos distribuidos en ocho departamentos del país, para una tasa de incidencia de 0,31 casos por 100 000 habitantes. Entre 2000 y 2003 no se reportó ningún caso de cólera en el país; en 2004 se reportaron tres casos procedentes del municipio de Tumaco departamento de Nariño y desde el año 2005 hasta la fecha no se han reportado más casos confirmados. Además de la morbilidad que provoca la enfermedad, los brotes de cólera causan reacciones de pánico, desorganización social y económica; generan restricciones en los viajes desde y hacia los países donde se ha declarado el brote y limitaciones en las importaciones de alimentos.

Con el objeto de dar respuesta a la epidemia de cólera que se viene presentando en Haití República Dominicana y Cuba en el 2011 y 2012. Colombia se ha venido preparando ante una probable reintroducción de cólera en nuestro país, para lo cual cuenta con un Plan de Contingencia del sector salud para la prevención y control de cólera, a la vez el Instituto Nacional de Salud (INS) realiza vigilancia intensificada en salud pública y por laboratorio de ETA, EDA y cólera, estas estrategias permiten identificar de manera oportuna factores de riesgo, análisis del comportamiento de los eventos, brotes y detección de agentes etiológicos.

En el departamento de Antioquia durante los últimos 16 años NO se han presentado casos de personas infectadas con *Vibrio cholera*. El seguimiento y vigilancia epidemiológica para Cólera se está realizando con seis (6) instituciones centinelas y 18 municipios priorizados, con la programación de la toma de dos muestras semanales de materia fecal para realizar coprocultivo en busca de *Vibrio cholera* por cada uno de las instituciones seleccionadas, además cuando se recolectan muestras de materia fecal para brotes de ETA, cólera es una de las pruebas que se aplica.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

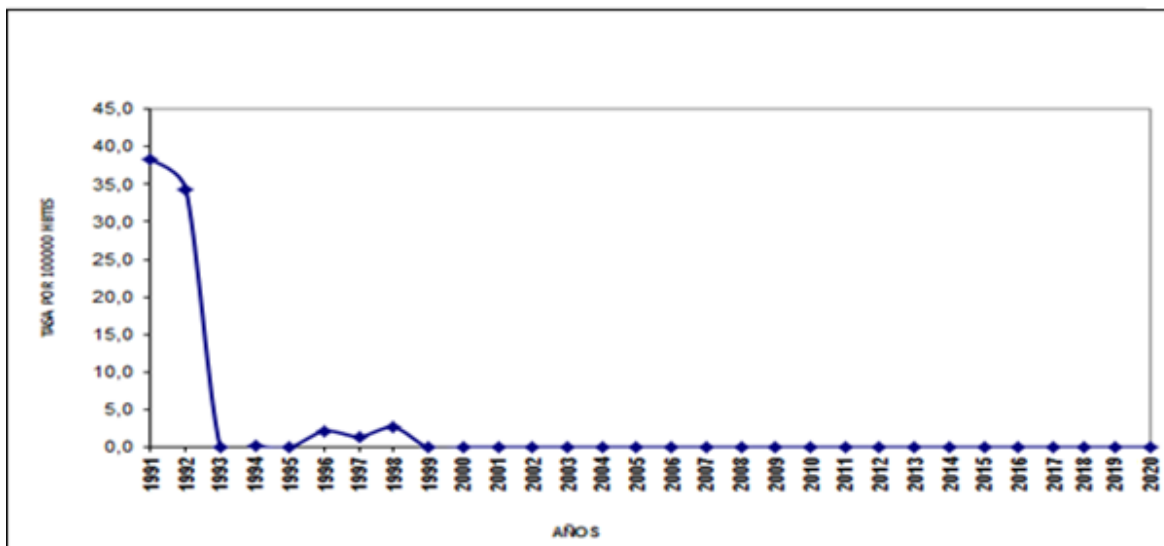


Figura 17. Tendencia de la incidencia de cólera. Antioquia 1991-2020

Fuente. SIVIGILA





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

2. CONCLUSIONES

Los servicios adecuados de agua, saneamiento e higiene son fundamentales para prevenir muchas otras enfermedades, mejorar los resultados nutricionales y proporcionar una atención de calidad en los establecimientos de salud.

“«El agua potable, el saneamiento eficaz y la higiene son fundamentales para la salud de cada niño y cada comunidad, y por lo tanto son esenciales para construir sociedades más fuertes, más saludables y equitativas»”, dijo el Director Ejecutivo de UNICEF, Anthony Lake.” A medida que mejoramos estos servicios hoy en día en las comunidades más desprotegidas y para los niños más desfavorecidos estamos ofreciéndoles una oportunidad más justa para que disfruten de un mañana mejor”.

Es importante continuar con el cumplimiento del 80 % en las entidades territoriales, con el plan de contingencia del sector salud para la prevención y control de Cólera en Antioquia.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Recomendaciones.

Antioquia debe estar encaminada al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la meta de reducir la proporción de población mundial sin acceso sostenible a agua potable (ODM 7) a lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible agua potable procedente de una fuente mejorada de suministro de agua ubicada en el lugar de uso, disponible cuando se necesita y que no contenga contaminación fecal ni de sustancias químicas prioritarias.

Continuar trabajando por el control del evento en el departamento a través del fortalecimiento de las estrategias implementadas

El uso de las vacunas anticoléricas orales ha posibilitado la recopilación de datos que demuestran la eficacia y viabilidad de las campañas de vacunación anticolérica oral como instrumento de salud pública que protege a las poblaciones en riesgo de padecer la enfermedad.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS; 2100 millones de personas carecen de agua potable en el hogar y más del doble no disponen de saneamiento seguro. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/12-07-2017-2-1-billion-people-lack-safe-drinking-water-at-home-more-than-twice-as-many-lack-safe-sanitation>
2. OMS; Enfermedades y riesgos asociados a las deficiencias en los servicios de agua y saneamiento; Disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/es/
3. OMS; Hepatitis A; Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
4. INS, HEPATITIS A COLOMBIA 2017; Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20A%202017.pdf>
5. OMS; Hepatitis A; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
6. INS; FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA COLOMBIA 2017; Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/FIEBRE%20TIFOIDEA%20Y%20PARATIFOIDEA%202017.pdf>
7. 6 Proceso vigilancia y análisis del riesgo en salud pública informe evento versión: 02 2014 – jun – 25 for-r02.4000-001 página 4 de 15 hepatitis A
8. OMS, Fiebre tifoidea; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/typhoid/es/>





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

9. OMS; Cólera; Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cholera> ; <https://www.who.int/topics/cholera/about/es/>

Elaboró:

Informe: Camila Yuliana Durango Sánchez
Técnica Área de la Salud - Dirección de Factores de Riesgo
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
camilayuliana.durango@antioquia.gov.co

Informe: Gina Marcela Gallego Bustamante
Epidemióloga - Dirección de Factores de Riesgo
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
epidemiologiassa2020@gmail.com

Indicadores: Luz Adriana Martínez Waldo
Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia
luzadriana.martinez@antioquia.gov.co

