

El control del Córera una prioridad en salud pública para Santafé de Bogotá.

Por: Martha Lucia Rubio Mendoza
Enfermera.
Área de Acciones en Salud Pública. SDS.

El cólera es una enfermedad infecciosa que apareció en Europa en el siglo XIX; a partir de ese momento se han documentado en el mundo siete epidemias en diferentes años: 1816, 1829, 1852, 1863, 1881 y en 1889.

En 1961 se inició la séptima epidemia mundial de cólera que ha sido controlada en la mayoría de países desarrollados, con el mejoramiento de las condiciones de vida y en particular por el cambio en las condiciones de saneamiento básico. Sin embargo, en algunas regiones del mundo como África el cólera pasó de ser una enfermedad epidémica para convertirse en una enfermedad endémica, situación que refleja la dificultad para controlar en forma oportuna los factores ambientales, de servicios de salud y del comportamiento asociados a la enfermedad.

En América, el cólera epidémico apareció en varias ciudades costeras del Perú en 1991, para finales de ese año se había propagado a 18 países de América Latina, registrándose más de 391.000 casos y alrededor de 3.900 defunciones.



Para Colombia, el control del cólera es una prioridad de salud pública después de la aparición de los primeros brotes en la costa pacífica durante el año 1991.

La condición epidémica y de alta propagación de la enfermedad unida a las deficientes condiciones de saneamiento básico de algunas zonas del país demandan una especial atención de las autoridades sanitarias que han establecido planes para la prevención y control del cólera, articulados a las estrategias que venía desarrollando el *programa de prevención y control de enfermedades diarreicas*.

CONTENIDO

El control del Córera una prioridad en salud pública para Santafé de Bogotá.....	Pág. 1- 5
Vigilancia Epidemiológica del Córera en Santafé de Bogotá.....	Pág. 5 - 6
Primeras Jornadas Distritales de Epidemiología.....	Pag- 7
Ánálisis Semanas Epidemiológicas 5 y 6.....	Pág. 7
Reporte de las Semanas Epidemiológicas 5 y 6.....	Pág. 8

(Viene de la pag 1)

1.1. Generalidades

El cólera es una enfermedad diarreica aguda producida por la toxina del Vibrio Cholerae serogrupo 01 siendo el Tor el biotipo que ha causado recientemente casi todos los brotes. Con este biotipo la enfermedad es asintomática en 75%, produce diarrea leve en 18%, moderada en 5% y grave en 2% de los casos. Los serotipos aislados han sido el Inaba y el Ogawa.

A partir de 1992, se aisló de pacientes con cólera, en India y Bangladesh un serogrupo del V. cholerae que se le ha denominado non 1 (no aglutina con sueros polivalentes 01), que es el causante de la mayoría de casos en estas regiones principalmente por la cepa denominada 0:139. A principios de 1997 se notificó por parte de la Organización Mundial de la Salud, el predominio de aislamientos en casos de cólera de una nueva cepa de Vibrio cholerae serogrupo non 1 en Calcuta diferente a la identificada en Bangladesh.

Esta enfermedad se caracteriza por comienzo súbito, diarrea acuosa profusa y sin dolor, vómito ocasional, calambres y acidosis; su principal complicación es la deshidratación que puede llevar a la muerte si los casos no son tratados oportunamente. Aunque el hombre es considerado el reservorio natural del Vibrio cholerae, como la bacteria se ha encontrado en aguas de la costa de México y en ríos australianos y puede vivir en asociación con ciertas plantas acuáticas y animales, el agua se constituye en un reservorio importante para la infección. Algunas cepas del Vibrio cholerae 01 toxigénico pueden persistir en el ambiente natural por muchos años.

1.2. Diagnóstico del cólera

La infección por cólera se confirma por el aislamiento del Vibrio cholerae de un cultivo de heces o de hisopado rectal, tomado con un escobillón tratado con carbón activado, antes de suministro de antibióticos.

Si el procesamiento de la muestra no se realiza inmediatamente, las heces deben ser mantenidas y transportadas a temperatura ambiente preferiblemente en medio de Cary-Blair antes de su envío al Laboratorio de Salud Pública.

Secretaría Distrital de Salud
Beatriz Londoño Soto

Subsecretario Distrital de Salud
Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública
Ana María Peñuela Poveda

Área de Análisis y Políticas de Salud Pública
Consuelo Peña Aponte

Área de Acciones en Salud Pública
Maria Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública
Elkin Osorio Saldarriaga

Comité Editorial
Beatriz Londoño Soto
Ana María Peñuela Poveda
Consuelo Peña Aponte
Elkin Osorio Saldarriaga
Orlando Scopetta D
Doracelly Hincapié Palacio
Cristina Matiz Matiz
Sonia E. Rebollo Sastoque
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga S.
Patricia Arce Guzmán

Apoyo Logístico
Wilson Rodríguez Ruiz
Humberto Niampira R.
Mabel Díaz
Darío Medina Palacios

Diseño y Diagramación:
XyZ Estrategias

Impreso en los talleres de:
Linotipia Martínez

Secretaría Distrital de Salud
Dirección de Salud Pública
Área de Vigilancia en Salud Pública
Trans. 23 N° 56 - 00 Piso 3
Tels : 347 6359 347 6382
Santa Fé de Bogotá, D.C.

Fuentes de transmisión: en los casos reportados durante las epidemias en Colombia se han documentado las siguientes fuentes de infección:

- ◆ **Agua para beber:** contaminación con heces del agua para el consumo, bien sea en la fuente o en los lugares de almacenamiento.
- ◆ **Alimentos contaminados durante o después de la preparación:** las manos contaminadas con heces son un vehículo importante para la transmisión del Vibrio cholerae durante la preparación de los alimentos y este facilitado por su replica en alimentos húmedos.
- ◆ **Consumo de mariscos:** se hace un especial enfasis en estos alimentos porque los crustáceos como camarones, pulpo, langosta, cangrejo y ostras, entre otros, tomados de lechos marinos contaminados por aguas residuales o en ambientes donde el Vibrio Cholerae vive naturalmente que al ser ingeridos crudos o mal cocidos son una fuente importante de contaminación.
- ◆ **Frutas y hortalizas:** especialmente las fertilizadas con abono humano o regadas con agua contaminada con heces humanas.
- ◆ La congelación de los alimentos o bebidas no impiden la propagación del cólera, ciertos brotes han estado asociados al consumo de hielo elaborado con agua contaminada y a ensaladas preparadas con cangrejo congelado.

1.3. Tratamiento

El manejo exitoso de los casos de cólera y de otros tipos de diarreas secretoras depende del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno encaminado a prevenir y tratar rápidamente la deshidratación con terapia de rehidratación oral (TRO), para lo cual se dispone como soporte de las sales de rehidratación oral (SRO), que son una combinación óptima de electrolitos y glucosa. Se recomienda evaluar el paciente e instaurar de acuerdo al estado de deshidratación el plan terapeútico de manejo según lo indicado en el programa para la prevención y control de las enfermedades diarreicas: **plan A**, para prevenir la deshidratación **plan B** para tratar la deshidratación sin choque y **plan C** para tratar la deshidratación con choque.

Con este recurso disponible la mortalidad por cólera es menor del 1%, siendo importante otras acciones complementarias como el tratamiento antibiótico con Vibramicina en adultos con dosis única de 300 mg dosis y el manejo en la alimentación. En embarazadas y lactantes, Ampicilina 250 mg c/6 horas por 3 días y niños menores de 12 años trimetropim-sulfa 8 10 mg/kg/día por 3 días c/12 horas.

Los casos probables deberan ser manejados bajo aislamiento entérico hospitalario, es decir que el personal de salud que atiende el paciente debe hacer uso estricto de las normas universales de bioseguridad, enfatizando en el lavado de manos antes y después de cada procedimiento y el uso de guantes para el manejo de fluidos coporales como diarrea y vómito.

El tratamiento de las heces o vómitos de los pacientes probablemente infectados o infectados por cólera y de las superficies contaminadas debe hacerse agregando solución de hipoclorito al 10%, la que debe dejarse actuar por cinco minutos. Las ropa de cama y las de los enfermos debe ser transportada a la lavandería en bolsas impermeables y sumergirse por treinta minutos en solución de hipoclorito al 2% por treinta minutos antes del lavado.

1.4. Manejo de cadáveres

Para su manipulación deberan extremarse las normas universales de bioseguridad y solo se autorizará a personas debidamente entrenadas y protegidas.

Los cadáveres se lavarán en una solución de hipoclorito de sodio 200 ppm y se envolverán en sábanas impregnadas en esta solución. Los orificios naturales se taponarán con algodón impregnado en hipoclorito de Sodio a 5000 ppm.

La inhumación deberá reducirse al menor tiempo en lo posible antes de las primeras 24 horas. Al finalizar la inhumación, todos los elementos que tuvieron relación con el cadáver se desinfectaran con hipoclorito de sodio a 5.000 ppm durante 20 minutos.

(Viene de la pag 3)

1.5. Vacunación contra el cólera

La vacuna existente contra el cólera está hecha a base de bacilos muertos y es relativamente ineficaz, por lo que no se considera una medida que ayude al control de la enfermedad puesto que:

- ◆ Las personas que se vacunan sólo el 50% quedan protegidas del riesgo de cólera clínico, es decir que la mitad de los vacunados en el momento de tener algún contacto con el *Vibrio cholerae* presentan signos y síntomas de la enfermedad.
- ◆ La protección parcial de la vacuna sólo dura de tres a seis meses.
- ◆ La vacuna no reduce la incidencia de las infecciones asintomáticas y no impide la progresión de la enfermedad.

1.6. Comportamiento Epidemiológico

Durante la actual epidemia en Colombia se registraron 16.800 casos para 1991, 13.287 para 1992, año a partir del cual hubo un importante descenso que se mantuvo para los años de 1993 a 1994. Sin embargo a partir de 1995 ha vuelto a incrementarse el número de casos habiéndose registrado 1974 casos en ese año y 4320 casos en 1996, 320 más de los esperados por el plan nacional de prevención y control. El problema se agudizó en el departamento de la Guajira que aportó el 32.4% de los casos y el 54.3% de las defunciones.

El comportamiento del cólera en Santa Fé de Bogotá, desde la aparición de los primeros casos en Colombia en 1991 hasta la actualidad, ha tenido fluctuaciones importantes siendo 1992 el año en el que se presentó el mayor número de casos (35); para los años 1995 y 1996 se reportaron 2 y 5 casos respectivamente.

Los casos reportados durante el año 1995, tuvieron como fuente de infección mariscos contaminados procedentes de las costas atlántica y pacífica y en los casos documentados en 1996 se identificó que el caso índice era una persona procedente del Magdalena Medio, los restantes se asociaron a la contaminación de alimentos. Se ha aislado *Vibrio cholerae* 01 serotipo Ogawa e Inaba en los casos de los años anteriormente mencionado.

Durante lo que va corrido de 1997 no se han notificado casos de cólera pero debido a que el Ministerio de Salud ha reportado rebrote de cólera en los departamentos de Bolívar, Atlántico, Norte de Santander y Guajira, la Dirección de Salud Pública ha decidido alertar a las instituciones prestadoras de servicios de salud del

distrito capital para que investiguen microbiológicamente los casos de diarrea aguda especialmente de viajeros procedentes de la costa Atlántica o de residentes en la capital que hayan visitado estas zonas en la temporada vacacional.

1.6. Plan de control

Mientras el *Vibrio cholerae* continúa circulando por las diferentes regiones del país, el desarrollo de estrategias de prevención y control deben ser sostenidas a través del tiempo.

1.7. Fortalecimiento del programa de prevención y control de enfermedades diarreicas CED.

Este programa prioritario en salud pública está orientado a disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica en la población menor de cinco años, las estrategias planteadas por el programa apuntan a:

- ◆ Capacitar a los trabajadores de salud en el manejo efectivo de los casos de diarrea, con base en la terapia de rehidratación oral, mediante el uso de las sales de rehidratación oral.
- ◆ Educación a la comunidad sobre el manejo en el hogar de los casos de diarrea y la identificación de los signos de deshidratación para demanda oportuna de atención.
- ◆ Educación e información a la comunidad sobre hábitos higiénicos, almacenamiento seguro de agua.
- ◆ Inserción de los planes de prevención y control del cólera en las acciones del programa de control de enfermedades diarreicas y reforzar las estrategias que el programa viene desarrollando.

1.8. Vigilancia y control del consumo de alimentos

Seguimiento dentro de la cadena de distribución de los alimentos expendidos en la calle, especialmente los productos de pesca, con análisis bacteriológico para detección de *Vibrio cholerae*.

Educación a la comunidad sobre las medidas para la preparación, conservación y almacenamiento seguro de los alimentos de tal manera que se interrumpa la cadena de transmisión del cólera.

1.9. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas

Permite conocer el comportamiento de las enfermedades diarreicas y detectar de manera oportuna un incremento de casos e identificar los casos probables para el correspondiente estudio y seguimiento.

1.10. Mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico

El asegurar un cambio en las condiciones de saneamiento básico como disponibilidad de agua domiciliaria potable, adecuadas redes de disposición de excretas sumadas a las medidas higiénicas individuales y familiares garantizará un efectivo control de la epidemia.

1.11. Referencias Bibliográficas

Ministerio de Salud, Oficina de Epidemiología *Boletín Epidemiológico Semanal*, Diciembre 1996.

Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Prevención y Control del cólera*, 1996.

Organización Panamericana de la Salud, *Epidemia de cólera en el Perú y pautas para su control*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 110, N°. 4 Abril 1991.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Lineamientos para el Control del cólera*, 1992

Organización Mundial de la Salud, *Tratamiento del enfermo de cólera*, Programa de Lucha Contra las Enfermedades Diarreicas, 1993.

Stacher D, Hughes J y otros, *Métodos de Laboratorio para el diagnóstico de Vibrio Cholerae*, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas (NCID), Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, (CDC). 1994.

Torregrosa L, Santos J y otros, *Enfermedades Diarreicas en el niño*. Interamericana McGraw Hill. 1996.

Vigilancia epidemiológica del Córera en Santa Fé de Bogotá.

Por: Gladys Espinosa García
Bacterióloga MS. Epidemiología
Cristina Matiz Matiz
Enfermera, Esp. en Epidemiología
Área de Vigilancia en Salud Pública

La vigilancia epidemiológica es una metodología para el monitoreo de determinantes de la salud que permite mantener caracterizado en forma continua y permanente un evento en sus características epidemiológicas más importantes y aporta a la definición y evaluación de las medidas de prevención y control.

El proceso de vigilancia epidemiológica requiere de un trabajo interinstitucional y multidisciplinario activo y permanente, en donde todos y cada uno de los integrantes del Sistema de Seguridad Social aportan en beneficio de la salud pública.

La vigilancia epidemiológica del cólera, como evento de alto potencial epidémico, en Colombia y en el Distrito Capital tiene como objetivo identificar en forma oportuna la presencia de casos, brotes o factores de riesgo para encaminar las acciones al control de los mismos para la rápida interrupción de la cadena de transmisión, reduciendo la morbilidad y evitando la mortalidad.

Las estrategias para la vigilancia epidemiológica del cólera en Santa Fe de Bogotá, pueden resumirse así :

1. La vigilancia del comportamiento de las diarreas: Esta incluye el seguimiento permanente para detectar un incremento y la vigilancia microbiológica, que consiste en realizar en forma sistemática y permanente la investigación para *Vibrio cholerae* a los casos de diarrea que consulten a las instituciones prestadoras de servicios de salud. En momentos epidémicos deberá realizarse a uno de cada diez casos y en momentos no epidémicos a uno de cada veinte casos.

2. La vigilancia sanitaria y microbiológica con enfoque de riesgo de los alimentos, que consiste en investigar para *Vibrio cholerae* mediante muestrados permanentes y sistemáticos los alimentos considerados como potenciales factores de riesgo para la transmisión del cólera.

Continua pag 6

(Viene de la pag 5)

Estos son fundamentalmente:

- a. los pescados de río provenientes de los ríos Magdalena, Cauca y Sinú y los provenientes de las cienegas localizadas en el centro y norte del país, así como los mariscos provenientes de criaderos y comercializadoras de las costas Pacífica y Atlántica.
- b. Los alimentos preparados en ventas callejeras sin adecuadas condiciones higiénicas.
3. Monitoreo trimestral de aguas residuales en puntos de muestreo identificados como representativos de las descargas y transporte de estas aguas como tramos del alcantarillado, puntos de descargue o vertientes que las reciban.
4. La vigilancia intensificada de los casos, que consiste en la notificación obligatoria e inmediata, ante la presencia de un **caso probable**, captado por las instituciones prestadoras de servicios de salud al hospital de primer nivel de la localidad donde estén ubicados y de éste al Área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.

Se define como **caso probable**, en momentos epidémicos a una persona de cinco o más años de edad que presenta diarrea líquida aguda y profusa con o sin deshidratación o cualquier caso de muerte por diarrea. El momento epidémico lo determina el Ministerio de Salud.

En momentos no epidémicos el **caso probable** es la persona de cinco o más años de edad que presenta diarrea con tendencia rápida a la deshidratación. En menores de cinco años, la sospecha de cólera es más evidente en momentos epidémicos.

El caso probable debe ser estudiado para su confirmación de acuerdo con la siguiente definición de **caso confirmado**: es el caso probable en el cual se aisló el *Vibrio cholerae* en el laboratorio, o que tiene nexo epidemiológico, es decir contacto con una persona enferma de cólera o por que se ha demostrado circulación activa de la bacteria en el área de residencia o de trabajo.

5. Acciones colectivas ante la presencia de un caso probable:

La presencia de un caso probable, genera una investigación epidemiológica de campo que debe hacerse en lo posible en las primeras 48 horas y una serie de intervenciones a nivel comunitario conocidas como barriado sanitario.

La investigación de campo debe cumplir con los objetivos de :

Identificación de nuevos casos, para ser diagnosticados y tratados.

Identificación de casos convalecientes o susceptibles.

Suministro de quimioprofilaxis a contactos que han compartido los alimentos con el enfermo, lo han atendido o han estado en contacto directo con su deposición vómito.

El antibiótico de elección es la Vibramicina en dosis única de 300 mg. para mayores de 12 años y Trimetopínsulfa 810 mg/kg/día en dos tomas durante 3 días para menores de 12 años. En embarazadas, se recomienda la Ampicilina 250 mg cada 6 horas vía oral durante 3 días.

Determinación de la posible fuente de infección por:

1. Evaluación del tipo de alimentos consumidos y de las fuentes de abastecimiento de agua para el consumo, los cuales deben ser examinados físicoquímica y microbiológicamente mediante muestreo.
2. Evaluación de la disposición de excretas y basuras
3. Evaluación de los hábitos higiénicos y de la manipulación de los alimentos.

Educación a la familia sobre las precauciones en el manejo del enfermo, como el aislamiento entérico domiciliario con desinfección de ropa, utensilios y excretas, con hipoclorito de sodio a 200 partes por millón.

El Barriado sanitario implica:

- ◆ Identificación de sitios de consecución de sales de rehidratación oral para evaluar y mejorar su disponibilidad.
- ◆ Información y educación sobre los signos y síntomas de la enfermedad para el inicio de terapia temprana o consulta rápida a los centros de atención.
- ◆ Enseñanza de los métodos de desinfección del agua para tomar, a través de la ebullición o de adición de hipoclorito de sodio si ésta no proviene de acueducto con tratamiento de agua o tiene posibilidades de ser contaminada durante el almacenamiento. La desinfección con hipoclorito debe hacerse agregando una gota de blanqueador comercial a cada litro de agua.
- ◆ Suministro de soluciones de hipoclorito a las comunidades que tienen acceso a productos comerciales por su situación socioeconómica.
- ◆ Reforzamiento del manejo adecuado de excretas y basuras
- ◆ Información y educación a la comunidad sobre mejoramiento de hábitos higiénicos, manejo y conservación adecuada de alimentos.
- ◆ Reforzar el control sanitario en la producción, almacenamiento y expendio de los alimentos.

Primeras Jornadas Distritales de Epidemiología

Agosto 6 - 8 de 1997

Actividades

Talleres: Agosto 6 y 7 de 1997

Simposios: Agosto 8 de 1997

Presentación de trabajos libres: Agosto 7 y 8 de 1997

Constitución del capítulo Centro de la Asociación Colombiana de Epidemiología. Agosto 7 de 1997

Temas:

Enfermedades Emergentes y Reemergentes

Dr. James Leduc. Centro para la prevención y Control de Enfermedades. CDC Atlanta, EUA

Dr. Francisco Pinheiro. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EUA.

Evaluación de Servicios de Salud

Dr. Carlos Castillo-Salgado. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EUA.

Dr. Rodolfo Dennis, Unidad Epidemiológica Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Santa Fé de Bogotá.

Evaluación de la Atención en Salud

Dr. Geoffrey Anderson, Instituto de Ciencias Clínicas Evaluativas. ICE. Ontario, Canadá.

Dr. Dario Jaramillo, Unidad de Epidemiología Clínica Pontificia Universidad Javeriana. Santa Fé de Bogotá.

Participan con ponencias y trabajos sobre los temas de los simposios y temas libres: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto de los Seguros Sociales, Centro Nacional Hospitalario, Secretaría Distrital de Salud de Santa Fé de Bogotá. Los talleres tienen cupo para 25 a 30 personas cada uno.

Las inscripciones están abiertas a EPS, ARS, ARP, Empresas Solidarias, Prepagadas, IPS, ESE, Universidades, Centros de Investigación.

Presentación de Trabajos Libres

Se hará en la modalidad de cartelera de acuerdo con la siguiente reglamentación:

1. Tema libre
2. Envío de resumen del trabajo a la Dirección de Salud Pública antes del 27 de Junio de 1997.
3. Listado de trabajos preseleccionados: 7 de Julio de 1997.
4. Envío del informe ampliado de las investigaciones preseleccionadas hasta el 15 de Julio de 1997.

5. Listado de trabajos admitidos: 21 de Julio de 1997.

6. Los trabajos deben ser presentados en carteleras de 1.2 x 0.8 mts, siguiendo el siguiente esquema: título, autores, objetivos, material y métodos, hallazgos relevantes, comentarios y conclusiones. De ser necesario se podrán incluir gráficas, tablas y fotos.

Organizadores y Patrocinadores hasta la fecha:
Secretaría Distrital de Salud, OPS/OMS, Asociación Colombiana de Epidemiología, Pontificia Universidad Javeriana.

Informes: Dirección de Salud Pública. Transv. 26 No. 53-00.

Teléfonos: 347 6359/ 347 6394/ 347 6382

Análisis de las semanas Epidemiológicas 5 y 6

NOTIFICACION

Respecto a la notificación se encontró un porcentaje global de notificación para Santa Fe de Bogotá durante la semana 5 del 50 % y durante la semana 6 del 54 %, destacándose como localidades con un muy buen cumplimiento de la notificación Fontibon, Engativá y Chapinero.

EVENTOS

Evaluando la notificación de los eventos incluidos en el sistema S.A.A.

Llama la atención el alto número de casos de exposición rágica presentados en general, teniendo en cuenta las definiciones operativas de caso es importante aclarar que se debe hacer seguimiento por parte de las localidades a todos los casos de accidente rágico, ingresando al sistema solamente aquellos que quedan clasificados como exposición rágica.

De igual manera es importante la toma de muestras de laboratorio ante los casos probables o sospechosos de cualquier evento, y de esta manera lograr una adecuada confirmación.

Reporte Semanal I Periodo Epidemiológico

Semana Epidemiológica 5: Enero 26 - Febrero 1 de 1997

Eventos	Usaquet	Chapinero	Santafé	S. Cristob	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	B. Unidos	Mártires	Ant. Nariño	P. Aranda	Candelar.	C. Bolívar	Rafael U.	Sumapaz	Total
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue Clásico	0	0	1 ^Φ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Dengue Hemorrágico	0	0	1 ^Φ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Meningitis por Neisseria	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Meningitis por Haemophilus Influenzae	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Parálisis Flácida	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Exposición Rábica	2	4	0	1	0	1	4	10	0	0	0	0	0	5	0	0	2	0	3	0
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia Animal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	0	0	0	1	0	0	0	0	5+	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Mortalidad Materna	0	P	0	P	0	P	0	P	1	1	0	P	P	P	P	P	P	P	P	1
Mortalidad Perinatal	0	P	0	P	0	P	0	P	0	4	0	P	P	P	P	P	P	P	P	4
Mortalidad por Neumonía	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	P	P	P	P	P	P	P	1
Mortalidad por EDA	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Mortalidad por Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Tuberculosis	0	0	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Parotiditis Viral	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	2	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Varicela	0	3	2*	13	0	7	0	2*	15	2*	2	2*	2	5*	15	8*	15	0	0	4
Brotes	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	6
Total	4	16	5	23	0	12	8	26	9	22	2	3	5	22	9	24	0	0	3	8
																				238

Fuente= Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

P= Información pendiente /+Sospechoso/Φ Probable/ *Varicela.

Semana Epidemiológica 6: Febrero 2 - Febrero 08 de 1997

Eventos	Usaquet	Chapinero	Santafé	S. Cristob	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	B. Unidos	Mártires	Ant. Nariño	P. Aranda	Candelar.	C. Bolívar	Rafael U.	Sumapaz	Total
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue Clásico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Dengue Hemorrágico	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11
Meningitis por Neisseria	2	4	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Meningitis por Haemophilus Influenzae	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7
Parálisis Flácida	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Exposición Rábica	0	4	0	1	1	2	0	10	0	0	2	2	0	1	6	0	0	0	1	24
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia Animal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	0	0	0	1	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Mortalidad Materna	0	P	0	P	0	P	0	1	0	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	1
Mortalidad Perinatal	0	P	1	1	0	P	0	P	0	4	0	P	P	P	P	P	P	P	P	4
Mortalidad por Neumonía	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	P	P	P	P	P	P	P	2
Mortalidad por EDA	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Mortalidad por Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	21	0
Tuberculosis	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Parotiditis Viral	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Varicela	0	3	2*	15	0	7	0	15	0	2	2*	17	1*	16	1	1	0	1	2*	10
Brotes	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
Total	2	18	5	28	1	13	0	26	0	22	2	5	4	26	2	26	2	1	9	3
																				276

Fuente= Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

P= Información pendiente /+Sospechoso/Φ Probable/ *Varicela.

1 caso de Hepatitis C. Localidad Chapinero, Clínica Palermo