

Abril 20 /97 - Mayo 17 /97

Volumen 2 Ejemplar 7

Semanas 17-18-19 y 20

# Infecciones hospitalarias

Por: Cecilia Saad A. Invest. Científica.  
Inst. Nacional de Salud  
Ana María Peñuela P. Dir. de Salud Pública.  
Cristina Matiz Matiz. Enfermera Epidemióloga.  
Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS.

Las Infecciones Hospitalarias (IH) constituyen un grave problema de Salud Pública que afecta y deteriora a pacientes, familiares, comunidad, trabajadores e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Se definen como IH aquellas infecciones que se adquieren en el hospital y que pueden afectar a pacientes, personal hospitalario y visitantes. El afectado puede manifestarla durante la hospitalización o después de su egreso. Para su identificación se deben tener en cuenta el período de incubación, la fuente de infección, el modo de propagación y el mecanismo de transmisión.

Se producen como un proceso infeccioso de carácter multicausal, existiendo circunstancias adversas para el hospedero, tales como la disminución de las defensas a causa del estrés que genera la hospitalización, la patología que causó su internación, los procedimientos invasivos, el uso irracional de antimicrobianos e inmunosupresores, las alteraciones de las barreras anatómicas (piel y mucosas) e inmunológicas (Inmunidad humoral y celular), entre otros.

Los agentes infecciosos, adquiridos en el medio hospitalario, pueden presentar con mayor frecuencia patogenicidad y/o virulencia y ser resistentes a los antibióticos y antisépticos comunes. El medio ambiente



puede propiciar la permanencia y transmisión de microorganismos patógenos cuando no es el adecuado .

Es difícil ponderar en términos económicos los costos directos e indirectos generados por esta patología, considerando como costos directos aquellos ocasionados por el exceso de días estancia y terapias utilizadas; y como costos indirectos el riesgo de morir, el ausentismo laboral y el cambio de la situación laboral que se pueda llegar a producir. Existen otros costos, más difíciles de establecer, como aquellos intangibles debidos al dolor, al aislamiento, a la desintegración del grupo familiar, al quebranto de la salud, a las posibles secuelas y a las implicaciones del uso indiscriminado de antibióticos, especialmente aquellos de amplio espectro.

La frecuencia de casos de infecciones hospitalarias IH no sólo refleja la calidad de atención, sino el grado de desarrollo de la tecnología médica, las características del entorno administrativo y la actitud del personal de salud para su prevención y control. Por otro lado el recurso humano que labora en las áreas hospitalarias con frecuencia se ve involucrado en situaciones adversas que propician las IH con implicaciones de orden legal.

## CONTENIDO

Infecciones hospitalarias.....	Pág. 1-4
Enterocolitis necrosante en el Hospital Simón Bolívar de Santa Fe de Bogotá D.C., Colombia, 1996.....	Pág. 4-7
Análisis quinto periodo epidemiológico.....	Pág. 7
Reporte quinto periodo epidemiológico.....	Pág. 8

(Viene de la pág 1)

**Secretaria Distrital de Salud**  
Beatriz Londoño Soto

**Subsecretario Distrital de Salud**  
Delio Castañeda Zapata

**Directora de Salud Pública**  
Ana María Peñuela Poveda

**Area de Análisis y Políticas de Salud Pública**  
Consuelo Peña Aponte

**Area de Acciones en Salud Pública**  
Stella Vargas Higuera

**Area de Vigilancia en Salud Pública**  
Elkin Osorio Saldarriaga

**Comité Editorial**  
Beatriz Londoño Soto  
Ana María Peñuela Poveda  
Elkin Osorio Saldarriaga  
Orlando Scoppetta D  
Doracelly Hincapié Palacio  
Gladys Espinosa García  
Luz Adriana Zuluaga Salazar

**Diseño y Diagramación:**  
XyZ Estrategias

**Impreso en los talleres de:**  
Linotipia Martínez

**Secretaría Distrital de Salud**  
**Dirección de Salud Pública**  
**Area de Vigilancia en Salud Pública**  
Trans. 23 N° 56 - 00 Piso 3  
Tels : 347 6359 347 6394  
Santa Fe de Bogotá, D.C.

En concordancia con lo anterior, se puede decir que las IH reflejan, fallas administrativas como las deficiencias en la oportunidad, cantidad o calidad en el suministro de materiales, insumos y elementos de trabajo; inadecuado mantenimiento de equipos y áreas locativas, presencia de basuras, insectos y roedores; falta de entrenamiento y desmotivación del recurso humano que labora en las áreas hospitalarias.

Esto hace que las IH se constituyan en un indicador de la calidad de atención y sirve para que un gerente con enfoque preventivo y participativo mejore y reoriente sus políticas administrativas dentro del ámbito institucional. ■

## 1.1 Distribución de las infecciones hospitalarias

Las infecciones hospitalarias son de distribución mundial y su frecuencia es mayor en hospitales con alto índice ocupacional; mayor carga docente-asistencial y laboral; deficiencias presupuestales, de recurso humano y locativas y en servicios de alto riesgo tales como unidades de cuidados intensivos, salas de maternidad, partos, prematuros, neonatos y quemados, aunque pueden presentarse en cualquier servicio de hospitalización, procedimientos ambulatorios o atención a pacientes, en ausencia de un manejo integral adecuado.

*Anualmente a nivel mundial, aproximadamente 1,4 millones de personas hospitalizadas presentan infecciones nosocomiales, cifra que asciende en Estados Unidos a 2 millones y en Europa llega hasta 7 millones de pacientes.*

En Estados Unidos, se ha establecido que cerca del 5% de los pacientes que ingresan a los hospitales generales presentan infecciones hospitalarias, cifra que varía según las características propias de cada servicio, entre 3,5% y 15%. El promedio de días estancia por esta causa oscila entre 7 y 10 días, los que dependiendo del servicio, pueden llegar a ser de 20 o más días. Se ha observado que la mortalidad general puede ir de 0.5% a 2% y se estima

como causa directa de muerte en pacientes hospitalizados entre el 3% y 4%, y como causa asociada el 3%.

En Colombia no se cuenta con un perfil epidemiológico a nivel nacional, pues sólo existe información parcial de las grandes ciudades como Santa Fe de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga.

En Santa Fe de Bogotá D.C., según la información enviada por las instituciones hospitalarias entre 1.991 y 1.996, la mayor incidencia de IH por servicios se presenta en las unidades de cuidados intensivos, unidades de quemados, servicios de neurología y de recién nacidos.

Los sitios anatómicos más afectados son las heridas quirúrgicas, vías respiratorias bajas, vías urinarias, tejido celular subcutáneo, piel, endometrio, tracto genital y sistema circulatorio (septisemias) y los agentes más implicados, el *Staphylococcus aureus* y la *Escherichia coli*.

## 1.2 Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias es un proceso continuo y sistemático de registro, procesamiento, análisis y difusión de los resultados obtenidos, con el propósito de orientar la toma de decisiones sobre su prevención y control, para disminuir los riesgos de enfermar y morir por esta causa y mejorar la calidad de atención.

Este proceso implica una serie de actividades que van desde el registro de la infección, la confirmación o descarte del diagnóstico inicial, la investigación de los casos o brotes a nivel institucional, el procesamiento estadístico de los datos, el análisis e interpretación de los resultados de la vigilancia, el flujo adecuado de la información y la retroalimentación a los diferentes niveles asistenciales científicos, técnicos y administrativos.

Muchas de las IH no pueden ser prevenidas; sin embargo, el reto de los sistemas de vigilancia es lograr mantener los niveles de infección dentro de los parámetros internacionalmente establecidos para cada tipo de servicio (indicadores de IH en ceros señalan alta probabilidad de deficiencias en los sistemas de vigilancia).

## 1.3 Intervenciones y acciones técnicas

Ante la presencia de un caso sospechoso de infección hospitalaria se debe:

- a) Revisar la historia clínica del paciente.
- b) Diligenciar en su totalidad la "Ficha Epidemiológica del Paciente con Infección Hospitalaria".
- c) Hacer seguimiento al caso sospechoso de IH y definirlo como probable en las primeras 24 horas.
- d) Hacer seguimiento al caso probable de IH y definirlo como confirmado en las primeras 48 horas.
- e) Establecer de inmediato las medidas correctivas aplicando los protocolos establecidos en la institución.
- f) Dar estricto cumplimiento a las normas de bioseguridad para evitar la presencia de nuevos casos.
- g) Notificar al Coordinador del Comité todos los casos de IH detectados en las salas y por el laboratorio clínico del hospital a partir de la coloración de gram.
- h) Rotular en sitio visible las historias de pacientes con infección hospitalaria.

### *A nivel institucional*

A nivel institucional el Comité de vigilancia y control de las IH dará las recomendaciones pertinentes, con base en la evaluación del comportamiento del evento para:

- a) Intensificar la vigilancia de los casos febres, con presencia de material purulento y signos inflamatorios u otros signos y síntomas propios de los procesos infecciosos.
- b) Reforzar la vigilancia de los pacientes que por sus condiciones se consideran de alto riesgo para adquirir una infección.
- c) Velar por el estricto cumplimiento de los tratamientos, normas de aislamiento, asepsia, antisepsia y bioseguridad, por parte del personal de salud.
- d) Intensificar la búsqueda de fuentes, factores de riesgo, reservorios y brotes de IH para detectarlos y controlarlos oportunamente.
- e) Diseñar y desarrollar actividades de fomento y prevención de la salud con el personal institucional, pacientes y visitantes, tales como actividades de vacunación, etc.
- f) Evaluar el costo-beneficio de las medidas implementadas.

Continua pág 4

(Viene de la pág 3)

### **A nivel comunitario:**

Intensificar la vigilancia de los casos de:

- a) Enfermedades febres con signos o síntomas de cualquier proceso infeccioso, ya sean generalizados o localizados, como la presencia focalizada de material purulento, calor, rubor, etc., que presenten los pacientes recién egresados del hospital.
- b) Enfermedades febres eruptivas, teniendo en cuenta el periodo de incubación.

Las actividades de vigilancia epidemiológica a nivel comunitario se podrán realizar en coordinación con otras entidades del sector oficial y privado y la participación de líderes comunitarios.

### **Paciente que requiere énfasis en la vigilancia**

Todo hospitalizado con algún proceso de base que disminuya sus defensas o lo ponga en riesgo, tales como pacientes:

- a) Postquirúrgicos, incluyendo partos y cesáreas.
- b) Con procedimientos invasivos como sondas, drenes, venoclisis, prótesis, aparatos ortopédicos y algunos utilizados para diagnóstico, entre otros.
- c) Inmunosuprimidos, ya sea por patología de base o tratamientos aplicados.
- d) Quemados
- e) Puérperas
- f) Inconscientes
- g) En reposo por largo periodo de tiempo.
- h) Politraumatizados

***Las infecciones hospitalarias (IH) constituyen un grave problema de Salud Pública que afecta y deteriora a pacientes, familiares, comunidad, trabajadores e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).***

## **Enterocolitis Necrosante en el Hospital Simón Bolívar de Santa Fe de Bogotá D.C., Colombia, 1996.**

(Autores pie de página)

Debido a la presencia de seis muertes por enterocolitis necrosante, ocurridas en la unidad de recién nacidos del hospital Simón Bolívar de Santa Fe de Bogotá D. C., en noviembre de 1996, la Secretaría Distrital de Salud, el Servicio de Epidemiología Aplicada (SEA) del Instituto Nacional de Salud (INS) y el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Hospitalarias (COVEIH) del mencionado hospital realizaron, en forma conjunta, la investigación del brote.

### **2.1 Objetivo**

Establecer el riesgo de enfermar y los factores condicionantes asociados con enterocolitis necrosante en los neonatos del Hospital Simón Bolívar del Distrito Capital.

### **2.2 Materiales y método**

Teniendo en cuenta que la enterocolitis necrosante presentó un comportamiento endémico en febrero, marzo, abril, mayo, octubre y noviembre (aproximadamente 1 caso por mes) y uno epidémico en Septiembre y noviembre (5 y 9 casos respectivamente), diferencia que resultó estadísticamente significativa ( $p<0,001$ , Poisson), se realizó un estudio de casos y controles para el periodo endémico y otro para el epidémico.

Se definió como caso a todo neonato hospitalizado en la unidad de recién nacidos del hospital, con signos y síntomas compatibles con enterocolitis necrosante, que presentara distensión abdominal, melenas o imágenes

Por: 1. Cecilia del Socorro Saad Acosta. MD, MSP. Investigadora Científica Instituto Nacional de Salud. Docente Área de Medicina Comunitaria Universidad El Bosque. Residente, Servicio Epidemiología Aplicada (SEA-CDC/INS).

2. Cristina Leonilde Matiz Matiz. Enfermera Epidemióloga. Coordinadora Comité Distrital de Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, D.C..

3. Beatriz Murcia. MD., Pediatra Unidad Recién Nacidos Hospital Simón Bolívar. Docente Facultad de Medicina Universidad El Bosque.

4. Ellen de Mendivelson. MD., Internista Coordinadora Comité Vigilancia y Control Infecciones Hospitalarias Hospital Simón Bolívar. Docente Universidad El Bosque, Universidad Pontificia Javeriana y Universidad de la Sabana.

5. Laline Osorio. Enfermera Coordinadora Comité Vigilancia y Control Infecciones Hospitalarias Hospital Simón Bolívar.

6. Fernando de la Hoz Restrepo. MD., Epidemiólogo Coordinador del Centro Control de Enfermedades Transmisibles. Director SEA/INS. Docente Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

7. Jorge Hernando Jara Consuegra. MD., Epidemiólogo. Docente Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

radiológicas de edema y neumatosis de pared intestinal, y como control a todo recién nacido hospitalizado en el mismo lugar y durante el mismo periodo, con una diferencia entre su ingreso y el del caso de más o menos una semana (por no encontrar controles para todos los casos del mismo día), el cual fue seleccionado de manera aleatoria, entre el total de neonatos no afectados por la enterocolitis.

Para el periodo epidémico se tomó la totalidad de los casos con diagnóstico de enterocolitis necrosante que se presentaron entre el 1º y el 30 de septiembre y el 1º y el 30 de noviembre de 1996 y para el periodo endémico, la totalidad de los casos diagnosticados durante el resto del año, que cumplieran con los criterios planteados para la definición de caso.

En ambos periodos se asignaron tres controles para cada caso que también cumplieran con los criterios planteados para la correspondiente definición del control. También se estudiaron características como edad, sexo, patologías infecciosas y crónicas durante la gestación e infecciosas, obstructivas y procedimientos invasivos en los infantes.

Los datos obtenidos se procesaron, utilizando el software de EPI-INFO versión 6,02 y se calcularon los riesgos (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), para medir la asociación con cada una de las variables independientes estudiadas.

## 2.3 Resultados

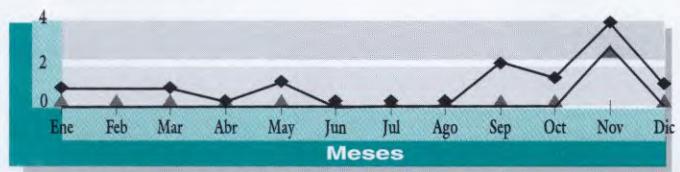
Se revisaron 1.215 historias clínicas de la unidad de recién nacidos de enero 1 a diciembre 31 de 1996 y se inspeccionaron las áreas locativas, con el propósito de verificar la presencia del brote y observar las condiciones del medio ambiente donde sucedió el evento.

La unidad neonatal se encontró funcionando por remodelaciones locativas en un lugar pequeño para albergar las 20 cunas disponibles, sin espacios adecuados para el manejo, disposición de elementos utilizados en la atención del neonato, ni para el proceso de limpieza, desinfección y esterilización. Por otro lado, debido a limitantes de recursos algunos elementos desechables eran reutilizados, tales como aquellos involucrados en oxigenoterapia y alimentación parenteral. Es de anotar que este sitio también presentaba una excesiva circulación de estudiantes del área de la salud y familiares de los pacientes. A lo anterior se suma el no contar con suficiente recurso humano para la atención de los pacientes hospitalarios.

La letalidad observada fue del 66.7% y la mortalidad presentó un brusco ascenso durante el mes de noviembre (seis fallecimientos) pasando del 0 al 7%; este incremento

en las muertes coincidió con el traslado de la unidad neonatal al sitio anteriormente mencionado (finales de octubre).

La siguiente figura muestra la incidencia mensual de casos de la enterocolitis necrosante en la unidad de estudio durante 1996.



Fuente: Oficina de Estadística del hospital

▲ Mortalidad

◆ Morbilidad

En relación con el periodo epidémico la alimentación oral fue un factor de protección (OR=0.06; IC95% = 0.01-0.29; p<0.001). Como factores de riesgo se encontraron la sepsis (OR=7.22; IC95% = 1.35-40.86; p<0.01), la alimentación parenteral (OR=13; IC95% = 2.58-70.42; p<0.001), los líquidos endovenosos (OR=65; IC95% = 8.40-1424.65; p<0.001), la oxigenoterapia (OR=6.25; IC95% = 1.61-26.07; p<0.01) y el haber nacido de madre hipertensa (OR=5.28; IC95% = 1.08-25.41, p<0.05).

También se observó que el promedio de edad entre los casos fue de 3.5 días y entre los controles de 4.7 días con una p=0.03 (Kruskal Wallis) y el promedio del peso de 1915 gramos para los casos y de 2630 gramos para los controles, con una p=0.01 (Kruskal Wallis), diferencias que también resultaron significativas.

En la forma endémica se encontró como factor de riesgo el tener enfermedad de membrana hialina, OR=24 (IC95% = 1.84 - 518.23; p < 0.005) y como factor protector el inicio de la vía oral OR=0.15 (IC95% = 0.03 - 0.86 < 0.05).

Las demás variables estudiadas, para ambos periodos, no mostraron asociación con la enterocolitis necrosante.

En las historias clínicas de los casos no se encontró reporte alguno sobre microorganismo aislado, al parecer no se solicitó este tipo de estudio a ninguno de los pacientes. Por otro lado al laboratorio no siempre llega la información necesaria para diferenciar los gérmenes aislados de infecciones nosocomiales de aquellos aislados en otros procesos infecciosos.

Es de aclarar que estos resultados pueden estar afectados por la calidad del registro, dado que no toda la información de interés se encontró consignada

Continua pág 6

(Viene de la pág 5)

en las historias clínicas y epicrisis de los neonatos y los médicos tratantes pudieron no haber recordado algunos de los datos de interés de los pacientes.

## 2.4 Discusión

Como se observa la alimentación oral resultó ser un factor protector para ambos períodos, lo cual tal vez se debió a que se inició con leche materna y en forma temprana, evitando el ayuno prolongado y la manipulación externa.

No se pudo establecer el microorganismo implicado, quizás por falta de coordinación e información al laboratorio clínico del hospital, aunque se observó que los gérmenes aislados con mayor frecuencia de infecciones nosocomiales fueron la Escherichia coli (24%), el Staphylococcus aureos (18%), el Staphylococcus epidermidis (12%), la Klebsiella pneumonie (9%) y la Pseudomonas auriginosa (6%).

Como resultado de este estudio se tomaron medidas sanitarias sobre limpieza, desinfección y esterilización de los elementos utilizados para la atención del neonato por parte del personal técnico y científico de la institución disminuyendo la incidencia de casos en un 78% y las muertes en un 100%.

## Conclusiones y recomendaciones

Los hechos relatados evidencian el impacto que pueden tener los cambios locativos, las precarias condiciones de manejo del neonato y la debilidad en la vigilancia y control de las infecciones hospitalarias por incoordinación con el laboratorio en una unidad de recién nacidos de un hospital de alta tecnología.

**Se registran  
nuevos casos  
de cólera.**

Si, muchas personas están furiosas porque no han podido leer el Boletín Epidemiológico.

Factores prevenibles como el hacinamiento y la excesiva circulación de personal en estas unidades deben evitarse para prevenir contaminaciones de equipos de venoclisis, alimentación parenteral y oxigenoterapia que al parecer fueron la primera causa del brote.

Se recomienda a los encargados de la vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias, mejorar la coordinación con el laboratorio y utilizarlo al máximo en estos casos, para identificar y diferenciar estos gérmenes de aquellos aislados de otras causas y establecer estrategias para disminuir el subregistro, ya que esto contribuirá a un mejor conocimiento de la flora institucional y a un mejor control de la infección nosocomial.

Esta investigación muestra la necesidad de dar un manejo adecuado a los elementos y materiales utilizados en los procedimientos invasivos y evaluar periódicamente dichos procesos; valorar clínicamente y hacer seguimiento con mayor frecuencia a todo niño con alimentación parenteral, líquidos endovenosos, oxigenoterapia, sepsis y membrana hialina en las unidades de recién nacidos, lo cual ayudaría a detectar tempranamente los signos y síntomas de infección, para que el tratamiento sea más oportuno y eficaz, evitándose así un alto porcentaje de muertes.

Una de las debilidades más grandes de este estudio es no haber podido contar con registros más completos y con el diagnóstico del laboratorio para determinar qué tipo de microorganismo y si fue uno o varios los agentes causantes del brote. Esto obviamente ayudaría a identificar mejor las potenciales fuentes de infección. ■

## Agradecimientos

El presente estudio se pudo realizar gracias a la colaboración de el Director del Hospital, el Comité de Vigilancia Epidemiológica, la Unidad de Recién Nacidos y la Sección de Sistemas e Informática del Hospital Simón Bolívar, el Área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, D. C., y el Servicio de Epidemiología Aplicada del Instituto Nacional de Salud (SEA-CDC/INS).

## Bibliografía

1. Stoll B. Epidemiology of Necrotizing Clinics in Perinatology Necrotizante Enterocolitis. Vol. 21; No. 2; Pg 205 - 218; 1994.
2. Nowicki P. y Nankervis C. The role of the Circulation in the pathogenesis of Necrotizing Enterocolitis. Clinics in

- Perinatology. Necrotizing Enterocolitis. Vol. 21; No. 2; Pg. 219 - 234; 1994.
- 3.La Gamma E. y Browne L. Feeding Practices for infants weighing less than 1500 G at Birth and the Pathogenesis of necrotizing enterocolitis. Clinics in Perinatology. Vol 21; No. 2; Pg. 271 - 306; 1994.
  - 4.Kinney J. y Eiden J. Enteric Infections Disease in Neonates. Epidemiology, Pathogenesis, and a Practical Approach to Evaluation and Therapy. Clinics in Perinatology. Vol. 21; No. 2; Pg. 317 - 334; 1994.
  - 5.Morrison S. y Jacobson J. The Radiology of Necrotizing Enterocolitis. Clinics in Perinatology Vol. 21; No. 2; Pg. 347 - 364; 1994.
  - 6.Dwyer et al. Investigaciones de brotes epidémicos. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 121(4); 1996.
  - 7.Israel E. J. Neonatal Necrotizing Enterocolitis a Disease of the Immature Intestinal Mucosal Barrier. Acta Paediatr Suppl 396: 27 - 32, 1994.
  - 8.Kliegman R.M. y Fanaroff A.A. Neonatal Necrotizing Enterocolitis. A Nine Year Experience. A.M. J. DIS CHILD. 135: 603 - 607, 1981.
  - 9.Kliegman R.M., Walsh M.C. Neonatal Necrotizing enterocolitis: Patogenesis Clasification, and Espectrum of illens. Curr Probl Pediatr 17: 219 - 288, 1987.
  - 10.New J.S.N. Clínicas Pediátricas de Norte América. 1996.
  - 11.Hoyos A. Pautas del Recién Nacido. Cuarta Edición. Pg. 321 - 325 / 1993.

## Análisis quinto periodo Epidemiológico

### NOTIFICACION

De un total de 376 UN incluidas en la red de notificación del SAA, se obtuvo un cumplimiento de notificación del 78.8%, sobresaliendo las localidades de Sumapaz, Candelaria, Antonio Nariño y Barrios Unidos, con un porcentaje de notificación superior al 91%.

Dos factores influyeron para no haber alcanzado la meta de la notificación en este periodo (superior al 80%) a nivel del D.C.: notificación tardía

de las localidades Tunjuelito y Fontibón y notificación inferior al 49% de las localidades de Tunjuelito y Kennedy.

### EVENTOS

Durante el periodo se atendieron dos casos probables importados de Dengue Hemorrágico procedentes de los departamentos de Norte de Santander y del Meta.

Para el sexto periodo se observa un aumento en la casuística de enfermedades eruptivas. Se reportaron 15 casos sospechosos de sarampión, 21 casos probables de rubeola y 73 casos con confirmación clínica de varicela. Los tres eventos se presentaron en todos los grupos de edad. De los 14 brotes que se notificaron durante el periodo, el 57% fueron por varicela, el porcentaje restante correspondió a brotes de intoxicación alimentaria, hepatitis A y rubeola.

Igual que para el periodo cuarto, la notificación de mortalidad (un caso de mortalidad materna, 37 mortalidad perinatal y tres de mortalidad por neumonía) y el análisis individual de los casos vienen en aumento. Estos se desarrollan en la institución donde ocurrió el evento con participación del equipo de la localidad. El aumento de la notificación de mortalidad no indica que estos eventos estén presentándose con mayor frecuencia en el D.C., más bien responde a la sensibilización y capacitación de los funcionarios de salud.

En la semana 17 se presentó una situación de emergencia ocupacional por intoxicación con monóxido de carbono en la Localidad de Puente Aranda. La investigación del brote fue coordinada con el equipo de salud y ambiente del primer nivel y un grupo de apoyo de la Dirección de Salud Pública de la S.D.S. Dentro de la investigación se evidenciaron problemas con la respuesta oportuna por parte de la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), hecho que demuestra la necesidad de fortalecer los procesos de coordinación de vigilancia desde el nivel local y distrital con las ARP.

# Reporte Semanal V Periodo Epidemiológico

Semana Epidemiológica 17 y 18: Abril 20 - Mayo 3 de 1997

Eventos	Usaquén	Chapinero	Santafé	S. Cristob	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	B. Unidos	Mártires	Teusaquillo	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	OBS		
Cólera	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5		
Dengue Clásico	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Dengue Hemorrágico	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6		
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Hepatitis B	0	0	2	4	1(+)	1	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0	1Φ	3	4Φ	4		
Meningitis por Neisseria	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	16	
Meningitis por Haemophilus Influenzae	2	6	0	2	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	3	0	0	2	0	0	0	5	29
Parálisis Flácida	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	6	
Exposición Rábica	0	8	0	1	0	8	1	5	0	0	6	0	0	3	10	0	2	2	10	1	5	0	100
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rabia Animal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Rubéola	2	4	2+	5	2(+)	2	1(+)	5	0	26	0	1	1Φ	5	0	3	0	1	0	4	0	4	11
Tétanos Neonatal	0	0	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	1(+)	3	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	5	15	1Φ	1	
Sarampión	0	0	1Φ	5	0	0	0	10	1	23	0	0	0	0	0	2	0	1	5	1	2	72	
Mortalidad Materna	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	P	P	
Mortalidad Perinatal	2	4	3	5	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	4	0	P	0	P	0	P	P	
Mortalidad por Neumonía	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	P	P	
Mortalidad por EDA	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	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	0	0	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VIH/SIDA	0	1	1	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	1	0	8	3	
Tuberculosis	2	7	3	13	1	3	0	1	0	0	0	1	2	1	8	0	0	1	10	1	1	4	
Parotiditis Viral	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	5	1	20	
Difteria	0	0	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	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
Varicela	4	7	4	23	0	8	0	6	0	6	0	10	3	34	0	27	0	4	0	2	2	4	32
Brotes	1	2	0	0	0	0	0	2	1	6	0	1	0	0	1*	4	1	1	1*	2	3	0	
Total	13	48	16	71	4	22	4	42	2	68	1	21	5	57	5	61	1	12	5	37	8	49	16
																						941	

Fuente= Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

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

Semana Epidemiológica 19 y 20: Mayo 4 - Mayo 17 de 1997

Eventos	Usaquén	Chapinero	Santafé	S. Cristob	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	B. Unidos	Mártires	Teusaquillo	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	OBS		
Cólera	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Dengue Clásico	0	0	1+	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Dengue Hemorrágico	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis B	0	0	3	7	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0	1	4	0	4	44	
Meningitis por Neisseria	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	19	
Meningitis por Haemophilus Influenzae	0	6	1	3	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	3	0	0	2	0	0	0	35	
Parálisis Flácida	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Exposición Rábica	2	10	0	1	0	8	0	5	2	2	0	6	0	0	10	0	2	3	13	0	5	36	
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rabia Animal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Rubéola	1	5	1+	6	0	2	0	5	0	26	1	2	0	5	0	3	0	1	5	1	12	0	
Tétanos Neonatal	0	0	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	1	4	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	3Φ	18	0	1	
Sarampión	0	0	1+	6	0	0	0	10	1+	24	0	0	0	3+	3	0	2	0	1	0	5	81	
Mortalidad Materna	1	1	0	P	0	P	0	2	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	1	
Mortalidad Perinatal	0	4	0	5	0	P	1	1	1	0	P	1	5	0	P	0	P	0	P	0	P	23	
Mortalidad por Neumonía	0	0	0	P	0	P	0	1	0	P	0	P	0	P	0	P	1	1	1	1	0	6	
Mortalidad por EDA	0	0	0	P	0	P	0	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	0	P	3	
Mortalidad por Malaria	0	0	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	0	0	
VIH/SIDA	0	1	0	5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	3	0	1	0	8	51	
Tuberculosis	3	10	0	13	0	3	0	1	0	0	0	0	2	0	8	0	0	1	11	0	1	4	
Parotiditis Viral	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	2	0	20	
Difteria	0	0	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	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Varicela	6	13	8	31	10	18	6	0	6	2	12	0	34	2	29	1	5	0	2	3	27	8	
Brotes	0	2	1Φ	1	0	0	0	2	0	6	0	1	1	3	0	3	1	4	0	2	1	0	
Total	13	61	16	87	10	32	2	44	6	74	3	24	1	58	7	68	1	13	5	42	7	56	15
																					1097		

Fuente= Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

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