

Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes: para una alerta mundial, una respuesta mundial.

Por considerar las enfermedades Emergentes y Reemergentes de gran interés, dedicaremos este y el próximo número del BED a este tema. En esta primera parte se abordará el comportamiento de estas enfermedades a nivel mundial, nacional y distrital; y en la siguiente se analizará la problemática de los factores condicionantes presentes en el Distrito Capital.

*Por: Gladys Espinosa G., Bact. MS. en Epidemiología
Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS.
Favio Rivas Muñoz, MD., Epidemiólogo, Consultor
Enfermedades Transmisibles.*

Con este mensaje, difundido con ocasión del Día Mundial de la Salud 1997, el Dr. George A. O. Alleyne Director de la Organización Panamericana de la Salud, hacía un reconocimiento al hecho de que todos los países del mundo y en especial los de las Américas son vulnerables a las ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES y enfatizaba la necesidad de trabajar conjuntamente para protegernos de la amenaza que implican para la salud pública.

Hacía referencia a que desde los años 70 han surgido más de treinta nuevos agentes infecciosos asociados con otras tantas enfermedades cuya incidencia está en aumento o puede aumentar en un futuro próximo, a las que se les conoce como ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES.

En este grupo de enfermedades se destacan algunas de origen viral como el VIH/SIDA, que afecta aproximadamente a 23 millones de personas en el mundo, casi 9 millones son mujeres y un millón son niños. Es la entidad emergente que recibe la mayor atención por parte del mundo científico actualmente y según el Banco Mundial se invierten al año 1500 millones de dólares en su prevención. Sin embargo, solo 200 millones (el 13%) van



para los países subdesarrollados donde está el 85% de los casos. También se estima que si ocurren 8.500 nuevas infecciones diariamente, a ese ritmo, en 11 años se infectarían 36 millones de personas, cifra que correspondería a la población colombiana actual.

El programa de prevención y control de ETS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, registra en Colombia un total acumulado, desde 1983 a diciembre de 1996 de 7.546 casos de SIDA y 9.905 infecciones asintomáticas con el VIH. Han ocurrido 3.149 muertes acumuladas (41% de los casos SIDA). La razón hombre:mujer, entre infecciones asintomáticas, que era

CONTENIDO

Las enfermedades emergentes y reemergentes: para una alerta mundial, una respuesta mundial.....	Pág.1-5
Algunos eventos emergentes y reemergentes de importancia en el Distrito Capital.....	Pág.5-7
Análisis sexto periodo epidemiológico.....	Pág.7
Reporte sexto periodo epidemiológico.....	Pág.8

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría 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 Scopetta D
Doracelly Hincapié Palacio
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinado por:
Gladys Espinosa García

Diseño y Diagramación:
XyZ Estrategias

Impreso en los talleres de:
Linotipia Martinez

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.

(Viene de la pág 1)

7:1 en 1983, fue para 1996, 4:1, lo cual pone de manifiesto el peso que viene ganando la transmisión heterosexual en nuestro medio.

En países como Colombia (pacífico nariñense y chocoano), en Brasil y países del Caribe, el descubrimiento del VIH condujo a la identificación de otros retrovirus el HTLV I y II asociados a la mielopatía y la paraparesia espástica tropical que se transmiten en forma similar por comportamientos sexuales de riesgo, por contaminación sanguínea y por vía perinatal.

En Sudamérica, la explotación de zonas selváticas para abrirlas a nuevos asentamientos humanos ha traído como consecuencia la aparición de Fiebres Hemorrágicas asociadas a inhalación de aerosoles de partículas provenientes de excretas y saliva de roedores salvajes infectados. Son producidas por el complejo Tacaribe de los Arnavirus, de los cuales se han descrito, el virus Junín en Argentina que ocasiona entre de 200 a 300 casos anuales en trabajadores de campos de maíz, el virus Mapucho en Bolivia, el virus Guanarito en Venezuela cuyos reservorios son la rata alodonera y la de la caña de azúcar, el virus Sabiá en Brasil cuyo reservorio se desconoce.

Pertenece también a este tipo de afecciones la fiebre hemorrágica mortal ocurrida en países africanos (Zaire, Costa de Marfil y Sudán) de la zona del río Ebola de donde una de las cepas del virus causante toma el nombre y la ocasionada por el virus Marburg que provocó en 1967 31 casos con 7 defunciones en la República Federal de Alemania y Yugoslavia, después de contacto con monos verdes africanos procedentes de Uganda. Posteriormente se han reportado casos mortales en Zimbawe (3) y Kenya (2).

El "Síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto por virus Hanta, SIRA", descrito en 1993, causado por la exposición a aerosoles de excrementos de roedores infectados que aumentaron su población a causa de grandes precipitaciones lluviosas en el sudoeste de EEUU, del cual se han reportado por lo menos 100 casos con graves dificultades respiratorias, distribuidos en Arizona, Colorado, Nuevo México (EEUU), Canadá, Argentina y Chile.

Otras enfermedades como el cáncer cervicouterino causado por el Herpesvirus humano tipo 8, propiciada por la inmunosupresión de la infección por VIH, la hepatitis viral tipo C y una variante de la enfermedad del sistema nervioso central conocida como Creutzfeldt - Jakob, similar a la encefalopatía espongiforme bovina (enfermedad de la vaca loca), que produjo mortalidad en individuos afectados en Inglaterra, también son consideradas enfermedades emergentes.

Entre las enfermedades de origen bacteriano y parasitario consideradas como emergentes se encuentran la Enfermedad de Lyme producida por la *Borrelia burgdorferi*, las diarreas asociadas a una nueva cepa de *Vibrio cholerae non 1*, el O139, reportada en Bangladesh y la India, y las derivadas de exposición a aguas contaminadas con *Cryptosporidium*, parásito que puede provocar afecciones graves y potencialmente mortales en inmunosuprimidos y la colitis hemorrágica y síndrome urémico hemolítico transmitida por el consumo de alimentos contaminados con *Escherichia coli* O157:H7.

La Microsporidiosis humana producida por tres especies de microsporidios (*Enterocytozoon bienersi*, *Encephalitozoon hellem* e *intestinalis*) se reconoce cada vez más en individuos infectados por el VIH en América del Norte y el Caribe.

Las mutaciones de bacterias y parásitos llevan a que estos se tornen resistentes a los medicamentos y por esto la Farmacorresistencia se reconoce como un fenómeno emergente y el principal obstáculo para el control de las enfermedades que producen agentes como el *Mycobacterium*, agente causal de la tuberculosis, la *Neisseria gonorrhoeae* reconocido como el agente causal de la principal infección de transmisión sexual, el *Plasmodium* agente causal de la malaria, los *Streptococos* especialmente el *pneumoniae*, los *enterococos*, *estafilococos*, la *Salmonella typhi* y la *Shigella*, entre otros.

Junto a las enfermedades mencionadas anteriormente, en la última década han reaparecido con características epidémicas o han alcanzado nuevas geografías o grupos humanos, enfermedades que habían dejado de ser problemas de salud pública y que se creían controladas, la mayoría de ellas asociadas a condiciones deficientes de saneamiento público, inundaciones, alto grado de pobreza con condiciones de vida insatisfactorias como hacinamiento, infestación de roedores, estas son las denominadas ENFERMEDADES REEMERGENTES.

Entre ellas están el Cólera cuya reaparición desde 1991 en América ha tenido características epidémicas, con un millón de casos y nueve mil muertes acumuladas hasta finales de 1995. La OPS estima que 10 años serán necesarios y más de 200 mil millones de dólares para controlar la pandemia en la región. En Colombia el mayor número de casos ocurrió en los dos primeros años de epidemia, y han sido las zonas costeras, además de las ribereñas de los ríos Cauca y Magdalena, los sitios principalmente afectados, en gran parte debido a las condiciones de pobreza en que viven estas comunidades. En 1996, el Ministerio de Salud, a través del Sistema Alerta Acción (SAA), registró 4.428 casos, de los cuales el 31%

(n= 1.372) ocurrieron en La Guajira, 21% (n=926) en el Atlántico (incluye Barranquilla), 14% (n=607) en el Magdalena y 10% (n= 464) en el Tolima.

Después de casos esporádicos en los últimos 50 años en Perú, la Peste reaparece desde 1992 con 1299 casos y 62 defunciones notificados hasta fines de 1994 y la Leptospirosis de la cual se han reportado casos en varios países y en Colombia (Barranquilla) posteriores a inundaciones.

El Dengue y su manifestación clínica grave, el Dengue Hemorrágico resulta la enfermedad viral transmitida por vector más importante en el mundo, 20 millones de casos y 500 mil hospitalizaciones ocurren anualmente. Entró a nuestro continente por Cuba en 1981 y se ha tornado el primero, hiperendémico en algunos países de Suramérica después de 50 años de ausencia, y el segundo, endémico por lo menos en 15 países con la aparición desde 1994 de actividad del serotipo D3 en Centroamérica.

En Colombia los primeros casos se confirmaron al final de 1989 y año tras año se ha observado el incremento en el número de casos notificados. Para 1996, el SAA registró 1757 casos, los departamentos de Tolima, Santander, Meta y Norte de Santander son los más afectados (76% de los casos notificados). La acumulación de basuras sólidas consecuencia del desordenado urbanismo y la falta de condiciones esenciales de saneamiento básico en los cinturones de miseria son principalmente los factores responsables de este fenómeno. Por fortuna en Colombia no se ha detectado la presencia del serotipo D3 del virus, para el cual la mayoría de la población es susceptible puesto que no circula desde 1978.

La Fiebre Amarilla que se consideraba focalizada a individuos que se exponían por desplazamiento a bosques donde es enzootica, ha reaparecido con fuerza por ejemplo en Perú, donde desde 1995 se han notificado 400 casos. En Colombia además de los pequeños brotes ocurridos en las zonas selváticas del suroriente del país, la presencia de vectores como el *Aedes Aegypti* y el desplazamiento de grupos humanos como militares, cosecheros y desplazados crean condiciones para la aparición de casos en otras zonas del país.

La Tuberculosis constituye otra de las enfermedades reemergentes que amerita mayor atención de parte de los sistemas de salud, dado que la coinfección VIH-*Mycobacterium tuberculosis*, aumenta sustancialmente el número de individuos con enfermedad pulmonar activa, acrecienta el riesgo de contagio a otras personas, así mismo los pacientes infectados con el VIH pueden transmitir cepas resistentes y multirresistentes con mayor

Continúa página 4

(Viene de la pág 3)

frecuencia¹ y puede acelerar la muerte en pacientes VIH positivos.

La OMS estima que desde el inicio de la epidemia del SIDA hasta finales de 1992, el número de personas a nivel mundial infectadas simultáneamente por VIH y M.tuberculosis ascendió a 4.4 millones. En Colombia, aproximadamente el 14% de los pacientes con VIH desarrolla TBC.

La Encefalitis Equina Venezolana ocasionada por un Togaviridae, Alphavirus que presenta serotipos enzootico y epizootico, cuyo reservorio son equinos de diferentes tipos y el vector mosquitos de diversos géneros entre los que se destacan el Culex, Aedes, Psorophora, Haemagogus, Anopheles entre otros. Se han reportado casos en el estado de Texas en 1971 y recientemente (1995) una epidemia en Venezuela y Colombia en territorio de la comunidad indígena Wayu.

Como no terminamos el trabajo de erradicar las enfermedades infecciosas o no hemos salido del subdesarrollo, además de los factores de riesgo específicos mencionados para algunas, la aparición de nuevas enfermedades y el resurgimiento de otras, está influenciado por fenómenos multicausales a los que están expuestos todos los países como son las propias características de los microorganismos y su lucha por sobrevivir, que hacen que estos venzan las defensas que normalmente protegen a los seres humanos. Las alteraciones ambientales originadas por el hombre ("conquista" de la selva, tala de bosques) o naturales (calentamiento de la tierra, inundaciones) que obligan a los animales de la selva a aventurarse a entrar en contacto con las personas en busca de alimento.

Las guerras y otros trastornos sociales y políticos que ocasionan migraciones o desplazamientos masivos conllevan sobrepoblación en cinturones de miseria en medianas y grandes ciudades con condiciones insalubres que superan la capacidad de la infraestructura de salud pública; las conductas humanas (prácticas sexuales de riesgo sin la debida protección, uso indiscriminado de antibióticos), velocidad y facilidad de los desplazamientos a/y desde todos los continentes.

Debido a los éxitos de la primera mitad del siglo en el control de las enfermedades infecciosas se consideró que eran un peligro menor y los recursos para su control se reorientaron hacia otros problemas, esto trajo como consecuencia el deterioro de los programas de salud pública y vigilancia epidemiológica con el consiguiente fracaso de programas de control de vectores y otros portadores de enfermedades, la incapacidad de detectar tempranamente

enfermedades, el deficiente funcionamiento de programas de inmunización, insuficientes sistemas de agua y saneamiento, entre otras situaciones.

En general puede afirmarse que la actual situación mundial ha puesto las condiciones en favor de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y que la respuesta, en consecuencia, debe ser global por cuanto la situación de salud pública de un país tiene, en este campo, repercusiones en otros países, sobre todo en aquellos donde es mayor la movilidad y la vulnerabilidad poblacional.

Dado lo universal y lo multicausal del problema, la respuesta tiene que ser en esos términos. Los expertos internacionales convocados en junio de 1995 por la Organización Panamericana de la Salud elaboraron un plan de acción para orientar a los países en estrategias concretas para abordar la problemática, cuyos puntos principales pueden resumirse en:

- ◆ Fortalecimiento de las redes locales y regionales de vigilancia epidemiológica para detectar en forma rápida la presencia de agentes infecciosos nuevos, y monitorear los factores de riesgo.
- ◆ Fortalecimiento e integración de la infraestructura nacional de recursos de laboratorio, técnicas rápidas de diagnóstico, redes de comunicaciones.
- ◆ Impulso a la investigación aplicada en métodos diagnósticos, epidemiología y prevención.
- ◆ Fortalecimiento de la capacidad de ejecución de estrategias de prevención y control incorporando a las prioridades nacionales y locales los planes específicos de control.

El abordaje del fenómeno debe ser multisectorial por cuanto los factores implicados no tienen que ver únicamente con el sector salud. Deben confluír los esfuerzos de epidemiólogos, clínicos, laboratoristas, sociólogos, antropólogos, ingenieros sanitarios, biólogos, gobiernos, entidades públicas y privadas, universidades, centros de investigación, grupos organizados de la comunidad, etc,

Entonces, y sobre todo, estamos en la obligación de ganarle la guerra a la pobreza, responsable de más del 95% de los casos de enfermedades infecciosas que ocurren en el mundo, contra las cuales, el mejoramiento de las condiciones de vida, aún más que las vacunas y mucho más que los antibióticos, resulta el arma más efectiva. De no hacerlo, el Cólera o la Peste, van a seguir regresando cada cierto tiempo, cobrando más vidas y causando más dolor, aun en pleno siglo XXI. ■

(ver bibliografía pág 7)

¹ Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Ministerio de Salud, INS Vol 2 No. 1.

Algunos eventos emergentes y reemergentes de importancia en el Distrito Capital.

Por: Luz Adriana Zuluaga S., Bact. Epidemióloga. Sonia Rebollo S., Bact. Epidemióloga. Gladys Espinosa G., Bact. Epidemióloga. Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS.

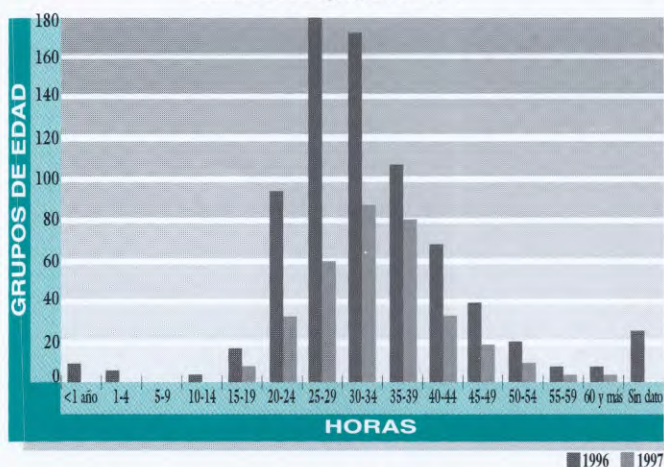
A continuación se describe la situación de algunas Enfermedades Emergentes en Santa Fe de Bogotá.

1.1 VIH/SIDA

Desde el diagnóstico del primer caso de Sida en Santa Fe de Bogotá en 1984, la tendencia de la incidencia ha sido exponencial. A pesar del alto subregistro, hasta el 1° de Agosto de 1997 se han notificado 6772 casos de VIH/SIDA de los cuales 3124 corresponden a VIH (46%), 3493 corresponden a SIDA (51.5%) y sin clasificación 155 casos, el (2%).

Al analizar la incidencia acumulada, los jóvenes de género masculino han sido los más afectados, con una razón de 121 hombres por cada mujer. Figura 1.

Figura 1. Incidencia de VIH/SIDA por grupos quinquenales Santa Fe de Bogotá, 1996 - 1997



A partir de 1995, el SIDA ingresa al grupo de las diez primeras causas de mortalidad en las personas de 15 a 44 años con una tasa general de 7.5 por 100.000 habitantes, en 1996 es la cuarta causa de mortalidad en este grupo etáreo y la tasa general de mortalidad por SIDA aumenta al 9.0 por 100.000 habitantes.

1.2 Tuberculosis

Entre 1990 y 1994 la incidencia de TBC en Santa Fe de Bogotá osciló entre 12 y 13 x 100.000 habitantes. Esta al

ser comparada con la tasa promedio nacional (32 x 100.000 hab.), resulta ser inferior en un 38.5%².

En 1995 se notificaron al programa de prevención y control de TBC de la Secretaría Distrital de Salud, 611 casos nuevos, para una tasa de incidencia de 10.8 x 100.000 hab. Del total de casos, el 31.2% correspondió a formas extrapulmonares. De las formas pulmonares, el 14.5% fueron diagnosticadas sin baciloscopia, y el 7.1% presentaron baciloscopia negativa. Porcentajes similares se evidenciaron en 1996 con 27.7% de formas extrapulmonares y 62.6% de pulmonares, de las cuales el 9.7% no tuvieron baciloscopia para el diagnóstico y el 1.5% la tuvieron negativa.

El comportamiento estable que presenta la TBC en Santa Fe de Bogotá en los últimos años con una tendencia al descenso en 1995 y 1996, obedece más que al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a un deterioro en la vigilancia activa de la enfermedad con disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, situación que se corrobora al observar las bajas proporciones de captación de casos en la diferentes localidades del Distrito. Esto puede conllevar a un incremento en la circulación del bacilo y por ende aumento en la transmisión de la enfermedad en la comunidad.

Además de lo anterior, tres hechos evidencian deficiencias en la vigilancia y control de la TBC en el Distrito Capital: 1) Alto porcentaje de casos diagnosticados sin baciloscopia durante 1995 y 1996, a pesar de que el protocolo establece su indispensable utilización como prueba de oro diagnóstica para esta patología, reconocida y recomendada mundialmente por su alta sensibilidad y especificidad, rapidez, sencillez y bajo costo. 2) Alto porcentaje de casos captados por instituciones privadas, que debe llamar la atención a las instituciones públicas a quienes compete liderar actividades de prevención y control. 3) Incremento de las formas de TBC extrapulmonar, que posiblemente pueden estar asociadas con VIH/SIDA.

Asociación TBC - SIDA

De los 989 casos de infección VIH/SIDA notificados al programa de control ETS/SIDA, de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá durante 1995, el 4.6% (n=45) presentaron enfermedad tuberculosa. El 88.9% de estos

² Boletín Epidemiológico Distrital BED, Volumen 1 ejemplar 5. 1996

Continúa pág 6

(Viene de la pág 5)

casos se diagnosticó en pacientes con SIDA y los restantes en casos clasificados como infección por el VIH, sin el síndrome.

Se observó que el 55.6% de los casos se presentó en población entre los 25 y 44 años de edad y el 86.6% (n=39) fueron hombres. La mayor proporción correspondió a la forma pulmonar de TBC (37.7%), seguida de formas extrapulmonares (17.8%). En el 44.4% de los casos no se registró este dato.

En el primer semestre de 1996 se reportaron el Programa de Prevención y Control del SIDA de la SDS, 379 casos de infección por VIH/SIDA de los cuales el 6.1% (n=23) tenía asociación con enfermedad tuberculosa.

De los casos con asociación TBC/SIDA, el 91.3% fueron hombres. Por grupo etáreo el 47.1% pertenecía al grupo de 24 a 34 años, el 29.4% al grupo de 20 a 24 años y el 23.5% restante el grupo de 45 y más años de edad. No se obtuvo información sobre la variable edad en el 26% de los casos.

Un 34.8% de los casos SIDA manifestó TBC pulmonar y un 26% formas extrapulmonares. En el 39.1% de los casos no se cuenta con esta información.

En cuanto a la prevalencia de infección VIH y Tuberculosis Pulmonar en sintomáticos respiratorios, se identificó que en una muestra de 304 que acudieron a 5 centros de Bogotá el 1.7% de ellos presentó la infección. En esta muestra adicionalmente se identificó que el 7.6 % tenían infección VIH y el 8.2% por M. tuberculosis. Del 7.6% de sintomáticos respiratorios encontrados infectados por VIH el 20% tenían TBC³ y del 8.2% con infección por TBC, el 21% tenía infección por VIH.

1.3 Influenza

La influenza es una infección viral de comportamiento estacional que presenta picos recurrentes cuando aparece una nueva mutante del virus, esto y la gran movilidad de población entre continentes facilita la diseminación de las epidemias a todas las áreas del mundo y dificulta su control. En Colombia cada año ocurren brotes de gripe durante estaciones lluviosas y la emergencia de una nueva cepa del virus de la influenza ha ocasionado tasas de ataque hasta de 40 a 50%.

Las principales complicaciones de la Influenza son las neumonías, las cuales se presentan con una frecuencia de hasta el 5%, estas se deben generalmente a infecciones agregadas por H. Influenza y Streptococcus pneumoniae.

Tanto en Colombia como en Santa Fe de Bogotá no existen datos confiables sobre esta enfermedad pues no hay vigilancia específica para ella, sin embargo se registra sin confirmación síndromes gripales compatibles con infecciones por influenza en el formato de notificación obligatoria SIS12. Después de 1985, año de la más alta incidencia de los últimos quince (tasa: 573,6 x 100.000 habitantes), el comportamiento de la Influenza siguió una tendencia descendente hasta 1988

y relativamente estable desde este año hasta 1997, con dos picos en 1993 y 1996. (Incidencia de 273.5 y 261.76 x 100.000, respectivamente).

Las localidades más afectadas en el pico de 1996 fueron Rafael Uribe y Puente Aranda con una incidencia de 6298.5 y 1731.2 x 100.000 hab., respectivamente.

1.4 Enfermedades transmitidas por vectores

En Santa Fe de Bogotá, no existen condiciones para la transmisión de estas enfermedades, sin embargo cada vez consultan mayor número de personas por síntomas de malaria y dengue procedentes de diferentes zonas endémicas del país, pero especialmente de la Orinoquia y Amazonia en el caso de la malaria y de diversas regiones en el caso del Dengue. En 1995 se atendieron aproximadamente 220 casos de malaria por consulta externa y 150 hospitalizados, para un total de 370 casos. En 1996 los casos ascendieron aproximadamente a 500. Para el dengue clásico se duplicó el número de casos atendidos de 1994 a 1995 (70 a 115) y para 1996 se mantuvo esta situación.

Santa Fe de Bogotá, basa su respuesta en la atención adecuada, oportuna y eficiente de los casos que son importados de las zonas de riesgo, mediante el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la disposición de insumos necesarios y la vigilancia de la sensibilidad y resistencia de los medicamentos usados para su control.

1.5 Enfermedades transmitidas por alimentos

Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) constituyen, según la OMS el problema de salud pública más extendido en el mundo actual y una causa importante de disminución de la productividad para países, empresas, familias e individuos.

A nivel de Santa Fe de Bogotá las infecciones alimentarias ha mostrado un incremento, notificándose desde el año 1991 hasta 1996 un total de 15.342 casos, con una tasa de 38.4 por 100.000 habitantes para 1991 y que asciende a 52.6 por 100.000 habitantes en 1996.

Este incremento en Santa Fe de Bogotá se ha dado en función de varios factores, como el aumento de la población general y de la población económicamente activa, considerada como el grupo más vulnerable porque sus actividades laborales y sociales los lleva a consumir alimentos fuera de su hogar, la acelerada urbanización, el intenso comercio internacional de alimentos, la contaminación química de los mismos, el incremento de locales destinados a la alimentación colectiva en industrias, escuelas y otros que concentran gran cantidad de consumidores.

³ Prevalencia de tuberculosis y VIH entre sintomáticos respiratorios de Santa Fe de Bogotá, 1995 - 1996

Los anteriores datos corresponden a la vigilancia pasiva de las infecciones alimentarias por el SIS 12, como casos individuales, que no permite identificar la ocurrencia de brotes de ETA, que es la forma más frecuente de presentación de la enfermedad. Con la intensificación de la vigilancia a partir de 1997 Santa Fe de Bogotá había presentado hasta el mes de Mayo el 17.9% de los brotes reportados en el país. Los grupos etáreos más afectados estaba en edades comprendidas entre los 15 y 44 años con un 44.6%.

1.6 Cólera

Aunque es considerada como una enfermedad transmitida por alimentos, por su asociación más con condiciones deficientes de saneamiento básico es tratada en forma diferente. El comportamiento de este evento en Santa Fe de Bogotá, ha tenido fluctuaciones importantes, siendo 1992 el año en que se registraron el mayor número de casos (n=35), silenciándose la enfermedad durante 1993 y 1994. En 1995 y 1996 nuevamente se reportan 2 y 5 casos, respectivamente, algunos de ellos importados de la región del Magdalena Medio y otros por exposición a pescados y mariscos contaminados provenientes de los ríos Magdalena, Cauca y de procesadoras de alimentos de mar de las zonas costeras. En todos los reportes mencionados se aisló *Vibrio cholerae* serogrupo 01, variando el serotipo de Inaba en la primera onda epidémica a Ogawa en la segunda.

Los planes para la prevención y control del cólera, están articulados a las estrategias que desarrolla el programa de prevención y control de enfermedades diarreicas.

Reseña Bibliográfica (viene de la pág 4)

BENENSON. Abraham S. Manual para el control de las enfermedades transmisibles Publicación Científica No. 564. Organización Panamericana de la Salud. Décimo sexta edición. 1997.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Día Mundial de la Salud. Alerta Global-Respuesta Global. Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Documento promocional. Abril de 1997.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe del Consejo Directivo. Reunión 38. Washington, D.C. Septiembre 25-30 de 1995.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermedades Infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes. Boletín Epidemiológico Vol.16. No. 3. Septiembre de 1995.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Oficina de Epidemiología. Informes semanales del Sistema Alerta- Acción.

Análisis sexto periodo epidemiológico

NOTIFICACION

El número de UN de la red SAA aumentó en un 4.5%, pasando de 376 UN en el quinto periodo a 394 UN para el sexto periodo, con un cumplimiento de notificación de 75.3%, el cual disminuye en 3.5 puntos al compararlo con el periodo anterior.

Continúa la de notificación inferior al 50% en las localidades de San Cristóbal, Tunjuelito y Kennedy, esto no permite alcanzar la meta para el D.C. del 80% o más.

Sobresalió la notificación de las localidades de Santafé, Usme, Teusaquillo, Candelaria y Sumapaz las cuales para el periodo obtuvieron un porcentaje de cumplimiento de notificación del 100%.

EVENTOS

Continua la atención de casos probables importados de Dengue Hemorrágico (n=3), los cuales procedieron de San José del Guaviare, Cundinamarca (Villeta) y Tolima (Purificación).

Con relación a las enfermedades eruptivas, de seis casos sospechosos de sarampion que se notificaron y estudiaron durante el periodo, cinco de ellos fueron descartados por laboratorio y uno quedó confirmado clínicamente (localidad de Engativá). La notificación de casos probables de rubeola viene en aumento (n=25 casos), no siendo posible la clasificación final de la mayoría de los casos debido a que no se les realizó pruebas de laboratorio. De igual manera el incremento de casos de varicela es notoria (n=140 casos), notificándose tres brotes por esta causa.

El caso probable de fiebre amarilla que notificó la localidad de Santafé fue descartado por laboratorio.

En la semana 23, en la localidad de Santafé se presentaron 9 niños intoxicados con barbitúricos, situación que fue atendida en forma eficaz y oportuna. Para esta misma semana la localidad de Suba notificó un brote de intoxicación por alcohol metílico, donde dos de los afectados murieron, llevando a realizar actividades específicas sobre prevención y control del consumo de alcohol.

Fuente= Area de Vigilancia en Salud Publica. SDS
▼ Descartado /+ Sospechoso/ ⊕ Probable/ *Brote de Varicela/
⊗ Brote de Rubeola/ & Brote Hepatitis A.

Semana Epidemiológica 23 y 24: Junio 01 - Junio 14 de 1997

Fuente= Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS +Sospechoso/Probable/ £ Intoxicación por Barbitúricos

Las localidades de San Cristobal y Ciudad Bolivar No Notificaron en la Semana 23