

Las enfermedades emergentes y reemergentes, una amenaza para la salud pública en Santa Fe de Bogotá¹

En esta segunda entrega sobre las enfermedades Emergentes y Reemergentes se presentará una revisión de los factores que las condicionan en el Distrito Capital.

Santa Fe de Bogotá es el principal centro político, industrial, económico y cultural de Colombia; es la ciudad más extensa, desarrollada y poblada del país, además de ser la sede del gobierno nacional. Según el último censo de 1.993 poseía una población aproximada para ese año de 5'484.244² habitantes, y las proyecciones estimaron para 1997 una población de 5'765.966³ que representa alrededor del 15% del total de la población nacional. Tiene una extensión de 85.806 hectáreas y un promedio de 63.91 habitantes por hectárea.

No obstante el mejoramiento logrado en algunos indicadores de salud en la capital, aun son considerables los problemas generados en el rápido y desordenado proceso de urbanización de la ciudad, las deficientes condiciones sanitarias, la marginalidad, la inequidad, la contaminación ambiental, los estilos de vida nocivos; factores que determinan en forma directa la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes (EER). A continuación se realiza una aproximación a los determinantes más importantes. ■

1. Factores demográficos

Las relaciones inter-censales muestran que la pirámide poblacional de Santa Fe de Bogotá tiende a ser similar a la de los países desarrollados, influenciada por el envejecimiento progresivo de la población y la reducción de la proporción de personas menores de 15 años, situación explicada, entre otras por las mejoras obtenidas en indicadores como la expectativa de vida, el descenso



sostenido de la fecundidad por las prácticas de control natal, los cambios en los patrones de crianza de los niños, la creciente urbanización y la participación activa de las mujeres en la sociedad⁴.

Según el censo de 1993 la base de la pirámide poblacional sigue estrechándose respecto a 1985, los grupos de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años muestran un alto peso en la sobre-mortalidad masculina, generada seguramente por la creciente violencia.

¹ Resumen de la ponencia presentada por el Dr. Elkin Osorio S. MD. Epidemiólogo. Jefe del Área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en el Simposio sobre Enfermedades Emergentes y Reemergentes realizado en Santa Fe de Bogotá durante las Primeras Jornadas Distritales de Epidemiología. Agosto 8 de 1997

² DANE. Censo 1993 Santa Fe de Bogotá D.C. 1996

³ DAPD - SPES. Proyecciones de población

⁴ DAPD. Estadísticas Santa Fe de Bogotá 1997

CONTENIDO

Las enfermedades emergentes y reemergentes una amenaza para la salud pública de Santa Fe de Bogotá.....	Pág.1- 5
Plan de acción Distrital: agenda para Santa Fe de Bogotá.....	Pág.6- 7
Análisis séptimo periodo epidemiológico.....	Pág. 7
Reporte séptimo 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 Scoppetta 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 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.

(Viene de la pág 1)

La población de la capital crece en forma exponencial, a pesar de que la tasa de crecimiento proporcional intercensal, a partir del censo de 1964, muestra una tendencia descendente. La migración es el factor más importante para el crecimiento poblacional, con 41% de participación³. La ciudad gana anualmente por migración 10 nuevos habitantes de cada mil. Del volumen de colombianos con residencia distinta a su departamento de nacimiento, *Migración de toda la vida*, (7 millones de personas) y del número de personas con *migración reciente* (en 1993 residían en un lugar diferente con respecto a 1985 tres millones de colombianos), Santa Fe de Bogotá es el principal receptor de inmigrantes de los dos tipos. Así, un 45% de la población residente en la capital son migrantes provenientes principalmente de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Santander.

La población que migra hacia la capital, está conformada por personas en edad de trabajar, social y económicamente vulnerables, que buscan mejores oportunidades de ingreso, estabilidad laboral, seguridad social, mejor futuro para su familia o simplemente son desplazados forzados debido al fenómeno de la violencia en las zonas rurales del país. Esta población se vincula laboralmente al sector informal y engrosa las franjas de pobreza, esto contribuye a acrecentar las inequidades en la calidad de vida de la población y por supuesto, determina en forma importante un especial riesgo para la aparición de enfermedades emergentes y la reaparición o persistencia de patologías controlables con acciones de atención primaria⁵.

Adicionalmente, el constante paso de viajeros nacionales e internacionales por los terminales aéreos y terrestres, no adecuadamente estimado, se convierte en factor condicionante a tener en cuenta por lo menos al momento de decidir intervenciones.

2. Factores Socio-económicos

Las condiciones socioeconómicas son un determinante de primer orden para la situación de salud de los bogotanos y para la vulnerabilidad a enfermedades transmisibles incluyendo las EER. Aunque en Santa Fe de Bogotá, se concentra el 19% de los hogares y el 23% de los establecimientos productivos del país y la capital aporta el 21% del PIB nacional y genera el 31% del empleo nacional⁶, el desfase entre el crecimiento demográfico y el desarrollo de la ciudad, impide satisfacer a la población las necesidades de adecuación de zonas urbanas, vivienda, seguridad alimentaria, servicios públicos, en especial los de agua potable, alcantarillado, lo que genera un incremento de asentamientos periféricos sin los requisitos mínimos de infraestructura urbanística.

Las principales actividades económicas en las que se ocupan los habitantes de la ciudad, son las relacionadas con la producción industrial y la prestación de servicios, (de gobierno, personales, financieros, de alquiler de vivienda,

transporte y comercio). La mitad de la población se emplea básicamente en actividades comerciales y de servicios, el 15.5% se dedica a la industria manufacturera y el 1.3% se emplea en la agricultura y ganadería.

El sector informal urbano, definido como la suma de los trabajadores por cuenta propia, ayudantes familiares y de servicio doméstico, (se excluyen los profesionales independientes y los trabajadores de la construcción), representaron el 50.1% de los empleos totales en 1994, mientras que en 1990 eran el 48%. El 31% de los trabajadores por cuenta propia en el sector informal devenga ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos y el 27% devengan ingresos menores a 1 salario mínimo⁷. La remuneración de los trabajadores de este sector es inferior a los del sector formal.

El nivel de desempleo en la ciudad ha tenido tasas variables, fluctuando entre un 6.5% a un 10% en los últimos cinco años⁸, siendo los jóvenes, las mujeres, personas con educación secundaria incompleta o completa y el personal de labores administrativas los más vulnerables a una situación de desempleo.

Según el estudio de pobreza realizado en 1985, que definió como pobre a la población que presentaba por lo menos una necesidad básica insatisfecha⁹, y en miseria aquella con dos o mas, se demostró que en términos absolutos la capital presentaba para ese año, el más alto número de personas con necesidades básicas insatisfechas de todo el país. Las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Santafé y Usme, fueron consideradas críticas por tener una proporción de población con necesidades básicas insatisfechas mayor del 22% y un total de 801.509 habitantes con riesgo social. En Ciudad Bolívar el 42.2% de la población tenía necesidades básicas insatisfechas, el 28.3% estaba en condiciones de pobreza y el 13.8% de la población en miseria. El 50,3% de la población pobre y el 57.2% de la población en miseria de la ciudad comparte el sanitario y/o la cocina.

La comparación de los datos de diferentes años, pareciera mostrar que los niveles de pobreza hubieran

disminuido en Santa Fe de Bogotá, al pasar de 56% en 1973, 23,5% en 1985, 16,8% en 1991⁹ y 13.3% según preliminares del censo 1993. De cualquier forma, utilizando las proporciones más optimistas, en Santa Fe de Bogotá en 1997, se concentran al menos 76.7000 personas en condiciones de pobreza o miseria.

3. Factores ambientales

Cobertura y calidad del agua para consumo humano

Según la EAAB la cobertura de la red domiciliaria de agua potable es de un 95% y la de alcantarillado un 85% en el Distrito Capital¹⁰, sin embargo el denominador del indicador representa solo a aquella población potencial a atender, definida como la que reside en barrios legalizados por debajo de la cota, por lo que esta estimación no da certeza de la real cobertura, puesto que no considera el total de la población residente, es decir no incluye aquella de barrios no legalizados.

La identificación de las principales comunidades de la ciudad sin acueducto y que son servidas por carrotaques y/o toman agua cruda¹¹, realizada en 1997 por la Secretaría Distrital de Salud, muestra a 86.586 habitantes ubicados en los barrios Quiba Alto, Quiba Bajo, Los Alpes, Bella Flor, Paraíso y Mirador de Ciudad Bolívar; 80.317 habitantes de Usme; 14.000 habitantes de los sectores Villas del Cerro y San Martín de Porres de Chapinero; 1.898 habitantes de San Cristóbal; 340 habitantes del sector Altos de Serrezuela de Usaquén.

⁷ CESPEDES L. J.E. Corporación Siglo XXI. *El futuro de la capital: Actualización del Estudio Prospectivo de Salud*. 1996

⁸ Estudio prospectivo del desarrollo social humano. Corporación siglo XXI

⁹ Encuesta de Hogares Junio de 1994

¹⁰ Indicadores de necesidades básicas insatisfechas: Hogares en viviendas inadecuadas, Hogares sin servicios básicos, Hogares en hacinamiento crítico, Hogares con alta dependencia económica, Niños en edad escolar que no asisten a un centro de educación formal

¹¹ Encuesta de pobreza y calidad de vida del DANE, 1991

¹² Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá

¹³ Monitoreo sectores informales. Centro nacional del agua, Cenagua. Febrero 1997

**Cuadro 1. Calidad del agua de consumo intradomiciliaria
Santa Fe de Bogotá 1993 - 1997**

Año	Total muestras	% No aceptables físicoquímicamente	% No aceptables microbiológicamente
1993	1.600	45	33
1994	591	37	25
1995	1.050	45	35
1996	2.600	41	24
1997	12.000	35	21

Fuente: Informe Laboratorio de Salud Pública

*Con corte a Junio de 1997

Continúa pág 4

(Viene de la pág 3)

En cuanto a la calidad del agua, además de la vigilancia realizada por la empresa de acueducto y alcantarillado en la red, la Secretaría Distrital de Salud monitorea esta calidad del agua de consumo humano, en puntos intradomiciliarios y en tanques de almacenamiento.

Como se aprecia en el cuadro 1, en 1997 se aumentó de forma considerable el tamaño de la muestra de la vigilancia de la calidad del agua intradomiciliaria. Sin embargo, los resultados de la no aceptabilidad físicoquímica y bacteriológica, no mejoró con respecto a los años anteriores, de tal forma que más de la quinta parte de la población bogotana estaría en riesgo para la transmisión de enfermedades a través del agua. La principal causa de la no aceptabilidad pareciera ser el insuficiente mantenimiento y mal uso de los tanques de almacenamiento, hipótesis que está por corroborar. A esta situación puede agregarse las contingencias generadas por las situaciones de racionamiento a que pueden estar sometidos algunos sectores de la población, por las fallas de la infraestructura de distribución del agua potable.

Manejo de los residuos sólidos y su efecto en la proliferación de artrópodos y roedores:

La producción de basura generada por el consumo de la población y el inadecuado manejo de estos residuos sólidos acarrea un sinnúmero de problemas sociales, ambientales y sanitarios que inciden directa e indirectamente en problemas de salud a causa de los efectos contaminantes que se relacionan con las enfermedades respiratorias, diarreicas, de la piel, infecciones de los ojos, intoxicaciones por químicos, enfermedades bacterianas y víricas, etc., debido a:

- ◆ La proliferación de artrópodos y roedores como moscas, cucarachas, zancudos y ratas que son potenciales transmisores de enfermedades tales como la Fiebre Tifoidea, Rabia, Peste Bubónica, Toxoplasmosis y Leptospirosis, entre otras.
- ◆ Contaminación de aguas subterráneas, superficiales, ríos, canales, etc., convirtiéndolas en el principal vehículo de transporte de microorganismos patógenos tales como el *Vibrio cholerae*, el virus del Dengue Hemorrágico, Amebas, Giardias, coliformes fecales, etc. Esta contaminación acufera es además generadora de contaminación alimentaria.
- ◆ Contaminación de la atmósfera por la emisión de gases orgánicos volátiles y tóxicos (Bencina, Metano, Cloruro de Vinilo entre otros) durante su proceso de descomposición y/o incineración a espacio abierto.
- ◆ Contaminación del suelo por la descomposición de lixiviados (contaminantes químicos y biológicos), lo cual se traduce en contaminación de cultivos y del hábitat tanto de las personas como de los animales. Por otra parte, las basuras arrojadas a las vías públicas ocasionan el taponamiento de las redes de alcantarillado provocando inundaciones.

Los roedores son considerados un serio problema de salud pública por transmitir enfermedades al morder, depositar pelos, excrementos y orina en los alimentos o a través de las pulgas. En la ciudad los focos de infestación de roedores de alto riesgo¹² son el 53% y están ubicados en los ríos (Bogotá, Juan Amarillo, Fucha, Salitre, Tunjuelito, San Francisco, Arzobispo); quebradas (Limas, Quiba, Trompeta, Mochuelo, La Estrella, Infierno, Calderón, Bebedero, Aguas Calientes, Yerbabuena, Chiguaza, Puente Aranda, el Zaque, Morales, Verejones, San Bruno, Torca, La Vieja, Rosales, El Chicó, Yomasa); cárceles (Nacional Modelo, La Picota, El Buen Pastor, Distrital); cementerios (Central, del Sur, Norte); plazas de mercado, distribuidas por toda la ciudad; mataderos (Usme, Uval). Los focos de mediano riesgo¹³ son el 36% y el 12% son de bajo riesgo¹⁴.

A través del Plan de Atención Básico, la Secretaría Distrital de Salud trata de mantener controlada la población de artrópodos y roedores, garantizando el buen manejo de cebos, rodenticidas granulados y parafrinados en áreas públicas, zonas verdes, colectores, rondas y canales de ríos, escuelas y colegios distritales, cárceles, plazas de mercado, cuarteles de policía y viviendas estrato 1, 2 y 3.

Inundaciones

El desbordamiento de aguas provenientes de ríos, quebradas o canales, o de la lluvia, que dura mínimo 24 horas, o el encharcamiento por taponamiento de alcantarillas que provoca daños y arrastre de materiales, son generadas en Santa Fe de Bogotá por asentamientos de origen clandestino ubicados en terrenos bajos circundados por ríos, carencia de alcantarillado para la evacuación de aguas lluvias y negras, barrios ilegales sin ningún tipo de servicios públicos ubicados por debajo de las cotas inundables.

El mayor riesgo de inundación en los períodos de lluvias (meses de Febrero y Septiembre), está dado en la localidad de Bosa por el desbordamiento de los ríos Bogotá y Tunjuelito, donde se afectan los barrios Estación, Despensa, Porvenir, San Pablo, Olarte; en la localidad de Kennedy, por el desbordamiento de los Ríos Tunjuelito, Fucha y Bogotá donde se afectan viviendas construidas sobre la ronda del Río Tunjuelito en el sector Guadalupe, además están en riesgo de inundación sectores aledaños al barrio Boita, el sector del Perpetuo Socorro, el sector Dindalito, el sector Santa Paz y el sector aledaño a la Chucua de la Vaca. Adicionalmente en esta localidad el sector de Corabastos presenta riesgo de inundación por desbordamiento del los Humedales El Burro y la Chucua.

En la localidad de Tunjuelito, por el desbordamiento del Río Tunjuelito y la Quebrada Chiguaza se afectan los

¹² Se observan ratas de noche, e incluso de día, hay presencia de excrementos frescos. Daños de viviendas, puertas, pisos, muebles, ropa, alimentos; presencia de madrigueras y camadas de roedores en áreas públicas.

¹³ Hay signos de la presencia nocturna de roedores

¹⁴ Cuando no se evidencia la presencia de ratas, pueden aparecer esporádicamente excrementos o daños.

siguientes sectores, San Benito, Santa Rosa, Isla del Sol, El Hoyo de Tunjuelito. En la localidad de Suba, históricamente la zona de alto riesgo de inundación por desbordamiento del río Bogotá y la antigua Laguna La Gaitana comprende los barrios La Gaitana, Lisboa, Bilbao, Berlín.

4. Situación alimentaria y nutricional

El estado nutricional es causa y consecuencia de un gran número de situaciones que afectan los procesos de salud-enfermedad, específicamente en la incidencia de eventos mórbidos y mortales por patologías infecciosas, que por ser el eslabón final en la evolución natural de la enfermedad, enmascaran las carencias nutricionales de base, probable origen de la cadena causal.

En Santa Fe de Bogotá, en general, se evidencia según las encuestas periódicas realizadas en los últimos 20 años, una tendencia hacia el mejoramiento de la situación nutricional. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia realizada en 1995 mostró a Santa Fe de Bogotá en condiciones desfavorables con respecto al

promedio nacional en el parámetro Desnutrición crónica 16.5% vs 15%, mientras que en la Desnutrición aguda se presenta a la ciudad con riesgo nulo en contraste con el 1.4% presentado a nivel nacional.

Sin embargo, los datos obtenidos del monitoreo de la situación nutricional de Noviembre de 1996 a Junio de 1997 de los niños usuarios de los servicios de 11 instituciones de la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud Distritales a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, SISVAN, que tiene una mayor sensibilidad y especificidad, muestra una situación diferente, que hace pensar en problemas de representatividad de las encuestas periódicas.

En la Desnutrición Crónica, que coteja la talla para la edad, Santa Fe de Bogotá presenta un 37.4% de los niños menores de siete años con riesgo o retraso en el crecimiento, condición que está frecuentemente asociada con altos índices de NBI y una baja disponibilidad de alimentos. La Desnutrición Aguda, que compara el peso con la talla, muestra al 22.9% en riesgo o evidencia de bajo peso (cuadro 2).

Cuadro 2. Situación Nutricional en Santa Fe de Bogotá, según encuesta Nacional de Hogares 1995 y SISVAN 1997

Tipo Desnutrición		1995 ¹⁵		1997 ¹⁶
		Colombia	Bogotá	Bogotá
Total de niños encuestados		4408	542	19590
Desnutrición Total		15	16.5	37.4
D. Crónica	Riesgo leve	11.5	13.4	23.5
	Prevalencia C.	3.5	3.1	13.9
	Total	1.4	0	22.9
D. Aguda	Riesgo leve	1.1	0	17.2
	Prevalencia C.	0.3	0	5.7
	Total	8.4	6	34
D. Global	Riesgo leve	7.5	5.6	23.6
	Prevalencia C.	0.9	0.4	10.4

NOTA: La prevalencia C es la sumatoria del riesgo medio alto (< 2 D.S.)

* Datos expresados en porcentaje.

¹⁵ Encuesta Nacional de Hogares. 1995

¹⁶ Informe de las 10 localidades del proyecto SISVAN Bogotá SDS 1997

Continúa pág 6

(Viene de la pág 5)

Plan de acción Distrital para la prevención y control de las EER

Acogiéndose a las recomendaciones de los expertos internacionales y a las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Ministerio de Salud, la Secretaría Distrital de Salud ha establecido un plan con recursos propios y con aportes del Fondo de Inversión Social soportado en las siguientes estrategias.

1. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en el Distrito Capital, mediante:

◆ El mejoramiento de la aceptabilidad de los sistemas de vigilancia con motivación, sensibilización, instrucción, acompañamiento y retroalimentación a todos los actores del sistema de seguridad social, incluyendo la comunidad para la identificación y notificación oportuna de los **síndromes**, que pudiesen brindar información sobre la presencia de una enfermedad nueva o reemergente.

◆ El mejoramiento de la sensibilidad del sistema, para esto se han definido algunos síndromes que deben ser reportados como casos sospechosos o probables de enfermedades emergentes o reemergentes:

-Los sintomáticos respiratorios.

-Los síndromes de inmunodeficiencia.

El rápido y desordenado proceso de urbanización, las deficientes condiciones sanitarias, la marginalidad, la inequidad, la contaminación ambiental, los estilos de vida nocivos; factores que determinan en forma directa la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes (EER).

-Las enfermedades febriles hemorrágicas.

-Las meningitis y encefalitis aséptica.

-Los casos de insuficiencia respiratoria de causa indeterminada.

-Las enfermedades diarreicas que aparecen en forma de brotes.

◆ El aumento de la cobertura y del porcentaje cumplimiento de la notificación de las unidades notificadoras de la red de vigilancia, incluyendo a más instituciones privadas así como a las comunidades, de tal forma que se asegure un monitoreo representativo de la población.

◆ El incremento de la especificidad de los sistemas de vigilancia con la disponibilidad de protocolos claros de seguimiento individual y colectivo de los eventos emergentes y reemergentes hasta su confirmación o descarte.

◆ La integración de esfuerzos y recursos disponibles con el reforzamiento de la consecución y distribución de los insumos para el diagnóstico y manejo de los eventos emergentes y reemergentes, de acuerdo a las responsabilidades que cada actor del sistema tiene (EPS, IPS, ESTADO) y la inclusión de estos procedimientos dentro de las actividades e intervenciones de los diferentes planes de beneficios del SGSS.

◆ El fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico en la red de laboratorios de salud pública, según niveles de complejidad, desde el nivel local hasta el nacional.

2. Investigación y Vigilancia de los factores asociados a las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en el Distrito Capital mediante:

◆ Sensibilización de otros sectores de la necesidad de incorporar las herramientas de la vigilancia epidemiológica en los componentes que le competen.

◆ Caracterización en forma más oportuna de la dinámica poblacional, haciendo mayor énfasis en la identificación y seguimiento de los fenómenos migratorios internos y externos.

◆ Focalización y priorización de las acciones y la vigilancia en los sectores más vulnerables, como la población más pobre.

◆ Reorientación y fortalecimiento de la vigilancia de los factores de riesgo ambientales más relevantes como:

-La oportunidad, continuidad y calidad del agua de consumo humano.

-Factores de riesgo del consumo relacionados con la

seguridad o inocuidad de los alimentos y productos farmacéuticos (medicamentos, cosméticos, productos naturales).

-Factores de riesgo derivados de la inadecuada disposición de residuos sólidos y vertimientos.

-Factores de riesgo biológicos como los animales que directamente o mediante diferentes mecanismos transmiten virus, bacterias, hongos, parásitos, etc., patógenos para el hombre.

-Sustancias químicas que por sus características toxicológicas, pueden causar efectos nocivos a corto, mediano y largo plazo en la salud de la población expuesta ocupacionalmente o la comunidad en general.

3. Fortalecimiento de la infraestructura de comunicaciones entre las IPS y las direcciones locales de salud y entre estas y la Secretaría Distrital de Salud, así como con el nivel nacional y organismos internacionales.

Esto permitirá tanto la identificación oportuna de eventos emergentes y reemergentes para la subsecuente generación de alertas tempranas y respuestas rápidas en las zonas de riesgo y el intercambio de experiencias con otras zonas sobre medidas útiles para la prevención y control.

4. Fortalecimiento de las acciones sanitarias en campos específicos como:

La sanidad portuaria, la vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias, la difusión de la información epidemiológica y de prevención de la enfermedad a todos los sectores, el mantenimiento de planes de educación a la ciudadanía en protección personal y comunitaria. ■

Análisis séptimo periodo epidemiológico

NOTIFICACION

Durante este periodo se encontró un cumplimiento de la notificación para el Distrito del 80.7% destacándose como localidades con el 100% de

notificación Mártires, Candelaria y Sumapaz. Las localidades de Usaquén, Chapinero, Santafé, Usme, Engativá, Fontibón, Barrios Unidos, Teusaquillo y Ciudad Bolívar mantuvieron un porcentaje de cumplimiento por encima del 80%.

Las localidades de Rafael Uribe, Antonio Nariño, Suba y San Cristóbal tuvieron un porcentaje de cumplimiento inferior al 77%, llama la atención la localidad de Tunjuelito puesto que su notificación bajo al 23.7% debido a que en la semana 25 no notificó, y bajo porcentajes en las semanas restantes del periodo. Por lo tanto, se hace un llamado sobre la importancia de notificar de manera oportuna, puesto que el porcentaje mínimo de cumplimiento ante el Ministerio de Salud no debe ser inferior al 80%.

EVENTOS

Durante este periodo epidemiológico, se incrementó la notificación de Mortalidad Perinatal, situación que puede obedecer a las actividades de sensibilización y capacitación desarrolladas por el proyecto de salud sexual y reproductiva, hacia las unidades notificadoras, enfocada a la importancia y metodología del estudio individual de mortalidad perinatal. Al finalizar este periodo el acumulado de mortalidad perinatal fue de 21 casos, distribuidos así: Antonio Nariño: 81% (n=17) y Mártires 19% (n=4). El alto porcentaje de los casos notificados de mortalidad perinatal de la localidad de Antonio Nariño, obedece a que en esta localidad se encuentra ubicado el Instituto Materno Infantil.

Se notificaron dos parálisis flácidas agudas procedentes una de Gacheta, Cundinamarca y una de San Lorenzo, Boyacá, tres mortalidades maternas en las localidades de Chapinero, Kennedy y Suba cada una con un caso.

De los once casos de sarampión sospechosos notificados, 5 se descartaron por laboratorio, tanto para sarampión como para rubéola y los seis restantes se confirmaron clínicamente, (uno en Candelaria, dos en Chapinero y dos en Teusaquillo, que consultaron a instituciones particulares), lo anterior representa una falla en el sistema de vigilancia epidemiológica y falta de acompañamiento a las instituciones particulares que ingresan a la red.

Semana Epidemiológica 25 y 26: Junio 15 - Junio 28 de 1997

Eventos	Usaquen		Chapinero		Santafé		S. Cristob		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativa		Suba		B. Unidos		Mártires		Teusaquillo		Ant. Mariño		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	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM		
Cólera	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Dengue Clásico	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
Dengue Hemorrágico	0	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis B	1	1	0	9	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	0	1	1	3	1	1	0	4	0	4	0	1	0	2	0	6	0	0	0	11	1	4	0	10	0	1	4	64
Meningitis por Neisseria	0	7	0	1	0	1	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
Meningitis por Haemophilus Influenzae	1	7	0	6	0	1	1	3	1	1	0	1	0	1	0	4	0	0	0	1	3	1	1	0	5	2	12	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	8	49
Parálisis Flácida	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	
Exposición Rábica	0	10	0	1	1	10	2	9	0	5	0	6	0	0	0	11	0	4	1	14	0	7	0	7	0	1	0	0	0	3	0	0	3	0	37	0	0	0	0	4	128	
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Rubéola	0	6	40	11	0	2	10	6	0	26	10	3	0	6	1	7	0	2	1	5	10	6	1	12	0	0	0	9	2	8	0	18	1	19	3	5	0	11	0	0	16	162
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	4	0	2	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	2	20	0	1	0	4	3	14	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	51		
Sarampión	0	0	26	8	0	0	16	11	0	26	0	0	0	0	0	3	0	2	0	2	0	7	0	2	0	4	0	0	0	1	0	1	16	1	0	9	17	16	0	5	93	
Mortalidad Materna	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	
Mortalidad Perinatal	0	4	1	10	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	6	8	56	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	12	90	
Mortalidad por Neumonía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
Mortalidad por EDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		
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	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VIH/SIDA	1	3	0	12	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	0	2	0	0	0	3	0	1	2	8	0	7	0	7	1	20	0	1	0	9	1	4	0	2	0	0	6	84
Tuberculosis	0	10	0	13	0	3	1	2	0	3	1	1	0	2	0	8	0	0	11	0	3	1	5	0	26	0	5	14	75	0	0	1	10	0	9	1	12	0	2	19	200	
Parotiditis Viral	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	2	3	0	5	0	1	0	3	0	4	0	0	2	32		
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tosferina	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10
Varicela	0	17	16	62	2	22	5	13	0	6	0	15	11	64	2	43	1	16	0	2	2	43	16	84	0	6	10	31	1	9	0	14	0	6	24	1	29	0	6	73	506	
Brotos	0	2	2	3	0	1	0	2	0	6	0	2	0	0	1	0	7	0	1	0	4	18	4	0	4	0	3	0	2	0	2	0	0	0	3	0	3	0	2	3	54	
Total	3	72	27	149	3	42	12	59	1	92	2	30	12	92	4	95	2	31	4	48	5	82	22	151	5	70	12	72	31	203	0	46	3	54	11	104	3	89	0	11	162	1592

Fuente= Area de Vigilancia en Salud Publica. SDS

▼ Descartado/+Sospechoso/ ⚡ Probable/ * Brote de Varicela/

*β*Brote por intoxicación exógena/ *ô* Confirmado clínicamente

Semana Epidemiológica 27 y 28: Junio 29 - Julio 12 de 1997

Eventos	Usaquen		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	
	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM
Cólera	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Dengue Clásico	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Dengue Hemorrágico	0	1	1	5	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis B	0	1	0	9	1	2	0	0	0	1	0	0	0	4	1	2	0	3	0	1	0	4	0	4	0	1	4	6	0	6	0	0	0	11	0	4	0	10	0	1	6	70
Meningitis por Neisseria	2	9	1	2	0	1	0	3	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	3	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	29
Meningitis por Haemophilus Influenzae	0	7	0	6	0	1	0	3	0	1	0	1	0	1	0	4	0	0	3	0	1	0	5	0	12	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	49
Parálisis Flácida	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Exposición Rábica	2	12	0	1	0	10	3	12	0	5	0	6	0	0	1	12	0	4	0	14	1	8	1	8	0	1	0	0	0	3	0	0	0	3	0	37	0	0	0	0	8	136
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rubéola	0	6	1	12	0	2	0	6	0	26	0	3	0	6	0	7	1	3	1	6	10	7	0	12	0	0	9	0	8	0	18	0	19	0	5	0	11	0	0	4	146	
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	4	0	2	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	20	0	1	0	4	0	14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	51
Sarampión	0	0	0	8	0	0	11	0	26	0	0	0	0	0	3	0	2	0	2	0	7	0	2	0	4	16	1	0	1	0	1	0	1	0	9	4	20	0	0	5	98	
Mortalidad Materna	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Mortalidad Perinatal	0	4	0	10	0	0	0	0	1	3	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	6	9	65	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	11	93	
Mortalidad por Neumonía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Mortalidad por EDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	0	3	1	13	0	0	3	4	0	3	0	0	1	0	2	0	0	0	3	0	1	0	8	1	8	5	12	4	24	0	1	0	9	0	4	0	2	0	0	14	98	
Tuberculosis	0	10	0	13	0	3	0	2	0	3	0	1	0	2	0	8	0	0	0	11	0	32	0	5	0	6	0	5	0	75	0	0	0	10	0	9	0	12	0	2	0	200
Parotiditis Viral	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	5	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	3	0	5	0	1	1	4	0	4	0	0	3	35
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tosferina	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10
Varicela	0	17	15	77	2	24	4	17	0	6	0	15	9	73	6	49	3	19	0	2	3	46	15	99	0	6	11	42	4	13	0	14	0	0	8	32	1	30	0	6	81	587
Brotos	0	2	1	4	0	1	0	2	0	6	0	2	0	1	1	8	0	1	0	4	0	4	0	4	2	5	0	2	0	2	0	0	0	0	3	0	3	0	2	4	58	
Total	5	77	21	170	3	45	10	69	1	93	0	30	9	101	10	105	4	35	1	49	6	88	17	168	5	75	22	94	17	220	0	46	0	54	10	114	5	94	0	11	146	1738

Fuente= Area de Vigilancia en Salud Publica, SDS

▼ Descartado/+Sospechoso/ Ⓢ Probable/ *Varicela/

»Procedente del Tolima/ ô Confirmado clínicamente