

Eliminación de la lepra como problema de salud pública para el año 2000

Por: Maria Teresa Buitrago. Enf. Coordinadora Proyecto Transmisible
Area Acciones en Salud. S.D.S
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque. Bact. Epidemióloga.
Area de Vigilancia en Salud Pública.SDS.

En 1991 la OMS propuso la meta de "Eliminación de la Lepra como problema de Salud Pública para el año 2000", entendida como la reducción de la prevalencia de la enfermedad a menos de un caso por 10.000 habitantes.

Como estrategia central, el plan ha adoptado el diagnóstico precoz y la implementación del tratamiento de poliquimioterapia (PQT)¹ y como estrategias secundarias la estratificación epidemiológica de riesgo y la integración de las actividades de control a los servicios generales de salud. Como estrategias de apoyo se plantean la capacitación gerencial a nivel nacional e intermedio y la investigación en sistemas de salud.

Después de tres años de iniciado el plan, el número total de casos en America disminuyó aproximadamente en un 40%. Es así como América Central, Caribe Inglés, Cuba, Ecuador, México, República Dominicana y Uruguay ya han alcanzado la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel subregional y nacional.

1. Generalidades

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infectocontagiosa crónica que afecta piel, sistema nervioso periférico, mucosa de vías respiratorias superiores y en sus formas más graves, otras estructuras del cuerpo humano. Los signos y síntomas clínicos se agrupan en:

¹ Tratamiento multidroga que consiste en una terapia combinada al menos con dos medicamentos eficaces contra el M. leprae, para evitar la farmacoresistencia especialmente en los pacientes multibacilares, se basa en la concepción del ataque simultáneo a las diferentes cepas de bacilos resistentes en el organismo de los enfermos y como respuesta a la resistencia bacteriana al dapsona.



Primarios, clasificados en:

Neurológicos: neuritis generalmente asimétricas que dan lugar a parestesias, disestesias y déficit sensitivo y motor.

Dermatológicos: manchas o máculas, pápulas, placas y lepromas.

Sistémicos: epiescleritis, rinitis, laringitis, adenitis, hepatitis, nefritis, orquiepididimitis y osteitis.

Secundarios, producidos por:

Complicaciones de los síntomas primarios: úlcera corneal por disminución del parpadeo al alterarse el nervio trigémino; lagofthalmus, ectropion y facies inexpresiva por alteración del nervio facial; úlceras en dedos, plantas de pies y palmas de manos por pérdida de la sensibilidad; perforación del tabique con hundimiento

CONTENIDO

Generalidades.....	Pág. 1- 6
Política del plan de eliminación de la lepra.....	Pág. 6
Vigilancia epidemiológica de la lepra.....	Pág. 9
Análisis decimo segundo periodo epidemiológico.....	Pág. 11
Reporte decimo segundo periodo epidemiológico.....	Pág. 12

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.
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinado por:
Sonia Rebollo Sastoque.

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 6463 347 6565
Ext: 3401-3402-3306-3310
Santa Fe de Bogotá, D.C.

(Viene de la pág 1)

la sensibilidad; perforación del tabique con hundimiento del dorso nasal y leucomas, sinequias posteriores, cataratas, glaucoma, atrofia ocular y ceguera.

Manifestaciones reaccionales: que por si mismas no indican progreso o regresión de la enfermedad y se producen por alteraciones en el balance inmunológico entre el huésped y el agente etiológico. Las más frecuentes son la neuritis irritativa muy dolorosa, eritema nodoso, seguida de malestar, anorexia, astenia, cefalea, náuseas, vómitos, fiebre, dolor ocular, fotofobia, conjuntivitis, visión borrosa, hemorragias subconjuntivales, miosis o midriasis, epífora, quemosis, blefaroespasmo, queratitis, epiescleritis, iridociclitis, glaucoma, adenitis, hepatitis, glomerulonefritis, orquiepididimitis y artritis.

El agente causal de la lepra es el *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen, bacteria intracelular obligada, atóxica, pleomórfica y ácido-alcohol-resistente. No es cultivable in vitro y tiene predilección por los nervios periféricos.

El modo de transmisión no está definido, aunque la transmisión por piel y vías respiratorias (nariz y boca) de una persona enferma a otra, son las más probables. En menores de un año, la transmisión se asume por vía transplacentaria. También se ha sugerido inoculación percutánea por artrópodos y se reconocen como fuentes de bacilos los hanseomas ulcerados, leche materna, orina y heces de pacientes enfermos.

El hombre es el huésped y *reservorio* principal. Aunque el hallazgo de animales naturalmente infectados, como monos y armadillos, abre la posibilidad de la existencia de reservorios diferentes al hombre, su importancia epidemiológica es poca, por el escaso número de animales infectados encontrados, más aún si se considera que por ejemplo en el armadillo se ha detectado el agente etiológico después de inoculaciones experimentales. También se ha demostrado la existencia de una micobacteria en los musgos de varios países donde fue o es endémica la lepra, indistinguible de *M. leprae* por los métodos disponibles, su significado epidemiológico aún no es claro.

Debido a las dificultades para determinar el momento de la infección, es difícil establecer el *periodo* exacto de *incubación*. Un estudio en excombatientes norteamericanos, que estuvieron en áreas endémicas, demostró medianas de incubación entre 2 y 5 años para la lepra paucibacilar y, de 8 a 12 años para la multibacilar. Aunque pocos, se conocen casos en menores de un año, así como personas que desarrollan la enfermedad en la edad adulta, aun habiendo tenido una exposición desde su infancia.

El **periodo de transmisibilidad** está determinado por el tiempo que dure la enfermedad. El caso deja de ser infectante a los tres meses de tratamiento continuo y regular con Dapsone o Clofazimina y a los tres días de tratamiento con Rifampicina.

1.1 Clasificación de la lepra

En el Sexto Congreso Internacional de Lepra (Madrid, 1953), se clasificó en tres tipos: lepromatosa, tuberculoide y dimorfa o indeterminada.

En 1962, Ridley y Joplin desarrollaron una clasificación basada en criterios clínicos, histopatológicos, bacteriológicos e inmunológicos, definiendo las siguientes formas²:

- Tuberculoide Tuberculoide: TT
- Dimorfa Tuberculoide: BT
- Dimorfa Dimorfa: BB
- Dimorfa Lepromatosa: BL
- Lepromatosa Lepromatosa: LL

En 1981, la OMS con el fin de instaurar los regímenes de poliquimioterapia, introdujo la clasificación basada en hallazgos bacteriológicos de frotis cutáneos según el Índice Bacilar (IB)³, clasificando la lepra en:

- multibacilar (MB): IB mayor de cero, es decir, frotis positivo en alguno de los cinco sitios donde se tomo las muestras.

- paucibacilar (PB): IB igual a cero, es decir frotis negativo en los cinco sitios donde se tomo las muestras.

Estas tres clasificaciones no se oponen entre sí, sino que se complementan. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. Clasificación complementaria de la lepra, según Ridley y Joplin (1996), Congreso de Madrid (1953) y OMS (1982)

Clasificación	Espectro de la lepra				
RyJ	TT	BT	BB	BL	LL
Madrid	Tuberculoide		Dimorfa		Lepromatosa
O.M.S.	Paucibacilar		Multibacilar		

Fuente: G. Rodriguez, L.C. Orozco. Lepra, pág. 49. INS. Santa Fe de Bogotá. D.C., 1996

² Consultar las características de las formas de lepra en el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Lepra, Secretaría Distrital de Salud, Santa Fe de Bogotá, 1998.

³ Índice Bacilar: es el promedio aritmético de la valoración en cruces encontradas en cada una de las cinco muestras leídas. Se totaliza el número de cruces reportadas en cada una de las muestras leídas y se divide por el número de muestras leídas.

Ejem: Moco (++), linfa lóbulo izquierdo (++), linfa de lesión 1 (+)
linfa de lesión 2 (+)

IB = $2+2+2+1+1/5 = 1.6$

Sin embargo, en la práctica los programas utilizan criterios clínicos para clasificar y escoger la pauta terapéutica adecuada en cada enfermo. La clasificación clínica para efectos de tratamiento, se basa en el número de lesiones cutáneas y nervios afectados, agrupando los pacientes en MB o PB. Ver Cuadro 2.

Cuadro 2. Guía para la clasificación clínica de la lepra

	Lepra Paucibacilar	Lepra Multibacilar
Lesiones cutáneas Incluye lesiones planas (máculas), lesiones elevadas (pápulas) y nódulos	- 1-5 lesiones - Hipopigmentadas o eritematosas - Distribución asimétrica - Pérdida definida de la sensibilidad	- Más de 5 lesiones - Distribución más simétrica - Pérdida de sensibilidad
Daño neural Provoca pérdida de la sensibilidad o de la fuerza en los músculos inervados por el nervio afectado	- Sólo un tronco nervioso	- Muchos troncos nerviosos

Fuente: Guía de atención integral para la eliminación de la lepra. Ministerio de Salud 1997

Nota: todo paciente que presente frotis cutáneo o mucoso positivo o biopsia positiva para bacilos de Hansen, independientemente de la clasificación clínica, debe ser tratado con esquema de PQT para casos MB.

Para fines operacionales el Ministerio de salud de Colombia adopta la recomendación de la OMS, que agrupa a los pacientes Paucibacilares en Tuberculoides e Indeterminados y los Multibacilares en Lepromatosos y Dimorfos.

1.2 Diagnóstico de la lepra

Se realiza a partir de los síntomas y signos clínicos que pueden ser identificados fácilmente por cualquier agente de salud después de un breve periodo de capacitación. El diagnóstico se basa en la demostración de:

- Alteraciones de sensibilidad cutánea con o sin presencia de máculas, pápulas, placas o nódulos.
- Engrosamiento de nervios periféricos.
- Parálisis de músculos de la mano y del pie, posteriores a las alteraciones sensitivas.
- Bacilos ácido-alcohol-resistentes no cultivables en el moco nasal, en las lesiones cutáneas o en los nervios.
- Destrucción neural por infiltrados granulomatosos sintraneurales, demostrado a través de análisis histológico o biopsia.

El diagnóstico diferencial requiere de examen dermatoneuro-oto-oftalmológico que puede confirmarse con baciloscopia y biopsia, en los sitios donde se cuente

Continúa pág 4

(Viene de la pág 3)

con este recurso. Debe concluir con la clasificación precisa del paciente para pronosticar el curso de la enfermedad y posibles complicaciones durante su evolución, guiar al médico en la formulación de la quimioterapia adecuada y fijar la conducta de vigilancia epidemiológica.

Alguna duda en el diagnóstico clínico implica la clasificación como caso "sospechoso" y su confirmación por biopsia. De ser necesario se remitirá al individuo a otros especialistas como dermatólogo o neurólogo, para establecer el diagnóstico correcto del trastorno. Si el diagnóstico no es concluyente se debe informar al individuo acerca de los signos y síntomas más corrientes de la enfermedad y pedirle que vuelva al cabo de seis meses, o antes si se produce algún empeoramiento de los signos y síntomas.

Los casos sospechosos pueden incluirse en una de las siguientes categorías:

- ◆ Una o más lesiones cutáneas sospechosas, con sensibilidad normal.
- ◆ Pérdida extensa de sensibilidad en manos, pies o en otros sitios de la superficie cutánea, sin ningún otro indicio de lepra.
- ◆ Uno o más troncos nerviosos periféricos muy engrosados.
- ◆ Nervios dolorosos sin ningún otro indicio de lepra.
- ◆ Ulceras anestésicas indoloras en manos y/o en pies, sin ningún otro indicio de lepra.
- ◆ Nódulos en la piel, sin ningún otro indicio de lepra.

Algunos de esos hallazgos pueden aparecer también en otras enfermedades. Para el diagnóstico diferencial será entonces necesario practicar baciloscopia y biopsia de piel. Es aconsejable derivar esos casos al centro de referencia más próximo, dado que pueden requerir un examen más minucioso, que incluya biopsia neural y otros.

Nunca debe diagnosticarse la lepra en ausencia de indicios bien definidos.

El **diagnóstico por laboratorio** se realiza por examen bacteriológico a través de frotis. Si se dispone de servicios confiables para practicar frotis cutáneos, el ideal es que todos los enfermos sean sometidos a **un (1)** examen antes de iniciar la **PQT**, con el objetivo principal de evitar que pacientes **MB** sean tratados con esquemas para **PB**.

El número mínimo de muestras por paciente es de cinco, tanto en el momento de la clasificación bacteriológica como en el control. Se tomarán las siguientes muestras en una lámina portaobjetos :

Moco nasal: utilizando escobillón humedecido con solución salina o suministrando al paciente una bolsa plástica para que recoja una muestra de moco nasal mediante sonado. Posteriormente, se realizan frotis en el sitio marcado en la lámina con el número 5.

Linfa⁴ de lóbulos auriculares: con unas pinzas atraumáticas recubiertas en sus extremos con caucho, realizar isquemia; una vez conseguida ésta, puncionar con una lanceta y recoger la linfa depositándola sobre la lámina con los números 1 y 2.

Linfa de lesiones: se debe tomar de dos lesiones diferentes o de los bordes opuestos de la misma lesión, si el paciente sólo presenta una. Si no hay lesiones cutáneas, se pueden tomar muestras de los codos o de las rodillas, realizando isquemia; estas muestras se colocarán sobre la lámina en los números 3 y 4. En todas las muestras se persigue extraer líquido intersticial, rico en macrófagos, que contienen bacilos libres de eritrocitos, que entorpecen la búsqueda microscópica.

El informe bacteriológico deberá incluir el número de cruces en cada una de las muestras y el resultado del índice bacilar (IB) calculado. El resultado se informa como positivo o negativo.

Indicaciones de la biopsia: en los sitios donde se tenga la facilidad de acceso, la biopsia de piel se recomienda en los casos nuevos paucibacilares, en las reacciones lepróticas y en los casos de incongruencia entre la clínica y la baciloscopia.

Ocasionalmente la biopsia de piel puede demostrar bacilos aunque la baciloscopia sea negativa. En estos casos habrá que reclasificar la lepra como MB.

Si en el momento NO cuenta con baciloscopia o biopsia de piel, NO dilate el tratamiento y guíese por el criterio clínico exclusivamente.

1.3 Comportamiento epidemiológico de la lepra

Su distribución es mundial. A Mayo de 1997 el Programa de la OMS para la Eliminación de la Lepra (LEP) registró 926.259 casos, para una prevalencia mundial de 1,67 casos por 10.000 habitantes. El 92% de los casos se encuentran en 25 países del mundo y de estos el 80% están localizados en cinco países, aportando la India el 60.4% del total de los casos y el Brasil el 10.3%. La prevalencia en América Latina fue de 3.61 x 10.000 hab.

En Colombia la lepra ha tenido un comportamiento endémico, con inicio lento entre los siglos XVI y XVII, con un pico máximo de prevalencia en la década de 1960 y un descenso drástico en el último decenio, registrándose en 1986 un total de 16.600 casos, para una tasa de 5.0 x 10.000 hab. y, en 1996 un total de 3.558 casos, para una tasa de 0.96 x 10.000 hab. Este descenso puede ser atribuido a que se redujo el periodo de vigilancia de los pacientes en tratamiento⁵, justificado este por la demostrada eficacia de la poliquimioterapia.

⁴ El término linfa corresponde al líquido y células circulantes por los vasos linfáticos; sin embargo el material examinado es tejido de células cutáneas mezclado con linfa.

⁵ Se realiza una limpieza de archivos sacando del programa a aquellos pacientes que ya habían terminado el tratamiento.

En la distribución geográfica, es evidente la tendencia al agrupamiento a nivel mundial, continental, de país, regiones, municipios, veredas, casas y familias. Los casos se concentran en zonas de mayor altitud. De igual manera se ha encontrado correlación positiva con la humedad relativa superior al 75%.

En Colombia están clasificados como departamentos de alto riesgo⁶ para lepra Norte de Santander, Santander, Bolívar y Arauca, donde existe agrupamiento por municipios.

La lepra presenta tasas de incidencia mayores para la zona rural que para la urbana, lo cual explica que la ocupación más frecuente encontrada entre los enfermos sea la relacionada con labores del campo. Al analizar las tasas de incidencia en distintos periodos y por grupo étnico, se observa que a medida que disminuye la incidencia total en un país, el pico máximo de las tasas de incidencia se desplaza hacia los grupos de mayor edad, mostrándose un efecto de cohorte.

El 80% de la lepra infantil es paucibacilar. Generalmente la enfermedad en menores de 10 años sigue un curso benigno, sin secuelas, con reacciones infrecuentes y con resolución espontánea en cerca del 80% de los casos, aún cuando el paciente continúe en contacto con un enfermo bacilífero. En Colombia, hasta una tercera parte de los casos son lepromatosos y entre una y dos cuartas partes son tuberculoideos.

La diferencia por sexo se presenta en la edad adulta, reportándose en casi todos los países mayor incidencia en hombres. Para Colombia la razón hombre-mujer es 2:1, con pocas variaciones entre regiones.

1.3.1 Lepra en Santa Fe de Bogotá

En el Distrito Capital⁷, entre 1994 y 1997 se reportaron en el Programa un total de 2180 pacientes en tratamiento y bajo vigilancia, de los cuales el 92.8% eran MB y el 7.2% restante PB, lo que refleja una captación tardía de los pacientes, situación que se corrobora con la relación multibacilar-paucibacilar, donde se observa un aumento representativo año a año, excepto para 1997 (Ver Tabla 1). Esta disminución en el último año puede explicarse por un aumento en la captación de formas paucibacilares de la enfermedad, lo que corresponde a un diagnóstico oportuno.

Tabla 1. Pacientes de lepra en tratamiento y en vigilancia. Santa Fe de Bogotá, 1994 - 1997

Clasificación		1994	1995	1996	1997	Total	%
Multibacilar	Lepromatosa	606	530	364	307	2024	92.8
	Dimorfa	86	79	32	20		
Paucibacilar	Tuberculoide	36	26	16	25	156	7.2
	Dimorfa	20	18	9	6		
Total		748	653	421	358	2180	100
Prevalencia x 10.000		1.38	1.18	0.75	0.62		
% de Pérdida		10.8	12.8	14.5	13.4		
Relación MB/PB		12:1	14:1	15:1	11:1		

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Al analizar el comportamiento de la prevalencia de la lepra en los últimos cuatro años, se observa un descenso el cual podría deberse a: disminución de la incidencia de la enfermedad, disminución en la búsqueda de pacientes, implementación del nuevo sistema de seguridad social que conlleva a un cambio en la concepción y desarrollo de los programas a través de los diferentes planes de beneficio.

Respecto al egreso de los pacientes, se observa que el porcentaje de abandono y pérdida⁸ es superior al 10%, situación que refleja el poco seguimiento y vigilancia epidemiológica de los pacientes inscritos al programa, generando un gran impacto epidemiológico, pues son pacientes que en su mayoría pueden ser aún infectantes.

Los casos nuevos de lepra registrados entre 1994 y 1997 corresponden a pacientes que consultan espontáneamente o que son referidos al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, aclarando que ha sido poca la vigilancia epidemiológica realizada en el Distrito, principalmente en lo que se relaciona con la investigación de contactos y convivientes de los casos nuevos.

Durante el periodo en estudio ingresaron al programa 127 pacientes nuevos, observándose un descenso de captación de casos a partir de 1996. A lo largo del periodo analizado predominan las formas multibacilares. Ver Gráfica 1.

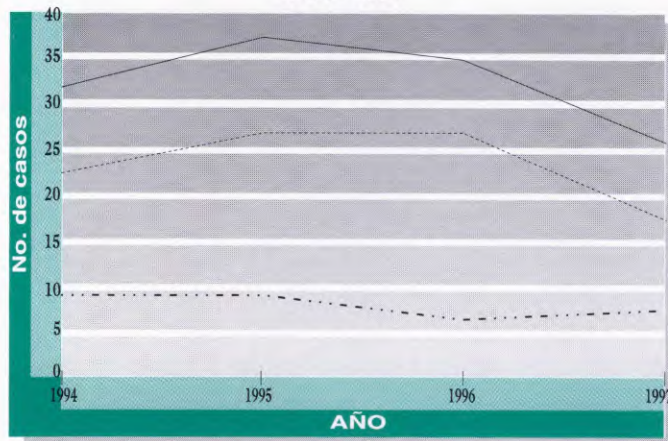
6 Alto riesgo, incidencias mayores de 3 x 10.000 hab.; mediano riesgo, incidencia entre 2 y 3 x 10.000 hab.; bajo riesgo, áreas donde se elimina la lepra como problema de salud pública, prevalencia menor de 1 x 10.000 hab.

7 En Santa Fe de Bogotá, hasta 1997 la atención de los pacientes con enfermedad de Hansen fue asumida por el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, en esfuerzo conjunto con el Instituto Nacional de Salud y la Ayuda Alemana para los Enfermos de Lepra. Por tanto, la mayoría de información estadística analizada en este artículo fue suministrada por el Centro Dermatológico.

8 Un paciente en abandono es aquél que no ha concurrido a retirar los medicamentos durante 12 meses consecutivos, el cual deberá ser reclasificado y tratado nuevamente. Se anotará como recuperado. Un paciente perdido es aquél que no regresa después de un año, se realiza su búsqueda y no es localizado.

(Viene de la pág 5)

**Gráfica 1. Casos nuevos de lepra en Santa Fe de Bogotá
1994 - 1997**



Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

— Total
 Multibacilar
 - . - . Paucibacilar

2. Política del plan de eliminación de la lepra

El término eliminación se utiliza para describir reducciones drásticas de la prevalencia de una enfermedad, hasta el punto que ya no constituya un problema de salud pública.

Metas

-Eliminar la lepra como problema de salud pública, es decir reducir la prevalencia a menos de un caso x 10.000 habitantes antes del año 2000.

-Establecer mecanismos para el seguimiento estricto de la prevalencia activa y la búsqueda de casos dentro de los grupos de riesgo (convivientes⁹, sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico).

Objetivos

- Disminuir la prevalencia a menos de 1/10.000 hab., antes del año 2000.
- Capacitar y actualizar al equipo de salud.
- Educar a la comunidad inculcando actitudes positivas frente al control de la enfermedad, su curación y el manejo del paciente.
- Lograr la detección precoz y el tratamiento regular.
- Unificar métodos y técnicas para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control.
- Promover la prevención y rehabilitación de las discapacidades en todos los niveles.
- Aplicar la vacuna BCG a todos los convivientes, según criterios establecidos.
- Fomentar y apoyar la investigación sobre lepra.

⁹ Conviviente o contacto intradomiciliario: es toda persona que reside o haya residido en los últimos cinco años con el paciente o enfermo de lepra.

Estrategias para lograr la eliminación de la lepra

- Examinar a todos los sintomáticos de piel
- Diagnosticar precozmente y tratar oportunamente todos los casos nuevos.
- Hacer la PQT accesible a todas las comunidades
- Tratar todos los casos registrados con PQT
- Asegurar un tratamiento regular y completo
- Examinar al 100% de los convivientes durante el tiempo que dure la PQT.
- Vacunar con BCG a los convivientes de casos de lepra.
- Mejorar la calidad de la atención de los enfermos, en particular la prevención y tratamiento de las discapacidades.
- Conseguir el apoyo de la comunidad para los enfermos y para el programa control.
- Prestar atención post-tratamiento a episodios reaccionales y pacientes con secuelas.

Elementos primordiales de la estrategia

- Búsqueda de casos nuevos.
- Ampliar los servicios de la PQT a todos los establecimientos de salud.
- Asegurar que todos los casos existentes y nuevos reciban regímenes adecuados de PQT.
- Estimular a todos los pacientes a que cumplan un tratamiento regular y completo.
- Fomentar la conciencia pública sobre la lepra, de modo que las personas con lesiones sospechosas se presenten voluntariamente para el diagnóstico y tratamiento.
- Fijar metas y cronograma de actividades, haciendo todos los esfuerzos para cumplirlos.
- Llevar registros de todas las actividades, a fin de controlar los progresos realizados hacia la eliminación.

De acuerdo con lo anterior, el gobierno colombiano asume las recomendaciones y se compromete con la "Eliminación de la Lepra para el año 2000", es decir disminuir la prevalencia en el país a un caso por 10.000 habitantes. Para ello definió como prioridades:

- ◆ Intensificar el compromiso político de todas las personas e instituciones interesadas en la meta (gobierno nacional, ONGs, agencias internacionales).
- ◆ Integrar las acciones de detección y tratamiento de los casos de lepra en los servicios generales de salud, sin perjuicio de la calidad de la atención.
- ◆ Mantener el abastecimiento gratuito y sin interrupción de los medicamentos específicos para la PQT a toda paciente que lo necesite.
- ◆ Crear conciencia sobre la enfermedad y su curabilidad entre la población, paralela a la movilización de pacientes y líderes de la comunidad, con el fin de participar en las acciones para alcanzar la eliminación.
- ◆ Reintegrar a la comunidad a personas incapacitadas por la lepra, a través de programas generales de rehabilitación de base comunitaria.

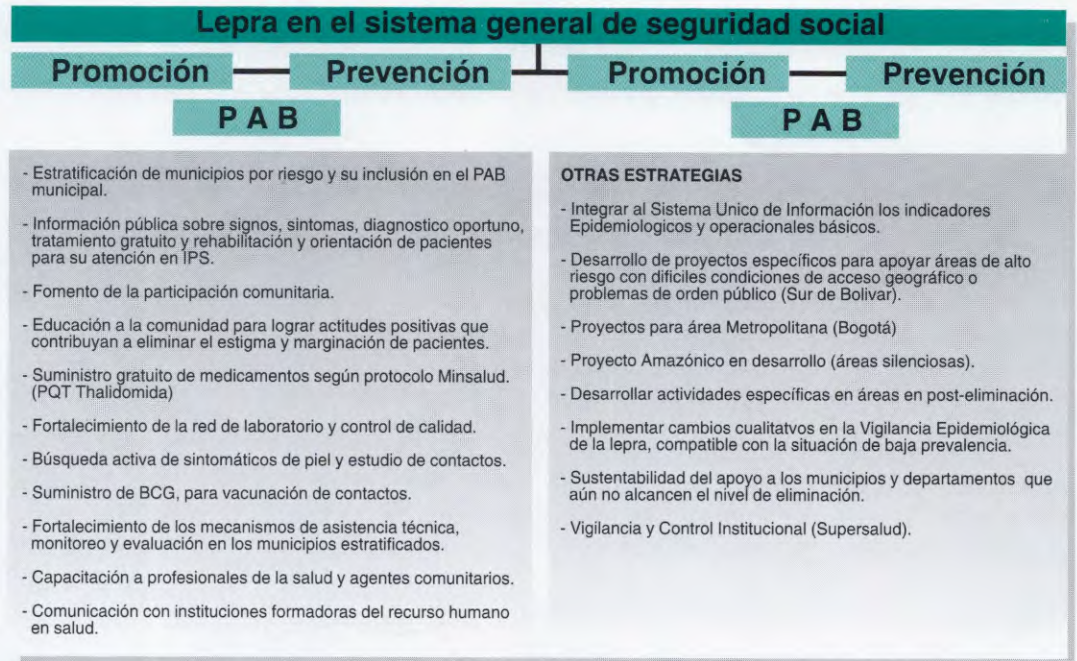
◆ Focalizar las metas de eliminación a nivel de distrito y departamento, una vez alcanzada la meta a nivel nacional, manteniendo las actividades de detección, tratamiento y rehabilitación.

◆ Incrementar las operaciones especiales intensivas para las áreas y poblaciones de difícil acceso, a través de mecanismos como las Campañas de Eliminación de la Lepra (LEC - Leprosy Elimination Campaign) para la búsqueda de prevalencia oculta y los Proyectos de Acción Especial para la Eliminación (SAPEL - Special action Project for Leprosy and Elimination). El país ha priorizado para aplicar LEP en los departamentos de César, Santander, Norte de Santander, Arauca y aplicación de proyecto SAPEL en el Amazonas.

Para el desarrollo de estas prioridades, se inició el proceso de descentralización de la atención de los pacientes en servicios generales de salud y se diseñó las Guías de Atención Integral para la enfermedad de Hansen, construidas dentro del marco legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por otro lado, dentro del Plan Obligatorio de Salud y el Plan de Atención Básica, se garantizan todas las acciones de promoción y prevención para la eliminación de la lepra. Ver Cuadro 3 y 4.

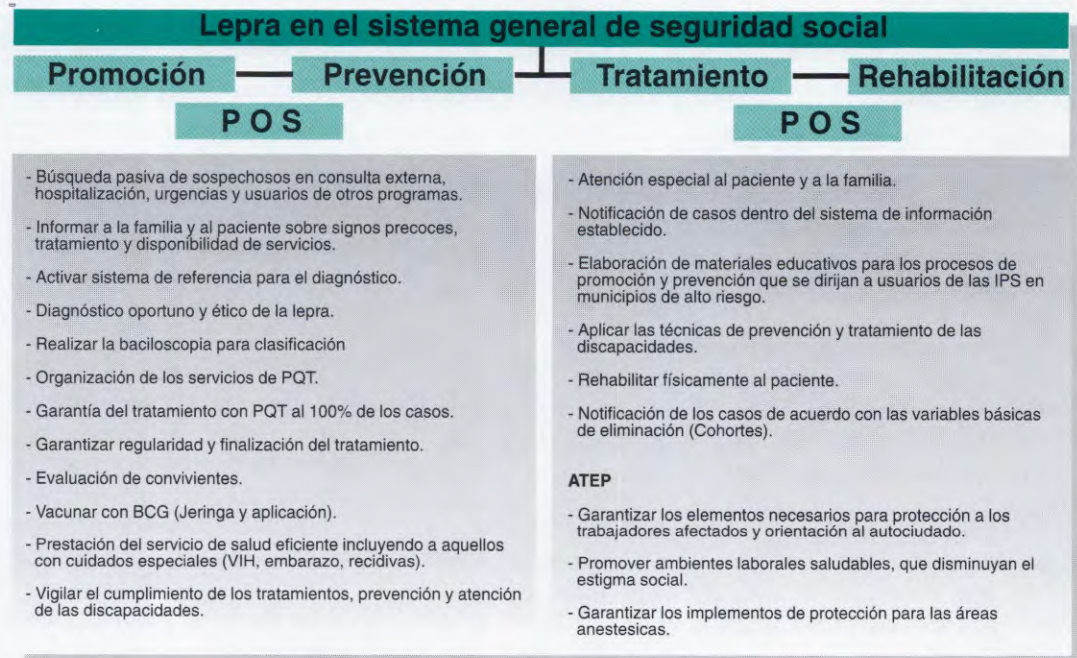
El POS en el primer nivel de complejidad incluye: urgencias, rayos X, Consulta médica general, remisión, laboratorio clínico, medicamentos esenciales, acciones intra y extramurales de promoción, prevención y consultas de control.

Cuadro 3. Acciones de promoción y prevención para lepra dentro del PAB



Fuente: Guía de atención integral para la eliminación de la lepra. Ministerio de salud, 1997

Cuadro 4. Acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para lepra dentro del POS



Fuente: Guía de atención integral para la eliminación de la lepra. Ministerio de salud, 1997

En la atención hospitalaria, incluye: laboratorio clínico básico (baciloscopia y biopsia), medicamentos esenciales (los contenidos en la Resolución 7328 de 1992 y

Continúa pag 8

(Viene de la pág 7)

en el Manual de Medicamentos y Terapéutica), acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control a nivel individual y colectivo (en concordancia con la Resolución No. 4288 de 1996, y la Resolución 03797 de XI-96).

2.1 Lineamientos y Situación del Plan de Eliminación de Lepra en el Distrito Capital

Desde 1996, la Dirección de Salud Pública en coordinación con el Ministerio de Salud, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Instituto Nacional de Salud y Ayuda Alemana para Enfermos de Lepra, acordó la necesidad de descentralizar la atención de los pacientes de lepra e impulsar el posicionamiento del programa en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer nivel de atención de la red adscrita a la Secretaría de Salud, ubicadas en las veinte localidades, pues estos son los prestadores del PAB del Distrito Capital. Teniendo en cuenta las experiencias, en un futuro se proyectará a los demás niveles de atención.

El proyecto se viene desarrollando en varias etapas:

1. *Capacitación*: se inició durante 1996 y se centró en documentar sobre lepra al personal de salud (médicos, enfermeros, bacteriólogos, terapeutas y auxiliares de enfermería), para que asuman la atención del paciente y la coordinación del programa en las ESE.

2. *Elaboración de material educativo*: se produjo un audiovisual que sirvió de apoyo para iniciar el proceso de sensibilización y concientización tanto del personal de salud como de la comunidad, frente a la vigencia del problema, cambio en su concepción, posibilidad de curación y responsabilidad respecto a las personas que tienen o están expuestas a algún tipo de discapacidad por esta causa.

3. *Caracterización del problema en el Distrito*: con el fin de proceder e establecer el plan de desconcentración, fue necesario tener una idea general acerca de la magnitud de la problemática en el Distrito, para lo cual se utilizó la base de datos suministrada por el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, la cual contenía pacientes que se encuentran en tratamiento regular, en vigilancia, en abandono de tratamiento y perdidos. A julio de 1997 se identificaron 381 casos con información completa; este número refleja de forma parcial la magnitud del problema.

4. *Desconcentración*: teniendo en cuenta el sitio de residencia de los pacientes en Santa Fe de Bogotá, se procedió a ubicarlos dentro de las veinte localidades del Distrito, definiendo a Engativa, Kennedy, San Cristóbal y Ciudad Bolívar como localidades prioritarias, donde se concentra el mayor número de casos de lepra. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los casos de lepra en el Distrito Capital Julio 1997

Localidad	No. de casos	Porcentaje
Usaquén	9	2.36
Chapinero	6	1.57
Santafé	12	3.15
San Cristóbal	33	8.66
Usme	18	4.72
Tunjuelito	19	5.0
Bosa	27	7.0
Kennedy	40	10.5
Fontibón	14	3.67
Engativa	48	12.59
Suba	15	3.93
Barrios Unidos	18	4.72
Teusaquillo	12	3.15
Los Mártires	12	3.15
Antonio Nariño	13	3.41
Puente Aranda	20	5.24
Candelaria	6	1.57
Rafael Uribe	26	6.82
Ciudad Bolívar	33	8.66
Sumapaz	0	0
Total	381	100

Fuente: Registros de pacientes (en tratamiento, en vigilancia, en abandono de tratamiento y perdido), con enfermedad de Hansen, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Julio 1997

En una primera etapa del proceso de desconcentración, la atención de los pacientes se realizará a través de las ESE. Una vez se asegure el posicionamiento del programa en cada uno de las administradoras y prestadoras de salud de los diferentes planes de beneficio en el Distrito Capital, se dará inicio a la segunda etapa que es la atención de los pacientes en la IPS donde el paciente consulte y es diagnosticado.

5. *Generación de Planes Locales de Eliminación*: inicialmente a desarrollarse en las localidades prioritarias. Estos planes contienen dos estrategias: educación y sensibilización a nivel de los equipos de salud y de la comunidad; se intensificará la búsqueda y captación de pacientes, estudio de convivientes y contactos, valoración del grado de discapacidad, formulación de planes individuales de prevención y control de la discapacidad, dotación de elementos básicos y seguimiento de los mismos.

Los temas mínimos que debe contener la estrategia educativa son:

- Generalidades de la lepra
- Metodologías para motivar a las personas con lesiones

sospechosas de lepra para que acudan a la institución de salud y les realicen el diagnóstico y tratamiento adecuados.

- Estrategias para eliminar el estigma social y el consecuente marginamiento de pacientes.
- Estrategias de coordinación con instituciones formadoras del recurso humano en salud, con el fin de fomentar la docencia sobre la lepra en las facultades de ciencias de la salud.
- Información pública sobre signos, síntomas, diagnóstico oportuno, tratamiento gratuito, rehabilitación y orientación de pacientes para su atención en las IPS.

6. *Capacitación de agentes y promotores de salud:* o la conformación de grupos extramurales que aseguren el desarrollo del Plan.

7. *Accesibilidad y garantía de la PQT:* a través del suministro de medicamentos de acuerdo con los esquemas estandarizados de PQT.

8. *Fortalecimiento de la red diagnóstica:* a través de la organización de redes de diagnóstico, referencia y control de calidad microbiológica, en cabeza del Laboratorio de Salud Pública distrital.

La organización de los servicios de diagnóstico es el procedimiento más eficaz para motivar a las personas con lesiones sospechosas a acudir espontáneamente a la institución de salud. Por tanto, las ESE de primer nivel de atención deben contar con la tecnología y el personal capacitado para realizar el diagnóstico de lepra.

9. *Implementación de instrumentos para la recolección de información:* la información respectiva debe ser entregada periódicamente por las ESE a través de los formatos establecidos por el Ministerio de Salud. Los formularios del programa deben ser diligenciados por la ESE en el momento de detección del caso de lepra y debe alimentar al nivel local, distrital y nacional con el objeto de construir los indicadores necesarios en cada uno de los niveles.

En virtud de la complejidad de la enfermedad y de su seguimiento, la consolidación de los datos será a través de los siguientes instrumentos¹⁰:

- Ficha individual del paciente
- Ficha de evaluación de discapacidades y mapa corporal
- Resumen de actividades trimestrales
- Formato de estudio por cohortes

10. *Monitoreo del tratamiento por medio de la información sobre cohortes:* el término cohorte se refiere a un grupo de individuos que comparten la misma experiencia al mismo tiempo. Para monitorear un tratamiento, la cohorte

se define como pacientes con lepra que comienzan la PQT en el mismo año y sobre los cuales se recogen los datos especificados en el formato (Anexo 4, Ref. Bibliográfica 6). El propósito de la información sobre cohortes es proporcionar una reseña del resultado de los tratamientos de todos los pacientes que estén sometidos a PQT, durante un período de tiempo determinado.

Existen dos principios básicos para lograr una concurrencia espontánea y precoz del enfermo:

I. Prestación de servicios de salud eficaces para el diagnóstico y tratamiento de la lepra.

II. Aumento de la conciencia de la comunidad respecto a los signos precoces de la lepra y su curabilidad, mediante campañas especiales.

3. Vigilancia epidemiológica de la lepra

Esta estrategia es una acción importante para el control y eliminación de la lepra como problema de salud pública, junto con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Se realiza a través de la búsqueda activa y pasiva de casos, cuyo objeto es encontrar enfermos de lepra.

Se entiende por **búsqueda activa** cuando el equipo de salud se desplaza al área para realizar la vigilancia epidemiológica alrededor de los casos conocidos (convivientes).

La **búsqueda pasiva** se da cuando se espera la demanda espontánea de los pacientes ante el organismo de salud. Implica que se ha de pensar en el diagnóstico de lepra cuando se identifiquen lesiones de piel, así el paciente consulte por otra causa, y que se han de realizar las pruebas de sensibilidad o de laboratorio para confirmar la sospecha clínica.

EL Plan de Eliminación de la lepra permite tener las siguientes definiciones para la vigilancia epidemiológica en un país o área endémica, como es la situación del Distrito Capital:

Caso sospechoso: Individuo que presente lesiones cutáneas o síntomas sugestivos de lesión neural, en la que estén ausentes o dudosos los signos cardinales, con ausencia de otro diagnóstico alternativo obvio.

¹⁰ Estos instrumentos pueden ser consultados en la referencia bibliográfica 6 de este texto, anexos 2, 3 y 4

(Viene de la pág 9)

Caso de lepra: Individuo que presente **uno** de los siguientes signos:

- ◆ Lesión cutánea hipopigmentada o rojiza, con pérdida bien definida de la sensibilidad
- ◆ Frotis cutáneos o mucosos positivos para bacilos de Hannsen
- ◆ Lesiones de los nervios periféricos, puestas de manifiesto por engrosamiento neural, por pérdida de la sensibilidad y de fuerza en manos, pies o en cara
- ◆ Granulomas o inflamación intraneural en una biopsia de piel o de nervio.

Notificación, flujo y periodicidad

La lepra es una enfermedad de notificación obligatoria en todo el territorio nacional. La notificación de casos debe realizarse mensualmente por parte de las instituciones públicas y privadas de Salud a la ESE primer nivel y esta a su vez enviará la información al Área de Vigilancia en Salud Pública con la misma regularidad. Por último, la Dirección de Salud Pública realizará los reportes correspondientes al Ministerio de Salud con una regularidad trimestral.

Intervención individual

Dirigida al diagnóstico del paciente a partir de caso sospechoso. De los hallazgos clínicos depende la conducta del laboratorio y la terapéutica, en especial las medidas de prevención de discapacidades y de rehabilitación. Por tanto la historia clínica debe contemplar: anamnesis, antecedentes epidemiológicos (convivientes, lugar de procedencia), características de la enfermedad actual, tratamientos recibidos con anterioridad, enfermedades actuales significativas.

El examen físico abarca, examen dermatológico, neurológico, oftalmológico y otorrinolaringológico. Según los signos neurológicos, afección o no de órganos internos, mucosas, evolución de la enfermedad, baciloscopia en moco y linfa y/o histopatología, se hará la clasificación de la lepra.

Ante un caso confirmado se inicia el tratamiento con PQT, el cual ha sido implementado por la OMS/OPS, ha mostrado excelente eficacia y ser libre de efectos colaterales. Debe ser administrado en forma ambulatoria y solo se hospitalizará al paciente, cuando este presente leprorreacciones severas.

Los medicamentos utilizados en la PQT son una combinación de rifampicina, clofazimina y dapsona para los casos MB y de rifampicina y dapsona para los casos PB. Los medicamentos de la PQT no deben administrarse a enfermos con disfunción renal o hepática grave.

La Rifampicina: se administra una vez al mes. Rara vez se han señalado efectos tóxicos en el caso de la administración mensual. La orina puede ser ligeramente rojiza unas horas después de su toma, lo que debe explicarse al enfermo al iniciar la PQT.

La Clofazimina: tiene mayor actividad cuando se administra a diario; es bien tolerada y atóxica en la dosis utilizada. Produce coloración negro pardusca y sequedad de la piel, aunque desaparece luego de unos meses de haber interrumpido el tratamiento. Estos hechos deben explicarse a los pacientes que inician la PQT.

La Dapsona: es inocua en la dosis utilizada en la PQT. Son raros los efectos secundarios, siendo el principal la reacción alérgica, que causa un exantema cutáneo pruriginoso y dermatitis exfoliativa. Por ello, no deben recibir dapsona los enfermos que presentan alergia a cualquiera de las sulfas¹¹, ni administrarse a enfermos con anemia intensa, la cual debe ser controlada antes de iniciar la PQT.

En el proceso de clasificación, es particularmente importante asegurar que los pacientes con lepra MB no sean tratados con los regímenes para la forma PB. Por consiguiente, ante cualquier duda en la clasificación, el caso debe ser tratado con el esquema para MB.

La periodicidad absoluta o tratamiento cumplido es "completar 6 dosis mensuales en un máximo de 9 meses para los casos PB y 24 dosis mensuales en un máximo de 36 meses para los casos MB". El no cumplimiento de los criterios anteriores se considera tratamiento irregular.

El tratamiento regular, consiste en la aplicación de PQT, con la primera dosis supervisada y que han cumplido con la totalidad de la medicación indicada y han asistido al 100% de las citas para control, o que ha ingerido las dos terceras partes según esquema. Ej: para un paciente MB, sería: $24/36 \times 100 = 67\%$ y para un paciente PB, sería: $6/9 \times 100 = 67\%$.

El manejo integral del paciente debe dirigirse no sólo a la eliminación del bacilo, sino simultáneamente, a la prevención de las incapacidades o a detener el proceso invalidante en caso de haberse iniciado ya.

El control y seguimiento de los pacientes inscritos deben ser garantizados por las ESE e implica las siguientes actividades: consultas médicas cada seis meses, controles de enfermería, uno cada tres meses, visitas domiciliarias, por lo menos tres veces al año y baciloscopias de control, búsqueda activa de pacientes que transcurrido un mes no han regresado a retirar los medicamentos, las cuales se realizan según la clasificación del paciente como paucibacilar o multibacilar.

Intervención colectiva

Se programa una vez se diagnostica un caso de lepra. Se realiza con funcionarios de epidemiología y del programa control de lepra de la institución e implica:

- ◆ Investigación epidemiológica de campo para evaluación

¹¹ En caso de toxicidad grave por dapsona, los enfermos PB deben recibir como sustituto 50 mg de clofazimina al día y una dosis mensual de 300 mg. Los enfermos MB deben proseguir el tratamiento con rifampicina y clofazimina a las dosis habituales.

y seguimiento de los contactos intradomiciliarios de los casos nuevos realizando búsqueda activa de casos.

◆ La vigilancia de los contactos intradomiciliarios incluye un examen dermato-oftalmo-otorrino-neurológico a todas las personas que conviven con el caso de lepra, cualquiera que sea su forma clínica. Si lo hace el médico tiene por objeto establecer o no el diagnóstico de lepra. Si lo realiza la enfermera o auxiliar, tiene por objeto establecer la sospecha de la lepra y canalizar su remisión a la institución de salud para su atención, teniendo en cuenta el régimen de afiliación. Después del examen deberá ser orientado sobre el período de incubación de la lepra, transmisión, signos y síntomas de lepra, con el objeto de que si la persona presenta algún síntoma, acuda inmediatamente a consulta médica.

A todo contacto intradomiciliario de enfermo multibacilar, se practicará un examen cada seis meses y de un enfermo paucibacilar, un examen por año. Sólo se les realiza baciloscopia y biopsia si cumplen los criterios de caso sospechoso.

◆ Aplicación de BCG a contactos intradomiciliarios de cualquier edad: si tiene cicatriz, aplicar una dosis convencional; si no tiene cicatriz, aplicar una dosis convencional de BCG y luego refuerzo a los seis meses.

◆ Actividades educativas: *al personal de salud*, para difundir la normas de plan de acción y vigilancia; al paciente, sobre enfermedad que padece, formas de contagio, síntomas, tratamiento, evolución, complicaciones, reacciones, pronóstico y rehabilitación física y apoyo psicológico; a la comunidad: en especial entre los grupos de alto riesgo informar sobre las formas de transmisión, síntomas y características más importantes de la enfermedad, así como los pasos para acudir oportunamente a consulta. ■

Bibliografía

- 1.OMS/OPS. Programa de Acción Para la Eliminación de la Lepra. Guía para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública. WHO/LEP/95.1. Ginebra, Primera Edición - 1995.
- 2.OMS/OPS. Clavis Lombardi, El Plan Regional OPS/OMS para la Eliminación de la Lepra de las Américas.
- 3.OPS, La Eliminación de la Lepra en las Américas. Boletín Epidemiológico, Volumen 17, número 3, 1996.
- 4.OPS, La Eliminación de la Lepra en las Américas. Boletín Epidemiológico, Volumen 1, número 4, 1996.
- 5.OMS/OPS. Programa de Lucha contra la Lepra. Preguntas y Respuestas. WHO/CTD/LEP/91.3
- 6.MINISTERIO DE SALUD. Programa de Patologías Infecciosas. Informe Preliminar: Guía de Atención Integral para la Lepra. Santa Fe de Bogotá, Julio de 1997.
- 7.INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. El Laboratorio

en Lepra. Bacteriología y Patología. Manual de Procedimientos Básicos. Santa Fe de Bogotá, D.C., Diciembre de 1992.

8.10.RODRIGUEZ G., OROZCO L.C., Lepra. Santa Fe de Bogotá, D.C., 1996.

Análisis decimo segundo periodo epidemiológico

Notificación

El cumplimiento de notificación para el Distrito durante este periodo fué del 82.2%, encontrándose que el 60% de las localidades presentaron un porcentaje de notificación por encima del 80%, de las cuales Usme y Antonio Nariño cumplieron del 100%. Por el contrario, la localidad de San Cristobal se caracterizó por presentar la notificación más baja del periodo: 38.24%, lo que influye desfavorablemente en el porcentaje de cumplimiento de notificación para todo el Distrito.

Eventos

A nivel de enfermedades transmitidas por vectores, durante el periodo se notificaron 2 dengues hemorrágicos procedentes de fuera de Bogotá (uno de Florencia - Caquetá y uno de Girardot - Cundinamarca), reflejando la situación de epidemia en que se encuentra el país para este evento.

La localidad de Santafé notificó un caso probable de parálisis flácida, procedente de la vereda de Chivatá - Suesca, que corresponde al departamento de Cundinamarca. Es importante tener en cuenta que en esta localidad se encuentra ubicado el Instituto Franklin Delano Roosevelt, institución de referencia a nivel nacional.

Durante este periodo se notificaron 19 exposiciones rábicas, siendo la localidad de Engativá la que aportó el mayor número de casos 47% n 8, el 75% 3 Teusaquillo y 3 de Bos correspondió a casos de M. por *Haemophilus influenzae*.

Con relación a las mortalidades, en el periodo se reportaron 36 casos de muertes perinatales, de las cuales la localidad de Antonio Nariño aporta el 55.5% de los casos, provenientes en su gran mayoría del Instituto Materno Infantil.

Reporte Semanal XII Periodo Epidemiológico

Semana Epidemiológica 45 y 46: Noviembre 02 - Noviembre 15 de 1997

Eventos	Usaquen		Chapinero		Santafé		S. Cristobal		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	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Dengue Clásico	0	0	0	7	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		
Dengue Hemorrágico	0	1	0	11	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	1	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Fiebre amarilla	0	0	0	1	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		
Hepatitis B	0	6	0	15	0	3	1	1	0	1	0	0	0	4	0	7	0	3	0	4	0	5	0	4	0	2	0	12	0	6	0	0	0	11	0	6	0	11	0	1	1	1	1	1	
Meningitis por Neisseria	0	10	0	4	0	1	0	4	0	5	0	2	4	0	1	0	2	0	2	0	3	0	2	0	5	3	8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	5	0		
Meningitis por Haemophilus Influenzae	1	11	0	6	0	1	0	10	0	2	0	5	0	1	0	6	0	0	3	0	1	0	6	0	17	0	5	0	1	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	1	0	1	0		
Parálisis Flácida	0	0	0	1	0	5	0	2	0	4	0	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
Exposición Rábica	0	15	0	1	1	11	0	32	1	6	0	6	0	0	1	19	0	4	9	37	1	16	2	16	0	2	0	0	0	6	0	0	0	4	0	38	0	0	0	0	15	2	15		
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	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	0	0		
Rubéola	2	27	0	17	0	2	0	7	0	26	0	8	0	12	0	18	0	3	1	13	3	18	1	29	0	4	3	26	0	16	1	27	0	23	0	5	0	21	0	0	11	0	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	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sífilis Congénita	0	0	0	0	1	1	0	5	0	2	0	0	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	0	24	0	3	0	5	0	16	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	1	0	1		
Sarampión	0	0	0	9	0	1	0	11	0	36	1	0	1	0	3	0	2	0	10	0	7	0	3	0	4	0	3	0	2	0	1	0	1	1	13	0	25	0	0	2	1	0			
Mortalidad Materna	0	3	0	4	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2	0	3	0	0	0	1	2	0	0	0	4	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0		
Mortalidad Perinatal	0	4	2	21	0	0	0	5	0	15	0	5	1	7	0	8	0	0	0	2	2	8	0	1	1	24	3	19	14	128	0	2	0	0	0	2	1	7	0	1	24	1	24		
Mortalidad por Neumonía	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
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	1	0	0	0	0			
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	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	0		
VIH/SIDA	0	11	0	34	2	10	2	11	0	4	0	0	0	1	0	2	0	0	0	9	0	2	0	8	0	11	0	34	0	31	0	1	0	10	0	5	0	2	0	0	5	10	0	5	
Tuberculosis	2	23	6	27	0	7	0	9	2	8	0	1	0	4	0	17	0	2	1	15	0	9	1	11	6	59	3	15	8	161	2	6	0	11	0	11	3	21	0	2	34	41	0	41	
Parotiditis Viral	0	2	0	5	0	0	0	2	0	0	0	4	0	7	0	13	0	2	0	3	0	4	0	2	0	1	0	4	0	6	0	5	0	1	0	5	0	4	0	0	0	0	0		
Difteria	0	0	0	1	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		
Tosferina	0	3	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	0	6	0	0	0	0	0	6	0	14	0	0	0	5	0		
Varicela	5	45	7	192	1	59	11	63	0	18	15	82	3	138	23	209	1	26	10	35	8	108	34	374	6	21	21	261	7	58	0	15	0	0	6	98	11	92	0	7	169	10	169		
Brotos	0	3	0	7	0	2	0	3	0	9	0	3	0	1	0	10	0	1	0	7	0	9	0	4	1*	13	0	5	0	4	1*	8	1	2	0	3	0	5	0	6	3	10	10		
Total	10	155	15	367	5	104	14	170	3	142	16	119	6	186	24	333	1	46	21	144	15	194	38	485	15	181	34	406	29	456	4	68	1	63	7	202	15	211	0	17	273	41			

Fuente= Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

+Sospechoso/ Probable/ * Brote de Varicela/ <Procedente de Florencia Caquetá/

No notificaron: ¥ San Cristobal y Fontibón en la semana 46

Semana Epidemiológica 47 y 48: Noviembre 16 - Noviembre 29 de 1997

Eventos	Usaquen		Chapinero		Santafé		S. Cristobal		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	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	0	1	0	0	0	0	0	0	
Dengue Clásico	0	0	0	7	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	
Dengue Hemorrágico	0	1	0	11	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	1	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fiebre amarilla	0	0	0	1	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	
Hepatitis B	0	6	0	15	0	3	0	1	0	1	0	0	0	4	0	7	0	3	0	4	0	5	0	4	0	2	0	12	0	6	0	0	0	11	1	6	0	11	0	1	0	1	
Meningitis por Neisseria	0	10	0	4	0	1	0	4	0	5	0	0	1	5	0	1	0	2	0	2	0	3	0	2	0	5	0	8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
Meningitis por Haemophilus Influenzae	0	11	0	6	0	1	0	10	1	3	0	5	0	1	0	6	0	0	3	0	1	0	6	0	17	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	1		
Parálisis Flácid	0	0	0	1	0	6	0	2	0	4	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
Exposición Rábica	0	15	0	1	0	10	0	32	1	7	0	6	0	0	2	21	0	4	0	37	0	16	0	16	0	2	0	0	0	6	0	0	1	5	0	38	0	0	0	0	4		
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			
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			
Rubéola	2	29	0	17	0	2	0	7	0	26	0	8	1	13	1	19	0	3	0	13	5	23	0	29	0	4	0	26	0	16	0	27	4	27	1	6	0	21	0	0	14		
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			
Sífilis Congénita	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	0	24	0	3	0	5	0	16	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0		
Sarampión	0	0	0	9	0	1	0	11	0	36	1	2	0	1	1	4	0	2	0	10	0	7	0	3	0	4	0	3	2	4	0	1	0	1	0	13	1	26	0	0	5		
Mortalidad Materna	0	3	0	4	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	
Mortalidad Perinatal	0	4	2	23	0	0	0	5	0	15	0	5	0	7	0	8	0	0	0	2	2	10	0	1	0	24	1	20	6	134	0	2	0	0	0	2	1	8	0	1	12		
Mortalidad por Neumonía	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
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	1	0	1	0	0	0			
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	0	11	0	34	4	8	0	11	1	5	0	0	0	1	1	3	0	0	3	12	0	2	0	8	0	11	0	34	0	31	0	1	0	10	0	5	0	2	0	0	8		
Tuberculosis	0	23	0	27	1	7	2	11	2	10	0	1	0	4	0	17	0	2	1	16	0	9	1	12	1	60	0	15	0	161	0	6	1	11	0	11	0	21	0	2	7		
Parotiditis Viral	0	2	0	5	0	0	0	2	0	0	0	4	0	7	0	13	0	2	0	3	0	4	0	2	0	1	0	4	0	6	0	5	0	1	0	5	0	4	0	0	0		
Difteria	0	0	0	1	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		
Tosferina	0	3	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	11	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	6	0	14	0	0	0		
Varicela	0	45	9	201	3	58	1	54	10	18	1	83	6	144	10	219	7	33	9	44	6	108	66	440	0	21	26	287	1	59	0	15	0	0	8	106	11	103	0	7	168		
Brotes	0	3	0	7	0	2	0	3	0	9	0	3	0	1	0	10	0	1	0	7	0	9	0	4	1*	14	0	5	0	4	0	8	16	3	0	21	13	25	0	6	2		
Total	2	167	11	378	9	99	3	173	15	157	2	121	8	194	15	348	7	53	13	157	7	201	67	552	2	183	28	434	9	465	0	68	7	70	9	211	13	224	0	17	224		