

Análisis de la situación actual de la prevención y el control de algunas enfermedades transmisibles en el Distrito Capital

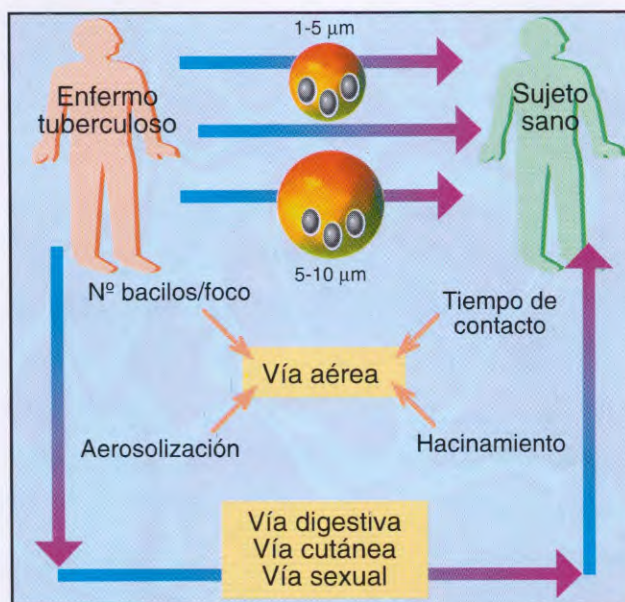
Por: María Teresa Buitrago, enfermera, coordinadora proyecto transmisibles, Área acciones en salud, Secretaría Distrital de Salud.
Sonia Esperanza Rebollo, bacterióloga, epidemióloga, Área de vigilancia en salud pública, SDS.

INTRODUCCIÓN

La Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá tiene dentro de su estructura para la prevención y el control de eventos de interés en salud pública el programa de enfermedades transmisibles, el cual contempla los siguientes eventos prioritarios para el Distrito: tuberculosis, lepra y enfermedades transmitidas por vectores como malaria, dengue hemorrágico, dengue clásico y fiebre amarilla. Estas últimas son de gran interés desde el punto de vista de la atención de los pacientes que llegan a las instituciones prestadoras de servicios de salud y su notificación hacia el ente nacional para el control vectorial en las zonas de procedencia de los casos.

A lo largo de varias décadas, el sector salud ha dedicado grandes esfuerzos a la tuberculosis teniendo en cuenta su gran potencial infeccioso en la población. Esto no ha sido suficiente para controlarla, por lo que deben continuarse las acciones establecidas por el programa nacional e implementarse otras estrategias locales.

En relación con la lepra, desde la antigüedad ésta ha sido una enfermedad estigmatizada por lo que las primeras medidas de control apuntaron al aislamiento de los enfermos en las conocidas leproserías, hecho que se relaciona



Esquema de transmisión de la tuberculosis.

con el manejo centralista del programa de prevención y control. Sin embargo, a partir de la década de los años ochentas la imagen social de la lepra ha cambiado, gracias al descubrimiento e implementación de la poliquimioterapia que permite un tratamiento ambulatorio de los pacientes y garantiza su curación. En Santa Fe de Bogotá, durante mucho tiempo los pacientes fueron manejados en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y sólo a partir de 1995 se inició la gestión para adelantar el programa de prevención y control en el ámbito local.

CONTENIDO

Introducción	1
Situación actual de las enfermedades transmisibles en Santa Fe de Bogotá	2
Indicadores de evaluación del programa de prevención y control de tuberculosis	5
Resultados de asesoría y supervisión	7
Referencias bibliográficas	10
Resultados de investigación: malaria postransfusión	10
Resumen del boletín semanal: semanas epidemiológicas 13 y 14	11

Secretaría Distrital de Salud

Beatriz Londoño Soto

Subsecretario

Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública

Ana María Peñuela Poveda

Área de Acciones en Salud Pública

Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública

Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial

Beatriz Londoño Soto

Ana María Peñuela Poveda

Elkin Osorio Saldarriaga

Orlando Scoppetta Díaz Granados

María del Pilar Duarte Fontecha

Gladys Espinosa García

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación

María Teresa Buitrago

Coordinación editorial

Oficina de Comunicaciones en Salud

Edición

McGraw-Hill Interamericana S.A.

*actúa en la preparación editorial y en la producción
del Boletín y no asume responsabilidad alguna
por el contenido o las opiniones de los autores.*

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Salud Pública

Área de Vigilancia en Salud Pública

Transversal 23 No. 56-00, piso 3

Teléfono 347 65 65

Extensiones 3401-3402-3306-3310

Santa Fe de Bogotá, D.C.

Con la estrategia de descentralización de los programas de prevención y control de eventos prioritarios en salud pública, que busca mayor efectividad en el funcionamiento de los mismos en el ámbito local, es importante considerar la evaluación como parte de un proceso de mejoramiento continuo en torno al logro de los objetivos propuestos y del impacto generado.

Así, en este artículo se presentan un análisis de la situación general de las enfermedades transmisibles de importancia en el Distrito Capital, los resultados de algunos

indicadores de evaluación de tuberculosis obtenidos de la información generada por el programa y por la vigilancia epidemiológica a través del Sistema Alerta Acción, y el producto obtenido de visitas de asesoría y supervisión realizadas por el nivel central en septiembre de 1998 a diecinueve localidades.

Los resultados encontrados permiten generar una reflexión en torno a la necesidad de mejorar y reorientar los programas en el ámbito local, lo cual implica una responsabilidad compartida entre las direcciones locales de salud, las empresas promotoras de salud, las empresas sociales del Estado, las instituciones prestadoras de salud y las administradoras del régimen subsidiado, que apunta a la disminución del riesgo de enfermar o morir por tuberculosis, lepra, malaria, dengue, fiebre amarilla y otros eventos para los cuales existen medidas efectivas y comprobadas para su prevención y control.

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN SANTA FE DE BOGOTÁ

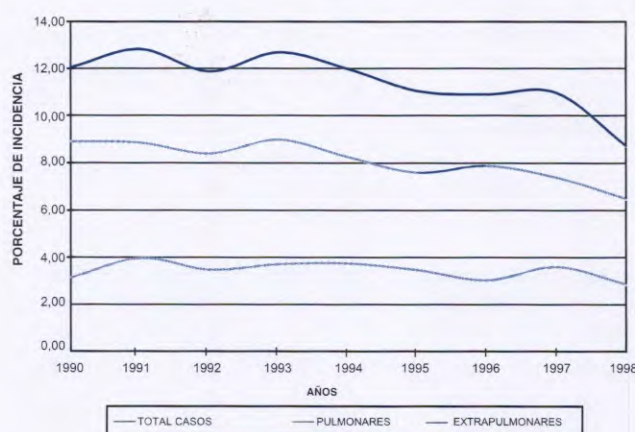
Tuberculosis

En abril de 1993 la Organización Mundial de la Salud declaró que la tuberculosis había adquirido carácter de urgencia mundial, ya que cerca de la tercera parte de la población está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. En 1995 se reportaron más de nueve millones de casos nuevos de tuberculosis en el mundo, y tres millones de muertes, las cuales corresponden a 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo. El 95% de los casos de tuberculosis y 98% de las muertes ocurren en países en desarrollo, y 75% de estos casos ocurren en población económicamente productiva (Ministerio de Salud, 1998a).

Esta enfermedad, que se pensaba era un problema superado con el advenimiento de la quimioterapia y la vacuna, ha resurgido de manera grave, debido fundamentalmente a que los programas para su control han sido mal administrados por parte de muchos gobiernos, al crecimiento demográfico y, recientemente, al vínculo de la tuberculosis con la infección VIH (OMS, 1996).

En Santa Fe de Bogotá, de acuerdo con los registros del Programa de prevención y control de la tuberculosis, entre 1990 y 1998 la incidencia de casos presenta un comportamiento estable hasta 1994, con una tendencia descendente a partir de ese año. Este comportamiento puede explicarse por la disminución en la búsqueda activa de casos mediante las baciloscopias de esputo en sintomáticos respiratorios, atribuido posiblemente a las dificultades que generó el cambio del sistema de salud en el país, que influyó sobre la captación oportuna de casos (gráfico 1).

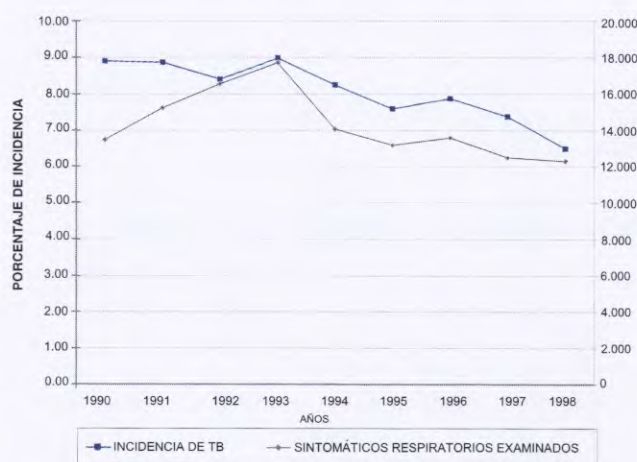
Gráfico 1. Tuberculosis en todas sus formas*
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1990 - 1998



* Incidencia por cien mil habitantes

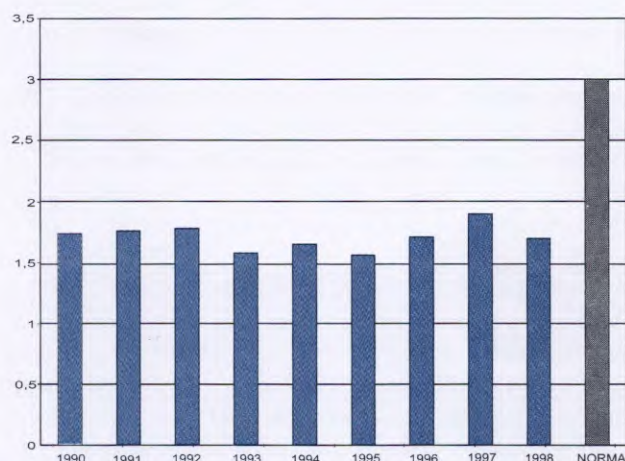
Al comparar la incidencia de tuberculosis pulmonar con la captación de sintomáticos respiratorios en el Distrito Capital durante los últimos nueve años se observa que el comportamiento es directamente proporcional, lo que indica una relación directa entre el número de sintomáticos respiratorios examinados y los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados (gráfico 2). Este indicador muestra la importancia de buscar los pacientes sintomáticos respiratorios (SR) en las consultas general y especializada, al igual que la búsqueda activa en comunidades de alto riesgo.

Gráfico 2. Tuberculosis pulmonar y sintomáticos respiratorios examinados (SR)* Santa Fe de Bogotá, D.C., 1990 - 1998



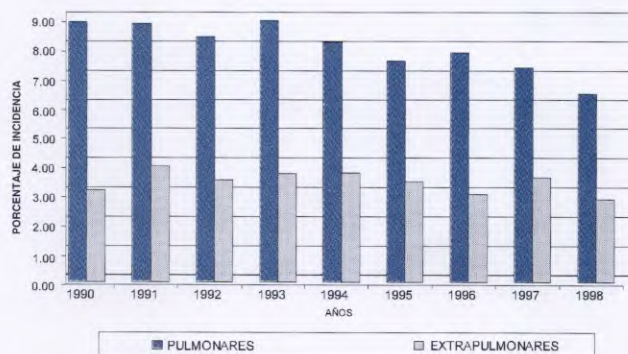
Al analizar el promedio de baciloscopias realizadas por cada sintomático respiratorio, se observa que éste no supera las dos baciloscopias por paciente, indicador por debajo del promedio nacional, 2,5 (gráfico 3). Este resultado indica deficiencias en la calidad y oportunidad para la captación de casos nuevos, pues a cada paciente se le deben garantizar tres baciloscopias, si se considera que la segunda y la tercera aportan entre 10 y 15% del diagnóstico de casos que no fueron captados con la primera.

Gráfico 3. Promedio de baciloscopias por paciente
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1990 - 1998



En relación con el comportamiento de las formas de tuberculosis, a lo largo del periodo analizado se observa que del total de casos registrados para todos los años, casi un tercio (29,84%) corresponde a formas extrapulmonares (gráfico 4); este promedio está por encima del nacional (10%), situación que, a pesar de ser constante en el Distrito Capital, amerita un seguimiento más riguroso, teniendo en cuenta que éstas se asocian con enfermedades que comprometen la respuesta inmune del huésped, como es el caso del sida.

Gráfico 4. Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar*
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1990 - 1998



* Incidencia por cien mil habitantes

Lepra

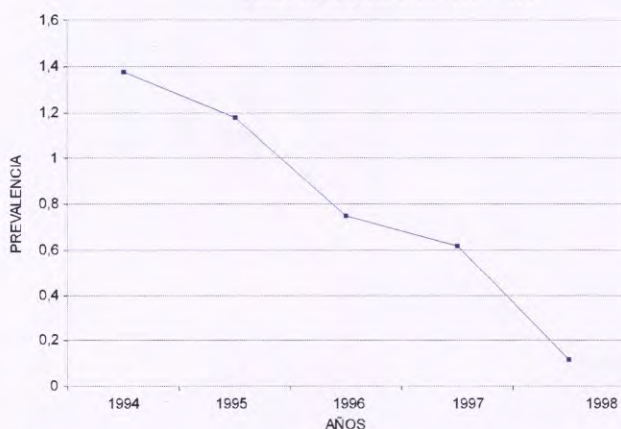
Actualmente la lepra es un problema de salud pública en sesenta países; a mayo de 1997, en el programa de la OMS para la eliminación de la lepra (LEP) se registró un total de 926.259 casos, para una prevalencia mundial de 1,67 por diez mil habitantes. De los casos, 92% se encuentra en veinticinco países del mundo, y de éstos 80% está localizado en cinco países; India aporta 60,4% y Brasil 10,3% del total de los casos. En América latina, la prevalencia fue de 3,61 por diez mil habitantes.

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 los años sesentas y un descenso drástico en el último decenio, registrándose en 1986 un total de 16.600 casos, para una tasa de 5,0 por diez mil habitantes y, en 1996, un total de 3.558 casos, para una tasa de 0,96 por diez mil habitantes. Este descenso puede atribuirse a la reducción del periodo de vigilancia de los pacientes en tratamiento¹, justificado por la demostrada eficacia de la poliquimioterapia (OPS, 1998).

Al analizar el comportamiento de la lepra en Santa Fe de Bogotá, el indicador a evaluar es la prevalencia y no la incidencia², teniendo en cuenta que el impacto para la salud pública de esta enfermedad está dado por su alto poder discapacitante más que por su alto potencial de transmisibilidad que está ligado a una susceptibilidad del huésped. Por esto, tienen la misma importancia un caso nuevo, una recaída, un paciente recuperado que ha abandonado tratamiento o aquel que por el curso de la enfermedad puede cambiar de clasificación del tipo de lepra.

El comportamiento de la prevalencia en el periodo comprendido entre 1994 y 1998 tiende a descender, lo cual podría deberse a disminución de la enfermedad, disminución en la búsqueda de pacientes, implementación del nuevo sistema de seguridad social que lleva a un cambio en la concepción y el desarrollo de los programas a través de los diferentes planes de beneficio, y a la depuración de los archivos, ya que hasta 1996 se registraban como pacientes activos aquellos que a pesar de haber terminado tratamiento farmacológico continuaban en un periodo de vigilancia (gráfico 5).

Gráfico 5. Prevalencia de lepra*
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1990 - 1998



*Incidencia por cien mil habitantes

¹ Se realiza una limpieza de archivos sacando el programa a aquellos pacientes que ya habían terminado el tratamiento.

² Específicamente por el curso clínico de la enfermedad; así, un caso incidente se define como aquel caso nuevo que aparece o se diagnostica durante un periodo determinado a personas libres de esa enfermedad antes de dicho periodo. Un caso prevalente corresponde a un individuo que ya tenía la enfermedad antes de iniciarse el periodo de estudio. Existe una relación entre incidencia y prevalencia, ya que los casos prevalentes son una función de los casos incidentes y de la

Entre 1994 y 1998 en el Distrito Capital³ se reportaron en el Programa un total de 405 casos, de los cuales 73,8% fueron multibacilares y 26,2% paucibacilares, lo que refleja una captación tardía de los pacientes, situación que se corrobora con la relación multibacilar-paucibacilar, donde la razón está por encima de 2,0, a expensas de las formas multibacilares (cuadro 1).

Cuadro 1. Casos de lepra multibacilar y paucibacilar
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1994 - 1998

Año	No. de casos multibacilares	No. de casos paucibacilares	Razón MB/PB	Total casos
1994	49	19	2.6:1	68
1995	49	10	4.9:1	59
1996	52	25	2.1:1	77
1997	74	23	3.2:1	97
1998	75	29	2.6:1	104
TOTAL	299	106	2.8:1	405

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Sistema de información transmisibles.

En relación con la vigilancia epidemiológica de la lepra en el Distrito Capital, ésta empieza a ser activa a partir de 1998, cuando se inició la implementación del Programa en las empresas sociales del Estado, lo que implicó realizar diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica en instituciones diferentes al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta e iniciar la investigación de convivientes de los casos nuevos que captó el Centro Dermatológico durante el segundo semestre.

A partir de 1999 se ingresó al Sistema de vigilancia epidemiológica intensificada, Sistema Alerta Acción —SAA—, reportándose hasta el primer trimestre de este año un total de seis casos de lepra, informados por la localidad Antonio Nariño.

Enfermedades transmitidas por vectores

A pesar de que Santa Fe de Bogotá no cuenta con condiciones ecológicas propicias para la transmisión de las enfermedades transmitidas por vectores —ETV—, en las instituciones prestadoras de servicios de salud se atiende un número considerable de pacientes con impresiones diagnósticas de malaria, dengue clásico y dengue hemorrágico, que están incluidas dentro del sistema de vigilancia intensificado Sistema Alerta Acción y de los cua-

duración media de la enfermedad. De esta forma, una enfermedad de larga duración, como lo es la lepra, puede tener un número elevado de casos prevalentes aunque la incidencia sea pequeña (Martínez Navarro *et al.*, FALTA?? 150).

³ Hasta 1997 en Santa Fe de Bogotá, 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 mayor parte de la información estadística analizada en este artículo fue suministrada por el Centro Dermatológico.

les se presenta un análisis general de los casos atendidos entre 1997 y 1998.

Respecto a fiebre amarilla, según reportes del SIS 12, entre 1991 y 1998 no hubo consultas con impresiones diagnósticas por esta causa. A través del SAA, en el XI periodo epidemiológico de 1997 se notificó un caso atendido en el Distrito, el cual procedió del departamento de Santander. Como acción de prevención, durante 1997 en Santa Fe de Bogotá se aplicaron 20.711 dosis de vacuna anti-amarilica y 26.109 en 1998, especialmente a los viajeros que se desplazan a zonas endémicas o a quienes requieren carné de certificación de vacunación para salir del país.

Hasta la fecha, en el Distrito la enfermedad de Chagas ha sido abordada solamente desde los bancos de sangre con la expedición de la resolución 1738 de 1995, que obliga a realizar una prueba tamiz para enfermedad de Chagas. El índice de positividad para *Trypanosoma cruzi* reportado por los bancos de sangre en Santa Fe de Bogotá en 1997 y 1998 fue de 1,6%, obtenido a partir de 118.952 unidades analizadas en 1997 y 138.118 en 1998, con positividad para el marcador de Chagas 1.903 y 2.172 unidades, respectivamente.

La información relacionada con leishmaniasis en el Distrito tiene como única fuente de información el SIS 12, la cual resulta tardía para una intervención oportuna; además, no existe un plan nacional específico para el control de esta enfermedad como problema de salud pública.

Malaria

En 1997 se inició la vigilancia intensificada de casos de malaria atendidos en el Distrito Capital. Durante 1997 se reportaron un total de 153 casos y en 1998, 247. En los dos años prevalecieron la malaria ocasionada por *P. vivax*, seguida de *P. falciparum* y, en tercer lugar, de casos sin clasificar, los cuales reflejan debilidad en la notificación y seguimiento de los casos (cuadro 2).

Cuadro 2. Casos de malaria reportados
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1997 - 1998

Formas de <i>Plasmodium</i>	1997		1998	
	No. casos	%	No. casos	%
<i>P. falciparum</i>	18	11,8	41	16,5
<i>P. vivax</i>	117	76,4	126	51,0
<i>P. mixto</i>	1	0,7	11	4,5
Sin clasificar	17	11,1	69	28,0

Fuente: Sistema Alerta Acción.

Al analizar la procedencia de los casos de 1997, 31% de *P. falciparum* provienen de Arauca, 25% del Chocó, 20% del Guaviare y 24% restante de otros departamentos (Meta, Tolima y Putumayo). En relación con el *P. vivax*, 70% pro-

venía de Arauca, 10% del Guaviare, 5% del Meta y 5% de otros departamentos (Caquetá, Santander, Tolima y Córdoba). Por el contrario, durante 1998, en 80,1% de los casos no se reportó lugar de procedencia, lo que indica ausencia de depuración de la información desde el nivel local.

Dengue

Durante 1997 no se diferenció la clasificación del dengue, notificándose un total de veinte casos de dengue con manifestaciones hemorrágicas, de los cuales 64% tenía como lugar de procedencia el departamento del Tolima y 36% restante del Guaviare, Córdoba, Boyacá y Caquetá.

En 1998 se reportó un total de 48 casos de dengue clásico y 55 de dengue hemorrágico (cuadro 3). Es importante resaltar el aumento en la notificación de casos durante 1998, comparado con el año anterior, al igual que la diferenciación en su clasificación. Sin embargo, se observa un eslabón débil en el diagnóstico y seguimiento de los casos, ya que el porcentaje de casos compatibles está por encima de 20%⁴.

Cuadro 3. Casos de dengue clásico y hemorrágico reportados
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1998

Formas de <i>Plasmodium</i>	Dengue clásico		Dengue hemorrágico	
	No. casos	%	No. casos	%
Confirmados por laboratorio	31	64,6	39	70,9
Compatibles	17	35,4	13	23,7
Nexo epidemiológico	0	0,0	3	5,4
TOTAL	48	100,0	55	100,0

Fuente: Sistema Alerta Acción.

Al revisar la procedencia de los casos, en 80% de éstos no se informó el lugar de procedencia.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

Con el propósito de monitorear las actividades desarrolladas durante 1998 para el control de la tuberculosis y medir el cumplimiento de las metas propuestas (curación de 85% de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar y detección de 70% de los casos existentes) para el Distrito Capital, a continuación se analizarán los indicadores relacionados con control de gestión del programa e indicadores epidemiológicos. Los indicadores de seguimiento no se evaluarán, ya que éstos se obtienen con los datos de cohortes trimestrales, proceso que se inició en el Distrito a partir de 1999.

⁴ Esta clasificación corresponde a aquellos casos notificados como sospechosos y probables que al finalizar el año la institución notificadora no informó si fueron descartados, confirmados por laboratorio o por asociación epidemiológica.



Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios

Considerando la historia natural de la enfermedad, en 1998 se calculó que en Santa Fe de Bogotá la población infectada con el bacilo tuberculoso sería de 2'018.804⁵, entre los cuales 201.880 desarrollarán la enfermedad y de éstos 11.904 enfermarán en los próximos cinco años; es decir, que se puede pensar en un número de 20.180 pacientes por año. El programa establece que cada año se debe captar como mínimo 70% de los casos nuevos y curar 85% de éstos.

Los supuestos anteriores indican que durante 1998 se deberían de haber captado 14.126 casos nuevos de tuberculosis en Santa Fe de Bogotá. Sin embargo, en el programa nacional el porcentaje de captación no tiene en cuenta la historia natural de la enfermedad sino los resultados encontrados en el estudio de Guerrero y colaboradores (1999) en donde se estableció que 10% de los pacientes mayores de quince años que acuden por primera vez a consulta médica son sintomáticos respiratorios. Bajo este supuesto, en Santa Fe de Bogotá se esperaba captar 43.097⁶ sintomáticos respiratorios de los cuales el programa reporta 12.283, lo que representa un porcentaje de captación de 28,5%.

Positividad de la baciloscopia

Este indicador mide la probabilidad de que un sintomático respiratorio sea positivo al examinarse; su valor real está determinado por la prevalencia de la enfermedad pero está artificialmente elevado cuando hay una baja captación de sintomáticos y se ordena el examen sólo a quien tiene un cuadro florido de la enfermedad.

El porcentaje de positividad de la baciloscopia durante 1998 en Santa Fe de Bogotá fue de 2,87, la cual se ubica por debajo del promedio nacional que está entre 4 y 5%⁷. Bajo este supuesto se esperaría diagnosticar por lo menos 1.723 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, lo que no sucedió, pues sólo fueron reportados 392 nuevos casos pulmonares, que representan una cobertura de 23%.

Concentración de baciloscopias

Durante 1998 se reportó una concentración de 1,7 baciloscopias por paciente. La sensibilidad diagnóstica de la primera baciloscopia es de 65 a 75%, la de la segunda de 15

a 30% y la de la tercera de 5 a 10%, de tal manera que cuando la concentración es menor que dos se está perdiendo hasta 10% de enfermos, a pesar de haber sido captados.

Incidencia

Al analizar la información de las dos fuentes más sensibles de notificación de casos como son el sistema de información del programa de prevención y control de la tuberculosis y el Sistema de vigilancia epidemiológica intensificado Sistema Alerta Acción, se encuentra la siguiente situación:

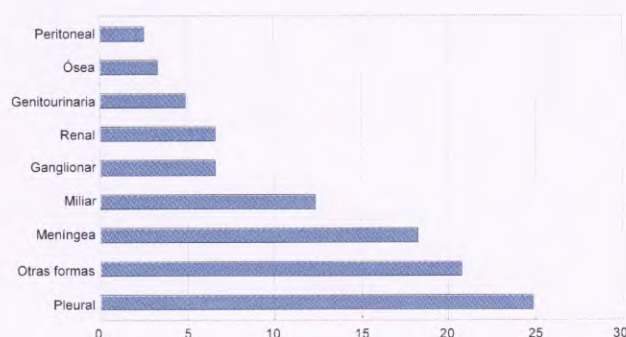
Durante 1998 el Programa reportó un total de 564 casos de tuberculosis, de los cuales 69,5% (n=392) fueron pulmonares y 29,5% (n=172) extrapulmonares, para una incidencia en el Distrito de 9,3 por cien mil habitantes, frente a la incidencia de Colombia en 1997 (no hay datos de 1998) de 21,5 por cien mil.

A través del SAA, en 1998 se reportaron 551 casos de tuberculosis, de los cuales 60,4% (n=333) fueron formas pulmonares, 21,9% (n=121) formas extrapulmonares y 17,6% (n=97) sin dato.

No fue posible corroborar la concordancia específica entre las fuentes de información de casos nuevos, es decir, si los pacientes informados a través del programa son los mismos sujetos notificados por el Sistema de vigilancia intensificada, SAA. Este análisis es fundamental para poder decir realmente cuál de los dos sistemas capta mayor número de casos y, por tanto, es uno de los procesos que más requiere trabajo coordinado en el nivel local.

El seguimiento de las formas extrapulmonares tiene gran importancia, debido a que esta es la forma de presentación más frecuente en las personas infectadas con VIH o enfermas de sida y un progresivo aumento de este indicador alerta sobre el aumento de la asociación VIH/sida-TBC, el cual debe ser evaluado en conjunto con el equipo coordinador del programa de enfermedades de transmisión sexual. En Santa Fe de Bogotá, este indicador está por encima del reportado en el país, que es de 10% (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de tuberculosis extrapulmonar Santa Fe de Bogotá, D.C., 1990 - 1998



⁵ Población Santa Fe de Bogotá en 1998 (Dane) = 6'054.253 habitantes. Un tercio de la población está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* (2.018.804 habitantes); de éstos 10% desarrollan la enfermedad, entre los cuales 5% que lo hará tempranamente, es decir, en los cinco años siguientes a la infección.

⁶ Durante 1997 se realizaron 430.977 consultas de primera vez en personas mayores de 15 años. De éstas, 10% corresponden a 43.097 sintomáticos respiratorios esperados para 1998.

⁷ De cada cien sintomáticos respiratorios examinados, es probable que cuatro o cinco de ellos sean enfermos positivos a la baciloscopia.

RESULTADOS DE ASESORÍA Y SUPERVISIÓN

Con el propósito de conocer el desarrollo del programa de prevención y control de la tuberculosis, lepra y ETV desde lo local, se programó realizar durante septiembre de 1998, visitas de asesoría y supervisión a las empresas sociales del Estado del Distrito, con participación del coordinador del Programa de enfermedades transmisibles, el coordinador de epidemiología de la localidad y un referente por cada una de las Upa, Uba y Cami.

La metodología contempló una evaluación cualitativa en terreno a través de una entrevista semiestructurada sobre el grado de conocimiento del programa, la identificación de inquietudes y dificultades operativas y el análisis de la información, que permitió asesorar y dar recomendaciones específicas según lo encontrado en cada localidad. Como producto final se recogieron los hallazgos, los cuales se plasman en un análisis de concordancia de la información, un análisis Dofa y recomendaciones generales.

En total asistieron 183 funcionarios en las diecinueve localidades visitadas; en nueve de ellas la asistencia fue inferior a 80%, según lo esperado, y en otras participó más de una persona por institución.

Concordancia de la información generada a través del programa y el Sistema alerta acción

Éste fue realizado específicamente para tuberculosis, teniendo en cuenta que es el evento con más trayectoria dentro del programa de enfermedades transmisibles.

Para efectos de la clasificación del porcentaje de concordancia como aceptable, deficiente y muy deficiente, se dividió por percentiles, asumiendo como aceptable una concordancia por encima de 80%, como deficiente entre 50 y 79% y como muy deficiente por debajo de 50%.

Al comparar el número de casos captados por el programa con los captados por SAA⁸, se encontró que cinco localidades presentan porcentajes de concordancia mayores que 80%; que seis tienen porcentajes de concordancia deficientes (entre 50% y 79%) y que en las ocho localidades restantes la concordancia no superó 50% (cuadro 4).

Las diferencias que se observan entre la información reportada por el programa y la reportada por el SAA tienen que ver con la fuente donde se genera la información. El

Cuadro 4. Porcentaje de concordancia entre la información generada por el Programa control de tuberculosis y el Sistema de vigilancia alerta acción Santa Fe de Bogotá, D.C., 1998

Localidad	Casos TB Programa	Casos TB Saa	Diferencia	% Concordancia
Tunjuelito	16	16	0	100
Engativá	7	7	0	100
Sumapaz	0	0	0	100
San Cristóbal	48	42	6*	87,5
Puente Aranda	7	8	1**	87,5
Bosa	9	7	2*	77,7
La Candelaria	8	6	2*	75,0
Kennedy	32	23	9*	71,9
Usaquén	39	27	12*	69,2
Santa Fe	7	11	4**	63,6
Suba	7	11	4**	63,6
Usme	8	27	19**	
Antonio Nariño	283	178	105*	
Barrios Unidos	9	23	14**	39,0
Fontibón	7	18	11**	38,9
Chapinero	63	17	46*	27,0
Los Mártires	11	65	54**	17,0
Rafael Uribe	3	24	21**	12,5
Ciudad Bolívar	0	21	21**	0,0

SAA permite reportar información de la institución donde se capta el caso para después ubicar el mismo, de acuerdo con su procedencia o zona de residencia del paciente. Al observar la diferencia entre los casos reportados con la variable localidad de notificación y localidad de ubicación del caso no se observan diferencias en dieciocho de las veinte localidades, situación que no es real, ya que localidades como Antonio Nariño y Los Mártires captan un número representativo de casos por las instituciones allí ubicadas, como el hospital Santa Clara, el hospital San Juan de Dios, la clínica San Pedro Claver, donde confluyen pacientes cuya localidad de residencia es distinta.

La información reportada por el programa tiene como fuente el prestador donde el caso es tratado, que no siempre corresponde al lugar de residencia de éste. Con esto se concluye que la información disponible actualmente no permite realizar un georreferenciación real de eventos según sitio de residencia.

⁸ En este análisis no se tiene en cuenta la localidad de Teusaquillo, debido a que el reporte de información del programa de las instituciones de esta localidad es recibido por el hospital Juan XXIII y reportado como de la localidad de Barrios Unidos.



Principales inquietudes y dificultades encontradas

Los resultados obtenidos frente a las principales inquietudes y dificultades se agrupan según correspondan a componentes de la estructura, del proceso o resultado del programa.

Estructura

- Transitoriedad entre los profesionales encargados de la coordinación de los programas locales.
- Dificultad en generar espacios institucionales para socializar y replicar información y capacitación.
- Falta de apoyo logístico para disminuir oportunidades perdidas entre la captación del sintomático respiratorio y de piel y la realización de la baciloscopia y otros exámenes de diagnóstico.
- Deficiencia en la capacidad de los laboratorios para el procesamiento de los cultivos y dificultad para facturación de los mismos, pues su costo no aparece relacionado en las tarifas Soat ni en el Mapipos.
- Falta de disponibilidad y escasa asignación de tiempo para realizar las actividades administrativas del programa, por la multiplicidad de funciones asignadas al coordinador local del mismo.
- Focalización de la búsqueda de SR y de piel en los servicios de consulta externa sin abarcar los servicios de hospitalización y atención de urgencias.
- Escaso desarrollo de estrategias de comunicación y carencia de material educativo.
- Deficiente coordinación entre segundos y terceros niveles con el hospital de primer nivel para realizar actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica y retroalimentación de la información obtenida.
- Desconexión del apoyo diagnóstico liderado desde el Laboratorio de Salud Pública con la coordinación del Programa y vigilancia epidemiológica.

Proceso

- Ausencia de trabajo en equipo: coordinadores de programa de transmisibles, coordinadores de epidemiología, coordinadores de PAB y representantes de los laboratorios clínicos.

- Ausencia de evaluación local de los programas.
- Falta de colaboración e interés por parte de los profesionales de salud, especialmente del personal médico en la búsqueda institucional de sintomáticos respiratorios y de piel y sistema nervioso periférico.

- Falta de retroalimentación en la información cuando se realiza transferencia de pacientes a otra IPS entre la misma localidad u otras localidades.

Resultado

- Falta de apoyo de los gerentes de las ESE para el desarrollo de los programas prioritarios en salud pública.
- Confusión entre las actividades del programa a desarrollar por plan de atención básica y plan obligatorio de salud y la complementariedad entre ambos.
- Desconocimiento y confusión acerca de la remisión del paciente, dependiendo del régimen de afiliación (contributivo, subsidiado, vinculado).
- Bajos niveles de concordancia entre la información generada a través del programa y la que genera vigilancia epidemiológica.
- Desconocimiento del material audiovisual disponible para trabajar con equipos de salud y comunidad en tuberculosis y lepra.
- Desconocimiento de las normas de los programas y la obligatoriedad de aplicación por parte de las IPS privadas, EPS y ARS.
- Identificación por parte de algunas instituciones de salud y profesionales de la salud de “hospitales de tradición en el manejo del programa de tuberculosis” (hospital Santa Clara y hospital San Juan de Dios), lo cual redundo en el exceso de pacientes atendidos allí, lo que dificulta la implementación del tratamiento acortado supervisado.
- Dificultad para ubicar pacientes perdidos o a sus familias para la investigación epidemiológica de campo, por falsedad de la información suministrada por el paciente.
- Desconocimiento sobre los mecanismos para consecución de tratamientos para malaria, tanto convencionales como los de uso intrahospitalario para casos complicados, específicamente la quinina en ampollas.



ANÁLISIS DOFA

DEBILIDADES

- Enfoque curativo tradicional de la formación del talento humano en salud.
- Escasa planeación del trabajo en salud pública desde los diferentes niveles del sistema.
- Desconocimiento de los programas locales de prevención y control de tuberculosis, lepra y ETV, como prioridad en salud pública en el país, lo cual lleva a su aplicación deficiente.
- Cambio del sistema nacional de salud, el cual no plantea el manejo de programas e implica la inmersión de las entidades del sector público dentro del mercado de la salud.
- Ausencia de espacios de fortalecimiento para trabajo interdisciplinario.
- Desconocimiento de la importancia de la vigilancia epidemiológica dentro de los programas prioritarios en salud pública.
- Desarticulación de la red distrital de laboratorios.
- Concentración de pacientes en instituciones de salud reconocidas en el manejo de tuberculosis y lepra.
- Desconocimiento de la consecución y administración de medicamentos para tratamiento de malaria.
- Falta de apoyo logístico para el desarrollo de los programas, condicionado a una visión mercantilista de la salud.

OPORTUNIDADES

- Suficiente y oportuno suministro y distribución de medicamentos.
- Actualización y capacitación del talento humano encargado de la coordinación distrital del proyecto.
- Coordinación y apoyo al proyecto desde el nivel nacional.
- Espacios de discusión y concertación generados desde la Secretaría Distrital de Salud con los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud (EPS – ARS).
- Revisión de la norma nacional que incluye el desarrollo de los programas a través de los diferentes planes de beneficio.

FORTALEZAS

- Posibilidad de realizar investigaciones en tuberculosis.
- Trabajo coordinado entre las áreas de la dirección de salud pública.
- Desarrollo del plan de atención básica en el Distrito.
- Desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el Distrito Capital.
- Continuidad del equipo coordinador del proyecto.

AMENAZAS

- Incipiente desarrollo de la implementación de la ley 100 en el nivel local.
- Lentitud en el proceso de nivelación de los contenidos del POS contributivo y del POS subsidiado.
- Retraso en el desarrollo de los procesos de afiliación al sistema de salud de las personas que actualmente pertenecen a la categoría de vinculados.
- Ausencia de una cátedra de salud pública en la formación del talento humano en ciencias de la salud.
- Tardanza en la aprobación y difusión nacional de las guías de atención integral en tuberculosis y lepra.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta las inquietudes, dificultades y el análisis Dofa se realizan las siguientes recomendaciones para ser tenidas en cuenta localmente:

- Buscar que estos programas se conviertan en prioritarios en salud pública desde la dirección de salud pública, las direcciones locales de salud y que recuperen la importancia de las intervenciones de prevención en el control de eventos transmisibles, que revierten en rentabilidad social al romper la cadena de transmisión y disminuir las complicaciones del tratamiento que son más costosas para el sistema y no tienen impacto para la salud pública.
- Facilitar el trabajo coordinado entre los profesionales que conforman los equipos de salud en cada una de las instituciones. El compromiso para disminuir oportunidades perdidas de diagnóstico oportuno debe ser prioritario.
- Fortalecer el componente de gestión frente a los otros actores del sistema cuando se requiere la atención de pacientes que no deben ser asumidos por las ESE, dependiendo del régimen de afiliación al cual corresponda. Se debe aclarar la responsabilidad que asume la Secretaría de Salud frente a la entrega de medicamentos para el tratamiento del caso y las actividades de vigilancia epidemiológica que forman parte del plan de atención básico.



- Revisar y difundir entre los profesionales de la salud las normas de los programas, y contar con el manual de consulta en todas las instituciones. Generar espacios periódicos de discusión y actualización de la información con apoyo de los funcionarios que han recibido capacitación al respecto.
- Establecer como prioridad la responsabilidad que tienen los prestadores de contar con recurso humano idóneo y capacitado para la atención integral de los pacientes.
- Disponer de información veraz, completa y local que permita conocer la situación real del comportamiento de la tuberculosis, la lepra y las enfermedades transmitidas por vectores, así como del estado de funcionamiento de los programas en cada una de las instituciones.
- Fortalecer las actividades planteadas para apoyar y desarrollar los programas desde el plan de atención básica.
- Continuar con el fortalecimiento de los comités de vigilancia epidemiológica —Cove— locales como espacios de coordinación, asesoría y divulgación de información.
- Recordar que el tratamiento de la tuberculosis y la lepra no se reduce al suministro de droga al paciente, sino que se requiere mayor responsabilidad de los trabajadores de la salud frente a los procesos de sensibilización y educación dirigidos a los pacientes respecto a su enfermedad.

Dichos procesos deben garantizar la adhesión al tratamiento, la posibilidad del estudio de contactos, la veracidad de la información y el impacto que su curación tiene frente a enfermedades que pueden perjudicar a la comunidad en general.

- Implementar programas de inducción al personal nuevo que forme parte de los equipos de salud en el nivel operativo, sobre su rol y responsabilidad en los programas de prevención y control de tuberculosis, lepra y ETV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez Navarro N. y colaboradores. *Salud pública*. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Ministerio de Salud (1996). Guía de atención integral de lepra.
- Ministerio de Salud (1999). Documento preliminar “Guía de atención integral de tuberculosis”.
- Organización Mundial de la Salud (1996). Informe sobre la epidemia de tuberculosis.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Lepra al día. Boletín Eliminación de la lepra en las Américas. Número 6, noviembre.
- Sistema Alerta Acción. Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, 1997-1998.
- Sistema de información Proyecto de enfermedades transmisibles, 1997-1998.
- Sivigila. Ministerio de Salud (1998 a). Informe ejecutivo semanal, No. 21. 24 al 31 de mayo de 1998.

Resultados de investigación

Malaria postransfusión

Por: Esperanza Holguín, médica, coordinadora de epidemiología. Localidad de Teusaquillo, SDS.
Martha Álvarez, bacterióloga, Área de vigilancia epidemiológica. Localidad de Teusaquillo, SDS.

En la semana epidemiológica 9 de 1999, en un hospital de la ciudad se notificaron dos casos de malaria pos transfusional en dos neonatos pretérmino. Después de una transfusión de sangre total, ambos pacientes presentaron cuadro febril e ictericia, por lo cual se les practicaron pruebas de laboratorio en las que se encontraron múltiples formas intraeritrocitarias de *Plasmodium vivax*. Se realizó tratamiento apropiado con antimaláricos, obteniéndose una respuesta adecuada en los dos casos.

Análisis del caso

La investigación de campo llevó a identificar la unidad de sangre transfundida como transmisora del parásito, la cual fue donada en forma voluntaria por un adulto joven quien

no refirió antecedentes ni sintomatología de la enfermedad en la encuesta de tamizaje del donante. Para la captación del donante se aplicó el protocolo establecido y a la unidad de sangre se le realizaron las pruebas de tamizaje recomendadas en la resolución 1738 de 1995, que fueron negativas para los siguientes marcadores: serología VDRL, antígeno de superficie para hepatitis B, Ig G para hepatitis C, anticuerpos para enfermedad de Chagas y anticuerpos para VIH. No se le practicó examen de gota gruesa ya que esto no es de obligatorio cumplimiento en zonas no endémicas para malaria y el paciente no refirió provenir de zona endémica en el momento de la encuesta.

En la indagación se identificó que el donante era originario de Villavicencio (Meta) y que viaja con alguna fre-



cuencia a esa zona. Se tomaron pruebas de sangre al donante y a la unidad de sangre para realizar búsqueda de hemoparásitos, las cuales fueron estudiadas en el laboratorio de la institución y confirmadas en el Instituto Nacional de Salud, encontrándose positivas para *P. vivax*.

Es de resaltar que en el momento de la donación de sangre el donante no presentaba ningún signo ni síntoma compatible con malaria. Esto puede explicarse porque en las personas que se han infectado con *Plasmodium vivax* en alguna época de su vida, a pesar de haber resuelto su enfermedad, pueden prevalecer en los hepatocitos formas anulares infectantes que pueden recircular en el torrente sanguíneo ante un estímulo como el de donación sanguínea.

Recomendaciones

Es pertinente revisar el protocolo de captación de donantes para considerar la profundización en la variable relacionada con antecedentes de desplazamiento a zonas endémicas o la posibilidad de incluir el examen de gota gruesa como prueba tamiz rutinaria. Esto debido a que el país es zona endémica, a las condiciones ecológicas y sociales, los constantes desplazamientos de población originados por la violencia y otros factores sociales, así como porque los factores fisiopatológicos de persistencia de parasitemias bajas sin signos ni síntomas de la enfermedad son un factor de riesgo para la presencia de *Plasmodium* en sangre de donantes.

Resumen del boletín semanal

Semana epidemiológica 13

- El incremento de unidades notificadoras del SAA fue de 1%, pasando de 496 UN a 501. El cumplimiento de la notificación fue de 85,2%, el cual estuvo influenciado por la no notificación de las localidades de Santa Fe y Tunjuelito y por la notificación tardía de las localidades de Engativá, Usme, Bosa, Barrios Unidos y Teusaquillo. En cuatro localidades, el cumplimiento en la notificación fue inferior a 80%: Puente Aranda (66,6%), Engativá (77,4%), Barrios Unidos (76,9%) y Ciudad Bolívar (73,1%).
- El evento con mayor número de casos notificados al sistema fue la exposición rábica, con 48 casos. Se reportaron nueve casos de tuberculosis, tres de malaria, uno sospechoso de sarampión, tres casos probables de rubéola, diez muertes perinatales y dos muertes por IRA en menores de cinco años.
- Durante esta semana se presentó un brote de meningitis meningocócica con cuatro casos confirmados pertenecientes a una misma familia: dos adultos de 72 y 17 años (este último, sobrino del adulto mayor) y dos hermanos de siete meses y cinco años, nietos del primer caso. La investigación epidemiológica de campo y la toma de medidas colectivas de intervención fueron realizadas en forma coordinada por los equipos de epidemiología de las localidades Ciudad Bolívar y Suba, en donde residen los pacientes; se logró controlar el brote.

Semana epidemiológica 14

- Notificaron al SAA 88,8% (445/501) de las UN del Distrito Capital. Las localidades de Chapinero, Antonio Nariño, Rafael Uribe, La Candelaria, Ciudad Bolívar y Santa Fe notificaron tardíamente. El cumplimiento de la notificación fue inferior a 80% en las localidades de Puente Aranda (66,6%) y Engativá (74,2%).
- El evento con mayor número de casos notificados al SAA sigue siendo la exposición rábica, con 57 que se presentaron en doce localidades. Se notificaron cinco casos de tuberculosis, tres de hepatitis B, siete casos sospechosos de sarampión, tres casos probables de rubéola y uno confirmado por laboratorio; siete casos de mortalidad perinatal, una muerte por neumonía en menor de cinco años y una muerte materna.
- Durante el primer trimestre de este año en el país aumentó la incidencia de rabia animal y humana, especialmente en la costa Atlántica, en donde se han notificado 32 casos de rabia animal y dos de rabia humana, y en el Valle del Cauca, donde hubo diez casos de rabia animal. En el Distrito Capital no se ha identificado la circulación del virus de rabia. Sin embargo, teniendo en cuenta la situación nacional, se reforzaron las actividades de vacunación canina, observación de animales mordedores, recolección de animales callejeros, notificación de exposiciones rábicas, aplicación de tratamientos antirrábicos a seres humanos en exposiciones rábicas graves y educación sanitaria dirigida a la comunidad.

