

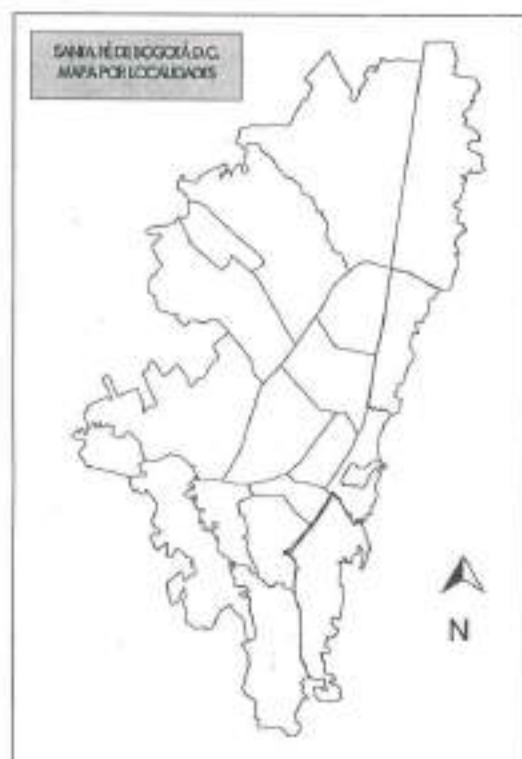
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretaria Distrital de Salud

Delio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de Salud

Ana María Peñuela Poveda
Directora Promoción y Prevención

Consuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**COMITÉ EDITORIAL**

Ana María Peñuela Poveda	Patricia Arce Guzmán
Consuelo Peña Aponte	Constanza Cuellar de Cortés
Elkin Osorio Saldarriaga	Clemencia Gómez Cabal
Iván Angarita Galvez	Cristina Matiz Matiz

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Amaya	Gloria Sacristán
Wilson Rodríguez Ruiz	Mabel Díaz
Humberto Niampira R.	Marcela Tovar
Cesar Castro Neira	

EDITORIAL

Colombia vive actualmente un proceso de reforma institucional que pretende consolidar un nuevo modelo de desarrollo. Así mismo, el sector salud viene replanteando su sistema al pasar de una estructura centralizada, ineficiente, desarticulada, baja en cobertura, a un Sistema General de Seguridad Social (SGSS) que busca universalidad, solidaridad y eficiencia, mediante la regulación y reasignación de competencias y recursos entre los diferentes niveles de la organización territorial de la administración pública.

El nuevo SGSS se fundamenta en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y exige para mantener su equilibrio, que las administradoras de los recursos de salud velen porque su población afiliada se mantenga saludable.

Esto obliga a los actores de la salud pública a adaptar su funcionamiento y capacidad de respuesta a la nueva conceptualización y organización del SGSS y coloca a la epidemiología y la vigilancia como uno de los pilares fundamentales en su acción.

En este contexto la vigilancia epidemiológica representa una insustituible herramienta para la gestión de los servicios de salud y de otros sectores. Constituye uno de los elementos esenciales en la práctica de la epidemiología, a través de la cual se obtiene información que permite formular políticas en términos de promoción y prevención, evaluar el impacto de intervenciones y tecnologías y caracterizar la situación de salud para diferentes grupos de población.

La Secretaría de Salud Distrital de Santa Fe de Bogotá ofrece este boletín de circulación quincenal a toda la comunidad, pretendiendo socializar la información y el conocimiento obtenido por el Sistema y a la vez permitir utilizarlo como un instrumento que permita a los niveles normatizadores, administrativos y operativos aproximarse a la realidad, de tal manera que sus decisiones y acciones no estén afectados por el grave sesgo de la desinformación. Igualmente queremos que sea un medio de difusión de las experiencias locales convencidos de que por su cercanía y convivencia con las comunidades poseen un invaluable saber que nos puede y debe enseñar a todos.

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretaria de Salud Distrital

CONTENIDO

- Editorial del Primer número.
- Cólera en Santa Fe de Bogotá 1996.
- Jornada de Vacunación contra la Violencia Mayo 1996.
- Informe de Notificación por Localidad.

Cólera en Santa Fe de Bogotá, D.C. 1996

El cólera es una de las enfermedades emergentes en el Continente Americano y ha afectado a la población Colombiana de una manera importante en todo el territorio nacional; según informes de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), el brote de la última década se inició el 23 de enero de 1991 en Perú, propagándose rápidamente en este país y a otras naciones, entre ellas, Colombia.

En la onda epidémica de 1991-1992, se presentaron en Santa Fe de Bogotá 50 casos, 28 (56%) de los cuales eran residentes en la ciudad, el resto procedían o se infectaron fuera de la misma. La tasa de ataque fue del 0.56 por 100.000 y la letalidad de (cero) 0.

El primer caso del actual brote se notificó el 6 de noviembre de 1995, se trató de un hombre de 35 años, procedente de la localidad Mártires y cuyo estudio bacteriológico demostró la presencia de *Vibrio cholerae*, Serogrupo 01, serotipo Ogawa.

La investigación epidemiológica de campo permitió identificar a productos de mar contaminados como fuente de contagio.

Frente a este caso se tomaron las medidas de prevención pertinentes como: exigencia de certificado de negatividad para *Vibrio cholerae* en los productos pesqueros y vigilancia intensificada de los alimentos en los puntos de almacenamiento, en las cadenas de distribución y en los puntos de venta.

Se impartió alerta a la ciudadanía, las instituciones prestadoras de servicios de salud y demás instituciones gubernamentales y no gubernamentales responsables de la coordinación de acciones de prevención y control.

Se realizaron barridos sanitarios en las zonas afectadas, educación a la comunidad para el manejo seguro de agua y alimentos, medidas de saneamiento básico, promoción de la hidratación oral y de hábitos higiénicos favorables, identificación temprana de complicaciones y consulta oportuna.

El 9 de enero de 1996 se confirmó el segundo caso de Cólera del mismo serogrupo y serotipo en una mujer de 25 años de edad natural del Meta y residente en la localidad de Perseverancia (Santa Fe de Bogotá).

El 28 de febrero de 1996, se confirmó un tercer caso en una paciente de género femenino de 30 años de edad procedente del barrio Las Ferias; Uno con diagnóstico asintomático fue positivo para cólera en el análisis de materia fecal.

El día 2 de marzo se registró en la zona de Fontibón el cuarto caso de Cólera confirmado por Laboratorio en una mujer de 32 años.

A la fecha, el último caso notificado se presentó el 10 de marzo procedente de Llerida Tolima, en un hombre de 20 años de edad.

Exceptuando el primer caso notificado, no se pudo identificar la fuente de contagio en los restantes, embargo, todos tenían antecedencia de consumo de pescado procedente del río Magdalena.

Además de la intensificación de las medidas anteriormente descritas se realizó divulgación de medidas de Prevención a través de Folletos con énfasis en las medidas de control sanitario para el ingreso de los productos pesqueros procedentes del río Magdalena, actividades informativas y educativas dirigidas a los turistas en los terminales terrestre y aéreo.

En resumen, en la actual onda epidémica de Cólera que atraviesa el país, Santa Fe de Bogotá confirmó por Laboratorio cinco casos de cólera.

Solo a uno de ellos se le pudo identificar la fuente de contagio.

La letalidad ha sido cero, lo que muestra una oportuna intervención del sector.

Informado por: Consuelo Peña Ap
División de epidemiología

Noticias de Brotes

Investigación Epidemiología de caso Probable de Cólera en Santa Fe de Bogotá, D.C.

El día 3 de Abril de 1996, se recibió notificación del Instituto Nacional de Medicina Legal de la realización de la necropsia a un cadáver de sexo femenino, con diagnóstico probable de muerte por Cólera. Inmediatamente se procedió a realizar las acciones de Vigilancia Epidemiológica.

El caso correspondía a una mujer de 37 años, con veinte semanas de gestación, procedente del municipio de Soacha, Cundinamarca, quien ingresó al Hospital de Bosa sin signos vitales, con signos de deshidratación severa, material de aspecto fecaloide en boca y palidez cutánea. El acompañante refería que había comenzado ocho horas antes cuadro de diarrea con una frecuencia de 10 deposiciones desde el inicio, líquida abundante, sin moco o sangre y sin presentación de vomito o fiebre. Según información del esposo se había "purgado" el día anterior con algún producto naturista. Por esta razón se realizó diagnóstico presuntivo de Cólera. No se identificó nexo epidemiológico.

La señora vivía únicamente con el esposo en una vivienda de una habitación. Las condiciones sanitarias de la vivienda son deficientes ya que no cuenta con servicios básicos, tales como acueducto, alcantarillado; el agua es obtenida mediante la distribución de carrotanque, almacenada en canecas de cinco galones y extraída con un recipiente. A estos elementos se les practica un lavado sin detergente cada vez que se desocupan. La vivienda está ubicada en un barrio de invasión sin servicios públicos y calles sin pavimentar, en una zona periférica del municipio de Soacha.

En este caso no se encontraron antecedentes de consumo de pescado, productos de mar, agua y otros alimentos contaminados o contactos con personas enfermas.

Se recolectó muestra del contenido intestinal del cadáver para el aislamiento del *Vibrio cholerae*. Se realizó visita domiciliaria, estudio y profilaxis a los contactos los cuales eran asintomáticos, se impartió educación a los familiares y vecinos en medidas sanitarias de:

- Manejo, almacenamiento y consumo de agua y alimentos.
- Lavado de manos y manejo adecuado de excretas.

Se insistió en la adquisición, preparación y administración de Sales rehidratantes y en la identificación de los principales síntomas de la enfermedad.

La causa de muerte, establecida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, fue de desequilibrio electrolítico y deshidratación por enfermedad diarreica aguda.

La reunión efectuada con los integrantes de la unidad de Análisis de la División de Epidemiología optó por descartar el caso debido a la ausencia de evidencia clínica y epidemiológica, no obstante todas las pesquisas realizadas. A pesar de lo anterior todas las medidas de control sanitarias fueron llevadas a cabo.

Informado por: Cristina Matiz Matiz
Iván Angarita Galvez

Esperamos contar con sus sugerencias y valiosos aportes en la siguiente dirección (Av. Caracas No 53-80 Tel.3101111 Ext.2615-2614 Fax 2128337 División de Epidemiología)

Noticias:

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

Incremento de casos de Fiebre Amarilla en la Frontera Colombo-Peruana

Se recomienda a la ciudadanía la vacunación por lo menos 10 días antes de visitar esta zona en los siguientes puestos de salud.

Sanidad Portuaria: Aeropuerto Internacional - Muelle Internacional contiguo a American Airlines Tel 4147996

Hospital Primer Nivel de Chapinero: Calle 66 15-45 Tel 2102289

Terminal Terrestre : Transversal 66 35-11 modulo 4 Tel 2951100

SEMANA 17+18

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico V

LOCALIDAD	CD. EPA		PAR. PLAC		EXP. RABIA		M. MENINGIS		VINOJA		MELIPUE		HEPATITIS B		SINT. COVID		SARSAP		LEPROSIS		M. MATERN		M. PERINAT		S. NIÑO MAL	
	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
USACQUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIUBA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	18	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
BARBIDOS UNIDOS	0	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
CHAPINERO	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
ENGATIVA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	15	10
PONTICON	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
KENNEDY	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
PUEBLO ARAUCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO MARIANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNUBELITO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	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
SIUMPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELAJA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	113	6	23	2	9	0	1	4	27	1377	0	0	206	1	47	140

Melissa Navarro / Perceval Horta / Secretaría S - Secretaría ID

1. Muestra Mayor y Menor: Hasta la Semana 5 + Semana 10
2. Cuentas globales

PLANTA: OMS/WHO EPIDEMIOLOGIA S.O.S.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Beatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de Salud

Delio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de Salud

Ana María Peñuela Poveda
Directora Promoción y Prevención

Consuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**COMITÉ EDITORIAL**

Ana María Peñuela Poveda	Patricia Arce Guzmán
Consuelo Peña Aponte	Constanza Cuéllar de Cortés
Elkin Osorio Saldarriaga	Clemencia Gómez Cabal
Iván Angarita Gálvez	Cristina Matiz Matiz

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Amaya	Gloria Sacristán
Wilson Rodríguez Ruiz	Mabel Díaz
Humberto Niampira R.	Marcela Tovar
César Castro Neira	

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

La vigilancia epidemiológica es un proceso regular, lógico, práctico y permanente de observación, investigación y análisis de la situación de salud en un grupo humano, sus características y determinantes, que permite obtener información para la toma de decisiones a nivel individual, colectivo y del ambiente.

La vigilancia epidemiológica debe ser ágil, simple, contundente y proactiva, por lo que requiere que los responsables de su gestión posean ciertas características de motivación, habilidad y destreza. Su objeto es siempre la salud pública y aunque en ocasiones la intervención se hace sobre el individuo las acciones generan externalidades positivas hacia la colectividad.

La investigación epidemiológica de campo (IEC) es una de las estrategias de avanzada más eficientes de la vigilancia epidemiológica; se realiza en un lugar, comunidad o institución específica con el fin de ampliar el conocimiento e intervenir oportunamente y en terreno el problema que afecta la salud de la población afectada. Requiere de un análisis previo y de planeación de las acciones para que en lugar de ser un acto rutinario se convierta en un acto útil y eficiente.

Finalmente, es necesario enfatizar que consecuente con la normatividad vigente, la vigilancia epidemiológica es responsabilidad, en diferentes niveles de competencia, de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud incluyendo públicas y privadas y que en la medida en que todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud se comprometan con la misma, la herramienta será útil en el propósito de lograr un mejor nivel de salud de las personas.

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA
Directora Promoción y Prevención

CONTENIDO

- Editorial
- Inundación al sur de Santa Fe de Bogotá, D.C.
- Eliminación del Sarampión en Santa Fe de Bogotá, D.C.
- Jornada de Vacunación Contra la Violencia, Junio 2 de 1996

INUNDACIÓN AL SUR DE SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.

Descripción del problema

Santa Fe de Bogotá se encuentra expuesta a condiciones de riesgo para situaciones de emergencias y desastres naturales, tecnológicos y los producidos por el hombre, tales como inundaciones, deslizamientos, movimientos telúricos, explosiones, eliminación anormal de gases o compuestos químicos, accidentes de tránsito, intoxicaciones masivas y actos terroristas.

Las principales zonas de riesgo de inundación son las ubicadas en las riveras de los afluentes del río Bogotá, en especial aquellas situadas por debajo del nivel freático de los mismos.

San Benito, Isla del Sol y Carbonell son barrios que están ubicados en las localidades de Tunjuelito y Bosa, al sur de la ciudad. Se sitúan por debajo del nivel freático del río Tunjuelito, su conformación topográfica es en hondonada y la mayoría de sus construcciones no siguieron las normas de planeación urbana.

El día 14 de mayo, el nivel de las aguas del río aumentó e inundó la zona donde residen 19.000 personas, alcanzando niveles hasta de dos y medio metros. 2.200 habitantes resultaron damnificados, 150 de los cuales fueron ubicados en los albergues de la Parroquia y el Salón comunal del barrio San Benito.

Acciones realizadas

Se activaron los Comités Operativos de Emergencias Distrital y Local, los cuales mediante el Sistema Unificado de Mando en Emergencias (SUME), asumieron la organización operativa en cada una de sus fases; al mismo tiempo la Secretaría Distrital de Salud declaró la alerta amarilla en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud cercanas al área afectada.

Se estableció un Sistema de Vigilancia Epidemiológica simple basado en síntomas de las enfermedades más prevalentes como las respiratorias, diarreicas e infecciones de piel, con el propósito de prevenir y controlar potenciales brotes.

Se realizaron acciones para la intervención de factores de riesgo relacionados con las condiciones desfavorables generadas por el desastre tales como: manejo adecuado y seguro de los alimentos en su recepción, almacenamiento, clasificación, preparación y distribución; fomento del aseo personal; verificación permanente de la potabilidad y cloración del agua; higiene y desinfección de la vivienda; manejo de desechos e inservibles; protección específica con toxoide tetánico a las personas expuestas a riesgo; control de artrópodos y roedores a través de fumigación y derratición, previa evaluación en áreas de riesgo específicas; evaluación médico veterinaria, recolección de animales muertos y callejeros y educación sobre la tenencia de animales.

Se monitoreó de manera permanente la posible contaminación por diferentes químicos utilizados en microempresas de curtiembres, tanto ácidos, bases y derivados del cromo, así como sus manifestaciones de toxicidad en la comunidad, sin encontrar niveles tóxicos ni manifestaciones clínicas en las personas del sector.

Para la divulgación y el apoyo de las medidas adoptadas frente a la emergencia fue fundamental la participación de los medios de comunicación masivos tales como radio, prensa y televisión.

Hallazgos

1.500 personas consultaron y fueron atendidas en la unidades de salud de San Benito, Isla del Sol, Venecia, Tunjuelito, Kennedy, Tunal y La Victoria. Las principales causas de consulta fueron las enfermedades respiratorias, diarreicas, enfermedades de la piel, infecciones de oído, conjuntivitis y gastritis, las cuales fueron leves. No hubo desaparecidos ni muertos.

El estudio de larvas y adultos de artrópodos no mostró un riesgo inminente para la salud de la población y solo fue necesario fumigar las riveras del río ante la presencia de focos de infestación por mosca común.

Se monitoreó la presencia de roedores durante varios días posteriores a la inundación, evidenciando un bajo número de ellos con relativa facilidad para su control.

No se encontró contaminación del agua para el consumo humano, aunque los niveles de cloro residual en el agua almacenada en uno de los albergues durante el primer día era insuficiente, situación que fue oportunamente corregida.

Conclusiones y Recomendaciones

La Vigilancia Epidemiológica simplificada en las personas y el ambiente permitió monitorear e impactar precozmente los eventos que amenazaron la salud de la población.

Los artrópodos y roedores no se constituyeron en un problema para la salud pública, lo que sugiere que las fumigaciones y las intervenciones indiscriminadas no son útiles en este tipo de emergencias.

Hubo una relación directa entre la incidencia de las enfermedades y las entidades prevalentes de la zona.

La asistencia oportuna de los organismos de socorro, las instituciones de salud, las autoridades y la comunidad en general fueron eficaces, lo que permitió reducir el impacto de la emergencia.

La inundación continúa siendo un riesgo inminente y es responsabilidad de todos los sectores y la comunidad el prevenir su reincidencia.

Realizado por: Ana María Peñuela Poveda
Consuelo Peña Aponte y Hector Orduz Camacho

ELIMINACIÓN DEL SARAMPION EN SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.

El Sarampión por su endemicidad, alto potencial de transmisibilidad, letalidad asociada a sus complicaciones, altos costos de atención y la existencia y disponibilidad de vacuna específica generó el establecimiento en 1993 de un Plan para eliminación en las Américas, incluyendo a Colombia.

El Plan contempló dos estrategias principales: vacunación a menores de quince años e implantación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Intensificada.

El sistema giró de la vigilancia de enfermedades febriles eruptivas hacia los casos sospechosos de Sarampión, siguiendo la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud con el propósito de lograr un sistema más sensible y específico.

Caso sospechoso de Sarampión es todo paciente con historia de fiebre, erupción máculo-papular generalizada y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza y conjuntivitis. A partir de un caso sospechoso se debe activar el sistema. Se confirma por laboratorio mediante prueba de IgM indirecta para Sarampión que posteriormente es reconfirmada en el Instituto Nacional de Salud mediante IgM por captura.

Los casos sospechosos a los que no se les realiza análisis por laboratorio o a quienes no se les identifica nexo epidemiológico se clasifican como casos confirmados clínicamente, situación que cuestiona la calidad del sistema de Vigilancia.

En Colombia a la fecha se han notificado 402 casos sospechosos de los cuales se descartaron 173, tres se confirmaron por laboratorio y 7 clínicamente. Sólo uno procedente de Barrancabermeja y sin antecedente vacunal, fue reconfirmado por IgM por captura.

En Santa Fe de Bogotá, durante el año se han notificado 39 casos sospechosos, de los cuales se confirmó mediante pruebas de laboratorio un caso en un menor de 14 meses, con una

proporción de incidencia de 0.2 por 100.000 niños de uno a cuatro años.

El 69.2% (27/39) de los casos fue descartado por el laboratorio y el 28.2% (11/39) está pendiente del resultado. Ningún caso fue confirmado clínicamente.

Del total de casos estudiados por laboratorio, el 77% fue notificado oportunamente desde el nivel local y los restantes por el laboratorio, evidenciando dificultades en el sistema de notificación. No hay diferencia en la distribución por sexo, el 28% correspondió a menores de un año, 25.6% de uno a cuatro años, 18% de 5 a 14 años y el 28.4% en mayores de 15 años.

El 33.3% (13/39) fue notificado por la localidad de Usme, 17.9% (7/39) de Ciudad Bolívar, 12.8% (5/39) de Rafael Uribe, 5.1% (2/39) de Bosa, Puente Aranda y Antonio Nariño y 2.5% (1/39) Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Tunjuelito, Kennedy, Fontibón, Suba, Mártires y Sumapaz. En las localidades de Santa Fe, Engativá, Barrios Unidos y Candelaria no se han presentado casos.

El caso confirmado por laboratorio, mediante prueba de IgM de captura realizada por el Instituto Nacional de Salud, corresponde a un menor de 14 meses de edad, con antecedente de vacunación con Triple Viral aplicada en la Unidad Primaria de Atención de Santa Marta de la localidad de Usme, el día 27 de febrero de 1996. El niño inició síntomas el día 8 de marzo, consultando por fiebre, coriza, tos, vómito y diarrea. Al examen médico presentaba erupción máculo-papular y manchas de Koplik. Durante la investigación epidemiológica no se encontró antecedente de contacto con otros casos. Por los antecedentes vacunales 10 días antes del inicio de los síntomas se clasificó como caso de sarampión post-vacunal.

Realizado por:

Patricia Arce Guzmán
Coordinadora PAI

JORNADA DE VACUNACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA
JUNIO 2 DE 1996

El pasado 3 de marzo del presente año se realizó en Santa Fe de Bogotá D.C. la "Primera Jornada de Vacunación contra la Violencia".

La jornada de vacunación es un acto simbólico que pretende crear un espacio de reflexión y mitigación de las vivencias de violencia y permitir mediante un ritual igualmente simbólico la transferencia de estos sentimientos hacia un objeto.

El ritual nace como una remembranza alegórica de las prácticas de algunas comunidades indígenas, quienes transferían sus problemas y dolores a muñequitos de tela o animales.

El evento fue evaluado como exitoso toda vez que acudieron 15,097 personas, 71% de las cuales fueron niños. Se estima que un número mayor de personas asistieron a los puestos de vacunación, como observadores y curiosos para disfrutar los eventos culturales y recreativos que se organizaron en los puestos de vacunación. Además, un número importante de

personas no alcanzó a "vacunarse" debido a que se desbordó la capacidad de los puestos instalados en la jornada.

El éxito logrado estimula la realización periódica de eventos similares por lo cual se programó la segunda Jornada el 2 de junio.

Informado por: Clemencia Gómez
M.D. División de Epidemiología

LÍNEA TELEFÓNICA PARA EMERGENCIAS

1 2 5

En casos de: Accidentes - Intoxicaciones -
Desastres Naturales - Solicitud de Ambulancia -
Asesoría Médica - Información de Farmacias de Turno
Otros teléfonos 2116017 - 2118993

Esperamos contar con sus sugerencias y valiosos aportes en la siguiente dirección (Av. Caracas No. 53-80 Tel. 3101111 ExL 2615-2614 Fax 2128337 División Epidemiología)

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico V

320000 10+20

LOCALIDAD	COLERA		FEB. PLAC.		EPI. PARIA		M. MENING.		VIHUSCA		M. INFLUEN.		EPID. B.		SIFIL. CONB.		SARAF.		LESIONES		M. WATERN.		M. FERNAT.		S. MRO. MAL.	
	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
UBACUTEN	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SILVA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	16	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARROS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	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
ENCATIVA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BIOSA	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
CONTICION	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
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	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
PUEBLO ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	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
USME	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANAPAY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELAERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUJASQUELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	2	10	1	3	1	7	0	202	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Marzo, Mayo y Junio de 1964 - 1965

* Los datos de Mongolia corresponden a datos desactualizados por laboratorio

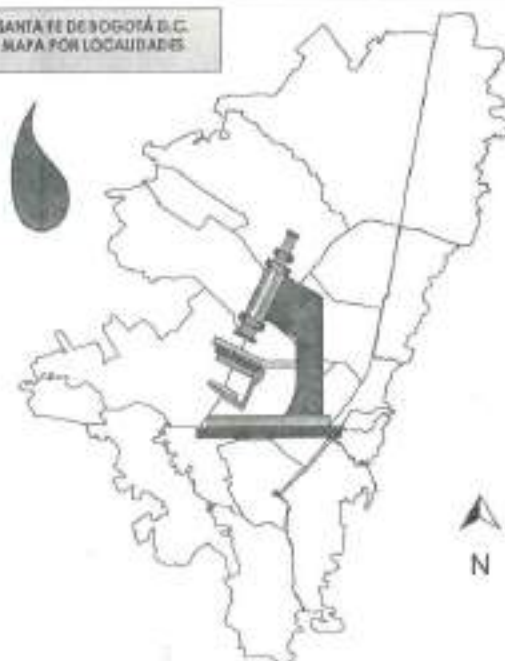
FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 3

Mayo 19 al 01 de Junio de 1996

Semana 21 y 22

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.
MAPA POR LOCALIDADES**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Consuelo Peña Aponte
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Elkin Osorio Saldaña	

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Amaya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Anibal Rodríguez R.
Ivan Angarita Oáñez	Humberto Niampira R.
Constanza Cuellar	César Castro Neira
	Mabel Díaz

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL**DE LOS BANCOS DE SANGRE A LA MEDICINA
TRANSFUSIONAL**

La expresión Banco de Sangre, fue acuñada en el segundo cuarto de este siglo en Norteamérica, aunque desde antes ya existían principios científicos para un rudimentario almacenamiento del producto.

Se ha transitado recorrido un camino largo y tortuoso para llegar al concepto moderno e integralista que se maneja como Medicina Transfusional.

Los principales causantes de su acelerado desarrollo en la última década fueron el alto riesgo de propagación de la epidemia del SIDA y de otras enfermedades virales por la vía transfusional, los cuales iniciaron el debate del costo-beneficio y los riesgos enfrenta un paciente transfundido sin los suficientes controles.

Uno de sus propósitos fundamentales es la *seguridad*, que busca entre otros, detectar los portadores de enfermedades potencialmente transmisibles a través de productos hemo-derivados, trayendo como consecuencia positiva la obligatoria racionalización de su uso, así como el desarrollo de las técnicas quirúrgicas menos invasivas.

Así mismo, la humanidad espera que la medicina molecular logre en un futuro cercano, hacer que los productos sintéticos respondan a los requerimientos económicos, de calidad y seguridad que se les exige, convirtiéndolos en un eficiente y necesario complemento de los biológicos.

LEOPOLDO BERRIODirector Banco de Sangre
Hospital Occidente de Kennedy**CONTENIDO**

- Editorial
- Red Distrital Bancos de Sangre en Santa Fe de Bogotá, D.C. Enero- Abril 1996
- Medicina Transfusional, El Desafío de una Disciplina.
- Informe de Notificación por Localidad.

MEDICINA TRANSFUSIONAL, EL DESAFÍO DE UNA DISCIPLINA

El Banco de Sangre fue una innovación norteamericana que revolucionó la medicina. Bernard Fantus, un médico inmigrante húngaro, estableció el primer Banco de Sangre en el Hospital Cook County de Chicago en 1937. Desde entonces el término "Banco de Sangre" es utilizado.

El Sistema se inició a través del pago a los donantes y fue evolucionando hasta llegar a la donación voluntaria.

Con el avance de la tecnología de separación automática de células y componentes del plasma; los conocimientos aportados por disciplinas como la inmunología, inmunohematología, biología molecular, el desarrollo de los trasplantes y en general los diversos riesgos y reacciones asociadas a las transfusiones, el rol terapéutico del Banco de Sangre ha evolucionado de manera importante dando lugar al nacimiento de una nueva disciplina científica, la *Medicina Transfusional*. Esta evolución se observa en la realización de procedimientos complejos como la plasmáferesis, reemplazo plasmático y eritrocitario, citoreducción terapéutica, alternativas transfusionales, monitoreo clínico, consultoría y auditoría transfusional.

El concepto de Medicina Transfusional es un concepto moderno, clínico y terapéutico que recoge todo lo que hasta el momento ha hecho parte del Banco de Sangre, de los avances en inmunohematología y en tecnologías transfusionales.

Por lo tanto el especialista en Medicina Transfusional es un consultor clínico que evalúa si las solicitudes de productos sanguíneos responden a las necesidades de las personas desde el punto de vista clínico, biológico y terapéutico y si dichas transfusiones son seguras, eficaces o si representan riesgos y complicaciones. El mismo propone protocolos, guías de manejo, realiza investigaciones, auditoría transfusional y es responsable de la educación continua en hemoterapia. Por ello la interacción con otras especialidades clínicas y quirúrgicas es esencial para el cuidado y recuperación de enfermos.

El reto es ganar espacio en la práctica médica y hacer de la disciplina un elemento indispensable para el adecuado tratamiento del paciente. Para lograrlo, el desafío futuro inmediato se sintetiza así: OPORTUNIDAD, EFICIENCIA, SEGURIDAD y EFICACIA por productos sanguíneos manejados en la Red Distrital de Bancos de Sangre, así como adoptar las tecnologías modernas apropiadas aplicadas a la transfusión, así como los programas de trasplantes y adoptar las alternativas disponibles hoy a la transfusión.

Este es un cambio paulatino que se logra en la medida que formemos a nuestros funcionarios.

Realizado por:
BERNARDO CAMACHO

Director Bancos de Sangre Hospital Simón Bolívar

LABORATORIO CENTRAL

Recuerde:

En el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, ubicado en la carrera 19A No. 23A-41

teléfonos 2694052 - 2688006, presta los siguientes servicios

- Análisis de alimentos, bebidas, medicamentos y tóxicos
- Capacitación en los programas de Red Nacional de Laboratorios dirigido a 46 laboratorios de la Secretaría Distrital de Salud en la parte técnica y de procesamiento.

Horario de 7:00 am a 4:00 pm.

Esperamos contar con sus sugerencias, comentarios, artículos de interés para la Salud Pública del Distrito y demás aportes técnicos para las siguientes ediciones.

Se pueden dirigir a la siguiente dirección (Transv. No. 56-00 Tel. 3476321/59/94 Fax 3476359 División Epidemiología)

RED DISTRITAL DE BANCOS DE SANGRE DE SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C. ENERO- MAYO 1996

Introducción:

La Red Distrital de Bancos de Sangre de Santa Fe de Bogotá D.C., tiene como misión ejercer un ordenamiento de los Bancos de Sangre y unidades de transfusión, para lograr un desempeño coordinado tendiente a satisfacer la captación, procesamiento, distribución y utilización de la sangre dentro del Distrito Capital, conforme a las exigencias estipuladas en el Decreto 1571 de 1993.

Esta Red actualmente está conformado por 29 Bancos de Sangre, que según la norma, deben notificar información básica a la División de Análisis y Laboratorio, de la Dirección de Promoción y Prevención de la Secretaría Distrital de Salud, dentro de los primeros diez días de cada mes.

Actividades Realizadas:

1. En el periodo Enero - Mayo de 1996 se recolectaron y analizaron 53.390 unidades de sangre, que permitieron la obtención de glóbulos rojos, sangre total, plasma, plaquetas y crioprecipitados. De estas se transfundieron 67.927 unidades.

2. A todas las unidades recolectadas se les realizaron los siguientes estudios para la detección de:

- Virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida VIH 1-2.
- Antígeno de superficie del virus de la HB, y anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C.
- Anticuerpos heterólogos contra *treponema pallidum* VDRL (Sífilis).
- Anticuerpos para *Tripanosoma Cruzi* (Chagas).

Es importante resaltar, respecto a la Hepatitis B, que aunque el Decreto 1571 de 1993 no contempla como obligatoria la realización del examen Anticore (HBACc), éste se realizó a 37.897 Unidades (71%), con el fin de aumentar la sensibilidad frente a la seroprevalencia de esta patología.

Resultados

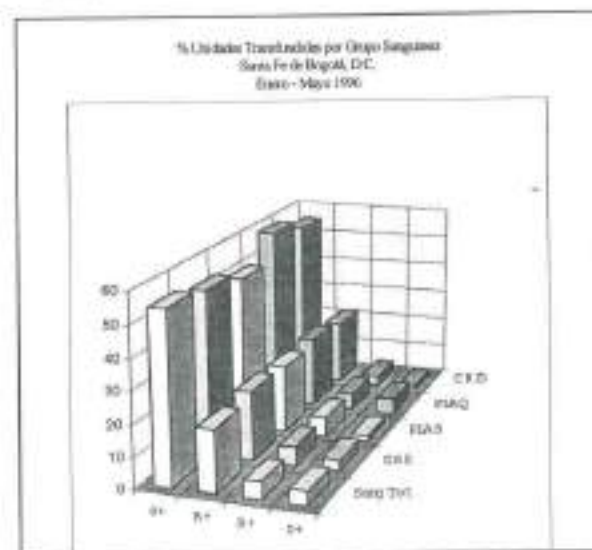
La proporción de serorreactividad por patología en el total de muestras analizadas, se muestra en el cuadro No.1

VIH	0.28%
AgHB	0.75
VHC	1.14%

VDRL	1.43%
ACcHB	3.57%
Chagas	1.43%

El 50% de las unidades transfundidas corresponde a Glóbulos Rojos empaquetados, 17% a plaquetas, 13% a plasma, 11% a sangre total y 9% a Crioprecipitados.

Por grupos sanguíneos la mayor solicitud se hizo de: O+, A+, B+ FIGURA No.1.



- Las principales causas de desecho e incineración fueron la reactividad hacia alguna de las patologías objeto de tamizaje y el vencimiento.

Conclusiones:

- Es evidente el mejoramiento del uso que se le viene dando a la sangre total y sus hemoderivados, al implementarse los Comités de Transfusión en los Bancos de Sangre.
- Es importante la serorreactividad encontrada para Hepatitis B y Chagas, lo que amerita profundizar en el estudio tanto a nivel de los Bancos, como en la población general para una mejor caracterización del problema en el Distrito Capital.
- Se hace necesario que todos los Bancos establezcan dentro de sus protocolos el estudio Anticore, como un elemento que aumenta la sensibilidad del estudio para Hepatitis B.

Informado por:
Harlem Zapata
Bacterióloga, División de Análisis de Laboratorio

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico VI

SEMANA 21-22

LOCALIDAD	COLEMA		PAR. FIAC		EP. RABA		M. MENES		VIROSEA		HEPATITIS B		SIFILIS CONG		SARAH		LESIONES		M. WATER		M. PERIAT		S. HIBO MAL			
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM		
USAGUEN	0	0	0	0	0	0	0	1	12	28	0	2	0	0	0	0	0	578	-	-	-	-	0	1		
SUBA	4 ¹	4 ¹	0	2	0	0	0	0	0	16	0	2	0	2	0	0	1	0	368	-	-	-	0	1		
BARBOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	1	0	0	0	10	074	-	-	-	0	0		
CHAPINERO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8	0	2	0	2	0	0	0	185	2297	-	-	-	0	53		
ENGATIVA	0	2	0	2	0	0	0	0	0	25	0	3	0	0	0	1	1	28	487	-	-	-	12	12		
BOSA	0	1	2	2	0	0	1	1	2	8	2	8	0	0	0	0	0	0	277	-	-	-	0	27		
FONTIBÓN	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	188	-	-	-	0	7		
KENNEDY	0	2	2	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	68	1098	-	-	-	0	7	
SAN CRISTÓBAL	0	0	1	2	0	0	0	0	4	19	0	1	0	1	0	0	0	0	61	778	-	-	-	0	13	
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	31	657	-	-	-	0	40	
SANTA FE	0	2	0	2	0	0	0	1	0	10	0	1	0	0	0	0	0	0	358	580	-	-	-	0	0	
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0	8	
ANTONIO MARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68	1	2	0	1	0	0	0	0	66	1684	-	-	-	0	2	
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	222	917	-	-	-	0	2	
TUQUELU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	100	584	-	-	-	0	10	
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	0	3	0	0	0	0	0	2	18	-	-	-	0	18		
LIBRE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0	0	
SLIMPAY	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0	0	
CANCELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0	1	
TEJASQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0	0	
TOTALES	4 ¹	4	1	10	1	10	1	8	21	323	8	18	1	10	6	1	6	7	1320	12586	-	11	-	1215	0	200

Las cifras de sanidad de estos dos servicios están referidas de por clasificación, aunque no está certificado de ambas de sanidad epidemiológica y sanitaria de cada uno.

¹ Datos provisionales

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Beatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de Salud

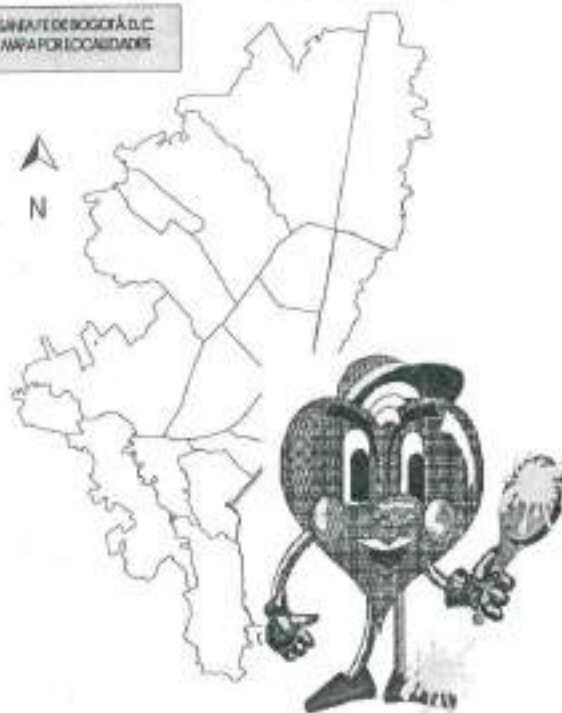
Delio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de Salud

Ana María Peñuela Poveda
Directora Promoción y Prevención

Consuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.
MAPA POR LOCALIDADES

**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Consuelo Peña Aponte
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Elkin Osorio Saldarriaga	

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Amaya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Rodríguez Ruiz
Ivan Angarita Gálvez	Humberto Niampira R.
Constanza Cuéllar de Cortés	César Castro Neira
Mabel Díaz	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

Los comités de Vigilancia Epidemiológica (COVES) constituyen una estrategia multidisciplinaria e incluso intersectorial de análisis, discusión, toma de decisiones y evaluación de la situación de salud de la población, que ofrece elementos a quienes dirigen y administran, en la planeación, orientación o formulación de la políticas e inversión.

Su presencia es válida en varios espacios de decisión, desde los comunitarios e institucionales, hasta los Distritales y Nacionales; aunque con particularidades originadas en sus competencias, comparten un propósito similar, el de convertirse en el ambiente donde se integra la epidemiología y la administración pública en salud.

Una variable de particular importancia son los denominados COVECOM, Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, que aprovechan el conocimiento que la población tiene de las condiciones económicas, ecológicas, ambientales, hábitos, costumbres y actitudes que determinan positiva o negativamente su salud, para la construcción conjunta de modelos que logren mayor precisión en el diagnóstico y mayor efectividad y participación en las intervenciones.

Tanto en este espacio, como en todo el proceso de vigilancia epidemiológica, la participación social es una estrategia de probado costo-eficiencia, que aumenta sustancialmente la sensibilidad y especificidad del mismo, como lo experiencia en varias regiones del territorio nacional, incluyendo las del Distrito Capital.

Es nuestro convencimiento, que la planeación, dirección, ejecución y evaluación de la vigilancia epidemiológica, aunque con procesos técnicos, requieren de participación ciudadana un elemento esencial.

ELKIN DE J. OSORIO SALDARRIAGA
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

CONTENIDO

- Editorial
- La situación Alimentaria y Nutricional en Santa Fe de Bogotá
- La Vigilancia Alimentaria y Nutricional Dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica
- Informe de Notificación por Localidad.

La Situación Alimentaria y Nutricional en Santa Fe de Bogotá, D.C.

A pesar del decreciente estímulo de la Vigilancia epidemiológica en Colombia, diversas fuentes de orden nacional y regional informan una constante tendencia al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional en el país. Indicador que de manera indirecta evidencia logros en el bienestar y calidad de vida de la población (Cuadro No1)

Cuadro 1. Evolución de la nutrición en menores de cinco años

Tipos de Desnutrición	1965	1977	1986	1995
Crónica	31.9	22.4	16.6	15.0
Aguda	3.9	4.9	2.9	1.4
Global	21.1	16.8	10.1	8.4

Fuente encuesta Nacional de Demografía y salud 1995 Profamilia

Sin embargo, estos logros distan mucho de los estándares alcanzados en otros países y ellos no guardan equidad por regiones y grupos evolutivos. Así por ejemplo: La encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 1995, identificó a los menores de 5 años como el grupo humano más afectado, presentando para la Nación un índice de desnutrición crónica y aguda del 15,0% y 1,4% respectivamente.

En Santa Fe de Bogotá, con menores condiciones teóricas de acceso geográfico y cultural la ENDS evidenció unas condiciones de salud nutricional

peores con respecto al promedio nacional (Desnutrición crónica del 16,5%), aunque por haber un proceso de adaptación en la población infantil (desnutrición aguda de cero); es decir, que peso se condicionó adecuadamente a la talla baja.

En el último trimestre

En el último trimestre de 1995 fueron reportados en el Distrito Capital dos muertes de niños menores de año por "desnutrición proteico-calórica situación que no generó ninguna alerta en el sistema, debido a que no generó ninguna alerta en el sistema, debido a otras, entre la descentralización de la vigilancia epidemiológica ante el evento y la impotencia en que se encuentra el funcionario de salud frente al problema que requiere el apoyo político, económico intersectorial y ciudadano para la intervención.

Es probable entonces, que los datos arriba mencionados estén afectados por el subregistro y que la situación en el Distrito capital sea más grave de que presentan los datos actuales. Amerita por tanto una mayor sensibilidad de la vigilancia, y problemática que tiene en las condiciones actuales de desarrollo, la infraestructura necesaria para la intervención.

Informado por
Sara Castillo
Nutricionista Mgr Desarrollo Soc
Coordinadora Distrital de Nutrición

La Vigilancia Alimentaria y Nutricional Dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

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

Este factor que confunde, sumado al originado en las deficiencias de cobertura y calidad del actual sistema de información, lleva a obvias dificultades en la caracterización del problema en el país en general y del Distrito Capital en particular,

Existen varias estrategias para obviar este tipo de desinformación y hacer que esta sea la necesaria suficiente para la toma de decisiones oportunas y eficientes. La elección de ellas depende de precisión, oportunidad, cobertura y validez que requiere para la intervención del evento.

La vigilancia alimentaria y Nutricional se presenta como una estrategia integral de monitoreo en procesos de alimentación y nutrición, en la que mirando desde la óptica de un sistema de Vigilancia Epidemiológica, pretende más que el desarrollo de planes e intervenciones a largo plazo, movilizar a

población y a las instituciones comprometidas hacia acciones mediatas y sostenidas.

Con base en lo anterior y con el respaldo de las instituciones del Distrito Capital, garantes de la implantación del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), se propone insertar en y desde quehacer de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVES) locales, la presencia de la nutrición como área que dinamice y propicie el reporte y análisis de la situación, así como la "concertación-acción" de actividades tendientes a lograr coordinación intersectorial desde los diferentes actores responsables.

Su principal objetivo desde el punto de vista institucional será la focalización de grupos humanos de mayor riesgo alimentario y nutricional, para priorizar acciones y asignar recursos a nivel local, así como el de identificar el efecto de los programas existentes que pretenden mejorar la situación de alimentación, salud y nutrición en cada uno de los niveles de atención.

Los COVES se constituyen en el escenario propicio para proyectar acciones de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de carácter interdisciplinario y los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitarios (COVECOM), como posibilidad real de involucrar a la comunidad en la toma de decisiones sobre su situación de salud.

Las intencionalidades aquí consignadas se materializan en el Proyecto Piloto de Vigilancia Alimentaria y nutricional que adelanta la dirección de Promoción y Prevención desde la División de Factores de Riesgo, en diez (10) localidades de Santa Fe de Bogotá, con el propósito de caracterizar la situación alimentaria y nutricional del D.C.; y con énfasis en la epidemiología de campo, generar experiencias modelo desde lo local.

Realizado Por:

Sara del Castillo M.

Nutricionista Mgr. Desarrollo Social

Coordinadora Distrital de Nutrición

SISVAN

Qué es?..

El SISVAN, es el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, cuyo propósito es contribuir a identificar y caracterizar los problemas de los habitantes del Distrito Capital en estas áreas que permitan la toma de decisiones a nivel Distrital y Local. su prioridad son los niños y mujeres gestantes.

Descripción

En la actualidad, el SISVAN recoge datos sobre la población de niños entre cero y siete años. Se compone de tres elementos que en conjunto aporta información para la interpretación, análisis y evaluación de la situación alimentaria y nutricional de la población, así:

- *Componente de Situación de Salud:*

Evalúa las enfermedades que afectan el estado nutricional, especialmente enfermedades diarreicas y respiratorias.

- *Componente de Antropometría:*

Recoge información del SIS 132 para la evaluación de los indicadores antropométricos.

- *Componente de Seguridad Alimentaria:*

Evalúa la canasta básica de alimentos, precios, oferta, demanda y disponibilidad.

Proyecciones:

El SISVAN, basado en el enfoque de riesgo, se posiciona como estrategia de Promoción y Prevención. Hasta el momento se ha implantado para niños menores de cinco años, pero se proyecta para los niños de siete años, escolares, niños de bajo peso al nacer (BPN), gestantes y lactantes.

Así concebido, el SISVAN permitirá abordar varias etapas del ciclo vital humano, proporcionando información sobre la situación alimentaria y nutricional de las familias.

Esperamos contar con sus sugerencias, comentarios, artículos de interés para la Salud Pública del Distrito y demás aportes técnicos para las siguientes ediciones. Se pueden dirigir a la siguiente dirección (Transv. 23 No. 56-00 Tel. 3476321/59/94 Fax 3476359 División Epidemiología)

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico VI

SEMANA 20-24

LOCALIDAD	COLERA			DIF. TUBAC			EXP. RABIA			M. MENING			VIRSIDA		W. INFLUEN		HEPATITIS B		SIFIL. CONG.		SARAME		LEISHMAN		M. TUBERU		S. PNEUMAT		S. MFC. MAL	
	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
USADQUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	29	0	0	0	0	0	0	0	0	12	588	-	-	-	-	0	1
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	1
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
CHAPINERO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2457	-	-	-	-	0	50
ENGATIVA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	24	0	0	0	0	0	0	0	0	15	503	-	-	-	-	12	24
BOGA	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	277	-	-	-	-	0	21
FONTIBON	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	185	-	-	-	-	0	7
KINIEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
BAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
PUEBLO AVANZADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
TUNQUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
BUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
TEUSQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	217	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Causa Promovida

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 5

Junio 16 - Julio 13 1996

Semana 25 y 28

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.****COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Consuelo Peña Aponte
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Elkin Osorio Saldaña	

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Araya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Rodríguez Ruiz
Ivan Angarita Gálvez	Humberto Niampira R.
Constanza Cuéllar de Cortés	César Castro Neira
Mabel Díaz	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

La tuberculosis (TBC) en el hombre es una infección bacteria crónica producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, con amplia distribución mundial y diversas manifestaciones clínicas que pueden llegar a producir la muerte o secuelas que, generalmente son irreversibles. Los pulmones son los órganos más comúnmente afectados, seguido de riñones, ganglios linfáticos, huesos, sistema nervioso central y órganos genitales.

La transmisión se efectúa por vía aérea al inhalar la persona sana partículas de esputo que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar, siendo la tos la forma más efectiva de diseminación del bacilo.

El periodo de incubación varía entre 4 a 12 semanas, pudiendo transcurrir varios años que aparezca la TBC pulmonar o extrapulmonar. Menos del 10% de los infectados desarrollan la enfermedad, considerándose TBC primaria aquella que aparece antes de 5 años de la primoinfección y la posterior a este tipo como TBC secundaria.

El periodo de transmisibilidad desciende en el momento, pues se empieza a disminuir la población bacteriana y la tos, por tanto, no hay justificación de aislar al paciente.

La susceptibilidad no discrimina edad ni género, pero la máxima se presenta en niños menores de cuatro años y vuelve a ser alta en adultos jóvenes y ancianos. La infección por VIH, la presencia de enfermedades intercurrentes, el uso de inmunosupresores, la diabetes, la silicosis y el alcoholismo, entre otros, aumentan la susceptibilidad.

Condiciones del huésped como la desnutrición, el hacinamiento y malos hábitos higiénicos, favorecen la transmisión de la enfermedad.

CONTENIDO

- * Editorial Pág. 1
- * La tuberculosis un problema de Salud Pública en Santa Fe de Bogotá Pág. 2
- * Informe de Notificación por Localidad Pág. 7

LA TUBERCULOSIS UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.

Sonia E. Rebollo S. Bact. M. Epid. Asesora Div. Epidemiología; Vilma Velásquez. Enf. Coord. Programa Prevención y Control TBC; María Stella Vargas, Jefe División Factores de Riesgo. Iván Javier Angarita. Md. Coord. Programa Prevención y Control ETS-V IH/SIDA.

1. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Un tercio de la población mundial está infectada por *M. Tuberculosis* y anualmente se presentan 8 millones de casos nuevos, de los cuales 4.4 millones desarrollan la enfermedad y de estos, tres millones mueren por TBC.

En Colombia, se calcula que una tercera parte de la población está infectada por *M. Tuberculosis*, desarrollando la enfermedad el 82.9 x 100.000 infectados (aprox. 10.000 personas). El Estudio Nacional de Carga de la Enfermedad estimó que entre 1989 y 1991 se

perdieron 28.095 años de vida saludable, debido a la TBC.

Para 1995 la tasa de incidencia nacional para todas las formas de TBC, fue de 25.7 x 100.000 habitantes, con aproximadamente mil muertes. Entre 1990 y 1994 la incidencia de TBC en Santa Fe de Bogotá osciló entre 12 y 13 x 100.000 habitantes. Esta al ser comparada con la tasa promedio Nacional (32 x 100.000 hab.), resulta ser inferior en un 38.5%. Las tasas de incidencia en este mismo período se comportan en forma estable, con una tendencia a descender en el último año (Ver Gráfica 1).



Gráfica No. 1

Fuente: Programa de Prevención y control de la TBC, Secretaría de Salud

Tabla 1. Distribución Porcentual de TBC por Grupos
Etáreos. Santa Fe de Bogotá, D.C. 1995

Grupo Etáreo	No. Casos	%
< 5 años	15	2,5
5 - 14 años	15	2,5
15 a 25 años	86	14,0
25 a 44 años	231	37,8
45 a 59 años	122	20,0
60 y más años	142	23,2
TOTAL	611	100,0

Fuente: Programa Prevención y control TBC Secretaría Distrital de Salud

En 1995 se notificaron al programa de Prevención y control de TBC de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), 611 casos, para una tasa de incidencia de $10,8 \times 100.000$ hab.

Del total de casos, el 31,2% correspondió a formas extrapulmonares. De las formas pulmonares, el 14,5% fueron diagnosticadas sin baciloscopia, y el 7,1% presentaron baciloscopia negativa.

El 80% fueron diagnosticados por instituciones privadas, captando el mayor número de casos el Hospital Santa Clara y el Hospital San Juan de Dios (Ver Tabla 2).

En el primer trimestre de 1996 se reportaron en la ciudad un total de 153 nuevos casos de TBC, de los cuales el 2,6% de éstos se presentó en menores de cinco años, el 3,3% en población entre 5 y 14 años, el 13,0% entre los 15 y 24 años, el 36,6% en el grupo de 25 a 44 años, el 20,9% en el grupo de 45 a

59 años y el 23,5% en los de 60 y más años de edad.

Durante este período, el 27,5% correspondió a formas extrapulmonares. De los 111 casos pulmonares, el 13,5% fue diagnosticado sin baciloscopia.

2. ASOCIACIÓN TBC - SIDA

La OMS estima que desde el inicio de la epidemia del SIDA hasta finales de 1992, el número de personas a nivel mundial infectadas simultáneamente por VIH y *M.tuberculosis* ascendió a 4,4 millones. En Colombia, aproximadamente el 14% de los pacientes con VIH desarrolla TBC.

La coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor de riesgo que agrava la situación epidemiológica de la TBC, pues el virus al inducir a una inmunodepresión progresiva,

favorece la reactivación de la TBC en personas con infección tuberculosa latente y la progresión hacia la enfermedad en aquellas con primo infección o reinfección tuberculosa.

De los 989 casos de infección VIH/SIDA notificados a la SDS de Bogotá durante 1995, el 4.6% (n=45) presentaron enfermedad tuberculosa. El 88.9% de estos casos se diagnosticó en pacientes con SIDA y los restantes en los clasificados como VIH(+) sin el síndrome.

En la distribución por grupos etáreos se observó que el 55.6% de los casos se presentó en población entre los 25 y 44 años de edad. El 86.6% (n=39) de los enfermos fueron hombres. (Ver Gráfica 2).

La mayor proporción de formas de TBC en pacientes con asociación TBC-VIH/SIDA correspondió a la pulmonar (37.7%), seguida

de formas extrapulmonares (17.8%). En 44.4% de los casos no se registró este dato.

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

De los casos con asociación TBC/SIDA 91.3% fueron hombres. Por grupo etáreo 47.1% pertenecía al grupo de 24 a 34 años 29.4% al grupo de 20 a 24 años y el 23% restante el grupo de 45 y más años de edad. No se obtuvo información sobre la variable edad en el 26% de los casos.

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

Gráfica 2. Distribución de casos TBC-SIDA por grupos de edad Santa Fe de Bogotá, D.C. 1995

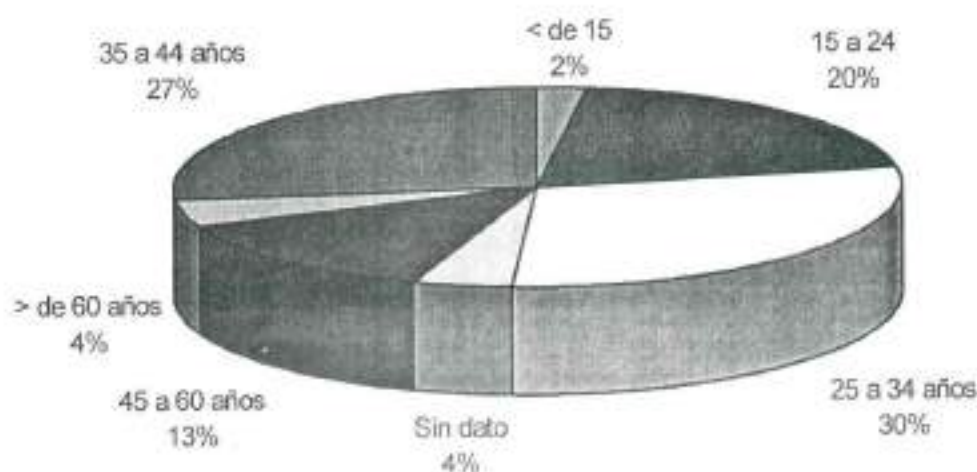


Tabla 2. CAPTACIÓN DE CASOS DE TBC POR LOCALIDAD
PROGRAMA TBC - PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - 1995

LOCALIDAD	POBLACIÓN	Po > 10 años que consulta	S.R. ¹ esperados	PTES TBC ESPERADOS ²	PTES TBC EN PROGRAMA	% CAPTACIÓN
USAQUEN	371.082	S.D.	4.374	131	5	3.8
CHAPINERO	151.871	18.589	1.853	55	4	7.2
PERSEVERANCIA	102.403	17.616	1.761	59	4	7.0
SAN BLAS	394.599	95.330	9.530	285	24	8.4
USME	371.971	61.048	6.104	183	9	4.9
TUNJUELITO	200.275	69.023	6.902	207	15	7.2
PABLO VI-BOSA	261.097	64.635	6.463	193	11	6.0
KENNEDY	654.085	69.485	6.948	208	25	12.0
FONTIBON	194.047	42.553	4.255	127	1	0.7
GARCES NAVAS	648.067	103.791	10.379	311	19	6.1
SUBA	380.239	34.452	3.445	103	13	12.6
SAMPER MEND.	95.180	11.463	1.146	34	11	32.0
OLAYA	124.904	17.306	1.735	51	300	588*
CANDELARIA	44.407	15.145	1.514	45	2	4.4
TRINIDAD GALAN	317.033	41.336	4.133	123	6	4.8
SAN JORGE	345.749	29.630	2.963	89	7	7.8
VISTA HERMOSA	593.542	51.891	5.189	155	4	2.5
NAZARETH	43.309	1.828	182	5	--	--
JUAN XXIII	249.410	18.132	1.813	54	2	3.7
TOTAL	5.543.770	823.472	82.347	2.470	586	23.0

Fuente: Programa Prevención y control TBC. SDS

10% de la población que consulta

3% de SR

*A este hospital de Primer Nivel notifican el Hospital Santa Clara y el Hospital San Juan de Dios.

Comentario Editorial

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

Tres hechos evidencian deficiencias en la vigilancia y control de la TBC en el Distrito Capital: 1) alto porcentaje de casos diagnosticados sin baciloscopia durante 1995 y lo que va corrido de 1996, a pesar de que el

protocolo establece su indispensable utilización como prueba de oro diagnóstica para esta patología, reconocida y recomendada mundialmente por su alta sensibilidad y especificidad, por ofrecer procedimientos rápidos, sencillos y de bajo costo. 2) Alto porcentaje de casos captados por instituciones privadas, debe llamar la atención a las instituciones públicas, mayoría en la ciudad, y a quienes compete liderar actividades de prevención y control. 3) Incremento de las formas de TBC extrapulmonar, que posiblemente pueden estar asociadas con VIH/SIDA.

Teniendo en cuenta que la tasa de VIH/SIDA va en aumento en Colombia y un alto porcentaje de estos pacientes desarrollan TBC es indispensable la coordinación de acciones en la búsqueda activa de esta coinfección que lleve al control de la transmisibilidad de estas dos patologías.

NOTICIAS..

VII Jornadas Nacionales de Epidemiología

La sociedad Colombiana de Epidemiología invita a la VII Jornadas de Epidemiología del 19 a 24 de agosto de 1996 en la ciudad de Manizales cuyo tema central es "La Seguridad social Integral".

Están programados los siguientes talleres Pre-Jornadas:

- Epidemiología Clínica
- Economía y Salud
- Mercadeo Social
- Evaluación de Servicios de Salud
- Políticas de Salud

La agenda preliminar incluye mesas de trabajo y conferencias sobre:

- Seguridad Social

- Evaluación y Acreditación de Servicios de Salud
- Sistemas de información y Vigilancia Epidemiológica
- PAB, POS, ATEP
- Utilidad de la Epidemiología en la Evaluación de Tecnología en Salud
- Mercadeo Social
- Economía y Salud, Política y Salud
- Enfermedades Emergentes

Para mayor información comunicarse con:

Ana María Escobar Tel: (968)835185

Fax - (968)863012 A.A.3045 Manizales

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico VII

SEMANA 25-26

LOCALIDAD	COLETA		FAR. FLAC		EXP. RABIA		M. MENING		VIHUSO		M.H. INFLUEN		HEPATITIS B		SARAMP		LESIONES		M. MATER		M. PERNAT		S. HISO MAL		
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	
USAQUEN	0	0	0	0	0	0	1	1	30	0	2	0	0	0	0	0	42	530	-	-	-	-	2	3	
ELUBA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 ¹	0	77	443	-	-	-	-	1	2
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	14	592	-	-	-	-	3	3	
CHAPINERO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 ¹	0	271	2728	-	-	-	-	0	53
ENGATIVA	0	2	1 ¹	1	0	0	1	2	26	0	3	0	0	0	0	1	0	34	537	-	-	-	-	0	24
BOSA	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	277	-	-	-	-	0	21	
FONTIBÓN	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	25	224	-	-	-	-	0	12
KENNEDY	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	1248	-	-	-	-	3	12
SAN CRISTOBAL	0	0	0	2	0	0	1	0	13	1	3	0	1	0	0	0	0	854	1534	-	-	-	-	2	15
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	63	777	-	-	-	-	0	40
SANTA FE	0	0	0	3	0	0	0	1	4	14	0	1	0	0	0	0	0	0	581	-	-	-	-	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	135	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	1	7
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	154	1843	-	-	-	-	0	2	
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	0	2	0	0	0	0	1068	-	-	-	-	0	2	
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	864	-	-	-	-	0	33	
CIUDAD BOLÍVAR	0	0	2	2	0	1	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	19	-	-	-	-	0	19	
USME	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	512	-	-	-	-	0	1
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	-	-	-	-	0	0	
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66	-	-	-	-	0	1	
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	727	-	-	-	-	0	5	
TOTALES	0	5	3	15	8	16	1	10	142	273	2	31	0	15	9	1	3	9	1079	14716	-	11	1314	128	388

Causa Indefinida

Muertos Maternos y Perinatales con datos acumulados hasta la semana 26.
 En Métricas al Menor se suman a los datos observados 107 del I.C.B.F. de diferente procedencia.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTES SEMANAL
Período Epidemiológico VII

SEMANA 27-28

periodo Epidemiológico VII

LOCALIDAD	CÓLERA		PAU. FLAC		EXP. MABIA		M. MENING		VIHUSDA		M. HEPATITIS B		S. FIL. CONG.		SARMAP		LEISHMAN		M. MATERN		M. PERINAT		S. MROD MAL.	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAGUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARENAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUELLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Muerto Materna y Perinatal por causas desconocidas: 25.
 En Materno al Menor se surten a los casos observados 11 del C.B.F. de diferente procedencia.
 Sin Datos: Muertos Maternos y 870 Muertos Perinatales.

B-E-D

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DISTRITAL

Volumen 1 Ejemplar 6

Julio 14 - Agosto 10 de 1996

Semana 29 al 32

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Beatriz Londoño Soto
Secretaria Distrital de Salud

Delio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de Salud

Ana María Peñaola Poveda
Directora Promoción y Prevención

Consuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.



COMITÉ EDITORIAL

Beatriz Londoño Soto	Sonia E. Rebollo Sastoque
Ana María Peñaola Poveda	Luz Adriana Zuluaga
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa G.
Consuelo Peña Aponte	Cristina Matiz Matiz
	Doracelly Hincapié Palacio

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Amaya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Rodríguez Ruiz
Isán Angarita Gálvez	Humberto Niampira R.
Concepción Codillar de Cortés	César Castro Neira
Mabel Díaz	Dario Medina Palacios

DESEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICO PARA EL DISTRITO CAPITAL SANTAFÉ DE BOGOTÁ

Introducción:

Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital de la República de Colombia, es el principal centro político, administrativo, industrial, económico y humano del país; en la ciudad habita alrededor del 15% de la población nacional y en términos absolutos concentra el mayor número de pobres después del departamento de Antioquia; se estima que de los 5.608.345 habitantes¹, 1.029.747 no tienen sus necesidades básicas satisfechas.

El sector industrial y de servicios genera las principales fuentes de trabajo, sin embargo el nivel de desempleo no ha bajado en los últimos años del 8%, siendo los jóvenes, mujeres y las personas dedicadas a labores administrativas, los grupos más afectados.

El desequilibrio entre el crecimiento demográfico, la adecuación de zonas urbanas en la ciudad, la oferta de vivienda y la capacidad adquisitiva, ha generado el incremento de asentamientos periféricos sin las condiciones mínimas de infraestructura y con dificultades de acceso a los servicios públicos.

Al revisar el patrón de salud-enfermedad de la población bogotana, se evidencia un comportamiento característico de la transición demográfica y polarización epidemiológica con cambios favorables en las tendencias de algunos macroindicadores de salud como la mortalidad infantil, el índice de desnutrición, la esperanza de vida al nacer y reducción en la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas, a la vez que un incremento de las enfermedades crónicas y del complejo trauma-violencia.

CONTENIDO

- Plan de Atención Básico para el Distrito Capital.....Pág. 1
- Informe de Notificación por Localidad.....Pág. 5 y 6

¹ proyectada del censo de 1985

Plan de Atención Básico - PAB

No obstante, el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, aún son considerables los problemas generados por el rápido y desordenado proceso de urbanización de la ciudad, de los problemas sanitarios, la marginalidad, la inequidad, la desprotección del trabajador informal, la contaminación ambiental, los estilos de vida no saludables, así como las deficiencias en la prestación de servicios de salud.

En este marco, la *Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá* a través de la *Secretaría Distrital de Salud*, como eje de la Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud de la ciudad, cuya misión es la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud en los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros, enfrenta la problemática de la salud-enfermedad del Distrito, responsabilizándose del acceso de la población a los servicios de salud, de la definición de los lineamientos de la política de promoción y prevención, del planteamiento, ejecución y control del Plan de Atención Básico que deberá ser avalado por el Consejo Distrital de Seguridad Social.

Marco de referencia conceptual

El Plan de Atención Básico (PAB), es definido como el "Plan de servicios de salud pública, de responsabilidad del Estado, complementario del Plan Obligatorio de Salud (POS) y se compone de un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones colectivas e individuales que deben beneficiar en forma gratuita a todos los habitantes". En cumplimiento de los principios constitucionales para todos los colombianos, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades ocupan un lugar estratégico en el Plan de Atención Básica (PAB).

La *salud* concebida en un *sentido positivo*, se entiende como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, el cual tiende hacia el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida.

Asume la *promoción de la salud* como el conjunto de acciones que pretenden generar en la población mayor control sobre sus procesos de salud, desarrollar sus potencialidades, conciliar intereses diversos, gestar la voluntad y el compromiso de la colectividad para movilizarse y destinar recursos en función de dos propósitos principales: forjar los medios y condiciones

que permitan a los ciudadanos ejercer control sobre sus procesos de salud y eliminar las diferencias que restringen las oportunidades para acceder al bienestar.

Así mismo, define la *prevención de la enfermedad*, como el conjunto de acciones para la identificación, control, reducción o eliminación de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento asociados a una enfermedad o grupo de ellas, tanto en el plano individual como en el colectivo, para modificar los riesgos de enfermar y morir de la población.

Así concebidas la promoción y la prevención, se puede conservar la especificidad y fortalecer la complementariedad entre las dos estrategias y se pretende modificar el modelo de salud asistencialista, uno que desarrolle la vivencia de la cultura de la salud como deber y derecho de cada ciudadano.

Marco de referencia legal:

Los principales referentes legales del PAB, se establecen en:

- ♦ La Constitución de la República de Colombia de 1991.
- ♦ La Ley 100 de 1993. Marco General del SGSSS
- ♦ La Ley 60 de 1993. De competencias y recursos
- ♦ La Ley 9 de 1979. Código Sanitario Nacional
- ♦ El Decreto 1891 de 1994. sobre Planes de Beneficio
- ♦ El Decreto 1938 de 1994. sobre Promoción y Prevención.
- ♦ Los acuerdos 29 y 33 del CNSS de 1996
- ♦ El Decreto 295 de 1995 "Formar Ciudad" del Distrito Capital.
- ♦ La Resolución 5165 del Ministerio de Salud.
- ♦ El Decreto 1896 de 1994. reglamentario de Ley 100
- ♦ El documento Conpes 026 de 1995.
- ♦ La Ley 142 de 1995 sobre servicios públicos.
- ♦ Ley 99 de 1993 sobre el Ministerio del Medio Ambiente.
- ♦ El Decreto 077 de 1989, sobre la gestión de los servicios públicos.

Principios:

Los principios que sustentan y guían el desarrollo y sostenibilidad del Plan son los de:

Integralidad

El PAB se integra como parte de las acciones que tienden a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos del Distrito Capital.

Intersectorialidad

El PAB formulado rebasa el ámbito del sector salud y el ámbito institucional, se ubica en espacios de concertación de carácter político, social y laboral del Estado y de la sociedad en el Distrito Capital.

Complementariedad

El PAB pretende complementarse con diferentes planes y acciones sectoriales e intersectoriales, con el fin de evitar duplicidad de acciones y expandir cobertura.

Progresividad y Gradualidad

El PAB, desde su inicio, se compromete a elevar progresivamente los beneficios a toda la población capitalina, integrando gradualmente los recursos financieros del sector en pro de los objetivos propuestos.

Flexibilidad

La flexibilidad se expresa cuando las acciones del PAB de cada zona o localidad del Distrito dan respuesta a sus problemas y necesidades.

Participación social

La implantación del PAB en la ciudad, utilizará la participación social para desarrollar la capacidad ciudadana en la planeación, organización y gestión de la salud en el Distrito Capital.

Objetivo:

El PAB para Santa Fe de Bogotá busca contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos del Distrito, mediante la planificación, desarrollo y evaluación de intervenciones básicas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estrategias:

Dadas las características del Plan de Desarrollo económico, social y de obras públicas para Santa Fe de Bogotá D.C. 1995-1996, "Formar Ciudad" y del Plan de Atención Básico, se establecen las siguientes estrategias para lograr el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

- ♦ Participación ciudadana
- ♦ Concertación
- ♦ Comunicación
- ♦ Educación

Áreas de acción:

Una vez definidas y sustentadas las prioridades en salud del Distrito Capital se definieron las áreas de acción, las cuales fueron concretadas en 8 proyectos.

A cada proyecto se le definieron los objetivos, metas y actividades, así:

1. *Cultura de la Salud*, que en su esencia sigue el sentido positivo de la salud, contempla acciones de información-comunicación, participación de los ciudadanos y reorientación de servicios. Su objetivo es contribuir a la generación de procesos sociales y comunitarios para fomentar comportamientos, hábitos y valores positivos que permitan la convivencia ciudadana, el desarrollo individual y colectivo y la construcción de estilos de vida saludables, aprovechando los datos suministrados por la vigilancia de eventos tales como lesiones no fatales, maltrato infantil y consumo de psicoactivos. La responsabilidad de las acciones es eminentemente intersectorial.
2. *Desarrollo integral del menor, escolar y adolescente*, cuyo objetivo es favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de 0 a 18 años, dentro del contexto social, familiar y comunitario.
3. *Salud sexual y reproductiva*, pretende fomentar acciones que propendan por el desarrollo de una sexualidad plena, responsable y segura, así como la protección integral durante la gestación, nacimiento, puerperio y lactancia.
4. *Enfermedades no transmisibles*, cuyo objetivo es caracterizar la magnitud de las patologías crónicas y degenerativas en la población adulta, así como identificar los factores de riesgo relacionados con ellas y propender por la toma de medidas de control demostradas como costo-efectivas.

5. *Enfermedades transmisibles*, propiciará la disminución de la morbilidad y mortalidad por cólera, lepra y tuberculosis entre otras, a partir de la detección y tratamiento precoz de enfermos y sus contactos.

6. *Valoración social del trabajador informal*, cuya ejecución contribuirá a mejorar las condiciones de trabajo y salud de las personas que laboran en el sector informal.

7. *Medio ambiente y calidad de vida*, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de las condiciones del medio ambiente del Distrito Capital.

8. *Vigilancia epidemiológica*; este proyecto fortalecerá el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para lograr una intervención eficaz y oportuna en el control de factores de riesgo y problemas de salud pública prioritarios en el Distrito Capital.

Finalmente, se definió un proyecto transversal denominado, "*Eduquémonos para la salud y la vida*", que integra las acciones de información, comunicación y educación propuestas en las áreas de intervención formuladas. Está orientado a brindar a la población residente en el Distrito Capital instrumentos que les faciliten la comprensión del proceso salud-enfermedad y por tanto orientar las intervenciones que el individuo puede realizar sobre sí mismo y su colectividad para mejorar la calidad de vida.

Desarrollo del Plan:

Dadas las características del Plan y teniendo en cuenta que debe responder a la heterogeneidad sectorial y de las comunidades, su desarrollo requiere de un proceso de concertación, negociación y participación de las instituciones, sectores y comunidades responsables del mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad. Por tanto se requiere desarrollar actividades tendientes a:

- Presentar y concertar el Plan con la Administración Distrital y los sectores identificados como partícipes del mismo, para definir inter-sectorialmente parámetros metodológicos de priorización que permitan la ejecución de las actividades en forma racional.
- Realizar los análisis de costos de cada una de las acciones planteadas y compararlas con los compromisos financieros de cada sector, para proceder a realizar los ajustes necesarios.
- Definir los objetivos y estrategias para cada sector, participante en el desarrollo de los proyectos.
- Definir un sistema de información estratégica que

apoye la planeación y acertada ejecución actividades realizadas en el ente territorial.

- Diseñar un sistema de monitoreo y evaluación base en indicadores sencillos.

Administración y financiación:

El Plan de Atención Básico es una responsabilidad Alcaldía Distrital; por lo tanto su administración es cargo del Alcalde Mayor, quien se apoyará a Secretarios de despacho para la implantación desarrollo.

Cada uno de los sectores involucrados deberá poseer herramientas mínimas necesarias para la co-gestión ejecución de las acciones Distritales y locales a re en el PAB.

La asignación del presupuesto para el PAB estará a los objetivos, programas y proyectos establecidos su ejecución en el Distrito, en coordinación con planes, programas y proyectos sectoriales institucionales definidos para tal fin. Por lo tanto, se definir claramente el origen y destinación de los recursos financieros con que cuenta cada sector y/o institución para la realización de cada una de las actividades PAB, con el fin de lograr su adecuación a los planes, programas y proyectos definidos y cuando sea necesario se realicen los proyectos de cofinanciación.

Lo anterior se realizará sin perjuicio de la autonomía de los diferentes actores.

Control y Evaluación:

Para el control y evaluación de la implantación desarrollo y el seguimiento del PAB, la Administración Distrital se apoyará en el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, establecido por la Ley 100 y el Acuerdo 25 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el Comité Distrital del Plan de Atención Básico forma parte del grupo Distrital encargado de planificar, diseñar y evaluar el Plan de Desarrollo del Distrito. Estará integrado por un representante de cada uno de los sectores involucrados y será asistido por la Secretaría General de la Alcaldía.

**DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico VIII**

SEMANA 25+38

LOCALIDAD	CÓLEPA		PAL FLAC		EXP RABIA		M. MENING		VIROSIDA		M. H. INFLUEN		HEPATITIS B		SARMAP		LESIONES		M. MATER		M. PERISAT		S. NIÑO MAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAGUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	15	45	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	2	1	1	0	0	1	19	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATVÁ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	20	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PONTISÓN	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	2	0	0	0	0	0	15	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	176	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIMIPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TELSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	18	1	11	0	12	26	413	3	34	0	19	0	1	0	0	13	0	0	0	0	0

Cálculo: 20/08/2018

En Milió y Menor se suman a los datos observados: 31 del I.C.B.F., de 8 fuente procedencia.
Se dan de localización: 0 Muertes Maternas y 970 Muertes Perinatales

DIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCIÓN
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA
REPORTE SEMANAL
 Período Epidemiológico VIII

LOCALIDAD	CD. EMA		PAR. FIAC		EXP. PABIA		M. MENING		VIRUSOIA		M. M. VILLER		HEPATITIS B		SIFIL. CONG.		SARAP		LESIONES		M. MATRIV		M. PERUVAT		S. AÑO MAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM			OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM			OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
LAJOEN	0	0	0	0	1	1	0	1	3	45	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAMPENRO	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EMGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO RABANO	0	0	0	0	0	0	0	0	179	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	79	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USAME	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	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
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	417	0	27	1	13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CD. EMA: 0000010000
 PAR. FIAC: 0000000000
 EXP. PABIA: 0000000000
 M. MENING: 0000000000
 VIRUSOIA: 0000000000
 M. M. VILLER: 0000000000
 HEPATITIS B: 0000000000
 SIFIL. CONG.: 0000000000
 SARAP: 0000000000
 LESIONES: 0000000000
 M. MATRIV: 0000000000
 M. PERUVAT: 0000000000
 S. AÑO MAL: 0000000000

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Beatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de Salud

Delio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de Salud

Ana María Peñuela Poveda
Directora Promoción y Prevención

Consuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.
MAPA POR LOCALIDADES

**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Reholla Sastoque
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa García
	Luz Adriana Zulunga S.

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Amaya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Rodríguez Ruiz
Iván Angarita Gálvez	Humberto Niampira R.
Constanza Cuéllar de Cortés	César Castro Neira
Mabel Díaz	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ARTÍCULO CENTRAL**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIONES EN SANTA FE DE BOGOTÁ**

Por: Patricia Arce Guzmán Coordinadora PAI-SDS

Introducción:

Desde comienzos del siglo, las infecciones transmisibles de la infancia han causado la muerte de miles de niños en la Región de las Américas, debido a la no existencia de mecanismos específicos de protección. Sin embargo, con la producción de las vacunas y la implementación de diferentes estrategias de vacunación se ha demostrado que la inmunización es la medida de salud pública más económica para prevenir la enfermedad y la muerte entre los niños. A pocos años de comenzar el siglo XXI la meta de eliminar y erradicar algunas enfermedades inmunoprevenibles, está próxima a hacerse realidad, como ocurrió con la Viruela.

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para poner al alcance de un mayor número de niños los beneficios de la vacunación.

Durante la década de los ochenta, Colombia se destacó en el contexto mundial de la Salud Pública como uno de los países que registró mayores avances en el diseño y ejecución de programas de vacunación, no solo por la magnitud de las coberturas alcanzadas, sino por las estrategias innovadoras que ha diseñado y utilizado, pasando de coberturas de vacunación para B.C.G y Poliomielitis en menores de un año de un 20% a principio de los ochenta, a coberturas superiores al 80% en 1991.

Las cifras estadísticas, evidencian un esfuerzo para salvar miles de vidas de niños menores de 5 años que hubieran podido morir por enfermedades como la Tuberculosis, Tetanos, Difteria, Tosferina, Poliomielitis y Sarampión.

En el marco de la nueva legislación de Seguridad Social en Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones se incluye como componente vital de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ocupando un lugar estratégico dentro del Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), por tanto nuevos actores como

CONTENIDO

* Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones...	Pág. 1
* Vigilancia Epidemiológica Parálisis Flácida y Sarampión...	Pág. 3
* Jornada Distrital de Vacunación	Pág. 5
* Informe de Notificación por Localidad	Pág. 6-8

las Empresas Promotoras de Salud se vienen involucrando para contribuir al éxito de las políticas de vacunación definidas.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones, actualmente proporciona protección contra seis enfermedades prevenibles a través de vacunación a cerca de un 80% de los niños del mundo en desarrollo, a un costo aproximado de \$U.S 1.400 millones al año. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, las enfermedades inmunoprevenibles siguen causando más de dos millones de muertes anuales. Adicionalmente, las enfermedades infecciosas y parasitarias explican el 44% de las muertes en países en desarrollo con una mortalidad anual de 7 millones en menores de cinco años, equivalente a una cifra de dos niños cada diez segundos.

En Colombia se alcanzaron durante 1995 mayores coberturas de vacunación en menores de un año con respecto al año anterior, 95% con antipolio, 94% con triple bacteriana (DPT), 80% con antisarampión, 100% con BCG y 74% con antihepatitis B. En dicho año se vacunó con antisarampión hasta el mes de septiembre, a partir de este mes y hasta el 31 de marzo de 1996 se realizó la vacunación masiva con triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis) a todos los niños entre 1 a 3 años de edad, alcanzándose un 90% de cobertura en este grupo etéreo.

Con base en las coberturas de vacunación logradas durante el primer semestre de 1996 en menores de un año, se proyecta que a final de año estas podrían ser 92% con antipolio, 91% con triple bacteriana (DPT), 96 % con BCG y del 100 % contra Hepatitis B. La cobertura con la vacuna triple viral en los niños de un año sería del 82 %.¹

Con el propósito de evaluar la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones y la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles, el Ministerio de Salud desarrolló una metodología para clasificar los departamentos según el riesgo utilizando un promedio ponderado de los siguientes indicadores:

- Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión por 100.000 hbt mayor o igual a 3.0.
- Tasa de parálisis flácida aguda por 100.000 menores de 15 años mayor o igual a 1.
- Porcentaje de casos de parálisis flácida con toma oportuna de heces mayor a 80%.
- Proporción de unidades notificadoras por 100.000 hbt mayor o igual a 15.
- Porcentaje de municipios con coberturas vacunales no útiles menor a 10%.
- Coberturas de vacunación con polio mayor o igual a 5%, triple viral y bacterina, Hepatitis B mayor a 80%.
- Porcentaje de municipios en el Plan de Eliminación de Tétanos neonatal, y con coberturas de TT2 menores de 80%.
- Tamaño de la población

La sumatoria de los puntajes alcanzados multiplicada por el respectivo peso ponderado permite clasificar los entes territoriales según el riesgo así:

Bajo	57 - 74	Puntos
Mediano Bajo	38 - 56	Puntos
Mediano Alto	14 - 37	Puntos
Alto	0 - 13	Puntos

Santa Fe de Bogotá obtuvo un puntaje de 49, que lo clasifica como un distrito en riesgo mediano-bajo, siendo proporción de unidades notificadoras por 100.000 hbt, indicador más bajo 3.2.

Para la evaluación por localidades en Santa Fe de Bogotá fue posible construir el indicador compuesto mencionado debido a que no está disponible la información real de coberturas de vacunación por localidad, porque los datos de vacunación se condensan por institución prestadora de servicios que la realiza y no por sitio de residencia del beneficiario, lo que lleva a obtener un indicador que refleja más la concentración de instituciones en algunas localidades que las verdaderas coberturas logradas según la población en el área de influencia de una localidad.

Resultados:

1. Coberturas de Vacunación

En Santa Fe de Bogotá, si se continúan los esfuerzos por mantener las coberturas obtenidas en el primer semestre del presente año, se podrían lograr coberturas en menores de un año de 98.8 % para Antipolio, 98.4% DPT, 59% Antisarampión, 100% BCG y Hepatitis B y 70% Tri Viral en niños de un año.

Si se comparan las coberturas de vacunación alcanzadas en enero a agosto de 1996 en niños menores de un año respecto al año anterior, se observa un incremento de coberturas especialmente en Hepatitis B, lo que evidencia beneficio de la aplicación simultánea de este biológico la dosis de Polio al recién nacido y con las dosis de Pol D.P.T a los dos y cuatro meses de edad respectivamente (Figura 1)

La cobertura de la vacuna antisarampión es de 40, más baja en relación al año anterior, debido a que la introducción de la vacuna triple viral en Septiembre 1995 desplazó la vacunación con antisarampión, continuar vacunando simultáneamente y en forma transitoria con antisarampión a los nueve meses y Tri Viral a los quince meses, no se obtienen coberturas óptimas para ninguno de los dos biológicos.

Para los niños de un año de edad, la cobertura con Tri Viral durante el período de enero a agosto de 1996 fue 45.6%.

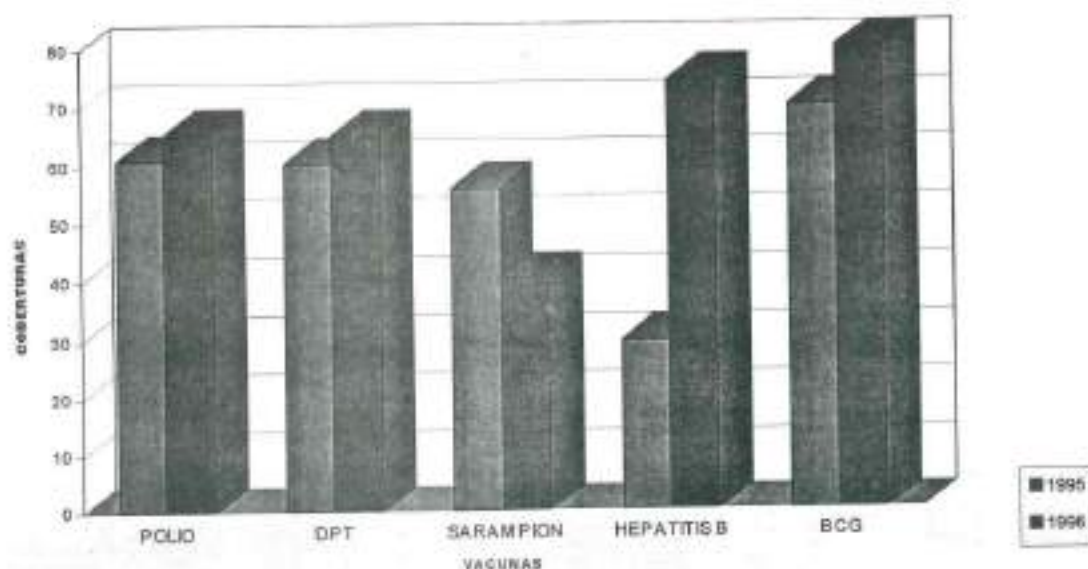
De acuerdo con la información por localidad, Usm incrementado en un 14% la cobertura de vacunación respecto al año anterior, reflejando una importante gestión del grupo de fomento y prevención y acierto en las estrategias implementadas.

¹ Ministerio de Salud - Evaluación anual Programa Ampliado de Inmunizaciones

Sin embargo esta localidad junto con las de Usaquén, Santafé, Engativa, Puente Aranda, Ciudad Bolívar y Candelaria posiblemente no lograron coberturas útiles, pues

en el primer semestre de 1996 obtuvieron coberturas por debajo del 43% para todos los biológicos.

Figura 1. Coberturas de Vacunación en menores de un año
Enero - agosto 1995 - 1996
Santa Fe de Bogotá, D.C.



	POLIO	DPT	SARAMPION	HEPATITIS B	BCG
1995	60.9	60.4	55.8	29.6	59.8
1996	65.4	65.1	46.4	74.2	80

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones SDS

2. Vigilancia Epidemiológica

2.1. Parálisis Fláccida Aguda.

En marzo de 1996, el laboratorio para el Centro de Control de Enfermedades en Ottawa, notificó la circulación del poliovirus salvaje tipo 1 en un niño de 15 meses. El niño tenía antecedentes de vacunación con la vacuna inactivada inyectable contra poliomielitis (VIP) a los 2, 4 y 6 meses. Este caso representa la cuarta notificación de circulación del poliovirus salvaje importado de otros continentes para las Américas, por lo que es importante mantener la vigilancia de la circulación del virus.

En Santa Fe de Bogotá, hasta la semana epidemiológica 35 del presente año, se han notificado 16 casos para una tasa

de 0.89 por 100.000 menores de 15 años, la cual se encuentra por debajo de la esperada (1 por 100.000 hbs). Por grupo etáreo la tasa es mayor en los niños de 10 a 14 años (1.1), seguida de la de los niños de 5 a 9 (0.8) y de la de los menores de cinco años (0.62), con una razón de 1.6 hombres por cada mujer afectada.

La proporción de toma oportuna de muestras de heces es baja (75%) especialmente en las localidades de San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Engativa, lo cual puede ser debido a la consulta tardía del paciente, es decir después de 15 días de iniciada la parálisis, lo que implica inoportunidad en la investigación de los casos.

Tabla 1. Indicadores de evaluación de vigilancia de Parálisis Flácida. Semana 1-35. Santa Fe de Bogotá 1996

Localidad	Casos notificados de PFA	Tasa de Incidencia de PFA	Casos Investigados		Toma oportuna de muestras		Casos seguidos		% de notificación
			N	%	N	%	N	%	
USAQUEN									100
BARRIOS UNIDOS									100
CHAPINERO									100*
SUBA									88,8
ENGATIVA	4	1,92	3	75%	3	75%	2*	75%	100
PERSEVERANCIA	2	6,06	2	100%	2	100%	2	100%	100
SAN CRISTOBAL	3	2,3	2	67%	1	33%	3	100%	100*
ANTONIO NARIÑO									100*
MARTIRES									100*
RAFAEL URIBE									90,9
TUNJUELITO									100
USME	1	0,83	1	100%	1	100%	1	100%	66,6
CIUDAD BOLIVAR	2	1,44	2	100%	1	50%	1	50%	86,6
SUMAPAZ									100
KENNEDY	1	0,47	1	100%	1	100%	1	100%	100
BOSA	3	3,5	3	100%	3	100%	3	100%	100*
FONTIBON									100*
PUENTE ARANDA									100
CANDELARIA									100
TOTAL	16	0,89	14	88%	12	75%	13	93%	93

* NO SE HA CUMPLIDO LA FECHA DE LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fuente: PAI-SDS

2.2. Sarampión:

En Colombia se dió inicio al Plan de Eliminación del Sarampión en mayo de 1993 implementando como primera y gran estrategia la vacunación masiva e indiscriminada de la población de nueve meses a catorce años, la cual alcanzó un cumplimiento del 97%. Las estrategias posteriores han sido dirigidas hacia el mantenimiento de coberturas con antisarampión no inferiores al 95% en menores de un año y la estructuración de un sistema de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Febriles Eruptivas.

Actualmente el sistema de vigilancia epidemiológica, está centrado en la detección de todos los casos *Sospechosos* de sarampión definido como todo caso que presente fiebre, erupción maculopapular generalizada, así como tos, coriza o conjuntivitis, notificado por un médico o cualquier personal de salud capacitado. Los casos *Sospechosos* se deben seguir hasta clasificarlos como *Confirmados* o *Descartados por laboratorio*. Los casos sospechosos no investigados por laboratorio o que no tienen nexo epidemiológico, se clasificarán como *Confirmados Clínicamente*.

En Santa Fe de Bogotá hasta la semana epidemiológica 35 de 1996, se notificaron 81 casos sospechosos de sarampión de los cuales 50 fueron captados por notificación de las

localidades y 31 por laboratorio. El 75,3% (n=61) casos fueron descartados por laboratorio, el 16% (n=13) confirmados clínicamente y el 8,6% (n=7) restante aun pendientes de clasificación. De los 61 descartados el 21,3% (13) fueron descartados diagnóstico de rubéola. Ningún caso de sarampión confirmado por laboratorio.

Conclusiones y Recomendaciones:

Fortalecimiento de la red de notificación a nivel de localidades utilizando estrategias de sensibilización dirigidas a las instituciones prestadoras de servicio salud resaltando la importancia de las actividades de notificación para los eventos de interés en salud pública el propósito de incrementar la cobertura y representar el sistema de vigilancia epidemiológica en el Distrito.

Es necesario que se redoblen los esfuerzos de los responsables de epidemiología para incrementar la oportunidad de la notificación de casos de sarampión disminuyendo de localidades silenciosas que están afuera de la tasa de PFA en el Distrito.

Para mejorar los indicadores de vigilancia de la poliomielitis es necesario recordar que en el proceso de consolidación de la erradicación de Poliomielitis en q

encontramos debemos continuar con las siguientes actividades de vigilancia:

- Realizar la búsqueda activa de casos de parálisis flácida especialmente en las localidades cuya población sea superior a 100.000 menores de 15 años para garantizar la ausencia de casos.

- Obtener muestra de materia fecal de buena calidad y cantidad (10gr), tomada dentro de los 15 días de iniciada la parálisis, de no lograrse esta, se requiere tomar muestras a cinco contactos del caso.

- Realizar la necropsia cuando el caso fallece sin haberse tomado muestra de materia fecal, para obtener muestra del sistema nervioso central y del intestino delgado conservándolas por separado sin contaminación y sin formal en una bolsa estéril bien sellada y rotulada con los datos del paciente, mientras se envían en recipiente con hielo seco al INS (Avenida El Dorado Kra. 50. Laboratorio de Virología).

Enviar ficha de notificación diligenciada completamente y la investigación de campo.

- Divulgar a la comunidad los síntomas para que consulte oportunamente.

Para mejorar los indicadores de vigilancia del sarampión es necesario:

- Realizar búsqueda activa trimestral de casos sospechosos, para garantizar la ausencia de sarampión.

- Notificación y seguimiento de todos los casos sospechosos de sarampión, con obtención de una muestra de sangre durante los 30 días siguientes a la erupción, con el fin de disminuir el porcentaje de casos clínicamente confirmados por falta de seguimiento.

- La meta de conseguir coberturas útiles para todos los biológicos en el Distrito conlleva un esfuerzo adicional de las localidades en los dos últimos trimestres del año aprovechando las estrategias diseñadas para la Jornada de Vacunación contra Rubéola para incrementar coberturas para todos los biológicos.

JORNADA DISTRITAL DE VACUNACION CONTRA LA RUBEOLA

Desde el 11 de agosto del presente año la Secretaría Distrital de Salud, acorde con las políticas del Ministerio de Salud de brindar protección a la mujer y al niño inició la jornada de vacunación contra la Rubéola en el grupo de 10 a 12 años, con el propósito de disminuir la morbilidad por el Síndrome de Rubéola Congénita.

La meta es vacunar con triple viral 319.674 niños entre 10 y 12 años, 300.000 niños menores de 5 años con antipolio y como mínimo el 2% de las mujeres en edad fértil de cada una de las localidades, (33.314, de acuerdo con la población proyectada del censo de 1985), con toxoide tetánico.

A 31 de Agosto se tiene el siguiente porcentaje de cumplimiento: Polio adicional 76.9% (204.900 dosis), Triple Viral 96% (306.944 dosis), Toxoide tetánico 74.77% dosis administradas.

Vigilancia de las reacciones adversas postvacunales:

La vacuna triple viral para sarampión, parotiditis, y rubéola no carece de efectos secundarios, se han reportado como efectos principales, púrpura trombocitopénica idiopática, convulsiones, meningitis aséptica después de 30 días de aplicación del biológico en proporciones que varían de 1 por cada 3.000 dosis hasta 1 por cada 11.000 dosis aplicadas. Debido a que en Santa Fe de Bogotá se han aplicado a la fecha un poco más de 300.000 dosis, es necesario iniciar la vigilancia de las reacciones adversas a la vacunación considerando como caso probable todo niño de 10 a 13 años con los síntomas descritos anteriormente al que se le verifique antecedente de vacunación con triple viral. Los casos identificados deben ser notificados inmediatamente a la Secretaría Distrital de Salud para ser evaluados en un comité de expertos creado para el efecto por el Ministerio de Salud.

Proximamente se dará a conocer las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad que participaran en el estudio nacional que se está planificando para medir la frecuencia de reacciones adversas postvacunales por el Ministerio de Salud.

EPINOTAS

Seminario Latinoamericano Hacia un Nuevo Siglo sin Trabajo Infantil, Octubre 21 al 24 de 1996, Santa Fe de Bogotá, Auditorio León de Greiff, Universidad Nacional.

V Congreso Nacional de Prevención y Atención del Maltrato Infantil, Octubre 31, Noviembre 1 y 2 de 1996, Santa Fe de Bogotá, Centro de Convenciones, Biblioteca Luis Ángel Arango.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico IX

SEMANA 33

SEMANA 33																												
LOCALIDAD	COLOMA		PAR. PUJO		COY. ABDA		M. MENDO		VILLISTA		M. HUIFLECH		HERATIS B.		S. LIL. COMA		SAPONA		LEBONCS		M. MATTEO		M. PERALTA		S. RIVERO MAL.			
	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		
USACUEN	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	45	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0	3		
SUBA	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	18	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	42	0	11			
BARROS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	5	1	2	0	0	0	0	0	0	24	2	0	9			
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	4	4	14	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	158	3015	1	30	53		
ENCATIVA	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	25	0	3	0	1	0	1	0	0	0	28	524	3	43	0	42		
BOSA	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	277	1	1	0	45		
FONTECH	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	231	0	16	0	21		
KENNEDY	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1267	0	0	4	23		
SAN CRISTOBAL	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	16	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1815	1	45	13	30		
PUENTE AVANCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	99	1596	0	18	0	40	
SANTA FE	0	0	0	3	0	0	0	0	1	2	47	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	35	8	14	
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	178	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	38	0	7	
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2038	1	3	0	22	
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	45	1360	0	20	0	4	
TUQUELITO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	33	
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	4	0	4	0	4	2	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	22	0	19	
USAME	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	515	0	10	5	14	
BUMAPAZ	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	
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	126	0	6	1	10	
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	737	0	2	0	5	
TOTALES	0	0	0	0	0	16	0	12	0	0	423	0	27	1	12	0	1	0	0	0	0	247	1610	0	16	1608	33	884

Se da de localidades 8 Muertes Maternas y 1033 Muertes Perinatales

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTÉ SEMANAL
Periodo Epidemiológico IX

SEMANA 34

LOCALIDAD	DÓLERA		PAR TAC		EXP RASA		M. SINDRO		VIÑEDA		M. H. FLEJA		REPARTO B		BIFR. CONG		SARUMP		LESIONES		M. MATERIA		M. FERRAT		S. MINOMIAL	
	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
USAGUÉN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	2	0	0	0	0	0	0	0	639	-	1	-	27	0	3
SUMA	0	0	0	2	0	0	0	0	1	20	0	3	0	2	0	0	0	0	5	448	-	0	-	42	2	13
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	17	0	3	0	2	0	0	0	0	2	621	-	2	-	34	0	8
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	0	2	0	0	0	0	0	0	19	3654	-	1	-	33	0	53
ENGATIVA	0	0	0	3	0	0	0	1	0	28	0	3	0	1	0	1	0	0	8	639	-	2	-	43	0	42
BOSA	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	277	-	1	-	21	0	45
FONTIBÓN	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	251	-	0	-	16	0	31
KENNEDY	0	0	0	0	0	2	0	2	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1387	-	0	-	30	0	23
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	2	0	0	0	2	2	18	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1615	-	1	-	49	0	30
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1006	-	0	-	18	0	40
SANTA FE	0	0	0	3	0	0	0	3	4	21	0	2	0	0	0	0	0	0	0	581	-	0	-	25	0	14
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	1	0	0	0	179	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	-	1	-	38	0	7
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2038	-	1	-	8	0	22
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	0	2	0	0	1	1	0	1307	-	0	-	20	0	4
TUNAJUELITO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	864	-	0	-	23	0	33
CIUDAD BOLÍVAR	0	0	0	4	0	1	0	2	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	19	-	0	-	22	0	10
USME	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0118	-	0	-	10	40	34
SUMAPAZ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	-	0	-	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	125	-	0	-	6	0	10
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	737	-	0	-	0	0	5
TOTALES	0	0	0	18	0	16	0	33	8	434	1	38	0	12	0	9	1	1	34	1896	-	16	-	156	42	205

CERO ESPECTADOR

En Datos de localidades 0 Muertes Mujeres y 1025 Muertes Población

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico IX

SEMANA 35

LOCALIDAD	COLOMBIA		PAZ FALC.		EXP. NAVAL		M. MENING.		UNISIDA		EL HIRFLEN		DEPARTITO D		SANTO COND.		SABANER		LESCONES		M. WATERH.		M. PERKAT		S. NIÑO BAL.	
	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
USADUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	1	48	0	2	0	0	0	0	0	0	0	630	-	1	-	37	0	3
SUBA	0	0	0	2	0	2	0	0	0	20	1	4	0	5	0	0	0	0	0	445	-	0	-	42	0	13
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	3	0	2	0	0	0	0	0	021	-	2	-	24	0	9
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	0	2	0	0	0	0	0	0	0	150	3754	1	-	20	0	53
ENIGATVA	0	0	0	3	0	0	0	0	1	36	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	-	43	8	50
BOSA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	21	0	45
FONTIBON	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	18	7	28
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	30	1	24
SAN CRISTOBAL	0	0	0	2	0	2	0	2	0	20	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	49	0	30
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	19	0	40
SANTA FE	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	21	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	25	0	14
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	243	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	38	1	8
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	9	0	22
RAFAEL URBSE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	-	20	1	5
TUNJUEITO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	23	0	33
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	4	0	4	0	1	0	2	0	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	-	22	0	19
USME	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	10	0	54
SUNAPAZ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
TEUSQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	10
TOTALES	0	0	0	18	0	18	0	14	67	521	2	40	1	13	0	1	1	1	1	1341	18231	74	-	1200	29	625

CONTINÚA EN PAGINA SIGUIENTE
 Se Daño de Infección y Muertes Maternas y Neonatales

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 8

Septiembre 01 al 14 1996

Semana 36 y 37

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**

Santa Fe de Bogotá, D.C.

**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Rebollo Sastoque
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa García
	Luz Adriana Zuluaga S.

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Amaya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Rodríguez Ruiz
Iván Angarita Gálvez	Humberto Nianpíra R.
Constanza Cuéllar de Cortés	César Castro Neira
Mabel Díaz	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ARTÍCULO CENTRAL**IMPACTO EN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD
DE LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS PARA ALCOHOL
Y PÓLVORA. DICIEMBRE DE 1995****Introducción:**

Desde hace varios quinquenios las lesiones en general, los homicidios, los accidentes de tránsito y los atropellamientos en particular, vienen representando un verdadero problema de salud pública en Colombia, pues ocasionan el 40% de los años de vida saludables perdidos, proporción similar a los originados por las enfermedades crónicas no transmisibles y duplicando a los causados por infecciosas.

Para Santa Fe Bogotá la Carga de la Enfermedad por lesiones representan al rededor del 20% del total de años de vida sana perdidos, de los cuales el 8.5% son debidos a las quemaduras. Estas últimas son particularmente importantes al afectar a menores de edad, generar deformidades y discapacidades que afectan el futuro laboral, el desarrollo personal y social y en consecuencia la calidad de vida de la víctima, además del sobre costo que ocasionan para los servicios de salud, así como la muerte.

Diferentes medidas han sido probadas en varias regiones del mundo como estrategias preventivas eficaces para la reducción del impacto social, económico e individual que generan estos problemas:

- Una legislación que estimule la paz y convivencia ciudadana.
- Programas encaminados a la prevención del alcoholismo y la farmacodependencia (Torres y colaboradores, 1993).
- Programas educativos que promuevan la utilización de dispositivos de seguridad (Polen y Friedman, 1990).
- Expedición y cumplimiento de normas de tránsito relacionadas con el consumo de alcohol, velocidad y señalización (Stanfield, Smith y McGreevey, 1993).

CONTENIDO

- Impacto en algunos indicadores de Salud de las medidas restrictivas para alcohol y pólvora, Santa Fe de Bogotá diciembre de 1995..... Pág. 1
- Lesiones por causa externa en Santa Fe de Bogotá, D.C., Primer semestre de 1996 Pág. 4
- Informe de Notificación por Localidad..... Pág. 7-8

El evidente aumento de delitos en el Distrito Capital así como el incremento sustancial en el consumo de alcohol y las graves quemaduras por pólvora en niños y adultos, lo que motivó a la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, expedir los decretos 755 y 791 de 1995, por los cuales prohibió la venta y uso de artículos pirotécnicos, fuegos artificiales y globos. Adicionalmente, mediante el Decreto 756 de 1995, prohibió el expendio y venta de licores en establecimientos o espacios públicos de 1:00 a 6:00 a.m. exceptuando los días 24 y 31 de diciembre.

Para evaluar el impacto logrado por una intervención en salud pública, se requiere datos comparables antes y después de la intervención. Por esto, la Secretaría Distrital de Salud implantó un Sistema de Vigilancia epidemiológica para quemaduras, que sumada al Sistema de Vigilancia de Trauma y Lesiones por causa externa del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLyCF) y de investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de

Salud y la Universidad Javeriana, permitieron realizar siguiente análisis de impacto de las medidas tomadas.

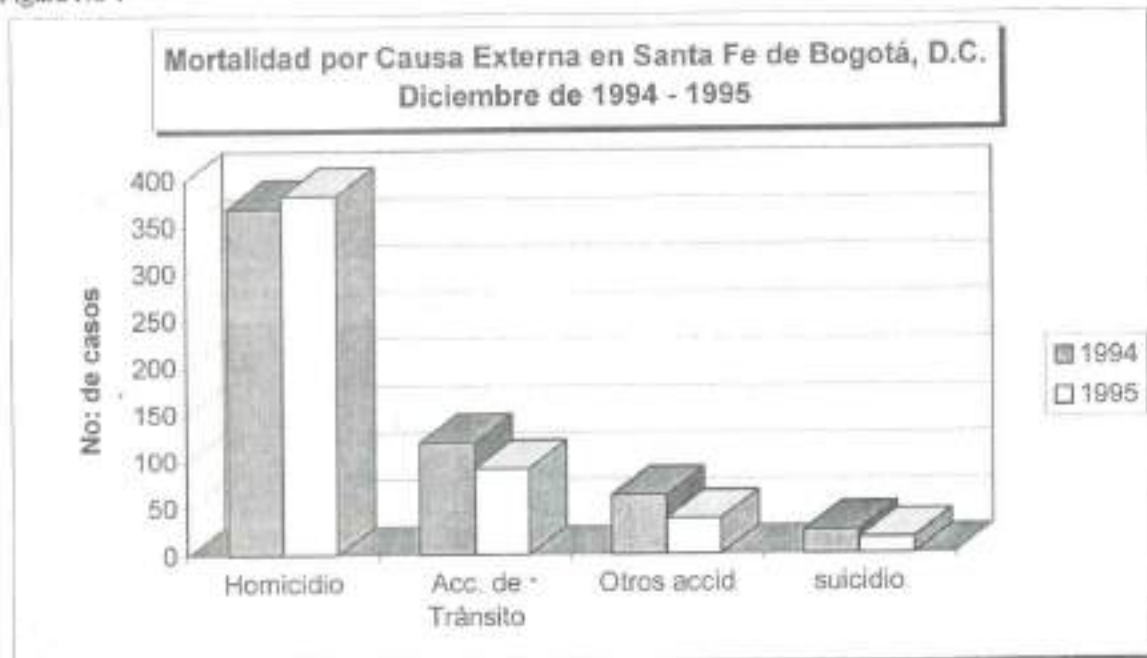
2. Valoración en los Indicadores de Salud.

2.1. Mortalidad

En el Distrito Capital al igual que en las principales ciudades del país, desde 1991 la mortalidad por lesión de causa externa, evidencian un aumento alrededor del 30% en el mes de diciembre con respecto al promedio mensual, a expensas principalmente de los homicidios los accidentes, incluidos los de tránsito y otros como los ocasionados por pólvora.

En términos absolutos en el Distrito Capital presentaron 48 muertes menos por este grupo de causas en diciembre de 1995 comparado con el mismo período de 1994, lo que representa una disminución del 8.3%

Figura No 1



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

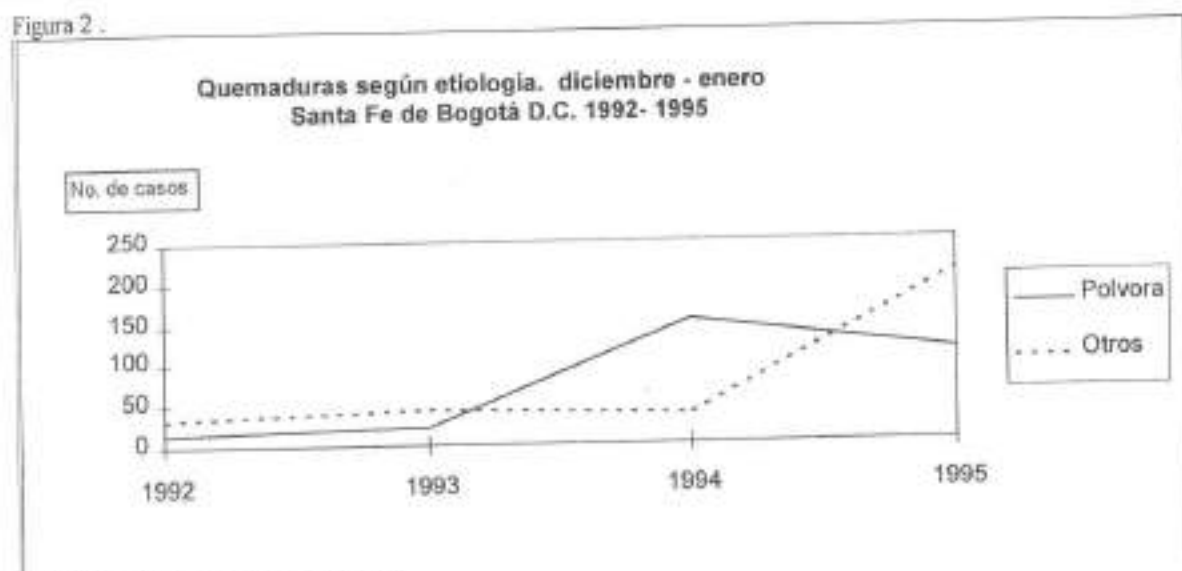
Esta disminución fue a expensas principalmente de los accidentes de tránsito y de otros accidentes (Figura 1). Una circunstancia interesante fue la evidente disminución del porcentaje de cadáveres con alcoholemia positiva entre los dos periodos analizados (18%). Además de que la proporción de muertes violentas con alcoholemia positiva ocurridas entre las 1:00 y 6:00 a.m. es significativamente menor en 1995 con respecto a 1994. Las muertes por quemaduras por pólvora disminuyeron de 4 en diciembre 1994 a cero en 1995.

3. Morbilidad

3.1. Quemaduras

Es evidente la tendencia creciente de las quemaduras durante los meses de diciembre y enero desde 1991 hasta 1995, como lo muestra la figura 2. Sin embargo, la tendencia no es igual para las quemaduras por pólvora en el bimestre diciembre 1995 - enero 1996 cuando notificó un 26% menos de casos con respecto al período inmediatamente anterior, situación precedida y asociada a los decretos arriba mencionados.

Figura 2.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

El aumento de quemaduras originadas en otras causas diferentes a la pólvora se debió posiblemente al mejoramiento de la notificación y vigilancia. Es relevante el hecho de que los hospitales de la Misericordia y Simón Bolívar, centros de alta complejidad que reciben pacientes con cierto grado de complicación, atendieron 31 casos en diciembre de 1994 y solo 2 en 1995.

3.2. Accidentes de tránsito

Aunque no se cuenta con datos confiables y comparables en la incidencia de lesiones *no mortales* por accidentes de tránsito en los períodos analizados, la disminución en un 10% de la solicitud de reconocimientos medicolegales en diciembre y enero de 1995-1996 con respecto al mismo periodo de los años inmediatamente anteriores, muestra indirectamente un impacto en este tipo de causas.

3.3. Lesiones intencionales

No hay suficientes datos que permitan demostrar la magnitud de la morbilidad y discapacidad que generan las lesiones intencionales. Sin embargo si se tiene en cuenta los datos de mortalidad, se podría inferir que el impacto de este evento en particular requiere de medidas e intervenciones más integrales con una participación ciudadana más efectiva. De cualquier modo, en vista de que aun es corto el periodo transcurrido después de la intervención, es aun difícil una evaluación, por tanto es necesario continuar con un seguimiento en el tiempo para concluir con mayor certeza.

Conclusiones

- Se evidenció una disminución de casos de mortalidad y morbilidad por lesiones de causa externa a raíz de la implantación de las medidas tomadas con el lema de la "Navidad zanahoria"
- Aunque para que se determine que hubo relación de causalidad entre las medidas restrictivas de uso de pólvora tomadas y el impacto en los eventos analizados, se requiere de estudios epidemiológicos mas rigurosos y de la permanencia en el tiempo de estas medidas, parece haber indicios para afirmar que al restringir el uso de la pólvora se disminuye la morbilidad y mortalidad por quemaduras.
- Hubo una disminución de los accidentes de tránsito (23% menos), probablemente debido a la restricción de la venta y consumo de alcohol en el periodo analizado.
- Respecto al impacto en las lesiones intencionales no fatales, los datos aún no son concluyentes, por lo que no se puede definir con certeza el beneficio o no de las medidas frente a estos eventos.
- Es una operación lógica pensar que la sociedad tuvo, además de los antes mencionados, beneficios económicos y psicológicos relacionados con estas políticas de protección social.
- La multiplicidad y complejidad de los factores que se encuentran asociados a estos fenómenos y

la identificación de las estrategias de prevención de la mortalidad y la incapacidad que ellos generan hace imperativa un abordaje multisectorial con un gran compromiso del Estado, las instituciones y la comunidad.

- Es recomendable *mantener las medidas en el tiempo* y propender porque la ciudadanía y las

instituciones se comprometan en la implantación de estas y otras medidas, que dentro de la normatividad vigente apoyen el respeto, la tolerancia y la convivencia ciudadana.

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Epidemiólogo Asesor Promoción y Prevención

LESIONES POR CUASA EXTERNA EN SANTA FE DE BOGOTÁ D.C. PRIMER SEMESTRE DE 1996

Por la Resolución 04886 de diciembre de 1995, se creó un sistema de vigilancia de lesiones donde todas las instituciones de salud deben notificar las lesiones por causa externa, fatales y no fatales que atienden, clasificación que incluye las lesiones producidas por accidentes o agresiones, es decir, actos violentos que terminan en algún tipo de daño leve o severo.

Del primero de enero al 7 septiembre de 1996, la División de Epidemiología ha recibido 17047 reportes de lesiones por causa externa. El 71,9% de los afectados fueron hombres y el 27,2% fueron mujeres (Figura 1).

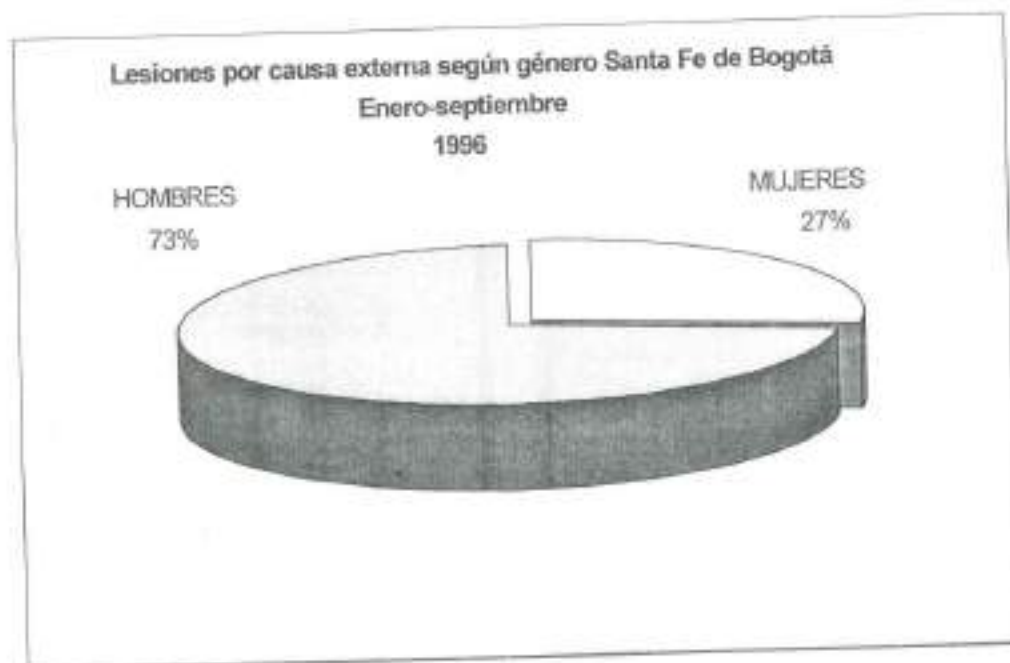
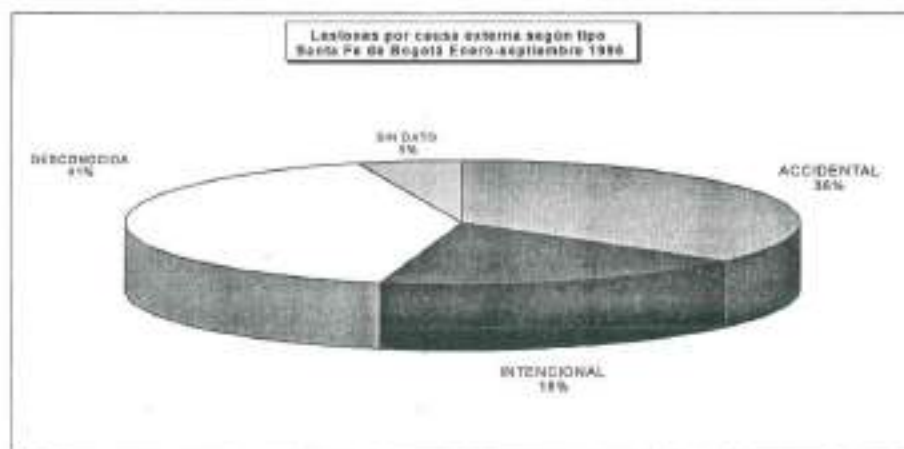


Figura 1.

Este volumen de notificación equivaldría en promedio a la atención de 2,130 pacientes por mes (71 diarios).

El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años con el 68,2% de los casos.

El 57% de los reportes (n=9708), fue catalogados como accidentales; como intencionales 4888 casos (28,7%). Entre lesiones intencionales, el 11,5% (n=1959), atribuyeron a atraco y 8% a riña (n= 13 (Figura 2).



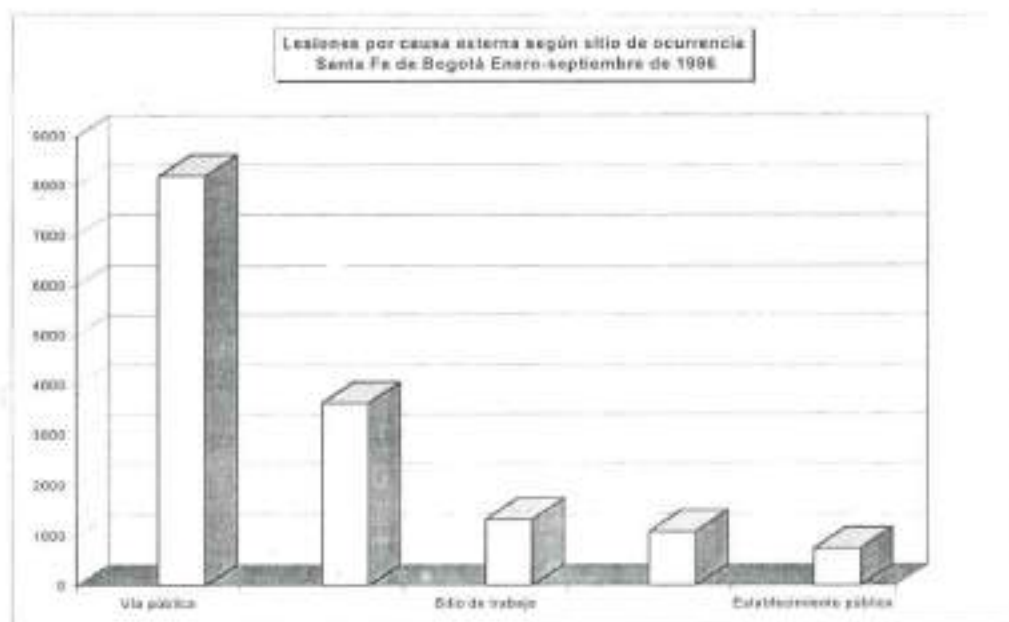
Los mecanismos que ocasionaron la lesión predominantes fueron en su orden: las armas cortopunzantes (23,3%), las caídas (19,4%) y los accidentes de tránsito (18,5%).

Los lesionados por accidentes de tránsito, en su mayoría fueron peatones 51,2%, seguidos por

los pasajeros en 5,3% y por conductores en 3,7%.

Como se observa en la Figura 3, en la vía pública se presentó la mayor proporción de las lesiones, con el 48,1% (n=8,200), seguido del sitio de residencia con el 21,3% de los casos (n=3644).

Figura3.



En cuanto a la distribución temporal de las notificaciones, los días donde ocurrieron la mayor parte de las lesiones fueron el sábado y el domingo con el 18,3% y el 16,7%

respectivamente, seguidos del viernes con el 14,2%. Es decir, en esos tres días, los fines de semana, se produce el 49,2% de las lesiones.

Entre 6:00 a.m. y 6:00 p.m. sucedieron 9119 casos, es decir, el 53,92% de todo lo notificado.

Analizando la distribución de casos según la ocurrencia el período comprendido entre las 9:00 a.m. y las 12:00 m. concentró el mayor número de casos 3188 (18,7%), seguido de los casos presentados entre las 12:01 p.m. y las 3:00 p.m. con un 19% (n=2384).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La atención de los casos generados por lesiones de causa externa genera gran demanda de servicios quirúrgicos y de otras especialidades, lo que implica altos costos para el sistema de salud. Esta es una de las razones que justifican la puesta en marcha de procesos de promoción de la salud y prevención que apunten a modificar comportamientos y formas de interacción ciudadana propendiendo por la convivencia segura y pacífica.

El porcentaje de casos catalogados aparentemente como accidentales, la frecuencia de lesiones ocurridas en la residencia y la distribución horaria, concentrada en la horas del día, revelan pautas de comportamiento ciudadano que facilitan la ocurrencia de lesiones, no atribuibles necesariamente a delincuencia sino a conductas que podrían

modificarse para reducir los indicadores de accidentalidad.

La influencia del comportamiento ciudadano también se refleja en los accidentes de tránsito, donde las víctimas de lesiones fueron principalmente peatones, de lo que podría deducirse imprudencia de parte de estos y de los conductores. La frecuencia de lesiones entre los acompañantes, puede también reducirse con la observación de medidas internacionalmente reconocidas como de protección para tales eventos como el uso de cinturones de seguridad.

La distribución por edades de las lesiones sustenta la necesidad de tomar medidas de protección para adolescentes y jóvenes en general. Esto tendría impacto positivo en la reducción de casos en este grupo de edad y consecuentemente de las incapacidades en la población económicamente productiva, entre otros resultados favorables.

El período con mayor porcentaje de lesiones continúa siendo el fin de semana, lo que indica que es necesario reforzar las medidas de control para disminuir la accidentalidad en esos días, tradicionalmente asociada al consumo de alcohol, psicoactivos, entre otros.

ORLANDO SCOPETTA DIAZ GRANADOS
Psicólogo Asesor División de Epidemiología

EPINOTAS

La División de Epidemiología tiene programado el siguiente taller:
Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Transmisión Sexual
Hotel El Peñon Girardot (Cundinamarca) los días 26 al 29 de Octubre.
Dirigido a: Los Coordinadores Locales de Programa de Prevención y Control de ETS. y
Vigilancia Epidemiológica.

El próximo 25 y 27 de octubre los niños y niñas votaran por sus derechos y el derecho a la paz este evento corresponde a la movilización de los niños por la paz, impulsada por UNICEF y la Red Nacional de Iniciativas por la Paz, si esta interesado comuníquese con la alcaldía de su localidad.

Esperamos contar con sus sugerencias, comentarios, artículos de interés para la salud pública del Distrito y demás aportes técnicos para las próximas ediciones. Puede dirigirse a la siguiente dirección (Av. Caracas No. 53-80 Tel. 3101111 Ext. 2615-2614 Fax 2128337 División Epidemiología)

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

**DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico IX**

SEMANA 38

LOCALIDAD	COLERA		FAL. FILAC		EXP. RADIA		M. MENING.		VIHUSCA		M. H. INFLUEN.		HEPATITIS B		SIFILIS CONG.		SARAME		LESIONES		M. MATERIN		M. PERINAT		S. MICRO MAL	
	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
USAQUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUNAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANCELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LEADS: 0000070000

Se Daño de localidad: 0 Muertes Maternas y 1005 Muertes Perinatales

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico X

SEMANA 37

LOCALIDAD	COLETA		PAR. FLAC		EXP. ASIA		M. MENING		VIROSA		M. H. PULV. SERRATIE D		SIF. CONG.		SARAMP		LESIONES		M. WATERN		M. PERNAI		S. BRO. TAL.	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAGUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BARBOS LINDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CHAPHERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PONTBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PUNTE ABANCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ANTONIO NAVARRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TUNUELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
USAME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TEUSQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

USAGUEN

Última actualización: 2020
 Sin Datos de Conflicto: 6 Muertes Violentas y 1155 Muertes Perinatales

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 9

Septiembre 15 al 28 1996

Semana 38 y 39

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaria Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.
MAPA POR LOCALIDADES**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Rebollo Sastoque
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa G
	Luz Adriana Zuluaga

APOYO LOGÍSTICO

Patricia Arce Guzmán	Alejandro Díaz Amaya
Clemencia Gómez Cabal	Wilson Rodríguez Ruiz
Iván Angarita Gálvez	Humberto Niampira R.
Constanza Cuéllar de Cortés	César Castro Neira
Mabel Díaz	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

La Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá viene adelantando un proceso de modernización para adecuar sus estructuras orgánicas y funcionales al marco jurídico vigente en el sector, consecuente con esto, el sistema de vigilancia, como pilar fundamental de la acción en salud pública, debe adecuarse a la nueva realidad, para responder a las necesidades de información y de monitoreo de los eventos prioritarios en salud pública.

La División de Epidemiología del nivel central (anteriormente constituida como Unidad de Vigilancia Epidemiológica) de la Secretaría Distrital de Salud, a partir de la reestructuración de 1994 fue conformada como dependencia de la Dirección de Promoción y Prevención, teniendo entre otras, la función de servir de referencia para el Distrito Capital en el proceso de Vigilancia Epidemiológica.

A través del desarrollo histórico de la Epidemiología en la ciudad, ésta ha hecho valiosos aportes al sistema de salud, los cuales han tendido a modificarse por diferentes razones, entre las que sobresalen los cambios estructurales del sistema, y las decisiones administrativas y de procedimientos que generaron una alta rotación de personal en el nivel local, dificultando la continuidad de los procesos.

Es interés de la Secretaría Distrital de Salud, fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en todo el Distrito, partiendo del conocimiento de la situación actual.

SONIA REBOLLO S. - LUZ ADRIANA ZULUAGA S
Epidemiólogas Secretaria Distrital de Salud

CONTENIDO

- Editorial Pág. 1
- Diagnóstico Situacional de la Vigilancia Epidemiológica en el Distrito Capital 1996 Pág. 2
- Informe de Notificación por Localidad Pág. 7

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EL DISTRITO CAPITAL 1996

INTRODUCCIÓN

Se realizó una evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica con el propósito de identificar la capacidad de respuesta de las localidades, con base en los resultados encontrados se diseñará y ejecutará el plan de acción para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

METODOLOGÍA

El diagnóstico incluyó 19 localidades: Usaquén, Kennedy, Puente Aranda, Chapinero, Fontibón, Candelaria, Santa Fe, Engativá, Rafael Uribe, San Cristóbal, Suba, Ciudad Bolívar, Usme, Barrios Unidos, Sumapaz, Tunjuelito, Mártires, Bosa y Antonio Nariño, se excluyó Teusaquillo debido a que existe estructural pero no funcionalmente con un hospital de 1er Nivel.

La metodología utilizada fue la observación y entrevista a través una visita a las unidades locales, realizada en el mes de agosto del presente año, evaluando los procesos administrativos, operativos de la vigilancia epidemiológica y divulgación de la información.

Una vez recolectada la información, esta fue categorizada, codificada, sistematizada y analizada utilizando el software EPI INFO 6.02.

RESULTADOS

Funcionario responsable de epidemiología

Por dificultades para la obtención de la información en una de las localidades la información se analizó sobre 18 localidades. El 52.6% (n=10) de las localidades tienen asignado un funcionario como coordinador de epidemiología, que en la mayoría de los casos debe cumplir otras funciones. En las ocho localidades restantes (47%), las actividades de epidemiología son asumidas por un profesional asignado a otra área, quien sólo puede dedicar un número limitado de horas a la semana para desarrollarlas.

De acuerdo con el perfil profesional, se encontró que el 100% de los coordinadores de epidemiología son profesionales de enfermería, de los cuales el 72.2% (n=13) no tienen formación específica en esta área, el 22.2% (n=4) están en proceso de formación en epidemiología y el 5.6% (n=1) es epidemiólogo titulado.

Además de la persona responsable, existe persona asignado a apoyar la funciones de epidemiología un 38.9% (n=7) de las localidades.

Con relación al tiempo de experiencia en actividades de Vigilancia Epidemiológica, el 38.9% de funcionarios tienen entre 6 meses y 1 año de experiencia.

Recurso logístico, tecnológico y financiero

El 100% de las localidades tienen teléfono de uso exclusivo y el 26.3% FAX compartidos con dirección, los cuales no son de dedicación exclusiva para las actividades de epidemiología, sino que son compartidos con otras áreas. El 21.0% cuenta con recurso de beeper adquirido por interés personal del funcionario encargado.

Todos los hospitales de primer nivel, y administrativos de las localidades, cuentan en un 100% con computador, al cual teóricamente tienen acceso para actividades de epidemiología el 57.8% de coordinadores.

En tres de las localidades, los funcionarios no cuentan con oficina para desarrollar las actividades de epidemiología. El 57.8% pueden disponer de vehículo para desarrollar las actividades de campo.

El 100% de los Coordinadores de Epidemiología manifestaron que no está claramente definida la asignación presupuestal para actividades de vigilancia epidemiológica, situación explicable por la inexistencia de Epidemiología dentro de la estructura organizativa de la localidad, esto dificulta la asignación y ejecución del recurso financiero.

Criterios utilizados para la inclusión de una unidad notificadora (U.N) dentro de la red de vigilancia

En las localidades estudiadas, se encontró que el 21.1% utilizó el criterio del número de pacientes atendidos; el 68.4% utilizó el criterio de ser una institución prestadora de servicios de salud; y el 10.5% no utilizó ningún criterio, considerando como Unidad Notificadora las instituciones que pertenecen a la red de servicios de atención de la Secretaría Distrital de Salud.

**Número de Unidades Notificadoras potenciales y número de
Unidades Notificadoras reales en la red de vigilancia**

Con el ánimo de incrementar la cobertura del sistema, las localidades recibieron instrucciones (Abril de 1996) para realizar un censo de instituciones que pudieran suministrar información sobre las instituciones de cada localidad. A partir del censo, se inició un proceso de sensibilización a las instituciones consideradas como potenciales Unidades Notificadoras, para vincularlas a la red de la notificación del sistema, reportándose en la actualidad

822 Unidades Notificadoras, que deberían estar notificando por pertenecer a la red de distrital de servicios de salud o por ser instituciones prestadoras de servicios de salud particulares de II y III nivel, que atienden una importante proporción de población. El 22.3% de las Unidades Notificadoras están cumpliendo regularmente con la notificación semanal, sobresaliendo la localidad de Ciudad Bolívar con un 93.3% de notificación. Ver Tabla 1.

**Tabla 1. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN SEMANAL DE U.N.
POR LOCALIDAD. SANTA FÉ DE BOGOTÁ, AGOSTO 1996**

LOCALIDAD	U.N. POTENCIALES QUE DEBEN NOTIFICAR	U.N. EN LA RED QUE ESTAN NOTIFICANDO	% DE U.N. QUE ESTAN NOTIFICANDO
USAQUEN	145	13	8.9
CHAPINERO	50	39	78.0
SANTA FE	67	7	10.4
SAN CRISTOBAL	14	6	42.9
USME	17	12	70.5
TUNJUELITO	22	4	18.2
BOSA	19	8	42.2
KENNEDY	100	11	11.0
FONTIBON	9	4	44.4
ENGATIVA	31	11	35.4
SUBA	90	10	11.1
BARRIOS UNIDOS	67	10	14.9
MARTIRES	16	10	62.5
ANTONIO NARIÑO	30	4	13.3
PUENTE ARANDA	71	5	7.0
CANDELARIA	5	3	60.0
RAFAEL URIBE	55	10	18.2
CIUDAD BOLIVAR	15	14	93.3
SUMAPAZ	4	2	50.0
TOTAL	822	183	22.3

Estandarización de los Procesos de Notificación

Aunque existe un formato estándar de notificación, diseñado por el nivel central, este es poco utilizado por las localidades. El 42.1% de las localidades han diseñado un formato estándar para la notificación dentro de su área de influencia, lo que implica la existencia de nueve formatos diferentes para el manejo de la información.

Mecanismos Utilizados para la Notificación

Para el flujo de la información en el proceso de notificación, los recursos logísticos disponibles no son suficientes, lo que lleva a la utilización de varios medios donde sobresale el uso del teléfono, con inconveniente que por ser utilizado en muchas otras actividades se dificulta la comunicación. Ver tabla 2.

Tabla 2. MECANISMO UTILIZADO PARA NOTIFICAR
SANTAFE DE BOGOTA D.C., AGOSTO 1996

MECANISMO	# UNIDADES QUE LOS UTILIZAN	%
Teléfono	6	31.5
Teléfono y Fax	1	5.2
Teléfono y Bepper	2	10.5
Teléfono y Personal	1	5.2
Teléfono y Mensaje	6	31.5
Teléfono, Bepper, Personal	1	5.2
Teléfono, Mensaje, Personal	1	5.2
Teléfono, Fax, Bepper, Personal, Mensaje, Otro	1	5.2
TOTAL	19	100.0

Notificación Negativa

Uno de los elementos útiles para medir la calidad del proceso de vigilancia es la notificación semanal de ausencia de casos (notificación negativa), la cual se realiza regularmente en un 73.7% y ocasionalmente en un 5.3% de las UN. El 21.1% de las UN no realizan notificación negativa, es decir, solamente notifican cuando tienen casos.

Para los eventos bajo vigilancia intensificada se considera un número esperado de casos, cuando una localidad no notifica o notifica menos casos de los esperados para el total de eventos bajo vigilancia, se considera "localidad silenciosa". En el Distrito Capital, hasta la semana epidemiológica 36 del año en curso (7 de septiembre), se identificaron como localidades silenciosas por presentar cinco o menos casos para el total de siguientes eventos: cólera, parálisis flácida, exposición rábica, meningitis meningocócica, VIH/SIDA, meningitis por *Haemophilus*, Hepatitis B, Sífilis Congénita y Sarampión, así: Candelaria (0 casos), Sumapaz (1

caso), Tunjuelito (3 casos), Puente Aranda (3 caso Fontibon (4 casos); Bosa (5 casos).

Apoyo del nivel central a las localidades

La asesoría técnica brindada por parte del nivel central a las localidades fue considerada como oportuna y útil en el 64.8%, útil en el 15.8% y en localidades restantes (15.8%) refieren no haber recibido hasta ahora ningún tipo de asesoría del nivel central.

El 89.5% de las localidades refirieron no haber recibido acompañamiento del nivel central en actividades de campo, ya sea por que no requirieron o en algunas ocasiones por falta de disponibilidad de personal del nivel central.

El 72.2% de los funcionarios de las localidades han recibido capacitación oportuna y pertinente en epidemiología básica, vigilancia epidemiológica, análisis y manejo de datos utilizando el software E info.

Apoyo de las Localidades a las UN

El 36.8% (n=7) de las localidades no replican la información recibida por el nivel central. Quienes replican la información utilizan diferentes medios entre los que sobresalen los Comités de Vigilancia Epidemiológica, el medio escrito y las visitas.

Con relación a la participación de los coordinadores de epidemiología de las localidades en las actividades de vigilancia epidemiológica realizadas ante la presencia de un evento que está bajo vigilancia, el 42.1% participa en la atención del caso, igual porcentaje participa en la investigación de brotes, el

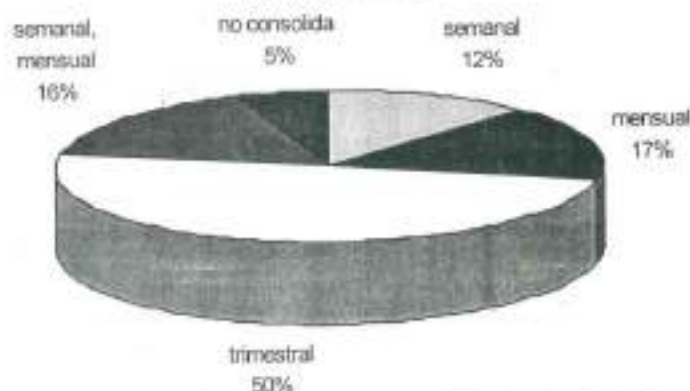
44.4% en el control de los brotes y el 16.7% en el control del ambiente.

Consolidación y análisis de la información

El hecho de que el nivel central no realice seguimiento del requerimiento periódico de la información consolidada por localidad, ha generado una falta de unificación respecto a esta consolidación, encontrándose diferente periodicidad para la agrupación de los datos, en el 50% de las localidades la consolidación trimestral. Ver Figura 2.

El 63.0% de las localidades realizan algún tipo de análisis a los datos que consolidan.

Figura 2. Periodicidad de la Consolidación de la información en las localidades. Santa fé de Bogotá. Agosto, 1996

**Referencia y Contrareferencia con el Laboratorio Central**

La referencia y contrareferencia con el laboratorio de salud pública, considerado como componente fundamental en el proceso de vigilancia epidemiológica, fue considerada en el 89.5% de las localidades como "no optima", evidenciada por la pérdida y confusión de muestras, retraso en la entrega de resultados, falta de asesoría en métodos de recolección de muestras y ausencia de comunicación directa.

Divulgación de la información

Dentro de los medios utilizados para la divulgación de la información que genera la vigilancia epidemiológica, el COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE) Distrital y Local, resultó ser el medio más utilizado en todos los niveles, resultando que en los últimos meses el

Boletín Epidemiológico Distrital ha sido un excelente medio de divulgación de la información.

El 84.2% (n=16) de las localidades tiene el COVE institucionalizado, respetándose la periodicidad de reuniones mensuales en el 64.7% de estas.

CONCLUSIONES

la situación de la vigilancia epidemiológica encontrada en las localidades está marcada por la inexistencia del cargo de coordinador de epidemiología dentro de la estructura organizacional de las localidades, pese a la decisión política que generó la asignación de un funcionario que respondiera por el proceso de vigilancia epidemiológica, se ha generado inestabilidad y permanente rotación de las personas encargadas.

A pesar del esfuerzo e interés de los coordinadores de Vigilancia Epidemiológica, no existe la suficiente sensibilización en el nivel asistencial y directivo para

facilitar y apoyar los procesos de Vigilancia Epidemiológica.

Es destacable el hecho que la mayoría de los responsables de epidemiología llevan poco tiempo desempeñando estas actividades y no tienen capacitación específica en esta área. Sin embargo se encontró que alguno de ellos por iniciativa personal e identificación con su trabajo, se han preocupado por tener una formación universitaria de post-gradó en epidemiología que les permita mejorar su capacidad resolutoria.

La dificultad para la asignación de los recursos financieros, contribuye a que no haya un cumplimiento adecuado de lo planeado en el proceso de Vigilancia Epidemiológica.

Existe una insuficiente estructura logística en la mayoría de las localidades manifestada fundamentalmente por insuficiencia en la red de comunicaciones e insumos tecnológicos mínimos e indispensables.

Los Comités de Vigilancia Epidemiológica de las localidades considerados como espacios ideales para el análisis y evaluación de los procesos e intervenciones de vigilancia se están concentrando en la transmisión y replicación de casos de los diferentes eventos y en análisis administrativos de los hospitales.

El Laboratorio Central, institución indispensable para la consolidación de los procesos de Vigilancia Epidemiológica, muestra fallas fundamentalmente en los aspectos relacionados con la referencia y contrareferencia de la información.

RECOMENDACIONES

Es indispensable la creación del cargo de coordinador de Epidemiología dentro de la estructura organizacional de las localidades, lo que permite un aseguramiento de la calidad, oportunidad de los procesos de vigilancia Epidemiológica, estrategia que se optimizaría reforzando además el recurso logístico

y tecnológico a nivel de las localidades y de unidades notificadoras.

Para dar respuesta a las necesidades planteadas en las localidades, el nivel central requiere fortalecimiento en recurso logístico y tecnológico buscando en primera instancia el desarrollo de infraestructura de comunicaciones.

La existencia por parte del Nivel Central de estandarización y seguimiento sobre requerimiento de periodicidad de la información, facilitará consolidación y análisis de la información en unidades locales, generando intervenciones oportunas y mayor continuidad de los procesos de Vigilancia Epidemiológica.

Los criterios para la selección de Unidades Notificadoras deben ser estandarizados y difundidos en todo el Distrito, de tal manera que permitan dentro del sistema de información realmente instituciones que cumplen con las características de unidades notificadoras.

El sistema de referencia y contrareferencia al Laboratorio Central debe ser fortalecido de tal manera que responda a las necesidades de la Vigilancia Epidemiológica de manera completa, oportuna, eficaz y con cobertura para todo el Distrito.

Es indispensable contar con protocolos estandarizados para el manejo de todos los eventos bajo Vigilancia Epidemiológica. Estas guías de manejo deben ser actualizadas, homogéneas en su presentación y estar en un volumen que permita su consulta rápida.

La estructuración y reglamentación de los COVES a nivel de las Instituciones y Localidades, mejorará el manejo y el análisis de la información epidemiológica, la retroalimentación de la información, las intervenciones y las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

SONIA REBOLLO S. - LUZ ADRIANA ZULUAGA S.
Epidemiólogas. Secretaría Distrital de Salud.

EPINOTAS

El Boletín Epidemiológico Distrital, se considera como medio importante para la divulgación de la información epidemiológica, sin embargo es necesario propender a un fortalecimiento del mismo, involucrando en su desarrollo contenido a todas las localidades, con participación activa en la producción de artículos e informes.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico X

SEMANA 38

LOCALIDAD	COLERA		PAE. FLAC		DIP. MABA		M. MENING		VISSICA		H. M. INFLUEN		HEPATITIS B		SUTL. COMB		SARAME		LEPROSIS		M. ALTERN		M. FENITAL		S. MHO MAL.	
	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
USAGUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	2	65	1	3	0	1	0	0	1	1	0	030	-	1	-	27	0	3
BUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	4	0	3	0	0	0	0	0	511	-	0	-	42	0	13
BARROS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22	0	3	0	2	0	0	0	0	4	837	-	3	-	24	0	24
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	0	2	0	0	0	0	0	0	104	4130	-	1	-	23	0	53
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	0	0	1	0	0	0	0	0	825	-	2	-	40	0	70
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	277	-	1	-	31	0	45
FONTIBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	261	-	0	-	18	0	28
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1367	-	0	-	30	2	26
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	81	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1610	-	1	-	48	0	34
FUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	83	1302	-	0	-	18	0	40
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	1	2	0	0	0	0	1	1	0	261	-	0	-	20	0	26
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	245	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	-	1	-	34	0	8
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2184	-	1	-	0	0	22
RAFAEL UMBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1450	-	0	-	20	0	5
TINAJUELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1790	-	0	-	23	0	36
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	18	-	0	-	22	0	10
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1045	-	0	-	18	2	36
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	-	0	-	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	-	0	-	0	0	11
TIBABUILO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	-	0	-	0	0	0
TOTALS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	878	2	42	0	14	0	0	1	2	2	15434	-	15	-	1000	23	488

CLASIFICACIÓN
 Sin Caso de Intoxicación y Muertes Maternas y 1035 Muertes Perinatales

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico X

SEMANA 38

LOCALIDAD	COLETA		PAR. PLAC		EXP. ROSA		M. MENOS		VIGORA		M. M. T. L. U. L. U.		HEPATITIS B		PR. L. COND.		SARAP		LESIONES		M. WATER		M. PERIAT		S. NIROVAL	
	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
USACUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTEBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUEBLO ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

COPIA SECRETARÍA
 En Date de localización y Análisis de Materiales y 1005 Material Particular

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 10

Septiembre 29 a Octubre 12 1996

Semana 40 y 41

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaria Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**

Santa Fe de Bogotá, D.C.

¿QUE UNA VENEREA NO ES
GRAVE ?
¡A OTRO CON ESE CUENTO!**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Rebollo Sastoque
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa García
	Luz Adriana Zuluaga S.

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Amaya	Humberto Niampira R.
Wilson Rodríguez Ruiz	Mabel Díaz
César Castro Neira	Dario Medina Palacios

DISEÑO : DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ARTICULO CENTRAL**ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.**Elaborado por:
IVÁN JAVIER ANGARITA GALVEZ MD.
Coordinador Plan Distrital de Prevención y Control de ETS.
CRISTINA L. MATIZ MATIZ
Enfermera Epidemióloga

Santa Fe de Bogotá, D.C. al igual que las grandes ciudades posee unos factores sociales, económicos y culturales que hacen a su población vulnerable para adquirir alguna de las enfermedades transmitidas por la vía sexual (E.T.S.), cuya vigilancia se ha visto dificultada por el tabú social acerca del sexo.

A pesar de ello, la información disponible muestra que el problema se ha venido modificando en los últimos años, se presenta en población cada vez mas joven, que en muchas oportunidades no cuenta con el conocimiento y la educación necesarios para asumir su sexualidad con responsabilidad.

Este aspecto es importante debido a que estudios recientes apuntan a mostrar cambios radicales en el comportamiento sexual de la población.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada por el Instituto de los Seguros Sociales y Profamilia en 1994, el 90.7% de los hombres y 48.6% de las mujeres encuestados en Santa Fe de Bogotá iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años.

Así mismo el 1.1% de los hombres y 0.9% de las mujeres refirieron haber tenido una E.T.S. en el último año. Adicionalmente la misma investigación mostró que la población tiene falsas concepciones acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual y sobre como prevenirlas, por ejemplo:

- * El 50% de los hombres y 51.2% de las mujeres, considera que no tiene riesgo de contraerlas porque tiene *una sola pareja*.

*continúa...***CONTENIDO**

* Enfermedades de Transmisión Sexual en Santa Fe de Bogotá, D.C.	Pág. 1
* Panorama Global.	Pág. 2
* Situación 1995	Pág. 3
* Situación 1996	Pág. 5
* Informe de Notificación por Localidad	Pág. 9-10

* El 49.1% de los hombres y 54.2% de las mujeres que tuvo relaciones casuales en los últimos seis meses. *No indagó* sobre la vida sexual de su compañero(a).

* En mujeres de 18-49 años: el 97.6% conoce el condón, pero solo el 5.6% lo usa actualmente.

* En hombres de 18-69 años: el 40.8% NUNCA usa condón, 33.4% algunas veces y solo 8.6% SIEMPRE lo usa.

* El 30.7% de los hombres y 2.8% de las mujeres tuvieron dos o más parejas sexuales en el último año.

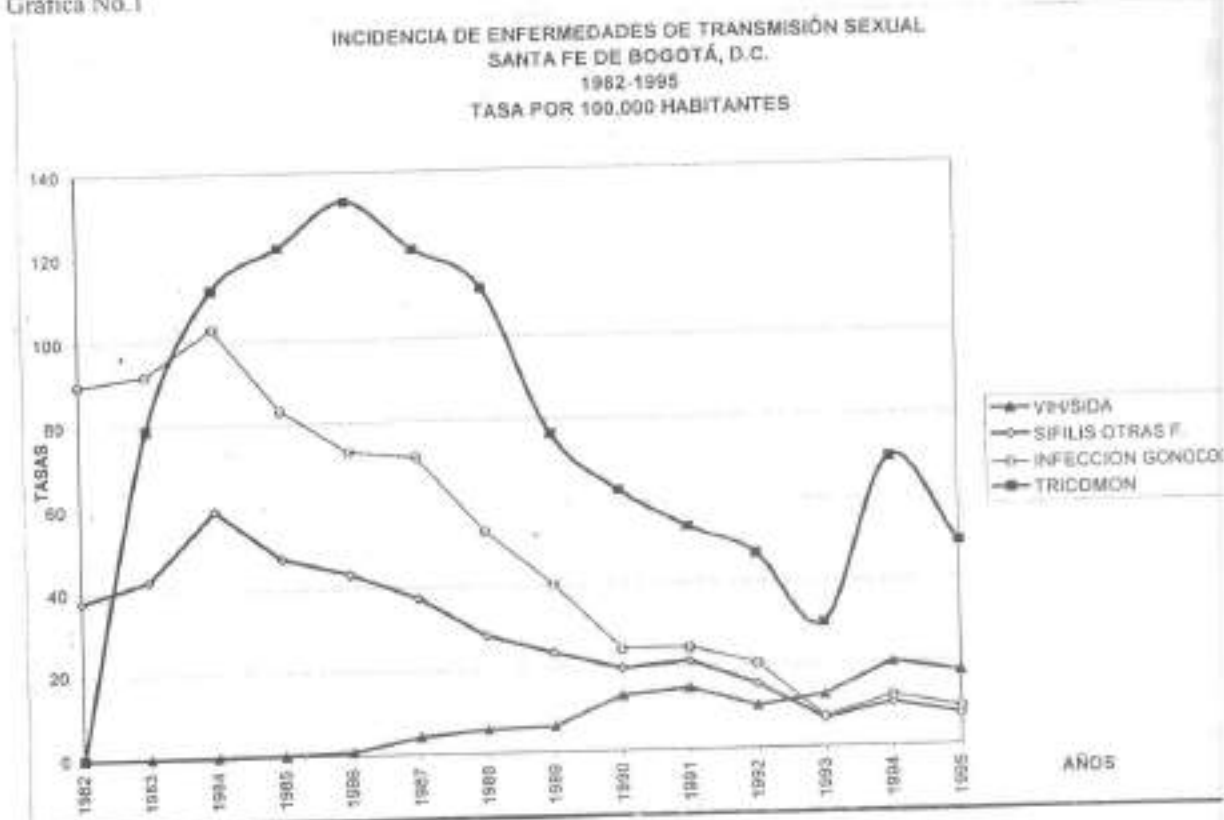
El problema de las Enfermedades de Transmisión Sexual, visto desde esta perspectiva muestra un

panorama alarmante, que puede ser modificado con participación de todos los sectores que de una u otra forma tienen responsabilidad en esta dinámica social y fundamentalmente de la comunidad, la familia y los individuos.

PANORAMA GLOBAL

La tendencia de las tasas de incidencia de estas enfermedades en los últimos trece años, muestra un descenso marcado a partir de 1987, que puede interpretarse como el impacto de un control adecuado pero está más relacionado con la disminución de notificación. El contraste entre los eventos notificados por SIS-12 y la infección por VIH/SIDA que se ha por ficha clínica epidemiológica es reflejo de esta problemática. (Gráfica No.1)

Gráfica No.1



Fuente: División de Sistemas e Informática
División de Epidemiología

Esta disminución es sin embargo más notoria para el caso de la Infección Gonocócica, las otras formas de Sífilis y la Tricomoniasis, hecho que refleja aún más la deficiente notificación, si tenemos en cuenta que en diversas estadísticas la Infección Gonocócica es la

primera causa de Enfermedades de Transmisión Sexual. (1,2).

En 1994 se observó un aumento en el número de casos de estas patologías, lo cual se puede relacionar con el incremento de la notificación por parte de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

especialmente las de carácter privado y la intensificación del control de Bancos de Sangre y Laboratorios Clínicos.

En países como Perú y Chile, con un patrón epidemiológico similar al nuestro, que cuentan con un mejor sistema de información, se ha observado una tendencia ascendente en las tasas de incidencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, después de la aparición del SIDA, razón por la cual esperaríamos un incremento similar en nuestro país (3).

SITUACIÓN EN 1995

Durante 1995 fueron notificados 5.552 casos de Enfermedades de Transmisión Sexual mediante el registro de Enfermedades de Notificación Obligatoria SIS-12, y la ficha de notificación para la infección por VIH/SIDA, con una tasa general por todas las ETS de 100.65%.

El 48,87% de estas enfermedades (2713/5552) fueron Tricomoniasis, 17,81 VIH/SIDA (989/5552), 10,45 Herpes genital (580/5552) y 8,84% Infección Gonocócica (491/5552) (Tabla 1.).

Tabla No. 1

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NOTIFICADAS
PROPORCIÓN POR PATOLOGÍA 1995

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	%
TRICOMONIASIS	2713	48,87
VIH/SIDA	989	17,81
HERPES GENITAL	580	10,45
INF. GONOCOCC	491	8,84
SÍFILIS OTRAS FOR	415	7,47
SÍFILIS PRECOZ S.	147	2,65
HEPATITIS B	140	2,52
SÍFILIS CONGÉNITA	77	1,39
TOTAL	5552	100,00

Fuente SIS 12.

VIH/SIDA: Ficha de Notificación

Los grupos de edad más afectados son en su orden los menores de un año con una tasa de 233,41 por 100.000 habitantes, y el de 15 a 44 años con 132,45; sin embargo, hay que tener en cuenta que en el grupo de menores de un año hay una alta incidencia de Tricomoniasis, la cual puede transmitirse a través de diversos elementos contaminados y también por Sífilis Congénita, enfermedad exclusiva en este grupo de edad.

Un hecho a resaltar es que algunas patologías como Hepatitis, Herpes genital y Sífilis precoz presentan tasas elevadas en los grupos menores de 15 años, comparadas con los de 15 a 44 (Tabla 2.).

Este fenómeno puede tener diferentes explicaciones como el inicio temprano de la actividad sexual en los jóvenes, sin asumir medidas de protección y la elevada frecuencia de casos de abuso sexual, una de las principales formas de Maltrato Infantil.

Tabla No. 2

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NOTIFICADAS POR SIS 12
TASA DE INCIDENCIA GENERAL Y POR GRUPOS DE EDAD
(POR 100,000 HABITANTES)
1995

GRUPOS DE EDAD	SÍFILIS CONGÉNITA	SÍFILIS PRECOZ	SÍFILIS OTRAS FORMAS	INFECC. GONOCÓCCICA	HERPES GENITAL	TRICOMONIASIS	HEPATITIS	VIH/SIDA	TASA DE POR GRUPO
< 1 A.	0,40 *	5,32	3,04	1,52	0,00	174,06	6,06	0,00 *	233
1-4	0,51	0,20	0,20	1,23	0,00	75,36	9,01	0,82	86,4
5-14	0,17	1,29	1,99	1,82	10,74	19,63	3,72	0,25	36,2
15-44	0,81	3,87	12,12	14,86	10,63	69,04	1,17	30,86	132
45-59	0,16	1,27	4,61	6,19	10,66	34,30	0,70	11,28	78,4
60 a +	0,00	0,94	6,04	1,26	9,76	20,15	2,20	4,00	43,7
TASA GENERAL POR 100,000	1,40	2,67	7,52	6,90	10,52	48,18	2,54	17,93	

* Tasa por 1000 nacidos vivos

Fuente: SIS 12

VH/ESDA. Ficha de notificación

La transmisión perinatal en los casos de sífilis congénita e infección por VIH, aunque presenta unas tasas bajas, se estima tienen un subregistro alto, debido a que en los últimos años se ha visto un aumento marcado de los casos de estas infecciones en mujeres en edad fértil, sobre todo por VIH/SIDA.

El comportamiento de las enfermedades de acuerdo con la localidad que notifica muestra que hay mayor información de la zona de Puente Aranda con 28.6 % (1305/4563), seguida de las zonas de Chapinero y Fontibón.(Tabla 3).

Esta distribución se debe más a la notificación de casos de Tricomoniasis, por lo que si excluimos esta

entidad el comportamiento se modifica pasando la localidad de los Mártires a ocupar el primer lugar 24,5% (445/1850) situación relacionada con la concentración de población dedicada al trabajo que consulta a la Unidad Primaria de Atención Primaria de Salud de Samper Mendoza, conocida anteriormente Unidad Antivenérea.

Es importante resaltar que gran parte de la población no reside en esa localidad sino proviene de diversos sitios de la ciudad, así se considera en la planeación de las actividades de Promoción de la Salud Sexual y Prevención de ETS.

Tabla No.3

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NOTIFICADAS POR SIS 12
CASOS Y PORCENTAJES POR LOCALIDADES
1995

LOCALIDAD	SÍFILIS CONGÉNITA	SÍFILIS PRECOZ SINTOMÁTICA	SÍFILIS OTRAS FORMAS	INFECCIÓN GONOCÓCCICA	HERPES GENITAL	TRICOMONIASIS	HEPATITIS	TOTAL
ANILLO MARINO	15	19	37	21	134	19	78	343
BOGOTÁ	5	9	19	12	3	48	1	96
CANDELAJA	2	3	5	0	4	1	1	16
CHAPINERO	1	22	10	30	15	438	11	727
CIUDAD BOLÍVAR	0	1	19	28	3	16	0	69
FONTIBÓN	0	0	3	13	0	543	0	579
EL CAJERÍA	9	8	34	28	27	27	2	161
KENNEDY	1	13	24	23	11	2	1	88
MÁRTIRES	5	28	87	114	175	46	34	519
PUENTE ARANDA	9	7	88	106	132	762	1	1305
RAFAEL URIBE	5	7	13	13	1	82	1	122
SAN CRISTÓBAL	13	5	30	27	3	64	1	165
SANTA FE	2	5	4	10	0	92	1	114
USM	0	4	4	9	31	70	2	100
USQUELCO	2	5	15	22	4	32	0	74
USQUELCO	8	11	1	2	2	4	1	31
USM	0	1	2	25	4	27	3	72
TOTAL	77	147	418	491	880	2713	140	4643

Fuente: División de Sistemas de Información, SIS-12

Es preocupante la baja notificación de localidades tan extensas y pobladas como Suba, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Bosa, que por su problemática social se esperaba presentarían un mayor número de casos.

Estos inconvenientes se reflejan en las tasas de notificación de estas enfermedades, a nivel distrital, mostrando cifras muy inferiores con relación a la reportadas para el país (1).

Si miramos el comportamiento de las Enfermedades de Transmisión sexual desde otro escenario la

situación puede llegar a ser aún más preocupante. En las unidades examinadas en los bancos de sangre de la ciudad durante 1995, se encontraron altos índices de reactividad para las infecciones estudiadas (Tabla No. 4).

Aunque hay que analizar varios factores que se conjugan alrededor de las donaciones tales como donantes profesionales, falsas creencias sobre la donación, entre otras, no dejan de ser alarmante los anteriores datos, teniendo en cuenta la problemática de violencia y trauma que vive nuestra ciudad.

Tabla No. 4

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.
PATOLOGÍAS ESTUDIADAS EN BANCOS DE SANGRE
PROPORCIÓN DE REACTIVIDAD A PRUEBAS PRESUNTIVAS
1.995

PATOLOGÍAS	UNIDADES EXAMINADAS	REACTIVAS	% DE REACTIVIDAD
VIH	122422	452 *	0,37
HBsAg	122368	942	0,77
HB Anti CORE	80369	2446	3,04
VHC	122295	1407	1,15
VDRL	121756	1526	1,25
CHAGAS	58038	830	1,43

* Confirmadas por Western-Blot = 126 (27,8%)

Fuente: División de Análisis y Laboratorio

SITUACIÓN EN 1996

Durante 1.996, hasta la semana epidemiológica 41, se han diagnosticado un total de 307 casos de Otras Enfermedades de Transmisión sexual (Sífilis, Infección gonocócica, Infección por chlamydia, Hepatitis B, Herpes genital, Infección por papiloma virus humano y Chancro blando), diferentes a VIH/SIDA y 551 de ésta última.

Los grupos de edad más afectados se encuentran entre los 15 y los 39 años, observándose en el grupo de las otras E.T.S. más casos en adolescentes de 15 a 19 años 16.3% (50/307), comparado con la infección por VIH/SIDA 2% (11/551) (Tabla No. 5). Es probable que la diferencia se deba al subregistro y subdiagnóstico de la infección por el VIH en adolescentes, sobre la cual aún existe mucho tabú social, aún en el personal de salud, que lleva a no considerar esa posibilidad en las personas de esta edad.

Tabla No. 5

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
PORCENTAJE POR GRUPOS DE EDAD
1996 *

GRUPOS DE EDAD	OTRAS E.T.S.	%	VIH/SIDA	%
< 1 A.	4	1,3	7	1,3
1-4	1	0,3	3	0,5
5-9	1	0,3	0	0,0
10-14	4	1,3	1	0,2
15-19	50	16,3	11	2,0
20-24	75	24,4	68	12,3
25-29	48	15,6	136	24,7
30-34	46	15,0	116	21,1
35-39	32	10,4	89	16,2
40-44	11	3,6	49	8,9
45-49	11	3,6	30	5,4
50-54	0	0,0	15	2,7
55-59	0	0,0	5	0,9
60 o +	0	0,0	2	0,4
SIN DATO	24	7,8	19	3,4
TOTAL	307	100,0	551	100,0

* Otras E.T.S. desde la semana 13 hasta la semana 41

VIH/SIDA desde la semana 1 hasta la semana 41

Fuente: Fichas de Notificación - División de Epidemiología

Por género es muy marcada la diferencia entre la infección por VIH/SIDA donde el predominio de casos es en población masculina 89.1% (491/551), comparado con las otras E.T.S., donde es en población femenina 68.7% (211/307), sin embargo la tendencia nacional es al aumento en el número de

mujeres infectadas, habiendo pasado la relación hombre/mujer de 10:1 en 1985 a 4:1 en 1995¹.

¹ Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/SIDA - Minsalud.

La orientación sexual de las personas notificadas también es muy diferente en los dos grupos analizados; mientras en las otras E.T.S. el 93.9% (263/307) es heterosexual, en la infección por VIH/SIDA solo corresponde al 33.6% (185/551). Estas cifras solo son el reflejo de una problemática socio-cultural relacionada con el género. El machismo, la discriminación y sumisión a la que es sometida la mujer colombiana la hacen más vulnerable ante estas enfermedades y le quitan poder de negociar su propia protección.

De acuerdo al mecanismo de transmisión, la vía sexual ocupó el primer lugar 91.2% (280/307) en VIH/SIDA y 93.3% (514/551) en las otras E.T.S. En la infección por VIH/SIDA se reportan casos de

transmisión por vía sanguínea, no obstante estos casos aún están sin confirmarse.

Del total de los casos únicamente se ha realizado estudio de contactos al 20.5% (63/307) en otras E.T.S. y 14.3% (79/551) en VIH/SIDA. Estos datos son muy preocupantes y aunque es sabida la dificultad para realizar la investigación epidemiológica de campo de estas patologías, se hace urgente y prioritario fortalecerla, buscando alternativas de ejecución, dada su importancia como estrategia de intervención en salud pública.

A esta situación debemos agregarle la baja notificación que existe y el retraso en la misma, que aunque ha disminuido sigue siendo muy prolongado. (Tabla No. 6).

Tabla 6.

**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
EVALUACIÓN DEL RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN
1996***

Tabla No. 6

INDICADOR	OTRAS E.T.S.	VIH/SIDA
MEDIA	28.6 días	61.7 días
DES. ESTANDART	37.1 días	76.5 días

*Otras E.T.S. desde la semana 13 hasta la semana 41

VIH/SIDA desde la semana 1 hasta la semana 41

Fuente: Fichas de Notificación - División de Epidemiología

Es evidente la necesidad de mejorar tanto los programas locales, como el sistema de vigilancia epidemiológica. Esto solo será posible con el compromiso de todos los actores del sector salud, el apoyo decidido de directivas y el compromiso de los diferentes profesionales de la salud. Sin embargo la solución a la problemática de las E.T.S. rebasa estos límites y es aquí donde los miembros de la sociedad y sus organizaciones tienen su mayor responsabilidad.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar la calidad de los registros utilizando la Ficha de Notificación para Enfermedades de Transmisión Sexual diferentes al VIH/SIDA.

2. Mejorar la búsqueda, diagnóstico y notificación en las localidades con bajo reporte de casos, que de acuerdo con las características sociales y culturales de su población puedan estar presentando una situación más crítica.
3. En las localidades con mayor proporción de notificación diseñar o mejorar proyectos de Promoción y Prevención y reforzar los programas locales de Prevención y Control de E.T.S., enfatizando en grupos de preadolescentes y adolescentes, para propiciar un cambio en el impacto sobre todo en el grupo de edad de 15 a 44 años.
4. Diseñar e implementar programas para mejorar la calidad de la atención prenatal y perinatal tendiente a disminuir las tasas de Sífilis Congénita.

5. Articular con las Redes de Respuesta Social al Maltrato Infantil la prevención y atención de los casos de Abuso Sexual.
6. Intensificar la educación de la población para mejorar la donación altruista de sangre.
7. Difundir la exigencia del Sello Nacional de Calidad de Sangre en todas las unidades de sangre y hemoderivados utilizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
8. Continuar y mejorar el control sobre los bancos de sangre, semen, órganos y unidades de reproducción asistida de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunham R.C. y Plummer F.A. Modelo general la Epidemiología de las enfermedades venéreas consecuencias para su control. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 6: 1399-1413. 1990
2. Ministerio de Salud - Programa Nacional Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA. *Boletín Epidemiológico Nacional*. 2 (2): 26-28. 1995
3. Moss G.B. y Kreiss J.K. Interrelación entre infección por virus de inmunodeficiencia humana y otras enfermedades venéreas: *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 6: 1711-1725. 1990.

EPINOTAS

"ABRAZO DEL PATO" O INFLUENZA

En la Costa Atlántica, Chocó, Risaralda y Bogotá, se ha detectado una enfermedad, que se manifiesta con fiebre acompañada de cefalea intensa, mialgias y síntomas respiratorios superiores (rinorrea y obstrucción nasal). El cuadro clínico es compatible con el producido por el virus de la **Influenza**, lo cual estaría en concordancia con datos aun no confirmados de algunas muertes en ancianos.

De acuerdo con los resultados encontrados por el Instituto Nacional de Salud en muestras tomadas a pacientes sintomáticos, se identificó el virus de la **Influenza tipo A**, quedando pendiente la clasificación del subtipo.

Teniendo en cuenta el tipo de virus aislado es pertinente, en casos muy especiales, el uso de amantadina o rimantadina como quimioprofilaxis en los contactos: La rimantadina no se recomienda para los menores de 10 años de edad.

Es conveniente tener en cuenta que no se puede recomendar ninguna vacuna sin conocer el subtipo de virus circulante. Los lactantes y mayores de 59 años con sintomatología deben consultar a los organismos de salud principalmente cuando tienen antecedentes de enfermedades pulmonares crónicas, estados de inmunosupresión o si están en contacto con menores de edad que favorecen la propagación del virus de la Influenza.

Es importante reforzar la vigilancia de las neumonías, principalmente en los grupos de edad menores de cinco años y en las personas de 59 y más años. Se recomienda investigar las muertes por cuadro respiratorio principalmente en personas de la tercera edad y menores de dos años.

Esperamos contar con sus sugerencias, comentarios, artículos de interés para la salud pública del Distrito y aportes técnicos para las próximas ediciones. Puede dirigirse a la siguiente dirección (Av. Caracas No. 53-81 3101111 Ext. 2615-2614 Fax 2128337 División Epidemiología)

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
 Período Epidemiológico X

SEMANA 40

LOCALIDAD	CÓLERA		PAR. FLAC		EXP. RABIA		M. MENING		VIROSA		MULTIFLUX		HEPATITIS B		SIFIL. CONG.		SARAMEP		M. MATERIN		M. PERINAT		S. NIÑO MAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAQUÉN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	20	0	4	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	9	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	17	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ENGATIVÁ	0	0	0	4	0	0	0	2	0	36	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
BOISA	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FONTIBÓN	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SAN CRISTÓBAL	0	0	1	3	0	1	0	3	0	31	0	4	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SANTA FE	0	0	0	3	0	0	0	1	0	31	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	243	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
ANTONIO NASRINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	4	0	1	0	2	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
USME	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TEUSAQUELLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Sin dato de localidad: 7 Muertes Maternas y 1065 Muertes Perinatales

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico XI

Le Vignettes

LOCALIDAD	CUBANA		PAR. FLAC		BOE. MADR		M. MICHIG		VERACRUZ		MULH. LUIS		HERATITA B.		SPTL. COND.		SAGUAP.		LEITCHES		WATEREN		N. PERINAT		S. MHO. MAL.		
	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	
USACUEN	0	0	0	0	1	8	0	1	0	0	50	0	3	0	1	0	0	0	0	608	-	1	-	30	0	3	
SILBA	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	20	0	4	0	3	0	0	0	2	513	-	8	-	44	8	19	
BARROS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	5	0	3	0	0	0	0	037	-	1	-	24	0	24	
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17	0	2	0	0	0	0	0	337	4010	-	1	-	34	0	52	
ENDATIVA	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	26	0	3	0	1	0	1	0	80	710	-	2	-	45	0	90	
BOSA	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	277	-	1	-	21	8	53	
FONTEBON	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	251	-	0	-	10	0	28	
MENEDY	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	1307	-	0	-	34	0	26	
SAN CRISTOBAL	0	0	0	3	0	1	0	2	0	2	23	0	4	0	1	0	0	0	0	237	1852	-	1	-	50	3	34
PUEBLO ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	3	0	1	0	0	0	39	1341	-	0	-	12	0	40	
SANTA FE	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	21	0	3	0	0	0	0	0	0	301	-	0	-	25	0	26	
LOS MARTINES	0	0	0	8	0	2	0	0	0	0	243	0	5	0	1	0	0	0	0	0	-	1	-	59	1	10	
ANTONIO MARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99	0	3	0	1	0	0	0	0	2181	-	1	-	10	0	31	
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	1	0	2	0	0	0	151	1682	-	0	-	22	3	11	
TUJAUJETO	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1790	-	0	-	34	0	35	
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	4	0	1	0	3	0	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	19	-	0	-	23	0	19	
USME	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	8	2 ¹	2 ¹	13	1062	-	0	-	0	0	0
SUWAPAZ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	-	0	-	8	3	20	
CADELAÑA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	156	-	0	-	8	0	5	
TEHUACUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	881	-	0	-	8	0	5	
TOTALES	0	8	0	21	1	13	0	16	2	0	651	0	43	0	14	0	1	5 ¹	2 ¹	870	20670	-	16	-	1546	18	770

¹ Casa de Superfuerzas
55a Uru de la localidade 7 Maestros Maestros y 1035 Maestros Persepolis

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 11

Octubre 13 - 26 1996

Semana 42 y 43

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaria Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**

Santa Fe de Bogotá, D.C.

**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Rebollo Sastoque
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa García
	Luz Adriana Zuluaga S.

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Amaya	Humberto Niampira R.
Wilson Rodríguez Ruiz	Mabel Díaz
César Castro Neira	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

Las acciones de Salud Pública están encaminadas a mejorar la situación de salud de la población mediante una oferta integral de servicios de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad principalmente.

Dentro de la Prevención de la enfermedad es importante propiciar las acciones para la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente, del comportamiento, del consumo y de los servicios de salud, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. En este sentido las acciones de salud pública y los servicios básicos, forman parte de la Promoción de la Salud y constituyen el Plan de Atención Básica.

En este contexto las acciones generadas dentro del Plan de Atención Básica dirigidas a intervenir los factores del ambiente y del consumo que afectan la salud humana como son los relacionados con agua potable, manejo de vertimientos, consumo de alimentos, vivienda, calidad de aire interno y urbano, disposición de residuos sólidos, riesgos ocupacionales, contaminación de aguas superficiales y subterráneas, control de artrópodos y roedores, vigilancia epidemiológica de enfermedades zoonóticas entre otros, son prioritarios en el manejo del concepto de Salud Ambiental, que se concibe como el conjunto de elementos físicos y biológicos de la naturaleza, los sistemas sociales humanos, culturales, industriales, económicos, políticos, espirituales y tecnológicos que conforman el entorno en el cual viven las personas.

*continúa...***CONTENIDO**

• Editorial	Pág. 1
• Programa de vigilancia y control de sal para consumo	Pág. 2
• Vigilancia de la calidad de la sal para consumo humano en Santa Fe de Bogotá D.C.	Pág. 3
• Control de calidad de la panela	Pág. 5
• Requisitos de clasificación de la panela	Pág. 6
• Conclusiones	Pág. 7
• Recomendaciones	Pág. 7
• Bibliografía	Pág. 7
• Informe de Notificación por Localidad	Pág. 8

Dentro del componente de riesgos del consumo es prioritario resaltar las acciones de vigilancia y control de calidad de alimentos en establecimientos industriales y comerciales como tarea diaria, lo cual se convierte en garantía para consumo de los alimentos en la ciudad.

La participación de las localidades es fundamental para el logro de los objetivos propuestos en donde la

coordinación de actividades entre las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, los diferentes sectores y la comunidad, permiten la racionalización de recursos físicos y humanos que en forma oportuna intervendrán en el área de Salud Ambiental encaminadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

PROGRAMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SAL PARA CONSUMO HUMANO EN EL DISTRITO CAPITAL

FERNANDO MENDIGAÑA
Médico Veterinario
División Factores de Riesgo
Secretaría Distrital de Salud

Teniendo en cuenta la importancia del Control de Calidad de la sal de mesa, alimento que proporciona a la dieta elementos como el Flúor y el Yodo los cuales desempeñan un papel importante en la prevención de la caries dental y en la incidencia del bocio, se hace necesario implantar medidas tendientes a optimizar su control y así posibilitar ofrecer un producto en óptimas condiciones para el consumo por parte de la ciudadanía.

El INVIMA como ente rector en el área de Control de Calidad de Alimentos y Medicamentos, tomó como uno de los programas bandera para 1995 el Control de Calidad de las Sales de Mesa a Nivel Nacional.

Para 1995 se incrementó la toma de muestras en un 70% con relación al año anterior.

Cabe mencionar que el 100% de los establecimientos reempacadores estuvieron sujetos durante el año a tres ó más controles, acompañados de la toma de muestra del producto a granel y empaçado, lo que permite la vigilancia de uno de los factores que más afecta la calidad de la sal como es la mezcla con sal cruda o no refinada.

El Laboratorio Central de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud analizó durante 1995 un total de 537 muestras, de las cuales 235 eran procedentes de hospitales de Primer Nivel, 183 de Segundo Nivel, 32 de Nivel Central y 87 como apoyo a otros Servicios Seccionales de Salud, 66 de Cundinamarca y 21 del Meta.

Se observa que del total de muestras analizadas para Santa Fe de Bogotá, el 22.9% la calidad no es aceptable, mostrando una disminución considerable respecto al año anterior, el cual alcanzó un 70% de no aceptabilidad. Dentro de las causas de no

aceptabilidad, la mezcla con sales no refinadas con un 53.4% y las deficiencias en el proceso de refinación el 46.6%, todo esto detectado a través de la prueba de presencia de sal no refinada.

Lo anterior nos permite afirmar que una vez se intensifiquen las medidas de vigilancia y control de empaçadoras y distribuidoras de sal, aumenta el nivel de aceptabilidad de la misma lo que permite el consumo de un producto de calidad.

Es importante mencionar el control en la detección de sal no refinada directamente en las reempacadoras, diez muestras de sal tomadas para la detección de sal no refinada, solo una muestra presentaba problema, lo que da indicio de los beneficios del control a nivel de estos establecimientos.

Sin embargo actualmente no se cuenta con un registro real de establecimientos dedicados al reempaço de sal para consumo humano en razón a que anteriormente controlaban mediante la figura de inscripción sanitaria, la cual fue suprimida y remplazada por el producto únicamente con la licencia sanitaria de funcionamiento. En cambio en la normatividad para el control de establecimientos. En cuanto a procesadoras de sal para consumo humano estas no se encuentran ubicadas dentro del perímetro de Santa Fe de Bogotá.

De 32 marcas de sal para consumo humano muestreadas durante el primer semestre de 1996 de ellas reportaron calidad no aceptable, dado que los índices de flúor y yodo no se encuentran dentro de los límites establecidos en la norma.

Para el año de 1996 se tendrá un total de 770 muestras analizadas, con lo que se incrementará la vigilancia control de este producto en un 43.38% con relación al año de 1995 y de esta manera se podrá controlar el objetivo de disminuir el porcentaje de no aceptabilidad de sal para consumo humano comercializada en Santa Fe de Bogotá.

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LA SAL PARA CONSUMO HUMANO EN SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

ANA ELVIRA BONILLA GRANDE
Ing. Químico División Análisis y Laboratorio
Secretaría Distrital de Salud

La sal se encuentra en la naturaleza como sal marina y en mineral de roca conocida como sal gema y se utiliza como un ingrediente de los alimentos. Su mayor constituyente es el Cloruro de Sodio (NaCl) y contiene impurezas de magnesio, sulfato y calcio que son eliminadas durante el proceso de purificación y refinación en procesadoras que luego distribuyen el producto para su comercialización.

Debido a sus características y con base en estudios de otros países la sal ha sido escogida para suministro de elementos que son necesarios en la dieta diaria como son: Yodo y Flúor. El yodo es importante en la consecución y sostenimiento de una adecuada

nutrición y desempeña un papel determinante en la disminución de la incidencia del bocio endémico y otros desórdenes causados por su deficiencia como cretinismo, retardo mental, disminución del cociente intelectual, de la talla y del desarrollo físico. La adición de flúor a la sal se considera como una estrategia básica para disminuir la prevalencia de caries dental.

El Ministerio de Salud en cumplimiento de las funciones propias de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad que buscan reducir los riesgos y problemas de salud de la comunidad, ha coordinado con el INVIMA y los servicios de salud con el apoyo de la Red de Laboratorios, el desarrollo de programas de vigilancia y control de la calidad de la sal para consumo humano.

TABLA No.1

REQUISITOS FÍSICO-QUÍMICOS DE LA SAL PARA CONSUMO HUMANO

REQUISITOS	LÍMITE	
	MÍNIMO	MÁXIMO
Contenido cloruro de sodio, expresado con NaCl % m/m base seca	99,00	
Contenido de Humedad entre 100°C y 100°C % m/m		0,20
Contenido de Flúor, expresado como fluoruro en mg/Kg (ppm)	180	220
Contenido de Yodo, expresado como yoduro en mg/Kg (ppm)	50	100
Contenido de Sulfatos, expresado como SO_4^{2-} en mg/Kg		2800
Contenido de Calcio, expresado como Ca^{+2} en mg/Kg		1000
Contenido de magnesio, expresado en Mg^{+2} en mg/Kg		800
Otros Insolubles en agua en mg/Kg		1600
CONTAMINANTES		
Plomo en mg/Kg		1
Arsénico en mg/Kg		1
GRANULOMETRÍA		
Pasa Malla 20	80,00	
pasa Malla 70		20,00

La Secretaría Distrital de Salud a través de la dirección de promoción y prevención realiza la vigilancia y control de la sal para consumo humano desde 1988, cuando organizó para tal fin la infraestructura técnica y el entrenamiento de personal para los análisis físico-químicos. En la actualidad con base en el Decreto 0547 de

Marzo 19 de 1996, la Dirección de Promoción y Prevención intensificó y programó sistemáticamente las actividades de vigilancia y control de la sal para consumo humano con el fin de garantizar que el producto llegue al consumidor con calidad y

cumpliendo las normas sanitarias vigentes (Tabla No. 1).

El sistema de vigilancia de la sal para consumo humano está basado en la estrategia de identificación de puntos críticos de control tanto en el proceso de producción como en el de reempaque en los sitios de expendio, para lo cual se realiza por parte de profesionales del área de control de factores de riesgo, según programación por localidad, muestreos del producto para ser analizados en el Laboratorio Central de Salud Pública según los parámetros de la norma vigente, los cuales permiten calificar el producto

como aceptable o no aceptable de acuerdo a las características físico-químicas encontradas en el mismo.

En el periodo transcurrido entre Enero de 1992 a Julio de 1996 se han analizado por el Laboratorio Central de Salud Pública un total de 1568 muestras de sal de las cuales el 7.7% (n=121) provenían de los Departamentos de Cundinamarca y Meta a los cuales el Laboratorio de Salud apoya por solicitud de Ministerio por no contar estos con la infraestructura necesaria para la vigilancia

TABLA No.2
CALIDAD DE LAS MUESTRAS DE SAL PROCESADAS EN LABORATORIO CENTRAL
SANTA FE DE BOGOTÁ 1992 - JULIO DE 1996

Año	No. de muestras	Aceptables para todos los parámetros		No aceptables							
		No	%	Total	%	Flúor	%	Yodo	%	Presencia de sal no refinada	%
1992	218	119	55	99	45	99	100	69	70	21	21
1993	269	86	32	183	68	183	100	183	100	115	62
1994	177	66	37	111	63	111	100	100	90	60	53
1995	537	412	77	125	23	101	81	64	51	52	41
1996	367	332	90	35	10	35	100	17	48	16	47
TOTAL	1.568	1.015	64.7	553	35.3	529	95	433	78.0	264	48

Fuente: División Laboratorio Central

De acuerdo con los resultados obtenidos a el mismo periodo, los porcentajes de aceptabilidad fueron desde el 55%, en 1992, 32% en 1993, 37% en 1994. La no aceptabilidad se evidenció por la ausencia de yodo, flúor y presencia de sal no refinada, siendo estos los principales puntos críticos de control.(Tabla 2)

En los años 1995 y 1996 se observó un mayor porcentaje de aceptabilidad de la sal para consumo humano, encontrándose del total de muestras tomadas con un 77% y en lo que va de 1996 un porcentaje de aceptabilidad del 90% reflejando un cambio notable en la calidad de este producto.(Tabla 2)

Según lo observado la cobertura de toma muestras y el análisis correspondiente aumentado año a año debido a la coordinación asistencia técnica realizada por la Dirección Promoción y Prevención y a la participación activa de los hospitales nivel I y II de la localidad.

Conclusiones y Recomendaciones

- La sal para consumo humano que cumpla los requisitos de calidad contribuye a eliminación del bocio y a la disminución la caries dental.

- El fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de la sal ofrece garantía de calidad, para el consumo humano de este producto.

Se Recomienda

- Realizar toma de muestras de sal para el consumo humano de diferentes marcas, para ejercer un mejor control en cuanto a calidad.
- Fortalecer programas debidamente planificados, para llegar a reempacadores, procesadores y expendios de sal.

- Realizar control y supervisión a nivel de reempacadoras, para evitar la mezcla con sal no refinada que deteriora la calidad de la sal proveniente de las procesadoras.

- La sal para consumo humano debe estar empacada con su respectivo registro sanitario.

- Se debe difundir ampliamente el reciente Decreto (0547 de Marzo 19 de 1996), que trata de la Norma Legal de la sal para consumo humano y además propiciar los mecanismos e intervenciones necesarios para cumplimiento efectivo.

CONTROL DE CALIDAD DE LA PANELA

FERNANDO MENDIGAÑA
Médico Veterinario
División Factores de Riesgo
Secretaría Distrital de Salud

De acuerdo con el Decreto 2284 de Junio 27 de 1995 expedido por el Ministerio de Salud la panela se clasifica como Extra y Corriente, pudiéndose comercializar esta última sin ningún tipo de empaque lo que dificulta recopilación de información acerca del trapiche donde fue procesado el producto, de esta forma a Santa Fe de Bogotá, llega panela de diferentes regiones de Colombia para su comercialización en la ciudad.

Lo anterior hace más difícil aún establecer el universo de trabajo en cuanto a la cantidad de marcas de panela si consideramos que existen en el país cerca de 55.000 establecimientos expendedores de panela.

En Santa Fe de Bogotá durante 1996 se analizaron, 192 muestras en total, contando con las corrientes que no tienen empaque, 16 (8,3%) presentaron calidad no aceptable, teniendo especial mención la presencia de hidrosulfitos, clarificantes y adulterantes físico (materias extrañas). Las 176 (91,7%) muestras restantes fueron aceptables, sin embargo es importante ver

que el muestreo se llevó a cabo sólo en seis de los 26 hospitales de I y II nivel de atención (23%) durante el primer semestre y en los restantes se realizó a partir del tercer trimestre.

Las localidades que reportaron mayor cantidad de panela no aceptable son Engativa (4,34%), Garces Navas (2,08%) y Olaya (1,88%) dando el 8,3 % de no aceptabilidad del total de las muestras estudiadas.

A pesar de que la panela no esta considerada como alimento de alto riesgo epidemiológico, el hecho de encontrar adulterantes químicos ocasiona un riesgo que puede causar enfermedades gástricas que de acuerdo a la cantidad del mismo puede ir desde una úlcera gástrica hasta laceraciones intestinales irreversibles y cáncer.

REQUISITOS DE CLASIFICACIÓN DE LA PANELA

SOSY LOPEZ PEÑA
Química División Análisis y Laboratorio
Secretaría Distrital de Salud.

La panela granulada o en polvo, para ser clasificada como Extra, además de los requisitos exigidos en la resolución 002284 del 27 de Junio de 1.995, debe cumplir con las siguientes condiciones generales en su producción y elaboración:

- Debe presentar coloración en los diferentes tonos de amarillo, pardo o pardo oscuro.
- Debe estar libre de materias, olores y sabores extraños, verdumientos y no puede estar fermentada, ni presentar ataques de hongos o insectos.
- Debe elaborarse y comercializarse en condiciones higiénicas.
- En la elaboración de la panela no se permite el uso de hidrosulfito de sodio, hiposulfito de sodio (clarol), sustancias químicas con propiedades blanqueadoras u otras sustancias tóxicas totalmente prohibidas como aditivos alimentarios, dado su impacto en la salud pública por su efecto teratogénico y carcinogénico.

• No se permite el uso de ningún tipo de colorantes, como el amarillo ocaso o amaranillo número 6, permitido en otros alimentos pero en la panela totalmente prohibido, dada la coloración natural de ésta. El uso y consumo de estos colorantes, se ve contraindicado de estos colorantes, se ve aumentado la hiperactividad de los niños, dificultades respiratorias.

- No se permite la adición de azúcar.
- No se permite el uso de mieles procedentes de sitios diferentes a trapiches paneleros.

El control de la panela tomó auge a partir de 1995 y se acentuó notablemente desde 1995 con el apoyo de la resolución 2284 del 27 de Junio de 1995 emanada por el Ministerio de Salud (T No. 3 -4).

La Secretaría Distrital de Salud delegada por el Ministerio, para hacer el control y la vigilancia de la panela en el Distrito Capital, elabora una programación para muestreo distribuida en las localidades, donde se hace inspección y expendios al público.

TABLA No.3

REQUISITOS FÍSICO-QUÍMICOS DE LA CALIDAD DE LA PANELA

REQUISITOS FÍSICO-QUÍMICOS	MÍNIMO	MÁXIMO
- Humedad en %	-	9
- Azúcares reductores, expresados en glucosa, en %	55	-
- Azúcares no reductores, expresados en sacarosa en %	-	83
- Proteínas en % (N x 6,25)	0.2	-
- Cenizas en %	0.8	-
- Plomo expresado con Pb en mg/kg	-	0.2
- Arsénico expresado como As en mg/kg	-	0.1
- SO ₂	NEGATIVO	
- COLORANTES	NEGATIVO	

TABLA No.4
REQUISITOS DE CLASIFICACIÓN DE LA PANELA

CALIDAD	MATERIAS EXTRAÑAS			
	SÓLIDOS SEDIMENTABLES	NUMERO DE DEFECTOS POR 100 g. (Máximo)		
	EN g/100g (Máximo)	De 0 mm a 1 mm	De 1.1 mm a 3 mm	De 3.1 mm a 6 mm
EXTRA	0.1	2	1	0
CORRIENTE	10	6	3	3

En el último quinquenio durante 1993 se detectó el mayor porcentaje de muestras no aceptables, 49% mientras que de Enero a Agosto de 1996 el 35%

(n=307) no fue aceptable, pues en este año se intensificó el programa de toma de muestras de panela, dado el alto índice de no aceptabilidad (Tabla No. 5).

TABLA No.5
RESULTADOS DE ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICOS A MUESTRAS DE PANELA
ENERO 1992 - AGOSTO 1996

AÑO	MUESTRAS RECIBIDAS	ACEPTABLES		NO ACEPTABLES					
		TOTAL	%	TOTAL	%	SO2	%	COLOR	%
1992	12	10	83	2	17	2	100	-	-
1993	41	21	51	20	49	13	65	7	35
1994	10	7	70	8	30	4	50	4	50
1995	116	102	88	9	12	6	50	3	50
1996*	307	200	65	107	35	45	42	62	58
TOTAL	486	340	70	146	30	70	46	76	52

(*) De Enero a Agosto de 1996

Fuente: División de análisis y laboratorio - Secretaría Distrital de Salud

Conclusión y Recomendaciones

- El fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de panela ofrece resultados de mayor aceptabilidad de dicho producto para el consumo humano.
- Se deben fortalecer programas debidamente planificados para llegar tanto a reempacadores, procesadores y expendios.
- Se debe difundir ampliamente la Resolución 2284, Ministerio de Salud, Colombia, 27 junio 1995.
- Es importante conocer la procedencia del producto para que la vigilancia al productor la ejerzan los servicios seccionales de Salud.
- Se debe mantener el programa de control de panela, cumpliendo con los lineamientos exigidos por el Ministerio de Salud.
- Dada la importancia del programa, es de resaltar la adecuada selección de muestras que se debe realizar, llevando a cabo seguimiento periódicos y

homogéneos de éstas, identificando aquellos productos y/o marcas que no cumplan con las normas sanitarias vigentes.

Bibliografía

1. Manual para el análisis de la panela, Primera Edición. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, Instituto Nacional de Salud. Santa Fe de Bogotá, D.C., 1995.
2. Resolución 2284, Ministerio de Salud, Colombia, 27 junio 1995.
3. Decreto 0547 de Marzo de 1996
4. Boletín informativo: Eliminación de desordenes por ausencia de Yodo (D.D.Y) 1996
5. Boletín programa de Vigilancia Epidemiológica y control de Calidad para la Sal de consumo humano de Colombia. Manual de técnicas del INVIMA.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico XI

SEMANA 0-43

LOCALIDAD	COLUMBIA		PAU. PLAC		ESP. RASPA		M. MENING		VINOSCA		MULTIPL. HEPATITIS B		SÍFILIS CONG.		SARAME*		LESIONES		M. MATERIA		M. PERIART.		S. NIÑO BVL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
UBAQUÉN	0	0	0	0	0	0	0	0	13	78	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUIBA	0	0	0	0	0	0	0	0	20	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARROS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	11	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARRANCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	242	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLÍVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LESAME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BUAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TECAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Causa sospechada
 Sin Datos de sospechados 1 Muertes Maternas y 1005 Muertes Perinatales

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen 1 Ejemplar 12

Octubre 27 - Noviembre 9 de 1996

Semana 44 y 45

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaria Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.****COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Rebollo Susloque
Elkin Osorio Saldarriaga	Gladys Espinosa García
	Luz Adriana Zuluaga S.

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Araya	Humberto Niampira R.
Wilson Rodríguez Ruiz	Mabel Díaz
César Castro Neira	Darío Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ARTICULO CENTRAL

La rabia es una enfermedad mortal que se transmite de los animales al hombre y que una vez se presentan los síntomas, no existe ningún tratamiento eficaz para combatirla.

El método más eficiente de prevención, control y erradicación de la enfermedad es la vacunación de los potenciales transmisores (perros y gatos), manteniendo una cobertura mínima del 80% de la población existente. Para ello hoy en día se cuenta con vacunas como las producidas en cultivos celulares, que confieren una inmunidad de dos años en los animales vacunados. Esta medida debe ser complementada con la regulación de la población de perros callejeros y la educación a la comunidad.

Por otra parte la eliminación de la Rabia para el año 2000 constituye una de las prioridades del programa de Zoonosis en América Latina y el país. Para el cumplimiento de esta meta, el Ministerio de Salud plantea como estrategia el fortalecimiento del programa regular de vacunación contra la rabia, reforzado por la intensificación de la vigilancia epidemiológica, el desarrollo de los laboratorios para el diagnóstico de rabia, la capacitación y comunicación, además de la realización de la Jornada de Vacunación Masiva contra la Rabia animal el 9 de Noviembre de 1996.

En la adopción de esta Política Nacional, el Distrito Capital continúa con el desarrollo y fortalecimiento de

*continúa...***CONTENIDO**

• Rabia Humana y Canina.....	Pág. 2
• Situación de la Rabia en Santa Fe de Bogotá.....	Pág. 4
• Rabia canina en la localidad ciudad Bolívar de Santa Fe de Bogotá en 1996.....	Pág. 5
• Definiciones de caso de Rabia Humana y Rabia Animal.....	Pág. 7
• Bibliografía	Pág. 8
• Informe de Notificación por Localidad	Pág. 9-10

esta estrategia y se vincula a la Jornada Nacional a través de la red de hospitales de Primer Nivel de Atención, con el propósito de cumplir con las metas que tiene planteadas como son el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la rabia en las localidades, mantenimiento de las coberturas de

vacunación antirrábica animal por encima del 80, reducción de la morbimortalidad de rabia humana, captación y atención de los afectados por accidentes rábicos y diagnóstico oportuno de la enfermedad en los casos probables de rabia animal y humana.

RABIA HUMANA Y CANINA

Por Sonia Esperanza Rebollo S.
Bacterióloga. Div. Epidemiología.
Secretaría Distrital de Salud

Descripción: La rabia es una zoonosis aguda, fatal y transmisible producida por el virus rábico que afecta a los animales de sangre caliente, incluyendo al hombre. La transmisión al hombre se produce por la mordedura de un animal rabioso.

En los animales, el cuadro clínico se presenta con cambios de conducta, alucinaciones, excitación alternada con periodos de calma, salivación abundante y finalmente sobreviene la muerte.

El cuadro clínico en humanos se presenta como una encefalitis aguda que suele estar precedida por irritabilidad, angustia, insomnio, depresión, cefalalgia, anorexia, fiebre, malestar general y alteraciones sensitivas indefinidas. La enfermedad evoluciona al período neurológico agudo que suele durar de dos a seis días, en el que aparecen signos de compromiso del Sistema Nervioso Central tales como convulsiones, fasciculaciones, signos meníngeos, alucinaciones, hidrofobia por espasmo de los músculos de la deglución al intentar tragar, desorientación, confusión, estupor y estado de coma que suele durar en promedio dos semanas. La muerte sobreviene a consecuencia de la parálisis de los músculos respiratorios.

El agente es el virus de la rabia, con una vida media a temperatura ambiente de 4 horas y de 35 a 60 grados centígrados. Se inactiva fácilmente con detergentes, jabón y calor.

El modo de transmisión es por introducción del virus a través de la saliva del animal rabioso,

por mordedura, lamedura, rasguño o por contacto de ésta con las mucosas o piel que sufra alguna herida reciente. La transmisión de una persona a otra puede ser posible por saliva del individuo infectado pues ésta puede contener el virus. Se ha sabido de trasplantes de córnea obtenida de personas que murieron de una enfermedad del sistema nervioso central diagnosticada, que ocasionaron rabia en los receptores.

El reservorio es el animal de sangre caliente tanto animales domésticos como silvestres: perros, gatos, murciélagos. Rara vez contraen infección los conejos, ardillas, ratas y ratones. En Colombia, al igual que en Santa Fe de Bogotá, los perros se constituyen en el principal reservorio y fuente de rabia humana.

El período de incubación desde el momento exacto de la exposición hasta la aparición de los primeros síntomas es en promedio de 10 a 14 días y a veces puede ser solo de 5 días o durar un año o más según la magnitud de la herida, sitio de la laceración en relación con la cantidad de nervios, la distancia del cerebro, la cantidad de virus introducido y la protección conferida por la ropa.

El período de transmisibilidad es de 3 a 5 días antes de manifestarse el cuadro clínico con los primeros síntomas y continúa hasta el fallecimiento de la víctima.

La distribución de la enfermedad es mundial. En 1990, de 165 países encuestados, 137 informaron casos de rabia humana y animal con mayor frecuencia en perros domésticos, mamíferos silvestres y murciélagos hematófagos.

En América Latina, Asia y África, el perro es el reservorio más común, mientras que en Europa, Estados Unidos y Canadá es la fauna silvestre mamífera la más afectada.

En Colombia hay circulación viral principalmente en la Costa Atlántica, Cundinamarca, Boyacá y esporádicamente en los Santanderes. El mayor número de casos de rabia animal en Colombia ha sido diagnosticado en animales domésticos, especialmente en perros, notificándose entre enero de 1989 a marzo de 1996 un total de 3001 casos de rabia animal.

En el país, durante el periodo de Enero de 1994 a 30 Julio de 1996 se han presentado un total de 243 casos de rabia animal, de los cuales el 85.2% corresponde a rabia en perros, seguido por el 9.5% en bovinos, 3.3% felinos, 0.8% en porcinos, 0.8% en equinos y 0.4% en zorros.

La situación mas critica se presenta en Boyacá que aporta el 19.8% de casos en el país, le siguen Cundinamarca con el 17.7%, Cesar con el 14.8% y Arauca con el 13.6% de casos positivos de rabia animal. Ver Cuadro No 1.

Cuadro No.1

RABIA ANIMAL EN COLOMBIA

1994 a Julio 30 de 1996

DEPARTAMENTO	AÑO			
	1994	1995	1996*	TOTAL
ARAUCA	0	22 (2F)	13 (1B)	33
ATLÁNTICO	0	0	2	2
BOYACÁ	17	21 (2P)	8 (4B,1E)	46
CUNDINAMARCA	17	14	12 (2F, 1B)	43
SANTA FE DE BOGOTÁ	7	0	1	8
BOLÍVAR	3	6	6	15
CESAR	25	5	6 (1F)	36
CÓRDOBA	2	0	8 (1B)	10
SUCRE	1	15 (2F)	5 (1F,2B)	21
MAGDALENA	3	7 (1Z)	4	14
CHOCO	0	0	9 (B)	9
ANTIOQUÍA	0	0	3 (B)	3
NORTE DE SANTANDER	0	0	3 (2B, 1E)	3
TOTAL	75	88	80	243

B= Bovino F= Felino E= Equino Z= Zorro P= Porcino

Fuente: Boletín Epidemiológico Rabia 1995 Minsalud

* Rabia 30 de Julio de 1996 Programa control Minsalud

En relación con la situación de *rabia humana* en Colombia, desde la implementación del Programa Control de Rabia en 1970 se ha conseguido disminuir el número de casos en humanos. Entre 1981 y 1995 la incidencia acumulada de rabia humana descendió

de 0.9 por cada millón de habitantes a 0.22 x 1.000.000 habitantes, lo que representa una disminución del 75.5%. Los casos humanos de 1996 han estado asociados a exposición por accidentes rábicos producidos por mordedura de murciélagos.

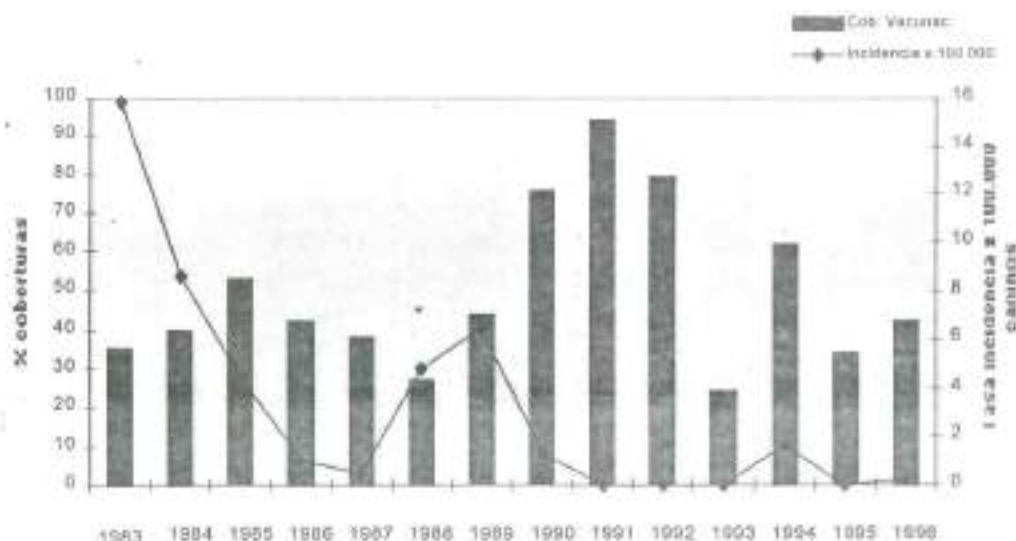
SITUACIÓN DE LA RABIA EN SANTA FE DE BOGOTÁ

Entre Enero de 1983 a 6 de Noviembre de 1996 se han diagnosticado 196 casos acumulados de rabia animal especialmente en caninos, presentándose un descenso en la tasa de incidencia de 15.8 por 100.000 caninos en 1983 y ausencia de casos caninos en 1991 hasta 1994, cuando aumenta la incidencia en 1.7 por 100.000 caninos, para luego descender a cero casos en 1995. Hasta noviembre 8 de 1996 se ha reportado un caso de rabia canina, para una tasa de incidencia de 0.3 por cada 100.000 caninos.

En la Gráfica 1, se observa una asociación entre las bajas coberturas de vacunación canina con el aumento de la incidencia de casos de rabia animal en el año inmediatamente siguiente, esto es más evidente en los años 1988- 1989 y 1991- 1994.

Analizando las coberturas de vacunación canina de los últimos 14 años en el D.C., solamente en 1991, se cumple la meta del programa de vigilancia epidemiológica, que es mantener coberturas de vacunación antirrábica animal por encima del 80%. Ver Gráfica 1.

Gráfica 1. Comportamiento de rabia animal y coberturas de vacunación canina.
Santa Fe de Bogotá, D.C. Enero 1983 - 06 Noviembre 1996



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Div Factores de Riesgo.

Con respecto a la rabia humana, la enfermedad ha estado controlada en el Distrito Capital, pues durante el período comprendido entre 1984 y

1996 sólo se notificó un caso positivo humano en 1988, el cual había sido remitido de otro departamento del país.

RABIA CANINA EN LA LOCALIDAD CIUDAD BOLÍVAR DE SANTA FE DE BOGOTÁ EN 1996

Por Myriam Acero, Md Veterinario SAMA Hospital Meissen. Erick Chatrabeck S., Md Veterinario, Hospital San Blas; Zaydé Barbosa, Enf Coordinadora Epidemiología, Localidad Ciudad Bolívar; José Fernández Md Veterinario División Factores de Riesgo; Sonia Esperanza Rebollo S.Bact Epidemióloga. Div Epidemiología. Secretaría Distrital de Salud.

La Localidad 19 Ciudad Bolívar está ubicada al sur de la ciudad al margen izquierdo del río Tunjuelito, colinda al Oriente con las Localidades de Tunjuelito y Usme, al Norte con la Localidad de Bosa, al occidente con el municipio de Soacha y al sur con la localidad de Usme. Sus habitantes son inmigrantes de diferentes regiones campesinas de los Departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Santanderes, Llanos Orientales y Tolima.

El día 9 de octubre de 1996 consultaron dos niños al Hospital de Meissen, Nivel II de la Localidad Ciudad Bolívar, por accidente rábico producido por una hembra canina callejera de raza criolla procedente del barrio San Francisco Compartir.

Ante la presencia de estos dos casos, un funcionario del Servicio de Atención al Medio Ambiente, se dirigió al lugar de los hechos, donde ubicó el canino causante de los accidentes rábicos reportados, el cual manifestaba síntomas de babeo, pupila dilatada, agitación y agresividad. Dada la sintomatología y puesto que no fue posible capturarlo vivo para mantenerlo en observación, el animal fue sacrificado y su cerebro fue transportado al laboratorio del Instituto Nacional de Salud, donde el resultado de inmunofluorescencia directa reportada el día 10 de Octubre de 1996, fue negativo. Posteriormente el 23 de octubre se reportó la prueba biológica confirmativa como POSITIVA.

A través de visitas de campo, se identificaron quince casos humanos de exposición rábica asociados al caso confirmado de rabia canina. De éstos, catorce fueron ubicados para iniciarles tratamiento antirrábico. El caso restante aún no ha sido posible localizarlo, pues era un visitante del barrio, sin más información sobre su procedencia. En el 64.3% (n=9) de los casos se produjo la mordedura el 09 de Octubre, en el 21.4% (n=3) se produjo el 10 de Octubre y en el 14.3% (n=2) restante se desconoce el dato, pues estas personas no recuerdan la fecha del accidente.

Teniendo en cuenta el tipo de lesión, el 85.7% de los accidentes fueron mordeduras y el 14.3% (n=2) restante fueron rasguños (n=2). Once de los casos presentaron lesión única y sólo uno presentó herida múltiple.

Según el tipo de accidente rábico, el 78.6% (n=11) de los casos se clasificaron como accidente rábico leve, encontrándose que el 72.7% (n=8) fueron localizados en miembros inferiores y el 27.3% (n=3) restante en tronco. En tres de los casos (21.4%) no se encontró reporte del sitio en donde fueron mordidos. Ver Gráfica 2.

Todos los casos fueron clasificados como exposición rábica grave, por el hecho de ser positivo para rabia el diagnóstico por laboratorio del animal mordedor.

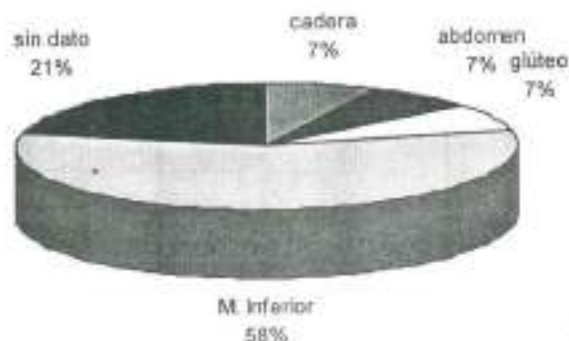
Hasta la fecha, doce de los pacientes han recibido las cinco primeras dosis del esquema de vacunación. Es importante tener en cuenta que a ninguno de estos pacientes se le aplicó suero antirrábico antes de iniciar la vacunación, tal como está establecido en accidentes rábicos graves que requieren vacunación.

El uso del suero antirrábico se constituye en una de las medidas más importantes en el manejo de los casos. Como se ha establecido en el protocolo, la aplicación del suero debe hacerse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 72 horas de ocurrido el accidente rábico, sin embargo se puede aplicar hasta por un periodo no mayor de ocho días de iniciada la vacunación, ya que puede interferir con la producción de anticuerpos.

Sólo está indicado en accidentes rábicos graves que requieren vacunación. No debe aplicarse suero antirrábico a un paciente que haya recibido en algún momento de su vida suero antirrábico o vacunación antirrábica previa pre o post exposición.

Dentro de las demás actividades de vigilancia epidemiológica que se desarrollaron están:

Gráfica 2. Localización de la lesión en las personas con accidente rábico. San Francisco - Porvenir. Ciudad Bolívar D.C. Octubre 1996



- *Recolección de caninos* en la zona circundante a la vivienda del perro con rabia: en total fueron recogidos 110 animales entre perros callejeros y contactos del animal con rabia.

- *Capacitación a los profesionales de la salud de la localidad*, sobre el tratamiento de los casos de rabia.

- *Coordinación de actividades y estrategias* a realizar ante un caso de rabia.

- *Educación a la Comunidad*, por medio de perifoneo en diez cuerdas a la redonda del foco, brindando información sobre la enfermedad, cuidado de mascotas, signos de un animal con rabia, medidas preventivas y de control y asistencia oportuna al centro de salud más cercano.

Simultáneamente se realizaron visitas a centros educativos, hogares de bienestar familiar, hogares DABS, para brindar información y charlas educativas sobre el tema.

Vacunación canina. Después de la recolección de animales, se programó vacunación de perros y gatos con estrategia en anillo casa a casa, cinco cuerdas a la redonda del foco. En total se vacunaron 838 animales entre perros y gatos.

MEDIDAS DE CONTROL DE LA RABIA

Las estrategias planteadas en el sistema vigilancia epidemiológica del Distrito Capital para el control de la rabia son:

1. Intensificación de la Vigilancia Epidemiológica

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional Alerta Acción (SAA), ha incluido dentro de los eventos a notificar a partir 1996 los casos de exposición rábica, en animal y rabia humana. Para tal fin consideran las definiciones de caso, acorde con el Programa de Zoonosis que se anexo al final.

2. Aumento de coberturas útiles de vacunación en caninos, por medio de la intensificación del programa de vacunación antirrábica animal mediante campañas masivas y períodos epizootémicos.

3. Fortalecimiento de los laboratorios para diagnóstico de rabia en el laboratorio central.

4. Capacitación y comunicación social, medio de educación y participación de comunidad en la detección y remisión de personas afectadas por accidente rábico para la evolución y control de intervenciones, con acciones tendientes

identificación de factores de riesgo y explicación de prácticas seguras en el manejo de accidentes rábicos, así como riesgo en la tenencia de animales, número de animales, vacunación de los mismos y su manejo intra y extradomiciliario.

5. **Atención integral médica inmediata a todas las personas expuestas a rabia**, por medio

de capacitación en el control y manejo de rabia animal y humana a todo el personal científico técnico de la Secretaría Distrital de Salud, asegurando la investigación epidemiológica de todos los casos probables y confirmados de rabia humana y animal.

6. **Control inmediato** de los focos de rabia que se detecten.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN CON VACUNA ANTIRRÁBICA

La vacuna antirrábica humana está indicada de acuerdo con la especie del animal mordedor y la condición del animal en el momento de la exposición, de la siguiente manera:

Especie del animal	Condición del animal en el momento de la exposición	Manejo
Perro o gato	Sano y observable Rabioso o sospechoso Desconocido (Escapó)	No vacunar por los 10 días de observación del animal a menos que se enferme. Iniciar vacunación* Depende de la situación de rabia en la zona y de las circunstancias del accidente. Vacunar si el accidente fue no provocado y hay presencia comprobada de rabia en la zona.
Murciélago y carnívoro salvaje	Considérela rabioso a menos que se demuestre lo contrario por laboratorio	Iniciar vacunación*
Otros animales domésticos y roedores (ratas, ardillas, micos, conejos).	Variable según la especie, zona y circunstancia de la exposición.	No vacunar a menos que haya indicación contraria o rabia demostrada por laboratorio.

DEFINICIONES DE CASO DE RABIA HUMANA Y RABIA ANIMAL

1.1 En Rabia Humana

Accidente rábico: Contacto de una persona con saliva o material biológico de un individuo (humano o animal) potencialmente transmisor de rabia, procedente de zona endémica para rabia.

Accidente rábico grave: persona con mordedura no provocada localizada en cabeza, cara, cuello o pulpejos de los dedos, cualquiera que sea su número, extensión o profundidad.

Accidente rábico leve: mordedura única en área cubierta, de brazos, tronco, miembros inferiores, lamedura de piel lesionada y/o arañazos. No obstante ser leves estos accidentes deben recibir la atención adecuada.

Exposición rábica: animal o persona que presuntamente se ha infectado con el virus rábico, por contacto con:

- un animal con síntomas de rabia o rabia confirmada
- un animal salvaje de sangre caliente

- un gato o un perro no vacunado o con estado vacunal desconocido sin posibilidades de ser observado
- un animal callejero o desconocido, perro, gato, roedor distinto a rata u otros animales
- contacto accidental con el virus en laboratorio o en morgues
- **Exposición rábica grave:** Persona con accidente rábico grave por animal desconocido, con cuadro clínico positivo y sin pruebas de laboratorio. O persona con accidente rábico grave o leve producido por un animal con diagnóstico de laboratorio positivo o por un animal silvestre.
- **Exposición rábica leve:** Persona con accidente rábico leve, según la definición previa.

No Exposición: accidente provocado, con cuadro clínico negativo del animal durante el período de observación.

Caso probable: persona con fiebre, agitación e inestabilidad que evoluciona presentando mayor compromiso del sistema nervioso central como convulsiones, signos meníngeos y alucinaciones, acompañado de hidrofobia por espasmo de los músculos de la deglución al intentar tragar (puede estar claro o no el antecedente de exposición o accidente rábico).

Caso confirmado: caso probable a quien se le demuestre el virus a través del estudio por laboratorio, bien sea por aislamiento viral, inmunofluorescencia, estudio histopatológico o prueba biológica.

Caso compatible: es el caso probable al que no se le realizan pruebas diagnósticas o los resultados de estas no son concluyentes.

1.2 En Rabia Animal

Caso probable: Animal de sangre caliente (perro, gato, zorro, bovino, equino) que presenta signos clínicos compatibles con rabia: excitación, ataque motivado, fotofobia, hidrofobia, salivación abundante, pérdida del apetito y en una fase más avanzada, parálisis en los músculos de la faringe que luego se generaliza. El animal finalmente muere.

Caso confirmado: Caso probable con confirmación por laboratorio por aislamiento viral, inmunofluorescencia o prueba biológica.

Foco de rabia: Presencia de uno o más animal sospechosos, probables o confirmados de rabia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Documento Sistema de Acción. 1996
2. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional. Volumen 1, No. 3, Marzo 1 de 1996
3. Secretaría Distrital de Salud. División Epidemiología. Informe No. 2. Actividad campo realizada en Ciudad Bolívar ante presencia de un caso confirmado de rabia canina
4. Secretaría Distrital de Salud. División Factores de Riesgo. Documento marco Jornada Distrital Contra la Rabia Animal, Noviembre 1996.
5. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Oficina de Epidemiología. Protocolos Vigilancia Epidemiológica. Guías integrales Atención IV Edición. 1996.
6. Secretaría Distrital de Salud, División Epidemiología. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Rabia. Última Revisión, 1996.

JORNADA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Por José Fernández Md Veterinario División Factores de Riesgo. Secretaría Distrital de Salud

El pasado 9 de Noviembre se llevó a cabo la Jornada Nacional de Vacunación contra la rabia animal.

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá, se ha alcanzado una cobertura de vacunación hasta la fecha del 91%, con la vacunación de 156,379 animales, según la meta establecida para la jornada de vacunar 171,557

animales y una población estimada de 34 animales.

Teniendo en cuenta que en la jornada al animales no alcanzaron a vacunarse debido a la como el clima, la disponibilidad de vacunadores, disponibilidad de biológicos entre otros, se propuso como estrategia la realización de la postjornada de vacunación en aquellas áreas que requieren al las metas de acuerdo con la población

existente, la instalación de puestos en los sitios donde no se ubicaron o en donde se levantaron debido a la escasez del biológico.

Se recomienda ajustar la población de animales en cada localidad, teniendo en cuenta factores como estrato socioeconómico, el uso del suelo en áreas residenciales, comerciales e industriales y el tipo de vivienda sea horizontal, vertical ó bifamiliar, entre otros. Dicho ajuste poblacional debe realizarse especialmente en las localidades de Olaya, Usaquén, Chapinero, Garcés Navas, Fontibón, Trinidad Galán, San Blas, Samper Mendoza, Olaya y Rafael Uribe, en donde las coberturas de población son mayores del 100% por la subestimación de la población canina existente en la localidad

Para próximas jornadas los recursos físicos, potencial humano y de transporte se deben gestionar a nivel local involucrando en el proceso a los Alcaldes Zonales, las Juntas Administradoras Locales y la Comunidad.

La participación de los Directores de las Instituciones en la realización de la Jornada es de vital importancia con el fin de realizar la coordinación e involucrar no solamente el área de atención al ambiente sino también el área asistencial y administrativa en el desarrollo del programa para el logro de las metas de la Jornada de vacunación.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ,
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN CONTROL FACTORES DE RIESGO
JORNADA DE VACUNACIÓN ANTIRRABICA
1996

HOSPITAL	POBLACIÓN ESTIMADA	POBLACIÓN A VACUNAR			COBERTURA JORNADA	CONSOLIDADO VACUNACIÓN	COBERTURA ALCANZADA*
		META (80%)	PREJORNADA	DIA JORNADA			
Usaquén	11.100	8.800	5.280	8.020	151	13.300	121%
Suba	26.439	21.151	12.691	---	60	12.691	48%
Juan XXIII	5.840	4.672	2.803	---	60	2.803	48%
Chapinero	5.250	4.200	2.520	4.377	164	6.897	131%
Garcés Navas	29.700	23.760	15.404	14.760	127	30.164	102%
Bosa	31.172	24.938	14.963	14.397	118	29.360	94%
Fontibón	12.000	9.600	5.760	7.257	136	13.017	108%
Kennedy	45.785	36.628	21.977	22.724	122	44.701	98%
Trinidad Galán	12.854	10.283	6.170	7.275	131	13.445	105%
Perseverancia	10.430	8.344	5.006	5.324	124	10.330	99%
San Blas	28.000	22.400	13.440	15.500	129	28.940	103%
Samper Mendoza	4.869	3.895	2.337	3.120	140	5.457	112%
Olaya	1.500	1.200	720	2.750	269	3.470	231%
San Jorge	20.000	16.000	9.600	10.650	127	20.250	101%
Turquellito	6.050	4.840	2.904	---	60	2.904	48%
Vista Hermosa	34.500	27.600	16.560	17.000	122	33.560	97%
Usme	60.000	48.000	28.800	15.605	93	44.405	74%
Nazareth	2.352	1.882	1.129	---	60	1.129	48%
ZOOLOGIA						498	
TOTAL	347.741	278.193	168.064	148.769	114	316.823	91%

--- NO REPORTARON DATO

Fuente: División de Factores de Riesgo. Secretaría Distrital de Salud

*Suspendir vacunación si el laboratorio descarta el diagnóstico

EPINOTAS

REACCIONES ADVERSAS A LA VACUNA TRIPLE VIRAL

Entre el 15 de Agosto y el 30 de Noviembre del Presente año se ha intensificado la Vigilancia epidemiológica de las reacciones adversas post vacunales con triple viral en 56 instituciones prestadoras de servicios de salud del Distrito Capital, con el fin de determinar la magnitud del problema e identificar la historia natural de la enfermedad y los factores asociados.

En la vigilancia epidemiológica de las reacciones adversas post vacunales con triple viral, se ha realizado búsqueda activa de los casos sospechosos a partir de la información de egresos hospitalarios y consultas de urgencias, además de la notificación telefónica inmediata de casos.

El caso sospechoso de reacción adversa post vacunal con triple viral es todo adolescente de 10 a 12 años con uno de los siguientes diagnósticos de atención en urgencias o el egreso hospitalario: anafilaxis o choque anafiláctico, encefalopatía, encefalomielitis, meningoencefalitis o encefalitis, meningitis viral o aséptica, síndrome convulsivo, artritis o púrpura trombocitopénica.

Se solicita comedidamente el envío de la información recopilada, en la primera semana del mes de diciembre del presente año incluyendo: lista de casos detectados por egresos hospitalarios o consultas de urgencias y las respectivas fichas de notificación de los casos detectados tanto por vigilancia activa como pasiva.

CAMBIO DE SEDE DE LA DIRECCION DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

A partir del 1 de diciembre de 1996, las Direcciones de Seguridad Social, Promoción y Prevención y la unidad de Recursos Humanos de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, funcionarán en la nueva sede ubicada en Galerías Transversal 23 No. 56-00. Los números telefónicos son los siguientes:

Dirección de Promoción y Prevención : 3 47 63 70; 3 47 6394

División de Epidemiología: 3 47 63 21; 3 47 63 46

División de factores de Riesgo: 3 47 64 98, 3 476521; 3 4765 65

INSTALACIÓN DE FAX MODEM

Con el propósito de facilitar la notificación en el sistema de vigilancia epidemiológica, se instalaron 22 fax modem en las oficinas de epidemiología de las localidades y en las Divisiones de Epidemiología, factores de Riesgo y en la Unidad de Análisis y Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico XI

SEMANA 44

LOCALIDAD	CÓLERA		FAR. PUJO		EUP. BABA		M. BOMB.		VHSCA		M. AMPLIEN. HEPATITIS B		SARUMP		LESIONES		M. MATERN.		M. PERINAT.		S. NIÑO MEN.	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USADLEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPIERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROFANEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL ES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sin Datos de localización: 7 Muertes Maternas y 1065 Muertes Perinatales

1 Causa no especificada

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTES SEMANAL
Período Epidemiológico XII

LOCALIDAD	COLERA		PAR. FLAC		EIP. SARA		M. INCHENO		VIRSIDA		MULIPLEN		HEPATITIS B		SPL. COHO		SARANG		LEISHM		M. WATSON		M. PERINAT		S. HERO MAL	
	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
USACUEN	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BAVADOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPIERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENDATNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PONTECH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNQUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUNAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TELEBOQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

En: Día de corte: 7 de mayo de 2011 y 10 de mayo de 2011
 1. Casos sospechosos

B-E-D**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
DISTRITAL**

Volumen I Ejemplar 13

Noviembre 10 al 30 de 1996

Semana 46 a 48

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUDBeatriz Londoño Soto
Secretaria Distrital de SaludDelio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de SaludAna María Peñuela Poveda
Directora Promoción y PrevenciónConsuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología**SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.**

Santa Fe de Bogotá, D.C.

**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto	Doracelly Hincapié Palacio
Ana María Peñuela Poveda	Cristina Matiz Matiz
Consuelo Peña Aponte	Sonia E. Rebollo Sastoque
Elkin Osorio Saldarriga	Gladys Espinosa García
	Luz Adriana Zuluaga S.

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Amaya	Humberto Niampira R.
Wilson Rodríguez Ruiz	Mabel Díaz
César Castro Neira	Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

**EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE
FONTIBÓN II NIVEL DE ATENCIÓN EN
LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA
LACTANCIA MATERNA**Por: N.D. Gilma Olaya, MD María del Pilar Rodríguez, EnL.
Ana María Jiménez, M.D. Consuelo Forero, M.D. Henry
TarazonaFanelarios Hospital Fontibón II Nivel. Secretaría Distrital
de Salud Santa Fe de Bogotá, D.C.

El Hospital de Fontibón II nivel perteneciente a la Localidad de Fontibón al Occidente de Santa Fe de Bogotá, realizó en 1992 un estudio sobre la práctica de lactancia materna, mediante encuesta aplicada a 450 madres que asistieron al Hospital solicitando diferentes servicios.¹

En el estudio se observó que 76 madres (17%) practicaron lactancia materna total hasta el tercer mes y 46 (10.4%) lo hicieron hasta el cuarto mes, mientras que las 328(72.9%) madres restantes no la practicaron durante este período. Estos resultados llevan a la creación del programa de lactancia materna con el fin de fomentar esta práctica en forma exclusiva durante los cuatro a seis meses de edad continuándola hasta los dos años con alimentación complementaria.

A continuación se presentan los resultados de un estudio sobre el estado nutricional de una cohorte de niños pertenecientes al programa de crecimiento y desarrollo, desde el nacimiento hasta el mínimo de cuatro meses de edad.

CONTENIDO

- Experiencia del Hospital de Fontibón II nivel de atención en la promoción y apoyo a la lactancia materna. Pág.2
- Estado nutricional en niños menores de cinco años. Hospital Usaquén I Nivel de atención..... Pág.6
- Epinota..... Pág.8
- Informe de Notificación por Localidad Pág.9

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal en el Hospital de Fontibón II Nivel de Atención con seguimiento a una cohorte conformada por 475 niños nacidos en la Institución entre Septiembre de 1992 y Septiembre de 1994 y que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta un mínimo de 4 meses de edad.

No se incluyeron en el estudio aquellos niños con patologías que requirieron atención en un tercer nivel, dada la dificultad para efectuar el seguimiento.

En el programa se realizan actividades de prevención y control del estado nutricional en consulta colectiva mediante una metodología participativa con un grupo de trabajo conformado por los padres de los niños, enfermera profesional, médico, psicóloga y nutricionista.

En el estudio se obtuvo información sobre el estado de salud en el nacimiento, medidas antropométricas, desarrollo sicomotor y morbilidad, diligenciando los datos en la historia del lactante. Las medidas antropométricas fueron tomadas por el equipo de salud. Para la estimación del estado nutricional se utilizaron las curvas de crecimiento para niño y niña de la Nutritional Center Health Survey (NCHS).

El estado nutricional se determinó según los indicadores de peso - edad y talla - edad, anamnesis y pruebas clínicas. Se clasificó el estado nutricional como normal, riesgo nutricional y deficiente, teniendo como referencia los patrones de NCHS, según la evolución mensual y la información de peso y talla al nacer.

RESULTADOS

La cohorte de estudio la conformaron 247 niños (52%) y 228 niñas (48%).

El 45.2% (n=215) de las madres de los niños tenían entre 18 y 24 años de edad, seguido por el grupo de 25 - 32 años con 37.1%. Se resalta la participación de 83 (17.7%) madres adolescentes con edades entre 15 y 17 años.

El 94.3 % de las madres asistieron a control prenatal. Solamente una de las madres tuvo una gestación menor de 34 semanas.

La asistencia al programa fué mayor durante los primeros seis meses de vida del niño y disminuye gradualmente a partir del cuarto meses de vida. (Grafica No. 1)

Gráfico 1



El peso y la talla de los niños fue más alto que el de las niñas durante todo el seguimiento, encontrándose los mayores incrementos durante los primeros cuatro meses de vida, que coincide con la literatura sobre el tema².

En promedio, el peso de los niños al nacer fue de 3096 gramos y una talla de 49.2 cm. Las niñas al nacer tuvieron una talla similar y un peso promedio de 3060 gms.

Durante los primeros cuatro meses la ganancia de peso en las niñas fue de 2.083 gramos y de talla de 8 cm en promedio y en niños la ganancia de peso fue mayor con 2370 gramos y de 8.3 cm de talla.

También se observa que el riesgo nutricional y el estado nutricional deficiente se incrementa con la edad, coincidiendo con el inicio de la alimentación complementaria y la etapa de independencia que va alcanzando el menor, lo cual se ve afectado por factores importantes como son: hábitos alimentarios, condición socio económica, educación, entre otros.

Durante el seguimiento predominó el estado nutricional normal (Ver Gráfico 2). La ganancia de peso y talla durante el seguimiento estuvo por encima del percentil tres con un 80 % de los niños con estado nutricional normal, siendo una

población de alto riesgo nutricional por las condiciones socioeconómicas en las que viven.

En el grupo de un mes de edad, el 97% de los niños tenía estado nutricional normal, el 1.6% (n=7) de los niños estaban en riesgo nutricional y el 0.7 % (n=3) de los niños tenían deficiente estado nutricional por sus precarias condiciones de alimentación.

En el grupo de dos meses de edad el 97%(n=422) de los niños tenía estado nutricional normal, el 2.5%(n=11) de los niños estaban a riesgo de desnutrición y ningún niño presentó estado nutricional deficiente. En el tercer mes el comportamiento fue similar a los meses anteriores.

Se resalta que a partir del cuarto mes aumentó el riesgo nutricional y el estado nutricional deficiente, observando un mayor cambio en el octavo mes cuando se encontró normalidad en el 71% (n=195) de los niños, riesgo nutricional en el 25.2% (n=69) y deficiente nutrición en el 3.6% (n=10).

En forma similar, en el primer año se observó normalidad en el 69% (n=123) de los niños y riesgo nutricional en el 24.8% (n=54) pero sobresale el estado nutricional deficiente que se presentó en el 6.0% (n=9) de los niños. (Gráfico 2)

Gráfico 2



De los 445 niños que asistieron al programa, el 82% realizó lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes y el 17,7 % lactancia materna mixta. Al quinto mes de 383 niños objeto del seguimiento, el 49% realizó lactancia materna exclusiva y el 50% lactancia materna mixta. Al sexto mes de 337 niños, el 16.6 % seguían con lactancia materna exclusiva y el 83% lactancia

materna mixta. De esta forma se resalta el avance en prolongar la lactancia materna exclusiva por lo menos hasta el sexto mes. Con respecto al desarrollo psicomotor se encontró que éste fue satisfactorio y además no se encontró ningún caso con retraso en la evaluación de las diferentes áreas del desarrollo. Ver Tabla 1.

Tabla 1

GRADO DE DESARROLLO SICOMOTOR SEGÚN TIPO DE LACTANCIA. HOSPITAL DE FONTIBÓN II NIVEL. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD SANTA FE DE BOGOTÁ D.C., 1.996

MESES	EXCLUSIVA				MIXTA				SIN LACT			
	SATISFACT		NO SATIF		SATISFACT		NO SATIF		SATISFACT		NO SATIF	
	No	Prop	No	Prop	No	Prop	No	Prop	No	Prop	No	Prop
1	380	99,74	1	0,26	44	100,00	0	0,00	0	0	0	0
2	395	98,75	5	1,25	39	95,12	2	4,88	0	0	0	0
3	380	98,70	5	1,30	49	98,00	1	2,00	0	0	0	0
4	363	99,45	2	0,55	74	93,67	5	6,33	1	100	0	0
5	188	99,47	1	0,53	186	96,37	8	4,15	0	0	0	0
6	56	100,00	0	0,00	273	97,50	7	2,50	0	0	1	100
8	0	0,00	0	0,00	265	98,51	7	2,60	2	100	0	0
10	0	0,00	0	0,00	185	98,40	0	0,00	5	100	0	0
12	0	0,00	0	0,00	143	100,00	0	0,00	6	100	0	0
18	0	0,00	0	0,00	17	100,00	0	0,00	2	100	0	0

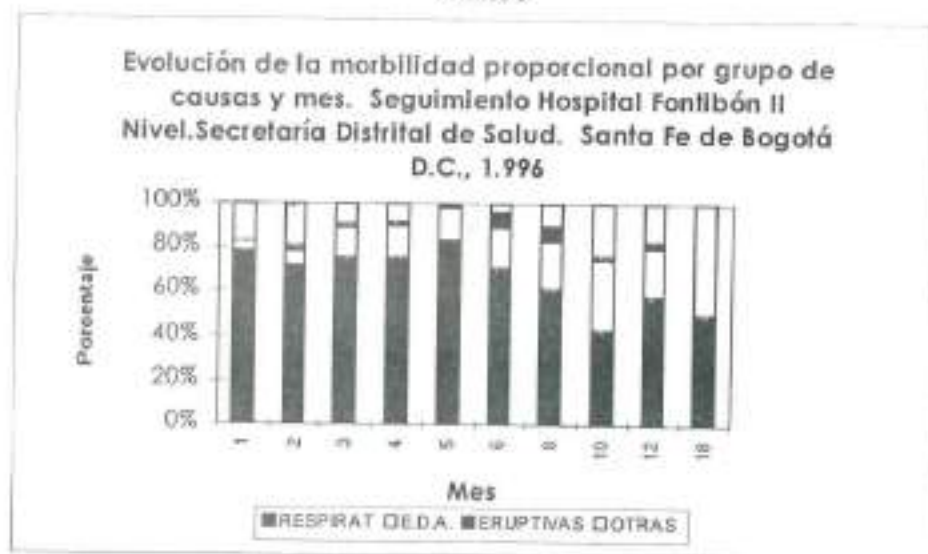
En cuanto a la morbilidad detectada en el programa, se observa una reducción de la razón de niños sanos - enfermos con la edad, pasando de 17 niños sanos por cada niño enfermo en el primer mes de vida hasta una razón de 2.6 niños sanos por cada niño enfermo en el primer año de vida. En la edad de 18 meses, la razón es similar a la observada a los tres ó cuatro meses de edad, con ocho niños sanos por cada niño enfermo.

Esta reducción de la morbilidad es constante especialmente a partir del cuarto mes, que

coincide con la terminación del periodo de lactancia materna exclusiva.

La morbilidad que se presentó se debe especialmente a enfermedades respiratorias que oscilan entre un 71 y 75% de los casos hasta el cuarto mes de vida, en el quinto mes asciende a 85% para reducirse progresivamente a expensas de la enfermedad diarreica aguda y enfermedades eruptivas con el 20 - 30% y 7%, en especial entre los meses sexto y décimo de vida. (Gráfico 3)

Gráfico 3



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque los beneficios de la lactancia materna para nadie son desconocidos, el seguimiento realizado a los niños confirmó la necesidad de crear e incrementar las acciones que promuevan la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida y a partir de esta edad iniciar la alimentación complementaria hasta los dos años de edad.

Desde el punto de vista nutricional aunque el 80% de los niños presentó estado nutricional normal, se hace necesario formular acciones que prevengan el deterioro del estado nutricional al inicio de la alimentación complementaria, si se tiene en cuenta que a mayor edad es mayor el riesgo nutricional. Las acciones pueden estar dirigidas a la educación nutricional de madres y cuidadores, entre otras.

Este trabajo muestra la necesidad de continuar explorando los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro a seis meses de edad como la mejor alternativa de alimentación del lactante. Igualmente es preciso rescatar la utilización de metodologías participativas en trabajos similares, como una

estrategia eficaz para el trabajo conjunto entre la comunidad y el equipo de salud, que permita lograr cambios de actitud en la comunidad con respecto a la solución de sus problemas y lograr un enfoque y un manejo integral.

Es fundamental realizar trabajos que permitan una atención a las adolescentes en salud sexual y reproductiva, siendo incluso necesario explorar la problemática en salud que vive este grupo poblacional y sus implicaciones sociales.

Además sería importante establecer la velocidad de crecimiento de la población infantil de la ciudad, lo cual permitiría un seguimiento ajustado a las condiciones reales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olaya G, Rodríguez M, Jiménez A, Forero C. Documento experiencia de atención en la Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna Hospital Fontibón II Nivel. Estudio de Seguimiento de Casos. Santa Fe de Bogotá D.C., 1.996. Doc inédito.
2. Instituto Nacional de Salud. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia. 2a de. Santa Fe de Bogotá D.C., 1.990.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL DE ATENCIÓN
--

Por: Luz Mery Vargas Gómez
Nutricionista Dietista Hospital Usaquen I Nivel.
Secretaría Distrital de Salud, Santa Fe de Bogotá.

La vigilancia alimentaria y nutricional es una estrategia integral para el monitoreo de procesos de alimentación y nutrición cuyo objetivo principal es la focalización de grupos humanos de mayor riesgo alimentario para priorizar acciones y asignar recursos a nivel local.

En la actualidad, la Secretaría Distrital de Salud se está realizando un proyecto piloto en 11 instituciones sobre Vigilancia Alimentaria y Nutricional de niños menores de cinco años, que permita orientar la toma de decisiones según la realidad local y proponer alternativas de solución, a partir de la caracterización de la situación nutricional de la población.

El Hospital de Usaquen primer nivel de atención, es una de las instituciones piloto para la Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Está ubicado en la localidad del mismo nombre, que cuenta con 317 barrios y una población perteneciente a los estratos medio y alto, según el DANE; sin embargo, es importante resaltar que el tipo de población que utiliza los servicios del Hospital pertenecen básicamente a estratos medio y bajo.

RESULTADOS

Según el indicador peso para la edad, el 35% de la población infantil analizada presenta un riesgo de desnutrición global o general, el 50% de la población tiene un peso adecuado para la edad y el 15% restante tienen sobrepeso.

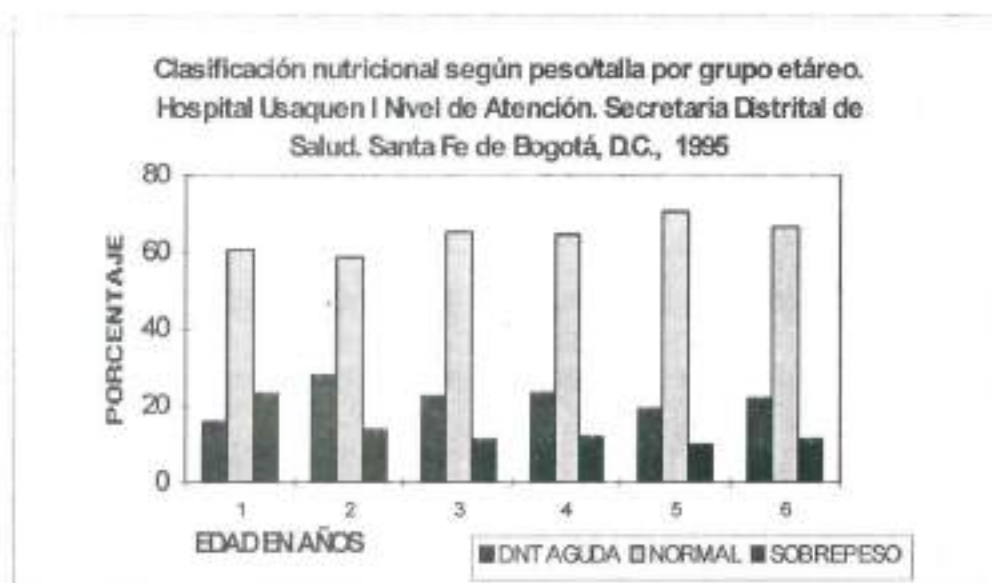
Según el indicador talla para la edad, el 43% de los niños presentó desnutrición crónica, es decir, tenían un retraso del crecimiento en talla

relacionado con la historia alimentaria, nutricional y de salud deficiente. Este porcentaje es preocupante dado que la desnutrición crónica dificulta el desarrollo integral del niño siendo necesario desarrollar acciones intersectoriales dado que la recuperación del estado nutricional es lenta.

De acuerdo al indicador peso para la talla, el 20% de la población infantil presenta un problema de desnutrición aguda o de reciente iniciación que puede ser consecuencia del padecimiento de enfermedades infecciosas con concomitantes periodos de anorexia y baja disponibilidad de alimentos. Teniendo en cuenta el parámetro de normalidad utilizado en la determinación del estado nutricional, este porcentaje sobrepasa siete veces el valor reportado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995, cuando se reportó un nivel de desnutrición aguda del 1.4%, utilizando como medida de normalidad dos desviaciones estándar.

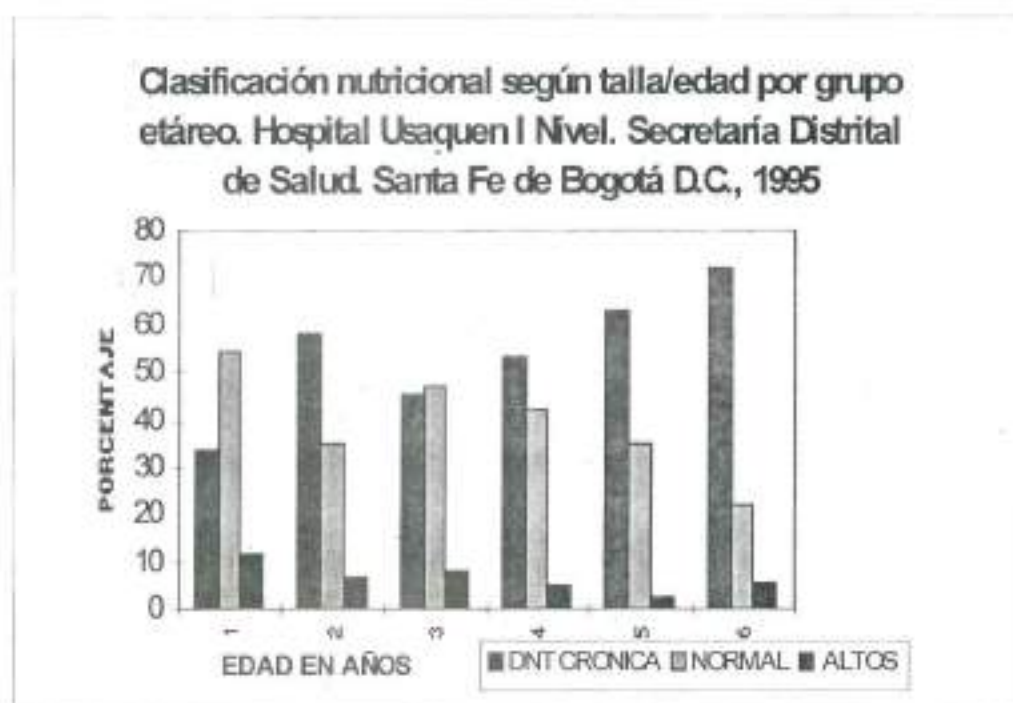
De otro lado, el 61% de la población se encuentra dentro de los rangos normales, es decir, son niños con siluetas armónicas pero que ya tienen algún grado de retardo del crecimiento, sin observarse diferencias por género.

Al analizar el riesgo de presentar desnutrición aguda cuando el niño tiene retardo del crecimiento en talla por UPAS, se encontró mayor déficit nutricional en la población que acude a Codito, Tibabita y Verbenal. Por grupo etáreo, se observa un mayor deterioro en el grupo de niños de dos años de edad, sin embargo es más crítica la existencia de niños menores de un año con desnutrición aguda, por ser un factor de riesgo para contraer enfermedades propias de la infancia. (Gráfico 1)



Según el indicador talla para la edad se encontró mayor frecuencia de desnutrición crónica en el grupo de niños menores de dos años; siendo preocupante el retardo del crecimiento longitudinal en este grupo de población, asociado a retardo del crecimiento intrauterino, antecedentes de desnutrición en la gestación, inadecuadas prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria precoz e inadecuada y patologías propias de este grupo de edad. (Gráfico 2)

Gráfico 2



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La situación alimentario y nutricional de esta población se ve afectada por factores alimentarios y por las condiciones económicas, el nivel educativo y social, la estructura familiar, el comportamiento frente a los alimentos, los hábitos alimentarios, el estado de salud, entre otros. Es por esto necesario que el estado de salud y la nutrición se analicen como un sistema causal complejo, cuyos factores interactúan entre sí.

Para disminuir la frecuencia de desnutrición aguda y crónica desde etapas tempranas de la vida, se debe partir de estrategias intersectoriales y multidisciplinarias tales como el fortalecimiento y promoción de la lactancia materna, educación nutricional que refuerce prácticas adecuadas en la alimentación durante el primer año de vida, establecimiento de un programa de complementación nutricional que busque mejorar y reforzar la seguridad alimentaria en el grupo materno infantil, entre otros.

Además se requiere la cooperación de otros sectores para el mejoramiento de la calidad de vida, que se reflejará en un adecuado estado nutricional y de salud de la población, especialmente en la población del área de influencia de las UPAS de Codito, Verbenal y Tibabita.

De otro lado, dado que la vigilancia alimentaria y nutricional es una estrategia dentro del sistema de vigilancia epidemiológica, se propone integrar este componente en el comité de vigilancia epidemiológica local con la participación de las diferentes instituciones públicas, privadas y ONGs de la localidad, con el fin de dinamizar el manejo de la información y llevar a cabo la concertación - acción de actividades, tendientes al logro de la coordinación intersectorial desde las diferentes instituciones responsables de mejorar la situación nutricional en particular y la salud en general.

El autor agradece la colaboración en la realización del presente artículo a: MARIA TERESA ESPITIA Enfermera Epidemióloga Coordinadora de vigilancia epidemiológica, Hospital Usaquén I nivel de atención.

EPINOTAS

En el último año la notificación de casos de Infección por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual ha disminuido con respecto al año anterior.

Es evidente que las condiciones sociales y culturales de la población bogotana no permiten pensar que esta disminución en la notificación se deba a que haya un menor número de casos en la ciudad y que la aparente disminución se debe a que una proporción de los casos diagnosticados y tratados en diferentes instituciones de salud no son informados a la Secretaría Distrital de Salud.

Por esta razón invitamos a todas las Instituciones de Salud del Distrito a participar en forma continua y activa en la vigilancia epidemiológica de estas patologías, reportando los casos al hospital de primer nivel que le corresponde.

Mayor información al respecto puede ser consultada en la División de Epidemiología Transversal 23 No. 56-00 Piso 3° Tels. 347 6321 - 347 6359 ó en los hospitales de la Secretaría Distrital de Salud, con el funcionario Coordinador del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual ó Coordinador de Epidemiología.

otros
lad de
estado
ación,
ea de
enal y

ntaria
stema
ppone
té de
n la
ciones
I, con
nación
ón de
de la
rentes
ar la
lud en

en la
ARIA
niológica
ológica.

ones de
ativa y
e estas
o primer

nsultada
23 No.
p en los
con el
na de
rdinador

o Distrital

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico XII

SEMANA 44-47

LOCALIDAD	COLESA		PAU FLAC		EXP RASIA		M. MENING		VINSCIA		M. H. INFLUEN		HEPATITIS B		SARAUPI		LESIONES		M. MATERIA		M. PERINAT		B. NIÑO MAL	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAQUEÑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATNÁ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE AJIANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TURULEITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Se Daño de Infección, 7 Muertos Maternos y 1055 Muertos Perinatales

1 Casos sospechosos

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico XII

ITEMS 48

ITEMARIA 48																										
LOCALIDAD	COLERA		PAU. FLAC		ESP. SALVA		M. MEDIO		VIQUILA		WHARTLEIGH		HEPATITIS B		SIF. CONG.		SARAH		LEISHM.		M. WATERIN		M. PERHAT		S. MIO MAL.	
	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
LIBADUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARROS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNAJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

S71 Data de localidades: 12 Martes Maestros y 1314 Martes Perros

1. Casos sospechosos

B-E-D

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DISTRITAL

Volumen 1 Ejemplar 14

Diciembre 01 - 31 1996

Semana 49 y 52

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Beatriz Londoño Soto
Secretaría Distrital de Salud

Delio Castañeda Zapata
Subsecretario Distrital de Salud

Ana María Peñuela Poveda
Directora Promoción y Prevención

Consuelo Peña Aponte
Jefe División Epidemiología

SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

Santa Fe de Bogotá, D.C.

**COMITÉ EDITORIAL**

Beatriz Londoño Soto
Ana María Peñuela Poveda
Consuelo Peña Aponte
Elkin Osorio Saldarriaga
Doracelly Hincapié Palacio

Cristina Matiz Matiz
Sonia E. Rebollo Sastoque
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga S.
Orlando Scopetta D.

APOYO LOGÍSTICO

Alejandro Díaz Amaya
Wilson Rodríguez Ruiz

Humberto Niampira R.
Mabel Díaz
Dario Medina Palacios

DISEÑO: DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ARTICULO CENTRAL**EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:****UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN SANTA FE
DE BOGOTÁ D.C.**

Por: Dr. CAMILO URIBE GRANJA, Jefe Centro Toxicológico

El uso indebido de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas, son algunos de los problemas más acentuados en la sociedad actual, causando daños a la salud del consumidor, aumento en la demanda de servicios y altos índices de incapacidad social y laboral. Además esta problemática se asocia con fenómenos delictivos, accidentes de tránsito, degradación de estructuras sociales y favorece comportamientos de riesgo para el incremento de enfermedades de transmisión sexual como la Hepatitis B y el SIDA.

A lo planteado debe agregarse la aparición de nuevos métodos para el consumo de sustancias que aumentan el riesgo de intoxicación y la presencia de subproductos y derivados de la fabricación de psicoactivos, los cuales por la alta concentración de tóxicos, diferentes del psicoactivo en sí mismo, causan un más pronto deterioro de la salud.

*continúa...***CONTENIDO**

- El Consumo de Bebidas Alcohólicas y Sustancias Psicoactivas: Un Problema de Salud Pública en Santa Fe de Bogotá D.C. Pág. 1
- Programa Vigilancia y Control de Bebidas Alcohólicas en el Laboratorio Central Pág. 6
- Resultados Temporada Navideña 1995 Pág. 6
- Epítoas Pág. 10
- Informe de Notificación por Localidad Pág. 11-12

El uso indebido de psicoactivos debe verse entonces como un grave problema de salud pública cuyas implicaciones para el bienestar y la seguridad de la ciudadanía bogotana, son un claro factor que aumenta tanto el riesgo de enfermedad como el de muerte y por tanto requiere ser enfrentado con la integración de esfuerzos de la comunidad y de los diferentes sectores del Distrito Capital.

Consumo de Sustancias Psicoactivas

La encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizada en 1993 por el Centro Nacional de Consultoría, en 25.135 personas entre los 12 y 60 años de edad, estratificando por nivel socioeconómico y nivel educativo, reveló que la primera sustancia psicoactiva consumida por los colombianos es el alcohol en el 85.8% de los hombres y en el 65.1% de las mujeres, seguido del cigarrillo con porcentajes similares para hombres y mujeres, 14.2% y 14.1%, respectivamente.

Esta misma encuesta reveló que en Santa Fe de Bogotá el 69.5% de sus habitantes ingiere alcohol, con mayor proporción los hombres que las mujeres, principalmente en el grupo de edad de 16 a 29 años. El 84.0% de los encuestados en el Distrito Capital refirió haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida (hombres=90%; mujeres=84%), siendo más frecuente el consumo de cerveza, aguardiente y vino. El cigarrillo es la segunda sustancia consumida en un 15.4% de los habitantes, en mayor proporción por el sexo masculino y con tendencia al incremento con la edad.

La mezcla de sustancias psicoactivas estuvo asociada fundamentalmente con bebidas alcohólicas, así: alcohol y marihuana en un 2.3%, alcohol y bazuco en un 1.0%, alcohol y cocaína en un 0.9% y marihuana y bazuco en un 0.6%.

Una revisión de los registros del servicio de urgencias del Hospital de Kennedy¹, a partir del

mes de mayo de 1994, permitió observar que los cuadros clínicos agudos producidos por el consumo de sustancias psicoactivas se encontraban dentro de las diez primeras causas de accidentes tóxicos, discriminados así: cocaína y/o bazuco en el 6%, heroína en el 3.3% y marihuana en el 1.2% de los casos. El grupo de edad más comprometido fue el de 21 a 30 años de edad, con un 41.8%, seguido del grupo de 11 a 20 años, con un 28.3%, no encontrándose diferencia significativa por género. En este grupo de pacientes se incluyeron aquellos que transportan dentro de su organismo sustancias psicoactivas y que llegaron con cuadros clínicos agudos de sobredosis por ruptura de cápsulas en el intestino, que contenían principalmente cocaína, clorhidrato y/o heroína, con una alta morbilidad y mortalidad.

En el mismo estudio se observó que la enfermedad poliadicativa se iniciaba en edades tempranas, con un promedio de primer consumo a los 12 años de edad. Por otra parte, las vías de administración de las sustancias psicoactivas fueron en forma inhalatoria, aspirada y parenteral, siendo esta última la más usada en consumidores de heroína y speed².

Relación Trauma Alcohol

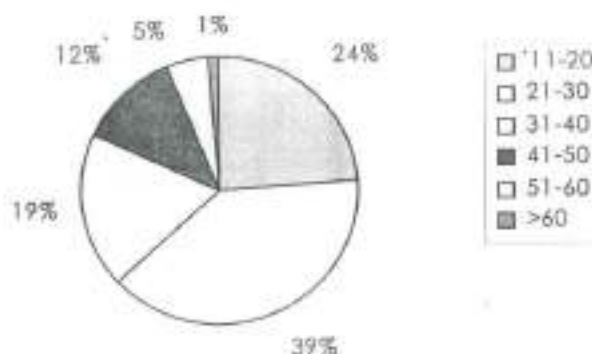
Según lo observado en las estadísticas de consulta de urgencias del Hospital de Kennedy durante 1994 y 1995, se encontró que el 35.0% del motivo de consulta estaba relacionado con hechos violentos.

En el mes de Diciembre de 1994, se realizó un estudio para caracterizar la asociación trauma - alcohol, en el cual se incluyeron 382 pacientes (35.8%) con evidencia de consumo de alcohol de un total de 1065 que ingresaron por trauma al servicio de urgencias del Hospital de Kennedy. El 85.6% (n=327) pertenecían al sexo masculino; el 62.9% eran adolescentes y adultos jóvenes entre 11 y 30 años de edad, siendo el grupo de 21 a 30 años el más afectado. Ver Gráfica 1.

¹ Institución de tercer nivel de atención, ubicado en el occidente del Distrito Capital.

² Mezcla de cigarrillo con clorhidrato de cocaína, bazuco, marihuana y heroína.

**Gráfica 1. Asociación Trauma Alcohol Según Edad
Servicio de Urgencias Hospital Kennedy. Dic 1994**



Con relación al tipo de trauma, el 46.6% correspondió a accidentes de tránsito, el 30.4% a riñas, atracos y autoagresiones, el 9.6% a caídas de su propia altura, el 7.4% a accidentes de trabajo no discriminados y el 6.9% a balas perdidas. La mayoría de los hechos ocurrieron en vía pública y establecimientos públicos.

En el 67.6% de los casos de accidente de tránsito, el peatón fue el principal lesionado. Del total de las lesiones intencionales, el 38.2% fue producido por arma cortopunzante y el 30.5% por arma de fuego.

De las personas lesionadas en quienes se generó incapacidad, el 55.4% de ésta fue mayor de 30

días, lo cual conlleva a un alto costo económico y social para la ciudad teniendo en cuenta la edad de los lesionados.

Se observó concordancia entre la evaluación clínica de los pacientes con las mediciones de alcohol realizadas en el laboratorio; el 24.1% de los pacientes presentó signos clínicos de embriaguez de grado I, el 41.3% de grado II, el 13.1% de embriaguez grado III y el 21.46% no presentó signos clínicos de embriaguez. Al corroborarse por laboratorio³, el 20.4% presentó nivel entre 50 y 100 mg/%, el 57.6% de las muestras presentó niveles entre 101 y 200 mg/% de alcohol y el 7.1% reportó niveles por encima de 200 mg/%. Ver Tabla 1.

³Por el método cuantitativo TDX FLX, el cual es el método analítico de inmunoensayo enzimático que permite medir por emisión de fluorescencia la concentración de la sustancia que se está investigando en una muestra líquida biológica como sangre, suero u orina

Tabla 1. Distribución Porcentual de Grado de Embriaguez Según Grupo Etáreo. Servicio de Urgencias, Hospital Kennedy. Diciembre 1994

GRUPO ETAREO	NEGATIVO		GRADO I		GRADO II		GRADO III	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
11-20	22	26.8	25	27.2	33	20.9	5	10.0
21-30	28	34.1	32	34.8	52	32.9	12	24.0
31-40	10	12.2	13	14.1	35	22.1	17	34.0
41-50	10	12.2	10	10.9	27	17.1	16	32.0
51-60	10	12.2	10	10.9	7	4.4	--	--
>60	2	2.4	2	2.2	4	2.5	--	--
TOTAL	82	21.46	92	24.08	158	41.36	50	13.08

Con relación a la enfermedad adictiva, conocida en este caso como alcoholismo crónico⁴, en los últimos 18 meses se ha observado un incremento importante en la consulta de adolescentes tanto del género masculino como femenino, con cuadros que cumplen criterios para diagnóstico de alcoholismo crónico e incluso, casos de pancreatitis necrotizante aguda, con alta mortalidad inducida por alcohol etílico.

Intoxicación por Bebidas Alcohólicas

A la problemática de la relación trauma-alcohol y sus altos costos, se suman las intoxicaciones con alcohol metílico (alcohol de reverbero) asociados al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas.

De acuerdo a las estadísticas del Servicio de Urgencias del Hospital de Kennedy, se atiende

un promedio mensual de 120 pacientes con diagnóstico de intoxicación aguda, dentro de los cuales el diagnóstico de etilismo agudo fue el cuarto motivo de consulta de urgencias con un 6.6%.

Según una revisión del Centro Toxicológico, durante el año 1994 y los ocho primeros meses de 1995, ésta mostró un promedio mensual de pacientes con diagnóstico de intoxicación por alcohol etílico del 20%, independientemente de la época del año. El 96% de los casos registrados como intoxicación por metanol, estaba relacionado directamente con el consumo de bebidas alcohólicas y específicamente con bebidas tipo aguardiente, el cual fue adquirido en establecimientos ubicados en diferentes puntos del casco urbano de la ciudad de Santa Fe de Bogotá.

⁴la cual se desencadena debido a las propiedades del alcohol como sustancia que induce en el humano los fenómenos de tolerancia y dependencia con repercusiones desde el punto de vista somático, psíquico, familiar y social.

Durante 1995, en el Laboratorio Central de la Secretaría Distrital de Salud se analizaron 286 muestras para diagnóstico de intoxicación por

etanol, de las cuales el 40.6% (n=116) resultó positivo y 1266 muestras para diagnóstico de

intoxicación por metanol, siendo positivas el 43,4% (n=550) para este análisis.

Del primero de enero al seis de diciembre de 1996, se analizaron 419 muestras de sangre paradiagnóstico de intoxicación por metanol, de las cuales el 7,4% (n=31), fue positiva.

Con relación a la vigilancia y el control, la Secretaría Distrital de Salud en coordinación con las autoridades sanitarias, la Policía Metropolitana de Santa Fe de Bogotá y la Unidad de Reacción Inmediata de la Fiscalía, han realizado decomisos y análisis de las bebidas, encontrándose adulteración con metanol y acetona. Para el mes de Noviembre de 1995 se retiraron cerca de 200.000 botellas de bebidas alcohólicas adulteradas.

A través de los medios de comunicación se ha alertado a la comunidad sobre el peligro que reviste no solo el consumo de bebidas alcohólicas adulteradas sino de cualquier bebida alcohólica y la necesidad de informar acerca de establecimientos que producen o expendan este tipo de licor.

Recomendaciones

La situación expuesta, hace prioritario:

1. Realizar el control permanente interinstitucional a la adulteración de las bebidas alcohólicas, dada la frecuencia de este accidente tóxico en nuestro medio.
2. Alertar a los médicos de los servicios de urgencias sobre pacientes con antecedente de ingesta de bebidas alcohólicas asociado a cuadro clínico de agitación psicomotora o depresión del Sistema Nervioso Central, alteraciones visuales, convulsiones tónico-clónicas, signos y síntomas de acidosis metabólica severa refractaria, para que piensen y actúen ante un posible caso de intoxicación por metanol.
3. El diagnóstico de antecedentes de ingesta de bebidas alcohólicas, debe ser corroborado mediante la práctica de análisis toxicológico

para la determinación de metanol y formaldehído en sangre, análisis que puede ser realizado en el laboratorio del centro Toxicológico de la Secretaría de Salud.

4. Informar a la comunidad sobre el riesgo del accidente tóxico asociado al consumo de bebidas alcohólicas, el cual aumenta con bebidas no estampilladas de dudosa procedencia.
5. Implementar el programa de vigilancia epidemiológica para el consumo de sustancias psicoactivas en Santa Fe de Bogotá, al igual que los programas de prevención orientados a la población de mayor riesgo y a la población infantil.
6. La situación de la enfermedad adictiva hace imperioso reforzar el diseño e implementación de programas de prevención y promoción de estilos de vida saludable.
7. La relación trauma alcohol en Santa Fe de Bogotá, reafirma la necesidad de diseñar e implementar un programa de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y promoción de estilos de vida saludable, dirigido principalmente a población adolescente y adultos jóvenes. Igualmente justifica la implantación de normas tales como la ley que prohíbe el expendio de licores a menores de edad y el acatamiento de las normas consignadas en el código de Policía de Santa Fe de Bogotá que prohíbe la presencia de menores en establecimientos públicos nocturnos.
8. Los profesionales de salud que atienden los servicios de urgencias siempre deberán tener en cuenta el cuadro de sobredosis por consumo de sustancias psicoactivas.
9. Es importante recordar que un diagnóstico adecuado y oportuno, un enfoque terapéutico correcto, una notificación inmediata y una vigilancia y control permanente, son los componentes esenciales para preservar el estado de salud de los bogotanos.

PROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

EN EL LABORATORIO GENERAL

Por: Dr. Edgar Hernán Beltrán Cruz, Ingeniero Químico, Laboratorio de Salud Pública.

En fechas como la Navidad y el Año Nuevo se aumenta el consumo de bebidas alcohólicas, lo cual hace necesario la previsión de la atención a intoxicados y lesionados, bien en forma accidental o intencional. Así mismo, se destaca la adulteración de las bebidas alcohólicas, que puede darse de dos formas: 1) Adición de agua, disminuyendo el grado alcohólico de la bebida. 2) Adición de alcohol metílico u otras sustancias, con consecuencias letales para el consumidor.

Como previsión y control, la Secretaría Distrital de Salud desarrolla por esta época un amplio programa de Vigilancia y Control de bebidas alcohólicas, especialmente vinos que por lo general tiene un 12% de etanol, Jerez y Oporto que tienen un 25%, aguardiente con concentraciones variables entre un 28 y un 34% de etanol, ron, whisky, ginebra y vodka que contienen entre un 45 y 50% de etanol.

Metodología

En los dos últimos años, el muestreo de bebidas alcohólicas se realizó de acuerdo con programación coordinada por la división de Factores de Riesgo de la Secretaría Distrital de Salud. El programa de Vigilancia y Control se inició con la inspección de los diferentes puntos de venta de bebidas alcohólicas.

Para 1996 se contempló realizar el plan de muestreo entre el 30 de Septiembre y el 10 de Diciembre, programando 10 muestras semanales por hospital de los Niveles I y II, distribuyendo el periodo de control de tal forma que en cada semana, dos hospitales realizaran las labores de

Vigilancia y Control. Los hospitales de nivel I tenían como objetivo de muestreo las tiendas y expendios pequeños de licores y los hospitales de nivel II dirigieron sus acciones a las distribuidoras de mayor tamaño como son bodegas, envasadoras y fabricas.

A las muestras se les hizo reconocimiento de sus características externas y aspecto, y se remitieron al Laboratorio de Salud Pública donde se analizaron los siguientes parámetros Físico-químicos: *grado alcohólico* (contenido de etanol en la bebida), *metanol* (para detectar posible adulteración del licor), *acidez*, *extracto*, *furfural*, *colorantes*, *congéneres* y *metales*.

Otros parámetros considerados en las normas legales sobre bebidas alcohólicas y que se tienen en cuenta para determinar la calidad de un licor, son el registro sanitario, identificación clara del producto, contenido alcohólico declarado y empresa fabricante, envasadora y/o importador.

Resultados

Temporada Navideña 1995

Se identificó que las bebidas más susceptibles de adulteración fueron el aguardiente y el Whisky, en sus diferentes marcas, con el agravante de que son los licores de mayor consumo entre la población. En el ítem de otras muestras analizadas se incluyen bebidas como el Ron, Vodka y Ginebra que también presentaron un alto índice de adulteración. En el caso de los vinos y champañas, de menor consumo que los licores destilados, la no aceptabilidad fue del 15,1%, más por problemas de calidad frente a la presentación del producto que por adulteración del mismo. Ver Tabla 2.

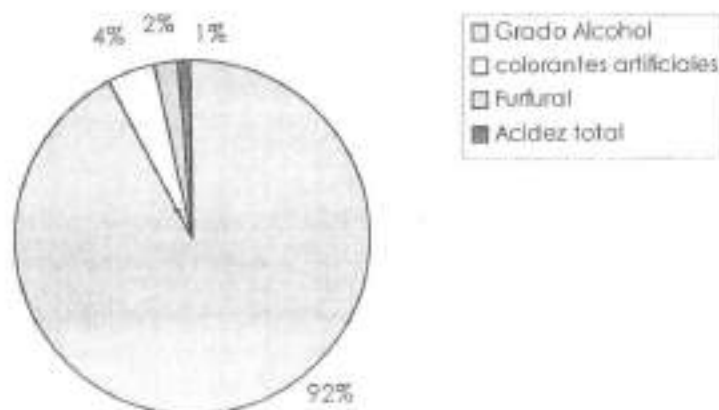
Tabla 2. Bebidas Alcohólicas Analizadas, Temporada Navideña 1995

TIPO DE BEBIDA	ANALIZADAS	ACEPTABLES		NO ACEPTABLES	
		No.	%	No.	%
Aguardiente	56	7	12.5	49	87.5
Whisky	33	4	12.1	29	87.9
Vinos	33	28	84.8	5	15.1
Otros	25	2	8.0	23	92.0
TOTAL	147	41	27.9	106	72.1

La principal forma de adulteración de licores es la adición de sustancias diferentes al etanol, usualmente agua, disminuyendo el grado de

alcohol declarado y contenido en el licor originalmente. Ver Gráfica 2.

Gráfica 2. Proporción Causas de no Aceptabilidad de Licores. Laboratorio Central. Dic 1995



De 29 muestras de whisky dictaminadas como no aceptables, el 27.5% (n=8) se debió a destapado previo y/o perforación en el dosificador.

De 49 muestras de aguardiente dictaminadas como no aceptables, el 75% de ellas (n=37) mostró alteraciones en sus características externas de identificación, principalmente en la tapa.

Temporada navideña 1996

Hasta el seis de diciembre se habían examinado 37 muestras de bebidas alcohólicas, de las cuales el 8.1% (n=3) se clasificó como de calidad no aceptable.

Esta sensible disminución en la cantidad de muestras de calidad no aceptable puede tener relación directa con el programa de Vigilancia y Control emprendido por la Secretaría Distrital de Salud. Sin embargo, este dato parcial no puede dar lugar a bajar la vigilancia y el control de las bebidas alcohólicas, y más bien debe impulsar a continuar alerta para detectar los puntos críticos de distribución de bebidas adulteradas.

Conclusiones y Recomendaciones

Los licores de mayor consumo en Santa Fe de Bogotá son el aguardiente y el whisky y el brandy, por tanto, la adulteración y falsificación de bebidas alcohólicas apuntan hacia estas dos bebidas.

Siempre estará latente el riesgo de que la adulteración se haga con alcohol industrial (metanol), por lo que la Vigilancia y control sobre estos licores, debe ser celosa y constante.

Teniendo en cuenta que un alto índice de bebidas adulteradas presentan alteraciones en su identificación externa, es importante adelantar campañas publicitarias donde se de a conocer a los consumidores las principales características del etiquetado y tapas de los productos de mayor consumo, de manera que se hagan de conocimiento público masivo y sirvan como criterio para la compra de bebidas.

Así mismo, recalcar a los consumidores que no compren ni ingieran bebidas alcohólicas en sitios que no sean de su entera confianza.

Es importante que las instituciones que realizan la Vigilancia y Control de bebidas alcohólicas continúen en forma permanente con estas actividades, principalmente en las épocas de fin de año.

	EPI-NOTAS	
--	------------------	--

- En caso de ingerir bebidas alcohólicas y notar síntomas extraños como excesiva borrachera o visión borrosa recurrir a la institución de salud más cercana. Los CAMI y los Hospitales Distritales Niveles II y III, prestan servicio las 24 horas.
- Cualquier notificación o queja de adulteración de licor puede ser realizada a los números 125 de la Secretaría Distrital de Salud, 112 de la Policía Metropolitana de Bogotá y 4517357 /58 del Centro Toxicológico de la Secretaría de Salud.
- En caso de duda acerca de la calidad de un licor, remitir la muestra al Laboratorio de Salud Pública, Carrera 19A # 23A-41. Tel: 2 688006, o al Centro Toxicológico ubicado en el Hospital Kennedy Tel: 4 517357

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico XIII

SEMANA 49

LOCALIDAD	COLERA		PAR. EL AG		EXP. RABIA		M. MENING		VIÑETA		M. H. INFLUEN		HEPATITIS B		SRIL. DENG		BARAMP		LESIONES		M. MATERN		M. PERINAT		S. NSRO MAL	
	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
USAQUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHUPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENGATINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNECO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUNTE ARENOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NAVARRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS ME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TELBAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Se Dió en localidad: 10 Muñitos Maternal y 1334 Muñitos Perinatos

1 Casos escarlatina

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Periodo Epidemiológico XIII

SEMANA 59

LOCALIDAD	COLECCIÓN		PUE. PLAC		EXP. RABIA		H. NEVINO		VIRSIDA		MURDERES		HIVATIS B.		SPTL. COBO		SALVAP		LESIONES		H. WATERH		H. PERIBAT		S. NIÑO MAL	
	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
USADUEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAPINERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENCATINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL Uribe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUNJUELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USMAE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sección de Estadística y Vigilancia Epidemiológica
 Sección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTES SEMANAL
 Período Epidemiológico XIII

semana 21

LOCALIDAD	COLERA		PAR. FLAG		EXP. FIABA		M. MENING		VIHUSIA		SUCHELLER		HEPATITIS B		SIFIL. CONG		SARAMP		M. MATERIA		M. FERRUGAT	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAQUÉN	0	0	0	0	4	13	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	25
SUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59
BARRIOS UNIDOS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
CHAPINERO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
ENGATVÁ	0	2	0	0	0	0	0	2	1	44	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	63
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
PONTIÓN	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
SAN CRISTÓBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54
PUENTE ARANDA	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
SANTA FE	0	1	0	0	0	0	0	1	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
LOS MARTIRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	312	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	39
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
TUNQUELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
CIUDAD BOLÍVAR	0	0	0	0	0	1	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
USME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
TOTALES	0	8	0	24	17	48	0	18	2	648	0	88	2	17	0	1	1*	1*	0	0	0	1817

Se Omitió de localidad 10 Montes Velozes y 134 Montes Persepolis
 * Casos sospechosos

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
REPORTE SEMANAL
Período Epidemiológico XIII

SEPTIEMBRE 22

LOCALIDAD	COLESA		PAR. FLAC		EXP. RARIA		M. MICHING		VIRSIDA		HEPATITIS B		SARAH		M. MICHING		M. PERMAN	
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
USAOLEN	0	0	0	0	1	14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
SUBA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1
BARBIDOS UNIDOS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	1	1
CHAPARRO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
ENGATIVA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0	0	0	0	0	12	12
BOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTIBON	0	1	0	24	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0	0	0	0	0	0	0	0
FUENTE AVANCA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	0	1	0	3	2	2	0	1	5	28	0	0	0	0	0	0	0	0
LOS MARTINES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	312	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101	0	0	0	0	0	0	0	0
PUFAEL URBIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TINAJELITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	4	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USAME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	0	0	0	24	0	52	0	15	0	549	0	0	0	0	0	0	20	20

San Dato de localización: 10 Muestras Muestras y 1324 Muestras Período
 1 Datos de localización