

Temas de actualidad

Enfermedades Transmisibles en Colombia: Cambios Ambivalentes

María Cristina Sarmiento

Licenciada en Química y Biología. Bacterióloga. Maestría en Infecciones y Salud en el Trópico. E-mail: mcsarmientor@hotmail.com.

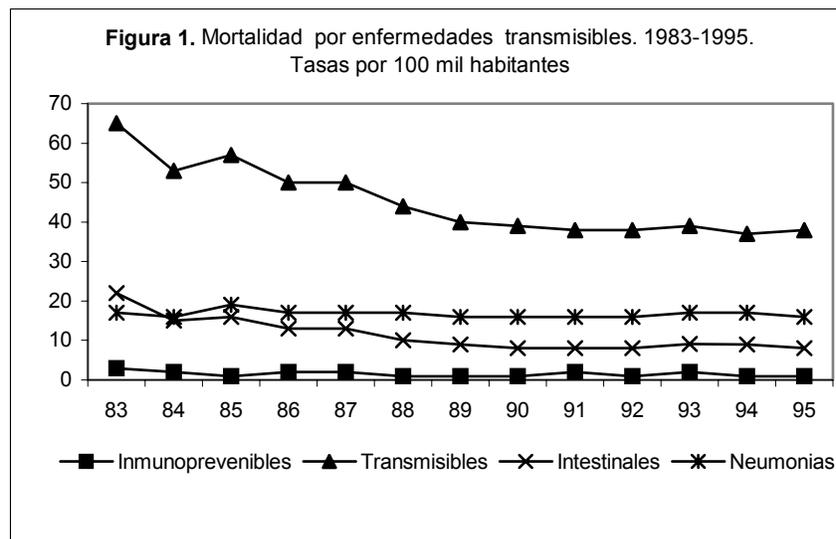
Las enfermedades infecciosas en Colombia han mostrado comportamientos distintos en cada momento histórico. A comienzos de siglo la deficiente calidad del agua, la falta de alcantarillado y de servicios para la eliminación de desechos y los escasos conocimientos acerca de las enfermedades transmisibles, dieron lugar a altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población. En las siguientes décadas, la ampliación de los conocimientos permitieron un mejor manejo de los agentes biológicos causales de estas enfermedades. El modelo de desarrollo adoptado por el país, junto con la industrialización produjo un cierto grado de progreso en medio de la pobreza e inequidad, y se acompañó en los años 60 y 70 de una inversión social que permitió una mejor calidad de vida, la implementación parcial de los servicios públicos, en especial en los medios urbanos, como el alcantarillado, el agua potable y la disposición de desechos, que atienden a una población significativa, así como mejores condiciones higiénicas. A esto se agregaron las campañas y programas de vacunación, los programas de atención primaria dirigidos a prevenir, detectar y tratar oportunamente las enfermedades infecciosas. Una consecuencia clara fue el mejor control de las enfermedades transmisibles que ocasionaban la más alta mortalidad en la población infantil (1-4).

Actualmente Colombia se encuentra en procesos y enfrenta retos que pueden incidir de manera directa sobre los logros alcanzados con respecto a algunas enfermedades transmisibles, o agravar la situación de otras cuyo control ha sido esquivo por largo tiempo. Entre aquellos se

cuentan los procesos de descentralización y la reforma del sector salud que han conducido a la reubicación de la atención primaria y de la salud pública, dando lugar a deficiencias en las coberturas y en la oportunidad del control, y vacíos con relación a las responsabilidades que deben tener las entidades estatales y el sector privado en el propósito de reducir las enfermedades transmisibles. A continuación se presentan la evolución y situación recientes de las enfermedades transmisibles, para contar con un punto de referencia en el análisis de las transformaciones futuras.

EDA, IRA E INMUNOPREVENIBLES

En Colombia, la mortalidad ocasionada por el conjunto de las enfermedades transmisibles ha presentado un significativo descenso desde la década del 80 y mantiene aún este comportamiento (1). Este descenso ha sido ocasionado principalmente por la caída de la mortalidad provocada por el grupo de las enfermedades inmunoprevenibles, la enfermedad diarreica aguda-EDA y la infección respiratoria aguda-IRA (Figura 1). Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados en las dos últimas décadas, las enfermedades transmisibles siguen siendo un problema de salud pública.



Fuente: Ministerio de Salud

La mortalidad por enfermedades intestinales y por EDA descendieron durante el período indicado. Así mismo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años cayó de 51 a 40 por 100 mil habitantes, entre 1988 y 1995 (2).

En el caso de la IRA la mortalidad en la población general también descendió, mientras que no ocurrió lo mismo con la mortalidad por neumonías que se mantuvo relativamente constante.

Es necesario remarcar que el descenso de la mortalidad ocasionada por la EDA y la IRA está en gran parte determinado, además de los aspectos ya mencionados, por los diferentes programas especialmente dirigidos a la población infantil como los de rehidratación oral, vacunación, nutrición, participación comunitaria y administración de medicamentos (3,4).

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Las enfermedades de transmisión vectorial especialmente Dengue y Malaria, han registrado tendencia al aumento en la presente década. Aumentó también el número de cuadros clínicos más severos y la exposición en áreas geográficas que registran transmisión de estas enfermedades (4).

Dengue

El comportamiento del Dengue Clásico y el Dengue Hemorrágico muestran incremento a partir de 1997, se acentuó en 1998, con incidencia casi epidémica que triplicó el número de casos con respecto al año anterior. En 1998 se notificaron 57 956 casos de Dengue Clásico y 5 171 casos de Dengue Hemorrágico (5).

El 73 % de casos de Dengue Clásico se registraron en Antioquia, Valle, Santander, Quindío y Huila; las mayores tasas de incidencia se dieron en Arauca, Quindío, San Andrés, Huila, Norte de Santander, Casanare, Antioquia, Putumayo, Cundinamarca y Caquetá, con tasas entre 339 y 4 500 por 100 mil habitantes urbanos. En cuanto al

Dengue Hemorrágico, el 62 % de casos y las mayores tasas de incidencia se registraron en Santanderes, Antioquia y Valle (5).

Igualmente se verificó una dispersión del Dengue en el territorio nacional. El número de municipios con Dengue Hemorrágico en 1997 fue de 186 (16 % del total), aumentando a 302 (28 %) en Septiembre de 1998 (6). La circulación documentada de los serotipos 1,2 y 4 del virus del Dengue (2) y la ampliación de los hábitat del *Aedes aegypti*, con criaderos en lugares domiciliarios donde se almacene agua limpia y agua lluvia, brindan condiciones que favorecen la persistencia de la endemia y la presentación cíclica de picos epidémicos de Dengue Clásico y Hemorrágico. Además de la adaptación del vector de 1 000 metros sobre el nivel del mar a 2 200 en la actualidad.

Fiebre Amarilla

La Fiebre Amarilla es considerada una enfermedad re-emergente en los países donde se había logrado su control (7). Factores como el desplazamiento poblacional por la violencia, la explotación de selvas, el narcotráfico y fenómenos climatológicos, son factores que contribuyen al aumento de su incidencia. En Latinoamérica se comportó como enfermedad re-emergente en 1997 y 1998.

En 1907 se presentó el último brote urbano en Santander. Actualmente la transmisión sólo se realiza a nivel selvático. Desde 1975 hasta 1995 (3) se registraron 174 casos, de los cuales sólo 166 están documentados por exámenes histopatológicos, observándose una franca tendencia a su disminución. Durante 1997 se presentaron 6 casos, de los cuales 2 no pudieron ser confirmados; en 1998 sólo se confirmó 1 de los 7 sospechosos (5). Las regiones más afectadas son las del piedemonte llanero, Magdalena Medio, región del Catatumbo, Orinoquía y Amazonia.

Malaria

Con la campaña (8) de erradicación de 1956 se consiguió reducir el área malárica en el territorio colombiano y para 1962 las localidades positivas se habían reducido en un 59,9 %, en relación con 1959.

Actualmente factores como la migración a las zonas selváticas, la siembra de cultivos ilícitos, la resistencia al DDT por parte de los vectores, la falta de continuidad en los programas de control, las deficiencias en la vigilancia epidemiológica, las condiciones socioeconómicas de la población en riesgo y los problemas de orden público, producen incremento de la incidencia en los últimos años y el aumento de las áreas de transmisión malárica.

Durante 1996 el 55,2 % de la población en Colombia se encontró en bajo riesgo (IPA¹ menor a 1 por 1 000), el 5,5 % en mediano riesgo (IPA igual a 1 por 1 000), y el 9,7 % en alto riesgo (IPA mayor a 1 por 1 000).

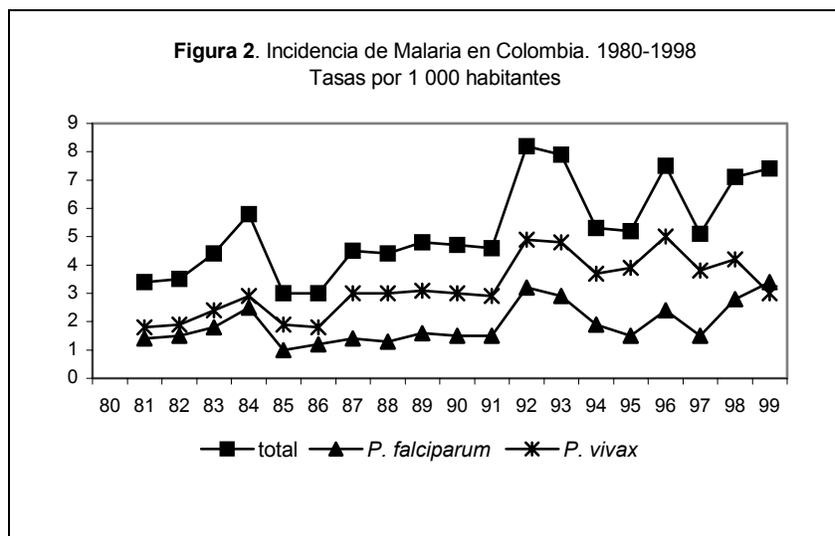
En 1997 (4) se registraron en el país 180 910 casos de malaria, 36,5 % causados por *P. falciparum* y 63 % por *P. vivax*, lo que equivale a una incidencia general de 7,1 casos por mil habitantes en la zona en riesgo. En 1998 se notificaron 194 178 casos para una tasa de 7,5 por mil habitantes en la zona en riesgo. La distribución por especie para ese año fue de 50,7 % de *P. falciparum*, 47,8 % de *P. Vivax*, y 1,5 % por malaria ocasionada por las dos especies. Ese mismo año se registró (4) uno de los incrementos más notables, con un número acumulado de casos mayor a 200 000, la mayoría procedentes del litoral Pacífico.

Especial (8) relevancia ha adquirido la infección por *P. falciparum*, la cual ha aumentado desde 1996 alcanzando en 1998 la mayor tasa de incidencia de las últimas dos décadas (Figura 2). Este aumento de casos por *P. falciparum*, unido a la resistencia de esta especie a los medicamentos antimaláricos de primera línea usados en el país, explica el ascenso de la incidencia de malaria.

Los Departamentos (5) con mayor número de casos fueron Choco, Córdoba, Antioquia, Valle, Guaviare, Meta y Nariño. Particularmente grave fue la situación en Choco, donde casi 200 de cada 1 000 habi-

¹ Nota del Editor: El Índice Parasitario Anual –IPA, es el número de casos de malaria confirmados, por mil habitantes en un área malárica.

tantes se infectaron durante el año; la incidencia en este Departamento aumentó de 38 a 197 casos por 1 000 habitantes entre 1997 y 1998.



Enfermedad de Chagas

Se estima que un 7 % de la población total está infectada y alrededor del 23 % se encuentra en riesgo de adquirir la infección (9). Dependiendo de la distribución geográfica de los vectores, el *T. cruzi* se detecta frecuentemente en el valle del Río Magdalena, en la región del Catatumbo, la Sierra Nevada de Santa Marta y sus alrededores de piedemonte y en los llanos orientales. Los departamentos con mayor prevalencia de la enfermedad son Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Boyacá, Cesar y Córdoba.

En 1995 el índice de positividad con pruebas de tamizaje para *T. Cruzi* en unidades de sangre a nivel nacional, fue de 2 % y en 1997 fue de 1,1 %. La Enfermedad de Chagas y la Sífilis son las dos patologías por las que se eliminan más unidades de sangre en Colombia.

Leishmaniasis

En Colombia la Leishmaniasis se distribuye ampliamente. La mayor endemia se da en la Costa Atlántica, la Costa Pacífica, el Valle del Río Magdalena y del Río Cauca. Se diagnosticaron cerca de 6 500 casos anuales, a pesar de que hay sub-registro. La forma visceral se encuentra en la región de la costa Atlántica, en los departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar y en la región del Valle del Río Magdalena en los departamentos de Santander, Cundinamarca, Tolima y Huila. La Leishmaniasis cutánea muestra una tendencia al aumento. La tasa por 100 mil habitantes paso de 6,1 en 1983 a 14,3 en 1992 (9).

ENFERMEDADES EMERGENTES Y RE-EMERGENTES

Con el desarrollo de los antibióticos y las vacunas que lograron su mayor auge durante la década del 60 y 70 en los países desarrollados, se creyó que las enfermedades infecciosas dejaban de ser una amenaza para la salud pública (3). Lo que llevó a la disminución de fondos para la investigación de estas entidades, y el aumento de investigaciones en las enfermedades crónicas que amenazan la población del primer mundo (10).

Posteriormente (11), el resurgimiento de enfermedades infecciosas que ya se creía controladas como la tuberculosis, el cólera, la difteria, la malaria y la aparición de otras como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la hepatitis C y E, el Virus del Ebola, los Virus Hanta, llevaron a que en 1992 el Instituto Americano de Medicina de los Estados Unidos definiera como enfermedades emergentes aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas, las que amenazan incrementarse en un futuro ó se han extendido a nuevas zonas geográficas. Y re-emergentes aquellas que ya habían sido aparentemente erradicadas, su incidencia disminuida, ó que muestran creciente resistencia a los antibióticos.

Las enfermedades infecciosas consideradas emergentes en Colombia son el cólera, y el VIH/SIDA. La tuberculosis, considerada re-emergente en países desarrollados, tiene un comportamiento distinto en el país. Aunque la hepatitis B no se ajusta a los requerimientos para ser

considerada emergente ni re-emergente se incluye dentro de este grupo y en Colombia está clasificada como de endemicidad intermedia por la Organización Mundial de la Salud.

Son múltiples los factores que convierten una enfermedad infecciosa en emergente o re-emergente (10): el crecimiento demográfico, los cambios en los patrones del comportamiento humano, la tecnología e industria, las políticas de salud, los procesos de urbanización en zonas de bosques y selvas, y las mutaciones de los microorganismos.

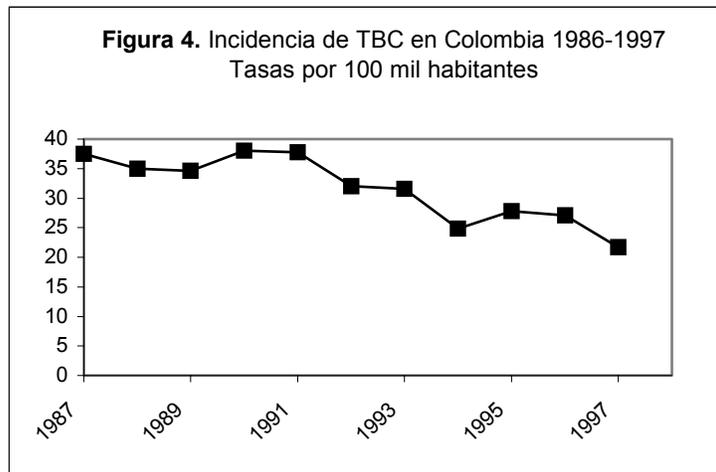
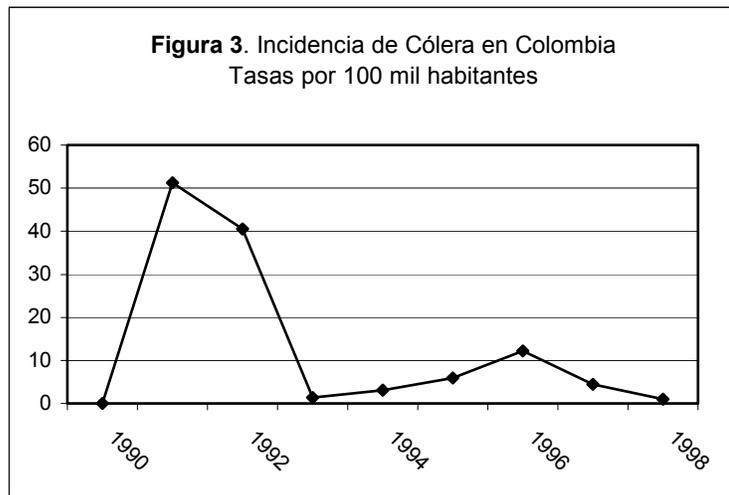
Cólera

Considerada enfermedad emergente en Colombia, presentó (12) el primer brote epidémico desde 1991. En este año y en 1992 se detectaron 30 492 casos y se produjeron 464 defunciones, con una incidencia de 51,2 por 100 mil habitantes en 1991 y 40,5 en 1992. En los años siguientes la incidencia osciló entre 1,0 y 12,3 por 100 mil habitantes. Las regiones del país más comprometidas fueron la Costa Atlántica y Pacífica (5). Sin embargo, durante el mismo período la letalidad a nivel nacional ha sido baja, con excepción de Cauca, Choco, Córdoba y Bolívar con valores que superan el 5 %. A partir de 1993 se ha producido un descenso en la incidencia y han surgido nuevos focos epidémicos (Figura 3). Su patrón de comportamiento indica un proceso de endemización.

Tuberculosis

Considerada re-emergente en países desarrollados, en Colombia su comportamiento es distinto; aunque hay una disminución pausada en su incidencia, continua manteniendo niveles altos (Figura 4). La búsqueda, localización precoz de casos y el tratamiento, han tenido cambios con la reforma del sector salud; las intervenciones en prevención y protección específica están aún en proceso de ajuste. Las coberturas de vacunación en 1998 no alcanzaron la meta establecida del 96 % en cada municipio, llegando solo al 82 % (7). Probablemente el recrudecimiento del conflicto armado, las fallas en el sistema de información, y el sub-registro son otros factores para su descenso.

Las regiones con mayor número de casos en 1998 y 1999 fueron Antioquia, Valle, Santa Fe de Bogotá y Santanderes, seguidas por la Orinoquía, y Amazonia; el menor número de casos se dio en San Andrés y Santa Marta. La Tuberculosis pulmonar ha sido la de mayor incidencia, seguida por tuberculosis extrapulmonar y en menor grado la meningitis por tuberculosis (10).



Hepatitis B

El Plan Nacional para el control de la Hepatitis B y D se estableció a partir de 1993 (7). La introducción de la vacuna a partir de 1994 en el esquema regular del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para menores de 1 año se propone controlar la infección mediante la interrupción de la transmisión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó al país como de endemidad intermedia, con áreas geográficas que presentan elevadas tasas de prevalencia, entre 8 y 30 % de portadores, y una prevalencia de infección hasta del 70 % en sus residentes.

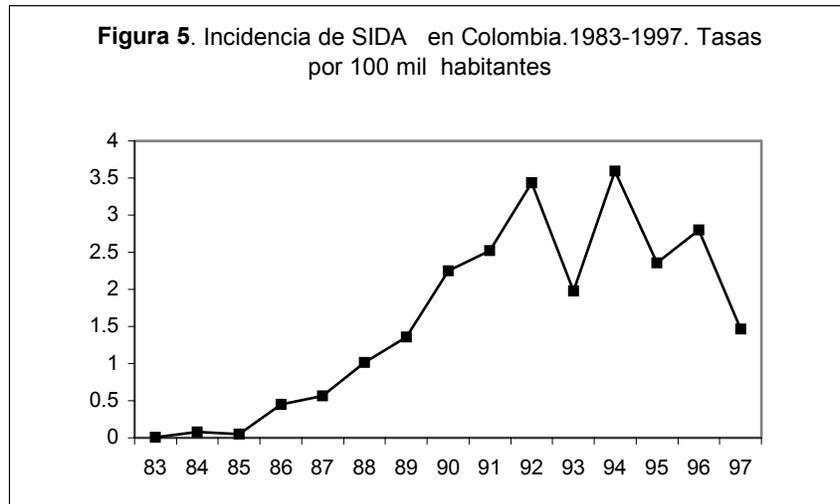
Las tasas más altas se registraron en la Orinoquía y los Departamentos de Amazonas y Caldas, entre 0,5 y 5,0 por 10 mil habitantes. En los departamentos con tasas intermedias entre 0,4 y 0,2 por 10 mil habitantes, en Cundinamarca, Norte de Santander, Cesar, Magdalena, San Andrés y Antioquia. Los demás departamentos muestran tasas inferiores a 0,1 por 10 mil habitantes (5). Es de anotar que de 1996 a 1998 la incidencia en el ámbito nacional ha aumentado de 1,9 a 3,3 % respectivamente. La cobertura de vacunación para los menores de un año con anti-HB en 1998 fue de 76 %, mientras que en 1997 había sido del 85 %.

VIH/SIDA

Considerada enfermedad infecciosa emergente a nivel mundial. En el país el SIDA se presentó desde 1983 con un ascenso rápido hasta 1992, con una curva epidémica de largo plazo (Figura 5). Progresivamente se ha observado un estrechamiento en la razón hombre/mujer que era de 70:1 en 1983 y de 8:1 en 1996. El 90 % de las infecciones, tanto asintomáticas como casos de SIDA registrados, presentan evidencia de transmisión sexual, principalmente heterosexual en 45 % y aproximadamente 15 % bisexual (14).

Los Departamentos que registraron tasas de SIDA mayores de 1 por 100 mil habitantes durante 1997 y 1998 fueron Antioquia, Atlántico, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Norte de

Santander, Risaralda, Santander, Tolima, Valle y la ciudad de Santafé de Bogotá (5).



Los grupos etéreos más afectados por el SIDA han sido los de 20 a 40 años de edad. Corresponden a la población sexualmente activa y en edad reproductiva. Esto implica que han adquirido tempranamente la infección, la propagación demográfica es mayor, y aumenta el número de embarazos no deseados, como también disminuyen sus ingresos por ser el grupo más productivo económicamente.

Es importante (15) la asociación tuberculosis - VIH; entre tuberculosos del 15 al 90 % pueden tener VIH y la prevalencia de tuberculosis entre infectados por VIH o con SIDA es del 1 al 87 %. Pacientes con VIH y tuberculosis clínica concomitante muestran evidencias de inmunodeficiencia severa; por ello la prueba cutánea de tuberculina en personas VIH positivas es útil para el diagnóstico de tuberculosis latente, y pierde su utilidad a medida que la enfermedad progresa y los recuentos de linfocitos T CD4 disminuyen. De otro lado, se han documentado brotes de tuberculosis multirresistente en hospitales y prisiones, lo que complica la situación en el control presente y futuro de esta enfermedad •

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. La Salud en Colombia. Diez años de Información. Santafé de Bogotá;1993.
2. Ministerio de Salud. Informe sobre la Situación de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas. Santafé de Bogotá; Junio de 1999.
3. Corredor A. Enfermedades Infecciosas: Situación actual y tendencias. En: Situación de la Salud en Colombia. Memorias primer curso. Santafé de Bogotá: Instituto de Salud en el Trópico, Facultad de Medicina, U. Nacional de Colombia, OPS, INAS;1995. p 30.
4. Ministerio de Salud. Situación de Morbimortalidad por las Principales Enfermedades que son objeto de Vigilancia Intensificada en Salud Pública, Colombia;1999. Informe Ejecutivo Semanal. Semana Epidemiológica No. 18; Mayo 2 al 8 de 1999.
5. Ministerio de Salud. Tendencias de los Eventos Transmisibles en 1998. Informe Ejecutivo Semanal. Semana Epidemiológica No. 52; Diciembre 27 de 1998 a Enero 2 de 1999.
6. Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica del Dengue en Colombia en 1998. Informe Ejecutivo Semanal. Semana Epidemiológica No. 38; Septiembre de 1998.
7. Ministerio de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Informe sobre comportamiento de las Inmunoprevenibles en la niñez colombiana; Mayo 1999.
8. Agudelo C, Corredor A, Echeverry MC, Hernando SM. Malaria: Fundamentos y alcances del control. Características en Colombia. Infectio;1995.1(1):45-75.
9. Secretaria Distrital de Salud. Enfermedades Transmitidas por Vectores. Boletín Epidemiológico Distrital;1997.2(13).Semanas 41-42-43-44.
10. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. Edición de 1994. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicación Científica 549).
11. Organización de las Naciones Unidas. Combatiendo la Enfermedad: La Salud al Final del Milenio [Internet]. <http://www.un.org/Pubs/CyberSchoolBus/spanish/health/htm/indexuni.html> Octubre de 1997.
12. Valenzuela EM, Mantilla J, Agudelo C. Detección de *Vibrio cholerae* O1 en algunos ambientes acuáticos de Colombia. Infectio;1995.1(1).
13. Ministerio de Salud. Oficina de Epidemiología. Estadísticas del Programa de Patologías Infecciosas de 1997-1999.
14. Ministerio de Salud. Oficina de Epidemiología. Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA;1998.
15. Restrepo M, Epidemiología de la Infección por VIH y el SIDA. En: Situación de la Salud en Colombia. Memorias primer curso. Santafé de Bogotá: Instituto de Salud en el Trópico, Facultad de Medicina, U. Nacional de Colombia, OPS, INAS;1995. p 75.