

Alerta No.: 4

ESTAR PREPARADOS PARA ATENDER LOS CASOS DE COLERA LE SALE AL PASO A MUERTES QUE SE PUEDEN EVITAR, 10/1/2011

Caso

El cólera es la enfermedad diarreica aguda más grave que se conoce y tiene la particularidad de diseminarse rápidamente causando epidemias. Es provocada por la bacteria *Vibrio cholerae* que se encuentra en el agua o alimentos contaminados, puede llegar a producir la muerte hasta en 50% de los pacientes gravemente enfermos si no se cuenta con una adecuada preparación; sin embargo, cuando se organizan servicios de tratamiento, se dispone de personal médico capacitado e insumos médicos apropiados, la letalidad puede reducirse a menos de 1%^[ii].

Hasta el 80% de los casos pueden tratarse satisfactoriamente con sales de rehidratación oral.

En todo el mundo, se calcula que cada año se producen de 3 a 5 millones de casos de cólera y de 100.000 a 120.000 defunciones por esta enfermedad.

Desde 1.817 se han documentado siete pandemias de cólera y se han seguido presentando brotes esporádicos de la misma enfermedad. Los desastres naturales o antrópicos pueden agravar el riesgo de epidemias, al igual que las malas condiciones de vida en los campamentos de refugiados superpoblados. Después de la crisis de Ruanda, en 1994, varios brotes de cólera causaron al menos 48.000 casos y 23.800 muertes en el intervalo de un mes, en los campamentos de refugiados en Goma en el Congo. Sólo en 2001, la OMS y sus asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante brotes epidémicos participaron en la verificación de 41 brotes de cólera en 28 países^[i].

En Colombia, la epidemia del cólera se inició en 1991 en la costa Pacífica, y siguió los cauces de los ríos Magdalena y Cauca; entre 1991 y 1992, las tasas de incidencia fueron de 51,2 y 39,8 casos por 100.000 habitantes respectivamente; en los dos años siguientes la tendencia fue hacia la disminución y en 1995 y 1996 se apreció un incremento, alcanzando una tasa de 11,5 casos por 100.000 habitantes en ese último año.

Posteriormente, la tasa ha disminuido progresivamente. En 1999, se registraron 13 casos distribuidos en ocho departamentos del país para una tasa de incidencia de 0,31 casos por 100.000 habitantes. Del año 2000 a 2003 no se reportó ningún caso de cólera en el país; en 2004 se reportaron tres casos procedentes de Nariño y desde el año 2005 hasta la fecha no se han reportado más casos confirmados^[iii].

Ejemplo ilustrativo:

Del 20 de octubre al 18 de diciembre de 2010 el Ministerio de Salud Pública de Haití registró a nivel de todo el país 128.251 casos de cólera, de los cuales 68.764 (53,6%) requirieron hospitalización y 2.707 fallecieron, 1.888 a nivel de servicios de salud y 819 a nivel de la comunidad, con una tasa de letalidad hospitalaria de 2,7% y letalidad global de 2,1%.

A la fecha Colombia está libre de la enfermedad, pero cuenta con varios de los factores de riesgo asociados a su presentación, lo que lo convierte en un país vulnerable para el desarrollo de brotes de cólera, más aún en las actuales circunstancias asociadas a la ola invernal que afronta, la cual está generando una crisis sanitaria en manejo de aguas de consumo y manejo de excretas. Si a esto se suma la cercana epidemia de cólera en Haití y República Dominicana, se incrementa substancialmente el riesgo en la reintroducción de *Vibrio cholerae* la cual puede darse por la llegada de portadores, por aguas de lastre o alimentos contaminados.

Factores contributivos

Los factores de riesgo asociados a la presentación de cólera son principalmente: deficiencia sanitaria, desplazamiento, asentamientos, hacinamiento e inanición con dificultades de abastecimiento de agua potable, residir en áreas endémicas o transitar por ellas, así como beber agua o alimentos contaminados o no tratados.

Es necesario que las instituciones y los profesionales de salud estén atentos a la aparición de brotes de enfermedad diarreica aguda y preparados para la atención de eventuales casos de cólera en caso de reintroducción de *V. cholerae* al país, para lo cual es necesario estar alerta para prevenir fallas en la atención en salud que podrían llevar a desenlaces fatales, tales como:

- El desconocimiento por parte del personal de salud de la definición de caso de cólera y de las guías técnicas y protocolos de atención vigentes de pacientes con EDA y cólera
- La no adherencia por parte del personal de salud a las guías y protocolos.
- La ausencia de lactato de ringer y sales de rehidratación oral en cantidad suficiente para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo con el protocolo de la OPS adoptado por el MPS.
- Una higiene de manos inadecuada.
- Una disposición de excretas inadecuada.
- La ausencia de antibióticos requeridos para el tratamiento antibiótico en los casos indicados.

Acciones de Mejora Recomendadas

Para estar preparados ante la eventual ocurrencia de casos de cólera se recomienda:

1. Por parte de las instituciones de salud
 - Garantizar el manejo del paciente con EDA desde el primer nivel de atención con seguimiento y manejo adecuado de líquidos.
 - Adelantar estrategias institucionales para promover el manejo correcto de los pacientes con EDA y cólera que garanticen la identificación de los casos el inicio oportuno del tratamiento, la higiene de manos y la disposición adecuada de los excrementos.
 - Realizar actividades de capacitación para el personal médico y personal de salud competente en la Guía de Atención Clínica de cólera, publicada en la página del Ministerio de la Protección Social [Descargar](#) y las directrices de la OMS sobre higiene de manos publicadas en el Observatorio de calidad de la atención en salud [Descargar](#) y realizar seguimiento a la apropiación del conocimiento.
 - Garantizar la existencia de lactato de ringer y sales de rehidratación oral para en cantidad suficiente para la hidratación de los pacientes, como medida esencial de tratamiento, de acuerdo con guía de atención clínica mencionada
 - Garantizar la existencia de doxiciclina, eritromicina, ciprofloxacina y azitromicina para el tratamiento antibiótico en los casos que se requiera.
 - Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad para el personal de salud, los pacientes y sus acompañantes y los insumos que se necesiten para ello.
 - Promover y facilitar la aplicación de prácticas seguras de higiene de manos de acuerdo con los protocolos sugeridos por la OPS OMS publicados en el observatorio de calidad [en la sala temática caja de herramientas](#).
 - Evaluar la adherencia a las guías de atención por parte del personal de salud.
2. Por parte del personal de salud que atiende a los pacientes con EDA y cólera
 - Seguir las recomendaciones de las guías
 - Hacerse la pregunta ante un paciente con EDA de si puede tratarse de un caso de cólera

- Tener en cuenta que el tratamiento del paciente con cólera se fundamenta en la hidratación
- Cumplir con las medidas de higiene de manos y de bioseguridad para la atención de todos los pacientes, especialmente aquellos con EDA.

Referencias

[i]. Organización Mundial de la Salud. Cólera, epidemias mundiales e impacto del cólera. Disponible en <http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html> Fecha de acceso: Septiembre 4 de 2009.

[ii]. INSP. CENIDS. Epidemiología del cólera. Síntesis histórica. Su impacto a través del tiempo y los continentes. 2002, disponible en <http://bvs.insp.mx/articulos/5/4/061998.htm>. Fecha de acceso: Septiembre 4 de 2009.

[iii]. Ministerio de la Protección Social, Circular 067 del 27 de octubre, Bogotá, 2010.