

CÓLERA EN COLOMBIA

Por:

CARLOS A. AGUDELO C.
M.Sc. Salud Pública Microbiólogo y Parasitólogo
Universidad Nacional de Colombia

En 1991 la epidemia del cólera se difundió desde el Perú con enorme rapidez por todos los países de América del Sur y Central, a razón de un país por mes. En 1992 alcanzó niveles muy altos de casos registrados para descender notoriamente en 1993. En Colombia la epidemia de esta enfermedad infecciosa se inició en marzo de 1991. Aunque su propagación fue lenta gracias a los programas de control, lo peor no ha pasado pues ha quedado un gran número de susceptibles como para provocar una endemia difícil de enfrentar sino se redobla la atención.

DURANTE LOS AÑOS de 1991, 1992 y 1993, el brote de cólera que empezó en el Perú, se ha difundido con rapidez por todos los países de América del Sur y Central a la tasa de un país por mes, y ha producido cerca de 800 mil casos y 7.000 defunciones¹. Un estudio de epidemiología molecular sugiere que la bacteria aislada en América Latina probablemente corresponde a una variante del clón que ha producido la séptima pandemia² diferente de los clones involucrados en la endemia de la Costa del Golfo de Estados Unidos y de Australia.

Históricamente, las epidemias de cólera se han relacionado con la pobreza, las deficiencias sanitarias en la disposición de las aguas servidas y la provisión de agua de consumo, así como con la ausencia de higiene en la manipulación de los alimentos. En los países industrializados se han aislado los microorganismos causantes de la epidemia, pero sólo se han producido casos aislados³⁻⁶

CÓLERA EN COLOMBIA

En Colombia la epidemia⁷ del cólera se inició en marzo de 1991. De 3331 cepas de *Vibrio cholerae* 01 clasificadas por el Instituto Na-

cional de Salud (INS), 3302 (99.1%) resultaron del subtipo Inaba y 29 del subtipo Ogawa⁸.

Rutas de propagación: La epidemia se extendió de Sur a Norte por la Costa Pacífica y los ríos Cauca y Magdalena, siguiendo los patrones de movilización comercial y laboral de las personas, y en algunos casos por medio de transporte pasivo de la bacteria.

Incidencia y letalidad: En la Figura 1 se observa la primera onda epidémica, compuesta de dos picos que asciende hasta el primer período epidemiológico de 1992 y luego desciende de manera progresiva. Entre 1991 y 1993 se produjeron 30.492 casos y 464 defunciones (Tabla 1). A pesar del descenso global de la epidemia, durante 1993 se han presentado nuevos casos y algunos pequeños brotes epidémicos de carácter local. Puede considerarse que esta primera onda epidémica nacional ha llegado a su fin, pero, el problema del cólera está lejos de terminar.

Edad y sexo: El 51% de los casos correspondió al grupo de 15 a 44 años, 26% al grupo de 45 y más años, 12% al de 5 a 14 años y 11% a los menores de 5 años. El



60% de los casos fue del sexo masculino.

Aspectos microbiológicos y epidemiológicos: El INS estudió la susceptibilidad antimicrobiana de 138 cepas y encontró que eran

hacer de esta una epidemia lenta. El programa incluyó aspectos como la educación masiva, el saneamiento ambiental (agua potable, disposición de excretas y protección de alimentos), la atención de enfermos, la movilización ciuda-

asocia con los reservorios acuáticos, múltiples modos de difusión (agua y alimentos contaminados, persona a persona, etc.), infecciones asintomáticas frecuentes y una alta prevalencia de anticuerpos.

**Tabla 1. Situación de Cólera en Colombia
1991 - 1992 - 1993**

Año	Casos	Defunciones (por 1.000)	Incidencia (%)	Letalidad
1991	16.800	289	0.56	1.73
1992	13.085	160	0.44	1.22
1993	607	15	0.02	2.47
Total	30.492	464		

sensibles a la tetraciclina, cloranfenicol, norfloxacin, nitrofurantoina y trimetoprim sulfam. De otra parte, el análisis de 5 cepas las identificó como toxigénicas.

Algunos estudios epidemiológicos han identificado como factores de riesgo la vivienda lacustre, el agua de acueducto (contaminado), consumo callejero de pescado, vivienda sin disposición de excretas, desplazamiento a focos coléricos, hacinamiento, no hervir la leche y no lavar las verduras⁹⁻¹¹.

VELOCIDAD Y CONTROL DE LA EPIDEMIA

Mientras la epidemia se difundió con rapidez de país a país, al interior de Colombia se comportó con una propagación lenta pues tomó cerca de un año pasar de la frontera Sur a la Costa Atlántica. El programa de control contribuyó a

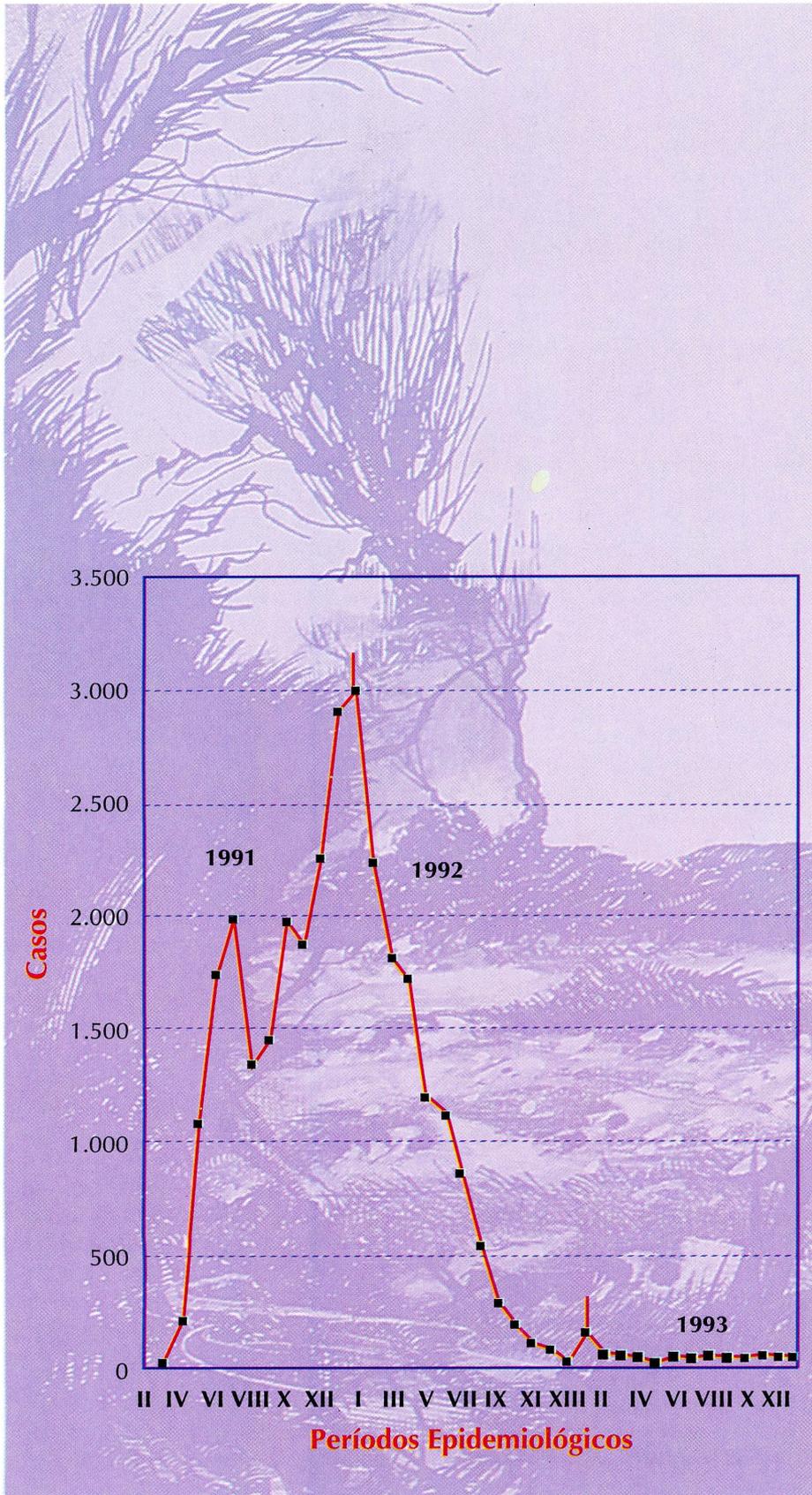
dana, comunitaria e institucional, la financiación y un sistema de apoyo (comunicaciones y suministros).

¿EPIDEMIA O ENDEMIAS?

Según la experiencia obtenida en otros continentes, la epidemia de cólera que tiene lugar en un área previamente no infectada y con una población negativa desde el punto de vista serológico, afecta a todos los grupos de edad, se asocia con frecuencia a un modo simple de difusión, presenta una tasa relativamente baja de infección asintomática y no se encuentran reservorios ambientales. En contraste, en el cólera endémico¹² la incidencia de la enfermedad es alta entre los 2 a 15 años de edad y declina con el incremento de la edad, sugiriendo la adquisición de inmunidad natural. Los brotes estacionales son prominentes y la transmisión se

En esta fase epidémica el patrón continental del cólera se ha aproximado a las características epidemiológicas de otros continentes. Pero, en el momento presente, no es posible discernir si en el caso de una hipotética situación endémica, ésta reproducirá las características del modelo asiático o africano.

Las características y la velocidad de la epidemia en el país han permitido un control adecuado, pero este tipo de epidemia exige una atención más integral porque deja un gran número de susceptibles y puede pasar a una fase endémica en un período breve. En Colombia, como en muchos países de América Latina, están dadas las condiciones para que el cólera presente una segunda onda epidémica o tienda a una situación de endemia.



¹ Organización Panamericana de la Salud, *Boletín Epidemiológico*. 14(1): 14,1993.

² Kaye, I.W., Evins, G.M., Fields, P.I., Olsvik, O., Popovic, T., Bopp, Ch.A., Wells, J.G., Carrillo, C., Blake, P.A. The molecular epidemiology of cholera in Latin America, *J. Infect. Dis.* 167:621-6, 1993.

³ Feachem, R.G. 1981. Environmental Aspects of cholera epidemiology I.A. Review of selected reports of endemic and epidemic situations during 1961-1980. *Bur. Hyg. Trop. Dis.* 78:675-698.

⁴ Feachem, R., Miller, D. and Drasar, B. 1981. Environmental aspects of cholera epidemiology. II Occurrence and survival of *Vibrio cholerae* in the environment. *Bur. Hyg. Trop. Dis.* 78:865-880.

⁵ Feachem, R.G. 1982 Environmental aspects of cholera epidemiology. III Transmission and control. *Bur. Hyg. Trop. Dis.* 79:1-47.

⁶ Lin, F.-Y.C, Morris, J.G., Jr., Kaper, J.B., Gross, T., Michalski, J., Morrison, C., Libonati, J.P. and Israel, E. 1986. Persistence of cholera in the United States: Isolation of *Vibrio cholerae* O1 from a patient with diarrhea in Maryland. *J. Clin. Microbiol.* 23:624-626.

⁷ Epidemia es la ocurrencia de casos de enfermedad, de naturaleza semejante, en una comunidad o región, claramente en exceso del número habitual de casos.

⁸ Castañeda, E., Muñoz, E., de Vargas, C.I., et al. Diagnóstico Bacteriológico del cólera. *Biomédica*. 12(3 y 4):131-136, 1992.

⁹ Rivas, FM. Cólera en Colombia. Descripción de algunos aspectos epidemiológicos a un año de diagnosticado el primer caso. *Biomédica*. 12(3 y 4):109-116. 1992.

¹⁰ De la Hoz, F.R., Rivas, F.M., Castillo, R., Coral, O., Ramirez, R. Factores de riesgo en la transmisión del cólera en Salahonda (Nariño). *Biomédica*. 12(3 y 4):117-122, 1992.

¹¹ Agudelo, C.A. Los tiempos del Cólera. *Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Col.* 41(3):141-142, 1993.

¹² Endemia es la presencia habitual de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica determinada.

Figura 1 Casos de Cólera en Colombia 1991-1992-1993