

No se registraron casos de rabia humana transmitida por perros en los últimos tres años del estudio.

FIGURA 2. Casos de rabia humana transmitida por perros, Colombia, 2001-2003.



Situación epidemiológica

Entre 1990 y 2003 la rabia humana transmitida por las diferentes especies en Colombia tuvo una tendencia decreciente. En ese período pasó de 12 casos en 1990 a uno en 2003 en la zona rural del departamento de Cundinamarca, el cual fue transmitido por un gato, con tipificación de variante mofeta (variante 8) (figura 1).

La rabia humana transmitida por perros también mostró una tendencia decreciente en el período de 1990 a 2003 con 9 casos al inicio del período, cero casos al final y un pico significativo a mitad del período. En los tres años de 2001 a 2003 no se registraron casos humanos transmitidos por perros y esa situación se mantenía en 2004 (figura 2).

De igual modo, los registros anuales de casos caninos fueron inferiores al registro inicial del período, pasando de 338 casos a 10 en 2003. De los casos caninos del país, 98% ocurrieron en la región de la costa colombiana del Caribe. El Departamento de Magdalena presentó casos de rabia caninos durante los tres años analizados en este estudio. De todos los departamentos, éste es el que ha aportado, progresivamente, el mayor

número de casos; 50% de ellos en el año 2001 y 90% en el 2003.

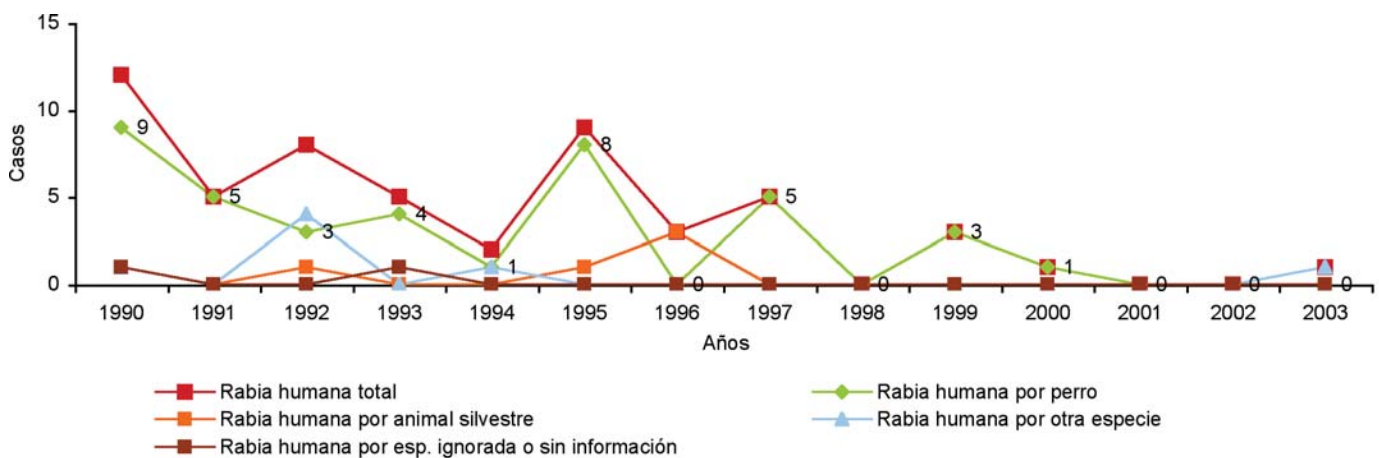
A partir del año 2000, se implantó la vacunación anual en el país. Desde entonces la rabia humana por perros se redujo a un caso durante el período de estudio y la canina se presentó con una incidencia mucho menor debido al efecto de la vacunación anual.

Acciones de control

Los puestos para la atención de personas expuestas en Colombia, con excepción de Bogotá, se limitan a los organismos estatales (centros de salud y hospitales) existentes en las cabeceras municipales, con un total de 1.263 puestos. En los 110 municipios con mejor capacidad de respuesta, hay entre 5 y 10 puestos por cabecera municipal, con una mayor oportunidad de acceso para los usuarios. Para el período de 2001 a 2003, se atendió a 46.123 personas. La mediana de tratamiento del país es de 4,7% de las personas atendidas (rango de 0,36 a 32,5%), promedio muy por debajo de la mediana regional (21,6%) (figura 3).

El mayor porcentaje de personas tratadas se registra en los departamentos ganaderos, porque cada bovino infectado expone en promedio a 20 personas,

FIGURA 1. Tendencia de la rabia humana por especie agresora, Colombia, 1990-2003.



Fuente: OPS de 1990 a 2000 y ministerios de salud de los países de la Región de 2001 a 2003.

principalmente en los departamentos de Córdoba, Arauca y Guajira que son los que tienen más murciélagos hematófagos. Bogotá, la capital del país, a pesar de no registrar circulación viral, brinda la mejor asistencia a los expuestos al riesgo de rabia del país mediante una atención bajo pautas normadas, a través de una red amplia y descentralizada de puestos de atención de urgencias.

Al nivel nacional se optó por la vacunación anual como estrategia oficial a partir del 2000. La cobertura anual promedio del período de 2001 a 2003 fue de 44,8%, con una variación entre departamentos de 7 a 79,4%. Las coberturas más altas se registraron en las unidades departamentales de la zona considerada crítica, la costa colombiana del Caribe, donde el virus rábico ha circulado constantemente por más de 14 años en diferentes especies. Sin embargo, estos porcentajes de vacunación no se reflejan proporcionalmente en la reducción de los casos de rabia canina; es decir, no tienen el impacto esperado, en parte por la estrategia de vacunación dispersa a lo largo de los 12 meses del año, y también por la probable subestimación de la población canina.

Existen nueve laboratorios que hacen diagnóstico de rabia en el país, pero el número de muestras enviadas es mínimo, por lo que todo el país puede considerarse un área silenciosa para la rabia de acuerdo con los criterios definidos en este estudio, ya que las muestras enviadas para diagnóstico son menos de 0,01% de la población canina estimada. El envío de muestras a laboratorio está limitado a los casos clínicos evidentes y a situaciones de expuestos de alto riesgo, en áreas en las que se registra circulación viral, es decir en los departamentos de la costa colombiana del Caribe. En los demás departamentos es prácticamente nula la remisión de muestras, a excepción de Bogotá, D.C., donde hay una

vigilancia activa y dos laboratorios de diagnóstico rábico, y se registra la mayor cantidad de muestras procesadas del país (figura 4).

El país tiene dos laboratorios que hacen tipificación viral: el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Colombiano Agropecuario. Las siguientes variantes se han encontrado en diversas especies: V-1 perro, V-3 murciélagos vampiros y V-8 mofetas.

Como puntos clave para el plan nacional se proyecta realizar campañas masivas de vacunación con altas coberturas; garantizar la atención adecuada de las personas expuestas en todo el territorio nacional, incluyendo la preexposición en las zonas de alto riesgo de rabia por vampiros; involucrar la comunidad en la vigilancia activa de la enfermedad e incrementar la integración de los laboratorios nacionales de referencia y los de la red de cada sector.

FIGURA 3. Distribución del porcentaje de personas tratadas en relación a las atendidas, por unidad de primer nivel geopolítico, Colombia, 2001-2003.

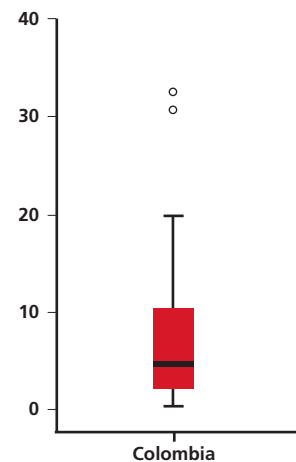


FIGURA 4. Porcentaje de muestras caninas enviadas en relación a la población canina, por unidad de primer nivel geopolítico, Colombia, 2001-2003.

