

# BED

# Boletín Epidemiológico Distrital

ISSN 0123-8590. Volumen 16, número 5. Agosto de 2019



## Caracterización de la morbilidad materna extrema en Bogotá, D. C., 2015-2018

### Contenido

---

Editorial	3
Artículo central	5
Noticia epidemiológica	15
Comportamiento de eventos a escala internacional	17
Comportamiento de eventos a escala distrital	24

---

Alcaldía de Bogotá

Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario de Salud Pública (E)  
Manuel Alfredo González Mayorga

### **Coordinación general del documento**

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión  
de Políticas de Salud Colectiva  
Manuel Alfredo González Mayorga

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Elizabeth Coy Jiménez

### **Comité editorial**

Elkin Osorio Saldarriaga  
Libia Janet Ramírez Garzón  
Diane Moyano Romero  
Sandra Liliana Gómez Bautista  
Hernán Alexis Vargas Bustos  
Leonardo Salas Zapata

Reporte de eventos de interés en salud pública  
Ruben Darío Rodríguez Camargo

### **Coordinación Editorial**

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud  
Ronald Ramírez López

Corrección de estilo  
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación  
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

Secretaría Distrital de Salud  
Carrera 32 # 12-81  
Conmutador: 364 9090  
Bogotá, D. C. - 2019  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## **Contenido**

Editorial ..... 3

Caracterización de la morbilidad  
materna extrema en Bogotá, D. C.  
2015-2018 ..... 5

Resistencia a un medicamento para el  
tratamiento de VIH en gestantes ..... 15

Comportamiento de los principales  
eventos de salud pública a escala  
internacional ..... 17

Comportamiento de la notificación de  
casos confirmados, para los eventos  
trazadores, en Bogotá ..... 24

## Editorial

Hoy en día los enfoques epidemiológicos tradicionales se combinan con tecnologías científicas modernas que permiten análisis complejos de las interrelaciones de los entornos físicos y sociales con las condiciones de susceptibilidad de personas y colectivos. Educación, vivienda, espacio público, racismo, prácticas religiosas, ocupación, factores estresantes, estructura familiar y análisis de inequidad son poderosos predictores de desenlaces indeseables que son objeto de estudio de la epidemiología y de la salud pública.

Tal es el caso de los eventos relacionados con la salud materna y perinatal. Las mujeres a menudo se encuentran en una situación de desventaja para alcanzar el máximo nivel posible de salud por condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales empeoradas por dificultades de acceso a servicios de salud de calidad. Según la Organización Mundial de la Salud, las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres; las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo; la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer; el padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional y la pobreza, son importantes obstáculos para los buenos resultados sanitarios, principalmente en mujeres y niñas.

Por esto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda Mundial 2030 han incorporado metas específicas en el objetivo 3, relacionadas con el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la reducción de la mortalidad materna, lo cual, a su vez, corresponde con los lineamientos de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las mujeres, en el sentido de permitir a las colombianas y los colombianos elegir y ejercer sus derechos a plenitud gozando de las mismas oportunidades con mayor inclusión social. Se espera que las mujeres ejerzan sus derechos en condiciones de igualdad, fortalezcan su ciudadanía desde la diferencia y la diversidad, desarrollen sus capacidades en libertad y autonomía y actúen como sujetos sociales.

Este enfoque de derechos se traduce en la facultad que tienen todas las personas de tomar decisiones libres y sin discriminación, sobre la posibilidad de procrear o no, de regular su fecundidad y de la posibilidad de conformar una familia y disponer de la información y medios para ello. Implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y posparto, sino, también, que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica y que sea abordada desde lo social, con todos sus determinantes, así como, también, en el derecho de todas las mujeres al acceso a servicios de salud y atención médica, que garanticen una maternidad segura y libre de todo riesgo en todo el proceso reproductivo, es decir, desde la intención reproductiva, la concepción, la gestación, y el parto hasta el puerperio.

En este contexto, la región ha incluido la vigilancia y control de la morbilidad materna extrema (VMME) como una estrategia para contribuir al mejoramiento del cuidado mater-

no, a nivel poblacional e institucional, y a la reducción de la mortalidad materna evitable, por lo que ha sido incluida en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional, el Plan Decenal de Salud Pública, la Política de Atención Integral en Salud y en las Rutas Integrales de Atención en Salud.

El presente número del *Boletín Epidemiológico Distrital* (BED) describe el comportamiento de la morbilidad materna extrema (MME) en Bogotá en el periodo comprendido entre 2015 y 2018, como insumo para el análisis y orientación de las estrategias que acompañarán la implementación del modelo integral de atención y la ruta de atención materno perinatal en el Distrito Capital.

Manuel Alfredo González Mayorga  
Subsecretario (e) de Salud Pública  
Secretaría Distrital de Salud

## Caracterización de la morbilidad materna extrema en Bogotá, D. C. 2015-2018

Claudia Patricia Pacheco Prieto  
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública,  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

### Resumen

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en Bogotá entre 2015 y 2018, con el fin de caracterizar la morbilidad materna extrema según variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas. Se tuvieron en cuenta los casos reportados como morbilidad materna extrema (MME) que cumplieran con los criterios de inclusión según el Protocolo de Vigilancia de la MME del Instituto Nacional de Salud (INS), mediante las bases del Sivi-gila 2015-2018. Después de un proceso de depuración de la base de datos, se realizó la caracterización con base en la descripción de las variables: semana epidemiológica de notificación, edad, etapa de la gestación, tipo de seguridad social, número de gestaciones, edad gestacional, número de controles prenatales (CPN), terminación del embarazo, total de criterios y causas agrupadas.

Entre 2015 y 2018 se notificaron 19.366 eventos y una razón de MME creciente que alcanzó 61,4 eventos por 1.000 nacidos vivos en el periodo analizado. Se observó que las localidades de residencia en donde ocurrió el mayor número de casos de MME fueron Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Engativá, mientras que las razones más altas se presentaron en las localidades de Sumapaz, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito y Puente Aranda.

Hubo una relación inversa entre la proporción de casos notificados y la historia de gestaciones previas, el 71,5 de las maternas se habían realizado más de cuatro controles prenatales con una proporción creciente en los cuatro años de observación. Las causas mórbidas específicas fueron en su orden: trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas y sepsis de origen obstétrico y no obstétrico.

Se presentaron 176 casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna ocurrida durante la gestación o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.

Se recomendó fortalecer la asesoría en planificación familiar para retardar el embarazo a edades tempranas, promover la consulta preconcepcional y el control prenatal de manera temprana en el primer trimestre, enfocado en la identificación de los riesgos clínicos asociados a la aparición de la MME.

**Palabras clave:** morbilidad materna extrema, mortalidad materna, factores de riesgo, indicadores de morbilidad materna extrema.

### Abstract

A retrospective descriptive study was carried out in the city of Bogotá from 2015 to 2018 in order to characterize extreme maternal morbidity according to sociodemographic and clinical epidemiological variables. The cases reported as Extreme Maternal Morbidity (EMM) that met the inclusion criteria according to the Surveillance Protocol of the National Institute of Health (INS) through the bases of Sivi-gila years 2015 to 2018 were taken into account. process of purification of the database, the characterization was carried

out based on the description of the variables: epidemiological week of notification, age, stage of pregnancy, type of social security, number of gestations, gestational age, number of NPCs, termination of pregnancy, total criteria and causes grouped.

From 2015 to 2018, 19366 events were reported and a growing EMM ratio reached 61.4 events per 1,000 live births in the period analyzed. It was observed that the localities of residence where the greatest number of EME cases occurred were Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa and Engativá, while the highest reasons were presented in the localities of Sumapáz, Mártires, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito and Aranda Bridge.

There was an inverse relationship between the proportion of reported cases and the history of previous pregnancies, 71.5 of the maternal women had performed more than four prenatal controls with an increasing proportion in the four years of observation. The specific morbid causes were in their order: hypertensive disorders, hemorrhagic complications and sepsis of obstetric and non-obstetric origin.

There were 176 cases of extreme maternal morbidity for each case of maternal death occurring during gestation or within 42 days of termination of pregnancy. It was recommended to strengthen family planning counseling, delaying pregnancy at an early age, promoting preconception consultation and prenatal control early in the first trimester, focused on the identification of clinical risks associated with the occurrence of EMM.

**Key Words:** extreme maternal morbidity.

## 1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente, todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (1). La Organización Panamericana de la Salud en Colombia afirma que la reducción de la mortalidad materna es una prioridad en la región y ha sido incluida con una meta específica en el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS), "reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para 2030". En las Américas fallecen 21 maternas diariamente por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, el parto y el posparto; 75 % de las cuales son causadas por hemorragias graves e infecciones especialmente después del parto, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, complicaciones en el parto y abortos.

El riesgo de fallecer es desproporcionadamente más elevado entre los segmentos más vulnerables de la sociedad; en comparación con otras mujeres, las adolescentes, principalmente las menores de 15 años, corren mayor riesgo de complicaciones y muerte como consecuencia del embarazo. Presenta diferencias marcadas en cada uno de los territorios a nivel mundial, regional o local, lo cual puede estar relacionado íntimamente con los determinantes sociales y su comportamiento en cada territorio tanto entre los continentes, como en los países que conforman una misma región y las localidades de una misma nación (1). Hay una consistente relación del evento con las

deficiencias en la calidad en la prestación de los servicios de salud que incluye la inadecuada clasificación del riesgo en la consulta prenatal, el monitoreo y vigilancia en todo el proceso obstétrico y la oportunidad en la atención de los servicios de urgencias obstétricas (2).

En 2003-2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó una revisión sistemática sobre la prevalencia de morbilidad materna extrema (3), que incluyó 82 estudios de 46 países y conformó un grupo de profesionales (obstetras, matronas, epidemiólogos y especialistas en salud pública) de países en desarrollo y países desarrollados, para que elaboraran un sistema de clasificación de las defunciones maternas y llevaran a cabo la estandarización en la definición y criterios de identificación de los casos de morbilidad (4). En 2009 el grupo de trabajo de la OMS publicó el documento que define la MME, el cual se centró en la identificación de casos muy graves que presentaban disfunción orgánica.

La vigilancia de la MME ha mostrado su efectividad en la disminución de la mortalidad materna por causas evitables. Es una estrategia análisis sistemático que logra mejorar de la calidad de la atención de salud materna (5), que se define como la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (6).

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS) definió el Protocolo para la Morbilidad Materna Extrema del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el que se establecen los procesos de información, análisis e intervención del evento; las respon-

sabilidades y competencias de los diferentes actores; los indicadores relacionados con el comportamiento y gestión (7).

El Distrito Capital de Bogotá hizo parte del estudio piloto en 2011 que estandarizó los procesos y procedimientos para la vigilancia en salud pública del evento y permitió incorporarlo formalmente al sistema desde 2012, año después del cual se ha evidenciado un mejoramiento continuo de sus procesos y procedimientos (8).

A pesar de los avances, en Colombia y en América Latina hay insuficientes publicaciones sobre la MME. Se encuentran estudios comparativos de instituciones y el impacto en las pacientes de acuerdo con su cuadro clínico y los criterios de gravedad, pero no se encuentran estudios departamentales o distritales de comparación en el tiempo (9,10); por tal motivo, para Bogotá es importante mostrar los avances de la vigilancia que se ha venido realizando con esta estrategia, en la cual la disminución de la mortalidad materna y la mayor adherencia de los profesionales de la salud al Protocolo han impactado de manera positiva la disminución en los casos en los últimos años.

El presente artículo tiene como objetivo hacer una descripción del comportamiento de la MME en Bogotá, efectuar una caracterización de las pacientes y una evaluación de algunos de los indicadores de resultado de la MME en el periodo comprendido entre el año 2015 al 2018.

## 2. Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar la MME según variables sociodemográficas y clinicoepidemiológicas

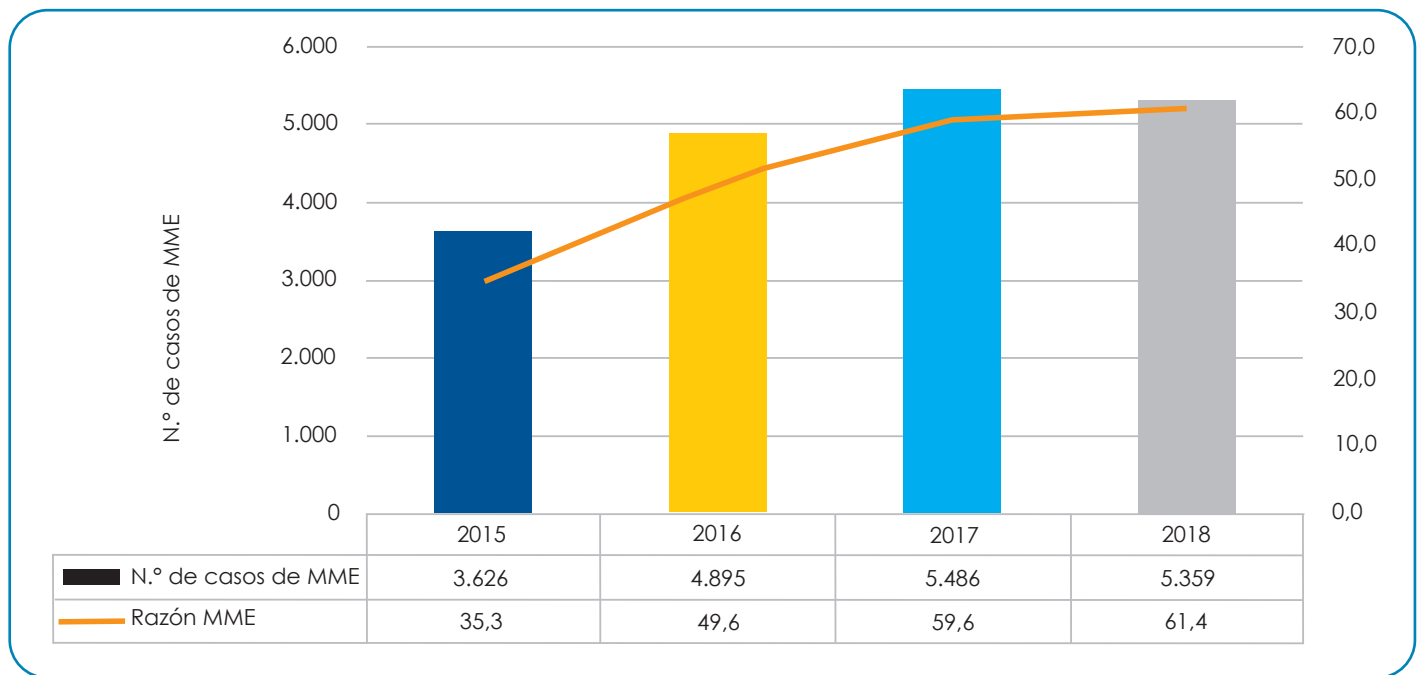
desde enero de 2015 hasta diciembre de 2018. Se utilizó la base de datos del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) previa depuración y validación variable por variable. Se utilizaron cifras absolutas, proporciones y tasas de incidencia general y específicas para la descripción de variables como: semana epidemiológica de notificación, edad, etapa de la gestación, tipo de seguridad social, número de gestaciones, edad gestacional, número de CPN, terminación del embarazo, total de criterios y causas agrupadas. Se excluyeron los casos repetidos, casos no confirmados o excluidos por falta de datos clínicos o que no cumplieran criterios para MME.

El presente estudio fue realizado en cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y dentro de lo contenido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

### 3. Resultados

Desde 2015 hasta 2018 se notificaron 19.366 eventos de MME, que corresponden a un promedio anual de 4.841 casos y una razón de MME creciente que alcanzó 61,4 eventos por mil nacidos vivos (figura 1).

**Figura 1. Notificación de casos y razón de MME por año. Bogotá, D. C., 2015-2018**



Fuente: Bases Sivigila Distrital. Base EEVV. Año 2018 datos preliminares.

Según localidad de residencia, el mayor riesgo medido por la razón de MME se evidenció en las localidades de Sumapaz, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito y Puente Aranda; las localidades de Suba,

Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Engativá notifican el mayor número de casos (tabla 1).



**Tabla 1. Número de casos, nacidos vivos y razón de MME por localidad.  
Bogotá, 2015-2018**

Año	2015			2016			2017			2018		
Localidades	Casos de MME	NV	Razón de MME	Casos de MME	NV	Razón de MME	Casos de MME	NV	Razón de MME	Casos de MME	NV	Razón de MME
01-Usaquén	194	6.366	30,5	279	6.226	44,8	260	5.931	43,8	280	5.468	51,2
02-Chapinero	75	1.927	38,9	93	2.045	45,5	108	1.971	54,8	80	1.663	48,1
03-Santa Fe	79	1.540	51,3	77	1.363	56,5	96	1.571	61,1	107	1.552	68,9
04-San Cristóbal	257	6.028	42,6	300	5.788	51,8	337	5.213	64,6	305	4.693	65,0
05-Usme	196	5.471	35,8	272	5.509	49,4	322	5.206	61,9	336	4.984	67,4
06-Tunjuelito	100	2.709	36,9	158	2.618	60,4	169	2.419	69,9	169	2.321	72,8
07-Bosa	315	10.436	30,2	477	10.071	47,4	504	9.425	53,5	499	9.169	54,4
08-Kennedy	497	15.009	33,1	698	14.139	49,4	782	13.364	58,5	701	12.377	56,6
09-Fontibón	157	4.262	36,8	206	4.213	48,9	253	3.774	67,0	240	3.708	64,7
10-Engativá	345	9.381	36,8	463	8.804	52,6	494	8.177	60,4	445	7.972	55,8
11-Suba	461	14.825	31,1	580	13.748	42,2	702	13.254	53,0	734	12.094	60,7
12-Barrios Unidos	63	1.572	40,1	78	1.555	50,2	99	1.452	68,2	82	1.330	61,7
13-Teusaquillo	62	1.302	47,6	81	1.249	64,9	94	1.194	78,7	66	1.154	57,2
14-Los Mártires	52	1.171	44,4	72	1.094	65,8	103	1.041	98,9	81	1.080	75,0
15-Antonio Nariño	54	1.195	45,2	62	1.225	50,6	74	1.026	72,1	60	916	65,5
16-Puente Aranda	118	3.084	38,3	145	2.849	50,9	141	2.431	58,0	161	2.283	70,5
17-La Candelaria	27	344	78,5	51	261	195,4	44	338	130,2	19	273	69,6
18-Rafael Uribe	233	5.379	43,3	293	5.382	54,4	325	4.686	69,4	346	4.636	74,6
19-Ciudad Bolívar	339	10.321	32,8	423	9.788	43,2	547	9.362	58,4	632	9.370	67,4
20-Sumapaz	2	37	54,1	3	22	136,4	1	19	52,6	4	25	160,0
Sin dato de localidad	0	419	0,0	84	704	119,3	31	200	155,0	12	281	42,7
Total Bogotá	3.626	102.778	35,3	4.895	98.653	49,6	5.486	92.054	59,6	5.359	87.349	61,4

Fuente: Bases Sivigila Distrital. Año 2018, datos preliminares.

El decenio de mayor notificación en el periodo de observación correspondió a las gestantes de 25 a 34 años de edad, con una media de 28 años; el 76 % de las mujeres pertenecían al régimen contributivo, 16,5 % al subsidiado y el 3,8 % no presentaban afiliación a ningún régimen.

Hubo una relación inversa entre la proporción de casos notificados y la historia de gestaciones previas así: el 42 % primigestas, 29,5 % segundo embarazo; el 16,7 % tercer embarazo y 12,3 % con cuatro y más

embarazos (tabla 2). Más del 50 % de los casos terminó en cesárea en los cuatro años de observación.

El 71,5 % de las maternas se habían realizado más de cuatro controles prenatales con una proporción creciente en los cuatro años de observación, así: 68,4 % en 2015; 69,2 % en 2016; 72,9 % en 2017 y 74,4 % en 2018. Sin embargo, una proporción de maternas con MME, mayor al 10 % en todos los años, no había recibido este tipo de atención (tabla 3).

**Tabla 2. Casos notificados de MME según número de embarazos previos. Bogotá, 2015-2018**

Número de gestaciones	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	Total	%
1	1.584	43,7	2.052	41,9	2.271	41,4	2.227	41,6	8.134	42,00
2	1.038	28,6	1.441	29,4	1.669	30,4	1.578	29,4	5.724	29,56
3	588	15,7	797	16,3	888	15,8	895	16,7	3.126	16,14
4	282	7,2	365	7,5	425	7,7	402	7,5	1.454	7,51
>5	174	4,8	240	4,9	255	4,6	259	4,8	928	4,79
Total	3.626	100	4.895	100	5.486	100	5.359	100	19.366	100

Fuente: Bases SiviGila Distrital. Año 2018, datos preliminares.

**Tabla 3. Antecedentes de controles prenatales en los casos notificados de MME. Bogotá, 2015-2018**

Número de CPN	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	Total	%
0	409	11,3	589	12	582	10,6	598	11,2	2.178	11,25
1	432	11,9	485	9,9	276	5	165	3,1	1.358	7,01
2	142	3,9	191	3,9	240	4,4	233	4,3	806	4,16
3	163	4,5	244	5	389	7,1	373	7	1.169	6,04
4 y más	2.479	68,4	3.386	69,2	3.999	72,9	3.989	74,4	13.853	71,53
Sin dato	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,01
Total	3.626	100	4.895	100	5.486	100	5.359	100	19.366	100

Fuente: Bases SiviGila Distrital. Año 2018, datos preliminares.

En concordancia con los criterios establecidos por la OPS/OMS y definidos en el protocolo de vigilancia en salud pública nacional como criterios de inclusión relacionados con una enfermedad específica, disfunción orgánica o el manejo (7), se evidenció que el mayor porcentaje de las maternas

(62,5 %) en los cuatro años de observación presentaron uno o dos criterios. Las causas mórbidas específicas fueron en su orden: trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas y sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (tablas 4 y 5).

**Tabla 4. Criterios de inclusión para la definición de MME de los casos notificados. Bogotá, 2015-2018**

Total de criterios	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	Total	%
1	1.174	32,4	1.253	25,6	1.547	28,2	1.794	33,5	5.768	29,78
2	1.062	29,3	1.622	33,1	1.830	33,4	1.829	34,1	6.343	32,75
3	628	17,3	1.043	21,3	1.085	19,8	931	17,4	3.687	19,04
4	382	10,5	482	9,8	562	10,2	490	9,1	1.916	9,89
5	379	10,5	495	10,1	462	8,4	314	5,9	1.650	8,52
Sin dato	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,01
Total	3.626	100	4.895	100	5.486	100	5.359	100	19.366	100,00

Fuente: Bases Sivigila Distrital. Año 2018, datos preliminares

**Tabla 5. Causas agrupadas de MME de los casos notificados. Bogotá, 2015-2018**

Causas agrupadas	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	Total	%
Trastornos hipertensivos	2.247	62	3.072	62,8	3.145	57,3	3.827	71,4	12.291	63,47
Complicaciones hemorrágicas	703	19,4	800	16,3	841	15,3	738	13,8	3.082	15,91
Complicaciones de aborto	54	1,5	68	1,4	59	1,1	114	2,1	295	1,52
Sepsis de origen obstétrico	131	3,6	184	3,8	224	4,1	321	6	860	4,44
Sepsis de origen no obstétrico	166	4,6	220	4,5	167	3	66	1,2	619	3,20
Sepsis de origen pulmonar	20	0,6	20	0,4	22	0,4	13	0,2	75	0,39
Enf. Preexistente que se complica	91	2,5	82	1,7	50	0,9	66	1,2	289	1,49
Otra causa	213	5,9	449	9,2	978	17,8	213	4	1.853	9,57
Sin dato	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,01
Total	3.626	100	4.895	100	5.486	100	5.359	100	19.366	100

Fuente: Bases Sivigila Distrital. Año 2018 datos preliminares

Se presentaron 176 casos de MME por cada caso de muerte materna ocurrida durante la gestación o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, con una tendencia positiva del indicador al

pasar de 103 en 2015 a 243 en 2018, indicador consecuente con el índice de letalidad que pasó de 0,96 casos de muerte temprana en 2015 a 0,41 casos por cada 100 casos de MME en 2018 (tabla 6).

**Tabla 6. Relación de MME/MM e índice de letalidad de MME. Bogotá, 2015-2018**

Año del evento	N.º de casos de MME	N.º de casos de MM	N.º de casos de MM + casos de MME	Relación MME/MM	Letalidad
2015	3.626	35	3.661	103,60	0,96
2016	4.895	27	4.922	181,30	0,55
2017	5.486	26	5.512	211,0	0,47
2018	5.359	22	5.381	243,59	0,41
Total	19.366	110	19.476	176,05	0,56

Fuentes: 2015-2017: Bases de datos DANE-RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales-ADE Finales. 2018: Bases SDS-aplicativo RUAF-ND, Sistema de Estadísticas Vitales-ADE-preliminar ajustado enero 2019 y Bases Sivigila Distrital. Año 2018, datos preliminares

## 4. Discusión

Las gestantes notificadas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública con diagnóstico de MME en 2018 aumentaron en un 47 % en comparación con 2015, incremento que puede estar asociado a una mejora continua del proceso de notificación del sistema.

A pesar de que la mayor proporción de casos se notificaron en el grupo de 25 a 34 años, las edades extremas, menores de 15 y mayores de 35 años, están expuestas a un riesgo obstétrico mayor, asociado a eventos como preeclampsia y partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, anemia, malnutrición, frecuentemente acompañados de retardo de crecimiento intrauterino (11).

Una proporción mayor al 10 % de los casos notificados relataron no tener controles prenatales al momento del diagnóstico, contrario a lo establecido en los lineamientos,

guías y rutas integrales de atención que establecen un ideal de 7 a 10 controles prenatales iniciados desde el primer trimestre y un mínimo de cuatro, para un adecuado seguimiento de la gestante (12), con la consecuente imposibilidad de identificar de manera oportuna los riesgos y complicaciones asociadas a un evento de MME (10).

En relación con el número de partos de la matema, las primigestantes se presentan en mayor proporción, similar a la encontrada en informes de otras regiones que pudieran estar relacionados con las características demográficas y de natalidad propias del periodo y territorio analizado y, de las asociadas a riesgos como el de preeclampsia y eclampsia (13).

Para los casos de la MME, la cesárea es un procedimiento que puede estar justificado y soportado para salvar la vida de la gestante y del recién nacido. En este reporte, el 50 % de las gestantes terminaron en este procedimiento, el cual ha aumentado en los últimos años en relación con el parto, convirtiéndose en el

procedimiento quirúrgico obstétrico más frecuente, que puede a su vez aumentar los riesgos para la materna, el feto y los costos del sistema de salud; resultado similar que concuerda con estudios realizados en Cuba que demuestran que alrededor del 40 % de los nacimientos se producen por cesárea (11).

La mayor proporción de casos notificados con menos de dos criterios de inclusión pudiera explicar la menor frecuencia de complicaciones letales que se evidencian en los indicadores relacionados. Pudiera estar también relacionada con la mayor sensibilidad del sistema por los cambios en la definición de caso establecida en el sistema de vigilancia en salud pública desde el 2015 (7). Sin embargo, este indicador es contrario a lo referido en informes presentados en otros territorios, como el del departamento del Meta, en donde refieren que el 28 % presentaban tres o más criterios, lo que se asocia a mayores complicaciones en la salud de la gestante y mayor complejidad en el manejo clínico de los mismos (13).

Las causas de origen de la MME fueron los trastornos hipertensivos (62 % en promedio en los cuatro años), con la eclampsia como principal criterio de inclusión de enfermedad específica, seguidos de los trastornos hemorrágicos (19,4 % en los cuatro años en promedio), comportamiento similar al presentado en el mundo y referido por la OMS (14) y otros estudios como los realizados en Colombia (5).

Aunque se validaron y depuraron las bases, es muy importante mejorar la calidad de los datos desde quien los genera para realizar un análisis más profundo del evento y establecer las asociaciones; adicionalmente, es importante tener en cuenta que las bases han ido cambiando a través de los años, se han ido agregando más variables, motivo por el cual no se pudieron realizar más comparaciones en el comportamiento del evento.

## 5. Conclusiones

La notificación y seguimiento de la MME ha mejorado a través de los años, como una estrategia creada para disminuir la mortalidad materna a nivel mundial. Sin embargo, se debe seguir insistiendo en mejorar la calidad de la notificación por parte del personal de salud y la clasificación del riesgo en los controles prenatales para lograr impactar en el tratamiento de manera oportuna y aumentar la adherencia para el inicio temprano de los controles prenatales.

Dentro de las patologías y criterios agrupados están los trastornos hipertensivos, seguidos de las hemorragias y las sepsis, que son patologías evitables y predecibles con la identificación oportuna de los riesgos y el manejo, para evitar las complicaciones en los órganos blanco, transfusiones sanguíneas y cirugías adicionales.

Es necesario fortalecer la asesoría en planificación familiar, retardar el embarazo en edades tempranas, promover la consulta preconcepcional y el control prenatal en el primer trimestre, enfocado en la identificación de los riesgos clínicos asociados a la aparición de la MME.

Se debe mejorar la calidad de los datos en la base de MME por parte de las unidades generadoras del dato, para evitar sesgos en la información, realizar mejores análisis del evento, buscar asociaciones con las variables consideradas como factores de riesgo y comprobar su relación con el evento.

Es importante seguir realizando estudios sobre la MME teniendo en cuenta los análisis de los casos mediante las demoras y poder así establecer estrategias para construir políticas públicas que impacten en la disminución del evento en el Distrito.

## Referencias

1. Alkema L, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "La mortalidad materna es inaceptable": Gina Tambini [internet]. 2019 [citado 2019 jul. 24]. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3165:la-mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3165:la-mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551).
3. Tunçalp O, Hindin M, Souza J, Chou D, Say L. Prevalencia de la falla materna cercana: una revisión sistemática. *BJOG*. 2012;119:653-61.
4. Diga L, Souza J, Pattinson R. Fallo materno cercano: hacia una herramienta estándar para monitorear la calidad de la atención materna. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23:287-96.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 53.º Consejo Directivo. 66.º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington: 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
6. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo P, Salgado P, Szulik D. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;37(4/5):351-9.
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad Materna Extrema - código 549. Bogotá; 2017.
8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema - Evaluación de la implementación. Bogotá: 2014.
9. Gonzáles Ortiz L, Gómez Arias R, Vélez Álvarez G, Agudelo Londoño S, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;35(1):15-22.
10. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2016;21(1):15-25.
11. Álvarez Toste M, Hinojosa Alvarez MC, Salvador Álvarez S, López Barroso R, Gonzáles Rodríguez G, Carbonel I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2011;49(3):420-33.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Bogotá.
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Washington: 2014.

## Resistencia a un medicamento para el tratamiento de VIH en gestantes

Sol Yiber Beltrán  
Enfermera especializada – Subdirección  
Vigilancia en Salud Pública

Karen Castiblanco  
Enfermera especializada – Subdirección  
Vigilancia en Salud Pública

Jenny Gaitán  
Enfermera especializada – Subdirección  
Determinantes en Salud

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública global. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A pesar de que los antirretrovirales han demostrado su efectividad y se constituyen en la principal estrategia para frenar la replicación del virus en el organismo, aun no logra la cobertura requerida para el control de la enfermedad. Tal es el caso de las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia cuyo acceso al tratamiento antirretroviral es inferior al 76 % (1).

En Colombia, el estudio de fármacorresistencia al VIH realizado en 2016 en personas sin exposición previa a los medicamentos antirretrovirales (ARV) permitió concluir que la resistencia pretratamiento del VIH es inferior al 10 %. Sin embargo, la resistencia puede cambiar en corto tiempo si la tendencia de los virus circulantes sigue la de otros países. La mayoría de los casos con resistencia se asocian a mutaciones del virus en personas sin antecedentes o con tratamiento previo (1), por lo que el uso de la zidovudina/lamivudina en mujeres embarazadas puede ser conside-

rado como un riesgo particular, dado que se han detectado casos de mutaciones en un 3,1 % de los casos (2).

Por lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá trabaja en la adopción de la Circular 013 de marzo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, relacionada con acciones de gestión en salud pública para la prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y C, resaltando dos recomendaciones:

- » Considerar el retiro de la zidovudina de los esquemas de inicio de las personas con VIH mayores de 13 años, acorde con resultados del estudio de farmacorresistencia pre-TAR de Colombia 2016, que evidenció resistencia funcional a los antirretrovirales del 5,1 %.
- » Inicio de tratamiento en gestantes infectadas por VIH con esquemas recomendados, dado que se encontró que el riesgo de resistencia y consecuente falla virológica con zidovudina/lamivudina es del 3,1 % como combinación de análogos en el primer esquema de tratamiento en estas mujeres en Colombia, lo que genera riesgo de transmisión materno-infantil, como lo menciona el estudio.

En los últimos cinco años, Bogotá ha logrado mantener el comportamiento de la transmisión materno-infantil en dos casos o menos. En 2016 se logró mantener en cero casos la transmisión madre e hijo de VIH y en 2017 y 2018 se mantuvo por debajo de dos casos. En agosto 2019 se mantiene la notificación en cero casos de transmisión materno-infantil de VIH, lo que evidencia un avance en la identificación de factores de riesgo durante la gestación, parto y posparto en lo relacionado con el tamizaje para

VIH. En este sentido, es necesario continuar aunando esfuerzos para la respuesta ante el VIH, con acciones de canalización temprana de las gestantes a control prenatal, acceso a la prueba rápida, garantizar el acceso terapéutico, incluyendo la actualización de los esquemas de tratamiento y acciones de apoyo del equipo de salud que permitan adherencia al tratamiento y, por ende, disminuir el riesgo de resistencia, identificar fallas terapéuticas y realizar estudios de vigilancia de la resistencia al VIH de los antirretrovirales cada tres años.

## Referencias

1. OMS. VIH/sida [internet]. 2019 [citado 2019 nov. 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. OPS/OMS. Global Action Plan on HIV Drug Resistance 2017-2021. Ginebra: OMS; 2017.



## Comportamiento de los principales eventos de salud pública a escala internacional

Fecha de corte: 8 periodo epidemiológico 2019

Nelly Yaneth Rueda Cortés  
Bacterióloga especialista en epidemiología  
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Distrital de Salud

### 1. Actualización del brote de enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo

Desde el inicio del brote el 1 de agosto de 2018 y hasta el 11 de agosto de 2019, se

han notificado un total de 2.831 casos de EVE, de los cuales 2.737 son casos confirmados y 94 son casos probables, con 1.892 defunciones (tasa general de letalidad del 67 %). Del total de casos confirmados y probables de los cuales se conoce la edad y sexo, el 57 % (1.601) son mujeres y el 29 % (810) son menores de 18 años. Además, el número de profesionales de la salud afectados continúa en aumento y a la fecha se tienen 151 casos (el 5 % del número total de casos) (tabla 1).

En la ciudad de Goma no se han reportado nuevos casos desde el boletín del 6 de agosto y a la fecha solo presenta un caso, tampoco se han presentado casos fuera de la República Democrática del Congo (1).

**Tabla 1. Clasificación de casos de enfermedad por virus de Ébola en las zonas de salud de North Kivu e Ituri. 1 de agosto de 2018 al 11 de agosto de 2019**

Provincia	Zona de salud	Clasificación total de casos			Total de defunciones		
		Casos confirmados	Casos probables	Total de casos	Muertes confirmadas	Total de muertes	Casos confirmados en los últimos 21 días
North Kivu	Alimbongo	5	0	5	2	2	0
	Beni	623	9	632	390	399	103
	Biena	16	1	17	12	13	0
	Butembo	269	0	270	315	316	12
	Goma	1	0	1	1	1	0
	Kalunguta	137	15	151	57	71	10
	Katwa	631	16	647	436	452	9
	Kayna	10	0	10	6	6	2
	Kyondo	20	2	22	13	15	0
	Lubero	31	2	33	4	6	2
	Mabalako	366	16	382	268	284	9
	Manguredjipa	18	0	18	12	12	0
	Masereka	49	6	55	16	22	2

Provincia	Zona de salud	Clasificación total de casos			Total de defunciones		
		Casos confirmados	Casos probables	Total de casos	Muertes confirmadas	Total de muertes	Casos confirmados en los últimos 21 días
North Kivu	Musienene	75	1	76	30	31	2
	Mutwanga	18	0	18	8	8	5
	Nyiragongo	3	0	3	1	1	3
	Oicha	51	0	51	24	24	1
	Vuhovi	103	13	116	37	50	11
Ituri	Ariwara	1	0	1	1	1	0
	Bunia	4	0	4	4	4	0
	Komanda	37	9	46	20	29	3
	Lolwa	1	0	1	0	0	1
	Mambasa	15	0	15	7	7	12
	Mandima	242	4	246	128	132	50
	Nyakunde	1	0	1	1	1	0
	Rwampara	8	0	8	3	3	0
	Tchomia	2	0	2	2	2	0
Total		2.737	94	2.831	1.798	1.892	237

Fuente: Organización Mundial de la salud. Ebola Virus Disease Democratic Republic of Congo: External Situation Report 54, 2019.

## 2. Actualización del síndrome respiratorio de medio oriente por coronavirus (MERS-COV)

Desde que la enfermedad se identificó por primera vez en Arabia Saudita en septiembre de 2012 y hasta el 30 de julio 2019, se cuentan más de 2.473 casos en más de 27 países y 904 defunciones asociadas (figura 1).

En lo corrido de 2019 y hasta el 30 de julio de 2019, se han notificado 176 casos de MERS-CoV en Arabia Saudita (163) y Omán (13), incluidas 46 muertes en Arabia Saudita (42) y (4) en Omán. En Arabia Saudita, 86 casos fueron primarios (39 de los cuales informaron contacto con camellos), 40 fueron adquiridos por profesionales de la salud, 31 fueron contactos domésticos y 6 fueron casos secundarios con fuente desconocida.

A la fecha, hay cuatro vacunas humanas anti-MERS-CoV que se encuentran en desarrollo en fase 1, lo cual es un paso importante ante amenazas globales virales de tipo emergente (2).

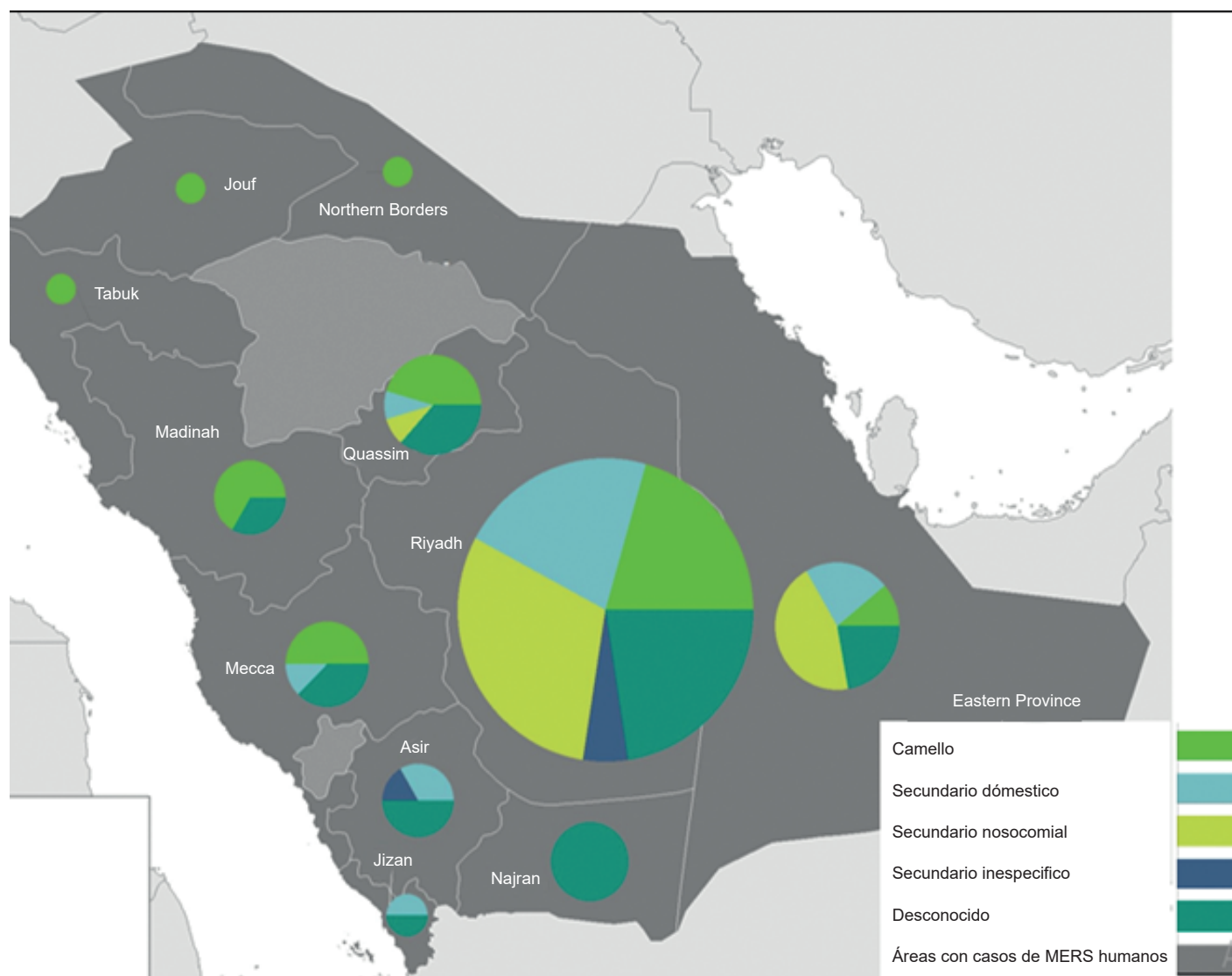
## 3. Sarampión en el mundo

El Centro Europeo para Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) informa que desde el 1 de julio de 2018 al 30 de junio de 2019, 30 Estados miembros de la UE/EEE notificaron 13.102 casos de sarampión, 10.129 (77 %) fueron confirmados por laboratorio. El mayor número de casos fue reportado en los siguientes países: Francia (2.367), Italia (1.831), Rumania (1.628) y Polonia (1.445), que representan el 18 %, el 14 %, el 12 % y el 11 % de todos los casos, respectivamente.

Las mayores tasas de notificación por millón de habitantes que estuvieron por encima del promedio de la UE/EEE (25,3), fueron Lituania (271,3), Bulgaria (147,4), Eslovaquia

(143,8), Rumania (83,4), Malta (73,6), República Checa (59,0), Luxemburgo (44,9), Polonia (38,0), Bélgica (37,4), Francia (35,4) e Italia (30,3) (3).

**Figura 1. Distribución geográfica de casos confirmados de MERS-CoV por región y probable exposición. Corte a 30 de julio de 2019**



Fuente: Adaptado de communicable-disease-threats-report-28-july-3-august-2019-week-31. Centro Europeo para control y prevención de enfermedades ECDC.

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que desde el 1 de enero al 7 de agosto de 2019 se han notificado 2.927 casos confirmados de sarampión, incluida una defunción, en

14 países y territorios de la Región: Argentina (5 casos), Bahamas (1 caso), Brasil (1.045 casos), Canadá (82 casos), Chile (4 casos), Colombia (175 casos), Costa Rica (10 casos), Cuba (1 caso), Curazao (1 caso), Estados

Unidos (1.172 casos), México (3 casos), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (417 casos). En 2018, la mayor proporción de casos confirmados de la región de las Américas se registró en Brasil y Venezuela, mientras que, en 2019, la mayoría de los casos confirmados proviene de Estados Unidos (40 %) y Brasil (36 %) (4).

En Colombia, según el más reciente boletín epidemiológico publicado por el Instituto Nacional de Salud, hasta la semana epidemiológica 32 de 2019, informa que desde 2018 y hasta el 15 de agosto de 2019, se han confirmado 391 casos de sarampión. En 2018 se confirmaron 208 casos (58 importados, 140 relacionados con la importación y 10 de fuente infección desconocida).

Hasta la semana epidemiológica 32 de 2019 han ingresado 3.274 casos sospechosos, se han descartado 2.543, permanecen en estudio 548 y se han confirmado 183. De los 183 casos confirmados en 2019, el 32 % (59) es importado; el 58 % (107) corresponde a casos relacionados con la importación así: 40 en personas procedentes de Venezuela y 67 en colombianos; para los casos restantes, el 9 % (17) se encuentran con fuente de infección en investigación: cinco de transmisión en personas que proceden de Venezuela y doce en colombianos (5).

#### **4. Actualización epidemiológica de dengue en las Américas**

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la 30 de 2019 se notificaron 2.029.342 casos de dengue (incidencia de 207,9 casos por 100.000 habitantes), incluidas 723 defunciones. De esos casos, 846.342 (42 %) fueron confirmados por criterios de laboratorio. Del total de casos reportados, 12.268 (0,6 %) fueron clasificados como dengue grave y

la letalidad fue de 0,04 %. El total de casos reportados (2.029.342) hasta la semana 30, fue superior al total registrado durante todo el año en 2017 y 2018, y hasta el momento, inferior al histórico registrado en el ciclo epidémico 2015-2016. Hasta la SE 30 de 2019, se mantienen Brasil, Colombia, Honduras y Nicaragua como los cuatro países con las tasas de incidencia más altas en las Américas. En 2019, Guatemala, Honduras y Nicaragua han declarado alertas epidemiológicas a nivel nacional, como medidas de salud pública para la prevención y control del dengue y otras arbovirosis. Esta medida agiliza las acciones de respuesta para contribuir a mitigar los efectos del continuo incremento de casos, debido a que la estación lluviosa en estos países suele prolongarse hasta octubre o noviembre (6) (tabla 2).

### **5. Monitoreo de poliovirus**

La OMS declaró la poliomiелitis como una emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) en mayo de 2014 debido a las preocupaciones sobre el aumento de la circulación y la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014, y a la fecha continúa la alerta.

Desde el 1 de enero hasta el 6 de agosto de 2019 se han notificado 60 casos de poliovirus salvaje y 96 casos derivados de la vacuna, de estos últimos, 9 casos son del tipo cVDPV1 y 87 casos de cVDPV2 (7) (tabla 3).

**Tabla 2. Incidencia y casos de dengue, proporción dengue grave, letalidad y serotipos, en 10 países seleccionados de la Región. SE 1 a SE 30 de 2019**

País	Incidencia por 100.000 hab.	Casos	Proporción de dengue grave %	Letalidad (%)	Serotipos reportados
Nicaragua	736,47	55.289	0,69	0,01	2
Brasil	645,58	1.345.994	0,07	0,04	1-2-3-4
Honduras	462,39	42.346	23,13	0,19	1-2
Belice	169,37	647	0	0,00	SD
Colombia	267,1	71.736	1,1	0,05	1-2-3
El Salvador	160,89	10.316	0,23	0,03	2
Paraguay	120,69	8.324	SD	0,11	1-2-4
Guatemala	68,3	12.081	0,45	0,32	1-2-3-4
México	30,41	39.770	1,18	0,05	1-2-3-4
Venezuela	18,48	5.983	0,52	0,13	1-2-3

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica de dengue. 9 de agosto de 2019.

**Tabla 3. Clasificación de casos de poliovirus. Corte del 1 de enero al 6 de agosto de 2019**

País	1 enero a 6 agosto 2019		1 enero a 6 agosto 2018		Poliovirus derivados de la vacuna	
	Poliovirus salvaje		Poliovirus salvaje		cVDPV1	cVDPV2
Pakistán	48		3			
Afganistán	12		10			
Indonesia					2	
Myanmar					7	
Nigeria						19
China						1
Angola						13
República Democrática del Congo						12

País	1 enero a 6 agosto 2019	1 enero a 6 agosto 2018	Poliovirus derivados de la vacuna	
Somalia				2
Etiopía				3
Níger				6
República Centro Africana				31
Total	60	13	9	87

Fuente: Global Polio Eradication Initiative.

Además, se han aislado poliovirus salvajes de muestras ambientales, de contactos seleccionados, de niños sanos y otras fuentes en 184 muestras en Pakistán y en 26 de Afganistán (8).

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza [actualizado 11 de agosto de 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/ebola-virus-disease-democratic-republic-of-congo-external-situation-report-54-2019>
2. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). [internet]. Estocolmo, Suecia [actualizado 2 de agosto de 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-28-july-3-august-2019-week-31>
3. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). Monthly measles and rubella monitoring report [internet]. Estocolmo, Suecia. [Actualizado agosto 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/measles-monthly-report-august-2019.pdf](https://ecdc.europa.eu/en/sites/portal/files/documents/measles-monthly-report-august-2019.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica sarampión. [Internet]. Washington, Estados Unidos [actualizado 7 de agosto de 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sarampion-2183&alias=49588-7-de-agosto-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=49588-7-de-agosto-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es)
5. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal a SE 32, 4 al 10 de agosto de 2019 [internet]. Bogotá, Colombia [actualizado 10 de agosto de 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2032.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica de dengue [internet]. Washington, Estados Unidos [actualizado 9 de agosto de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=dengue-2183&alias=49588-7-de-agosto-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2183&alias=49588-7-de-agosto-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es)

to de 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=dengue-2158&alias=50322-13-de-septiembre-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=50322-13-de-septiembre-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es)

7. Global Polio Eradication Initiative. [Internet]. Geneva, Switzerland [actualizado 6 de agosto de 2019; citado 24 de sep-

tiembre de 2019]. Disponible en: <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/>

8. Global Polio Eradication Initiative. [Internet]. Geneva, Switzerland [actualizado 6 de agosto de 2019; citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/08/Weekly\\_GPEI\\_Polio\\_Analyses-20190806.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/08/Weekly_GPEI_Polio_Analyses-20190806.pdf)



Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	921	107	331	46	1.403	146	2.029	245	243	21	259	23	15.147	1.769
Bajo peso al nacer	110	162	20	52	9	244	22	453	53	81	7	45	7	3.504	417
Cáncer de mama y cuello uterino	155	104	14	46	4	222	25	260	27	47	10	56	2	2.106	239
Cáncer en menores de 18 años	115	11	0	2	0	17	0	15	1	3	0	2	1	327	9
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	7	0	3	0	5	0	14	1	2	0	2	0	67	6
Defectos congénitos	215	50	5	25	4	42	9	138	16	13	2	14	2	1.161	148
Dengue	210	89	3	28	1	131	8	184	16	32	3	27	1	1.604	112
Dengue grave	220	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	15	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	52	11	23	3	103	15	190	20	12	2	16	1	2.096	289
Endometritis puerperal**	351	14	0	17	2	11	0	37	2	2	0	50	1	207	7
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	26	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	95	2	2	0	19	2	92	5	8	1	4	0	430	18
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas, raras	342	201	27	56	5	223	28	324	34	43	4	86	13	3.180	379
Evento adverso seguido a la vacunación	298	5	2	0	0	1	0	15	2	1	0	0	0	52	5
Exposición a flúor	228	35	4	3	1	6	1	41	0	0	0	6	1	1.851	330
Fiebres tifoidea y paratifoidea	320	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4	1
Hepatitis A	330	18	1	17	1	29	2	30	4	7	0	16	1	234	21
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	29	0	26	6	41	6	61	7	9	0	20	2	444	59
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	104	4	69	2	6	3	49	5	8	0	97	5	662	44
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	10	1	1	0	7	0	8	0	0	0	4	1	82	3
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	40	0	49	0	14	0	22	0	10	0	88	0	348	3
Intento de suicidio	356	6	2	1	0	4	0	5	0	0	0	1	0	298	103
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	160	23	74	10	233	26	399	62	64	5	63	9	2.288	298
Leishmaniasis cutánea	420	4	0	1	0	15	0	6	0	1	0	0	0	143	4
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	12	1
Leptospirosis	455	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones de causa externa	453	1	0	0	0	7	1	6	0	2	0	3	0	62	5
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	2	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	49	10
Malaria	465	12	1	5	0	14	0	14	2	3	0	5	1	239	10
Meningitis	535	9	1	1	0	6	0	7	0	1	0	0	0	81	5
Morbilidad materna extrema	549	162	12	61	10	260	27	526	71	47	10	48	7	4.292	539
Mortalidad materna, datos básicos	551	3	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	28	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	33	2	11	1	65	13	109	14	5	0	8	0	898	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Parotiditis	620	296	34	83	4	366	41	584	62	86	13	80	10	3.955	414
Sarampión	730	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	14	0
Sífilis congénita	740	1	0	0	0	7	1	21	4	1	0	0	0	165	23
Sífilis gestacional	750	19	2	2	2	35	5	66	10	8	1	1	1	729	109
Tosferina	800	2	0	1	0	5	0	9	0	0	0	1	0	47	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	46	3	7	0	78	5	105	11	18	2	7	0	991	89
Varicela individual	831	405	46	102	24	729	78	1.582	166	215	18	113	7	8.552	943
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	4	1	4	0	1	0	0	0	49	2
VIH/sida/mortalidad por sida	850	170	21	185	21	322	44	445	59	93	10	100	15	3.396	444
Zika	895	6	0	0	0	3	1	4	0	1	0	0	0	28	2
<b>Total por localidad</b>		<b>3.286</b>	<b>348</b>	<b>1.288</b>	<b>156</b>	<b>4.686</b>	<b>510</b>	<b>7.867</b>	<b>900</b>	<b>1.071</b>	<b>109</b>	<b>1.223</b>	<b>111</b>	<b>59.921</b>	<b>6.978</b>



Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	318	43	896	110	162	19	166	22	66	8	845	97	15.147	1.769
Bajo peso al nacer	110	60	7	156	20	29	1	35	6	11	2	154	13	3.504	417
Cáncer de mama y cuello uterino	155	49	2	109	17	36	5	40	9	5	0	103	8	2.106	239
Cáncer en menores de 18 años	115	5	0	14	0	3	0	0	0	0	0	17	0	327	9
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	67	6
Defectos congénitos	215	22	2	39	5	15	1	7	0	2	0	57	6	1.161	148
Dengue	210	18	1	34	2	16	2	16	0	6	0	53	0	1.604	112
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	43	4	131	24	24	4	20	2	2	1	131	18	2.096	289
Endometritis puerperal**	351	0	0	16	0	18	1	0	0	0	0	7	1	207	7
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	8	0	1	0	3	0	0	0	1	0	26	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	5	0	9	0	2	0	6	0	2	0	25	0	430	18
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas, raras	342	28	3	40	4	27	4	18	2	11	2	67	9	3.180	379
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	0	52	5
Exposición a flúor	228	49	5	227	37	38	12	29	4	25	1	161	27	1.851	330
Fiebres tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Hepatitis A	330	6	0	11	1	3	0	1	0	0	0	0	0	234	21
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	12	3	22	1	6	0	1	0	0	0	0	2	444	59
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	5	0	49	3	113	10	33	3	0	0	0	0	662	44
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	5	0	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	82	3
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	0	0	32	1	43	2	2	0	0	0	0	0	348	3
Intento de suicidio	356	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	298	103
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	41	9	102	15	30	3	21	2	4	1	0	5	2.288	298
Leishmaniasis cutánea	420	1	0	3	0	1	0	3	0	0	0	0	0	143	4
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones de causa externa	453	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62	5
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	0	0	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	49	10
Malaria	465	6	0	7	0	5	0	3	0	1	0	0	1	239	10
Meningitis	535	4	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	81	5
Morbilidad materna extrema	549	92	13	193	31	53	4	38	5	12	1	0	23	4.292	539
Mortalidad materna, datos básicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	17	1	34	3	7	1	5	1	6	0	0	5	898	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Parotiditis	620	47	3	128	12	50	3	53	5	11	0	0	12	3.955	414
Sarampión	730	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	14	0
Sífilis congénita	740	5	0	9	1	7	1	2	1	1	0	0	2	165	23
Sífilis gestacional	750	23	0	48	11	23	3	13	2	3	0	0	9	729	109
Tosferina	800	1	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	47	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	35	3	45	2	25	2	15	2	6	0	0	7	991	89
Varicela individual	831	128	13	435	60	68	6	79	13	12	2	0	57	8.552	943
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	2
VIH/sida/mortalidad por sida	850	91	10	132	16	68	10	35	1	12	2	0	16	3.396	444
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	2
<b>Total por localidad</b>		<b>1121</b>	<b>122</b>	<b>2961</b>	<b>382</b>	<b>880</b>	<b>94</b>	<b>646</b>	<b>80</b>	<b>198</b>	<b>20</b>	<b>3.079</b>	<b>319</b>	<b>59.921</b>	<b>6.978</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	1	0	0	0	17	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.166	139	1.586	184	521	50	451	53	15.147	1.769
Bajo peso al nacer	110	295	37	404	45	98	15	76	11	3.504	417
Cáncer de mama y cuello uterino	155	110	20	234	21	87	9	59	4	2.106	239
Cáncer en menores de 18 años	115	14	0	26	1	6	0	9	1	327	9
Chagas agudo	205	1	0	3	0	0	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	1	0	3	0	0	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	3	0	5	0	4	0	3	2	67	6
Defectos congénitos	215	85	10	125	15	24	3	31	4	1.161	148
Dengue	210	93	11	163	9	58	6	41	2	1.604	112
Dengue grave	220	0	0	1	0	0	0	1	0	15	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	294	40	282	28	75	15	38	1	2.096	289
Endometritis puerperal**	351	2	0	12	0	2	0	0	0	207	7
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	0	1	0	0	0	26	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	12	0	30	1	11	1	3	0	430	18
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas, raras	342	107	12	206	21	108	10	84	8	3.180	379
Evento adverso seguido a la vacunación	298	3	0	5	0	4	1	1	0	52	5
Exposición a flúor	228	329	60	264	66	54	7	68	17	1.851	330
Fiebres tifoidea y paratifoidea	320	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1
Hepatitis A	330	10	1	20	2	11	1	7	1	234	21
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	15	0	42	6	10	3	18	1	444	59
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	76	8	0	0	0	0	662	44
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	3	0	9	0	1	0	2	0	82	3
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	3	0	15	0	2	0	0	0	348	3
Intento de suicidio	356	2	0	2	0	0	0	5	1	298	103
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	113	14	253	35	117	8	92	11	2.288	298
Leishmaniasis cutánea	420	4	0	8	1	0	0	21	0	143	4
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	2	0	10	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	1	0	1	0	0	0	12	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones de causa externa	453	8	0	4	1	2	1	11	2	62	5
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	0	0	5	1	1	0	0	0	49	10
Malaria	465	13	0	21	1	12	0	1	0	239	10
Meningitis	535	7	0	9	1	5	0	1	0	81	5
Morbilidad materna extrema	549	365	47	515	52	139	23	90	11	4.292	539
Mortalidad materna, datos básicos	551	4	1	1	0	2	1	1	0	28	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	59	10	113	13	26	6	18	4	898	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Parotiditis	620	296	28	533	68	217	24	127	18	3.955	414
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	2	0	14	0
Sífilis congénita	740	16	1	24	3	4	1	3	0	165	23
Sífilis gestacional	750	54	10	103	13	20	1	16	1	729	109
Tosferina	800	5	0	1	0	1	0	0	0	47	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	48	9	85	6	34	6	35	2	991	89
Varicela individual	831	660	73	1237	118	336	39	209	31	8.552	943
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	7	0	5	0	1	0	1	0	49	2
VIH/sida/mortalidad por sida	850	237	31	405	51	115	22	97	17	3.396	444
Zika	895	1	0	5	0	2	0	0	0	28	2
<b>Total por localidad</b>		<b>4.447</b>	<b>554</b>	<b>6.844</b>	<b>771</b>	<b>2.113</b>	<b>253</b>	<b>1.624</b>	<b>203</b>	<b>59.921</b>	<b>6.978</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	717	97	296	37	1.262	171	5	1	15.147	1.769
Bajo peso al nacer	110	172	19	83	12	352	41	1	0	3.504	417
Cáncer de mama y cuello uterino	155	57	8	56	6	134	11	0	0	2106	239
Cáncer en menores de 18 años	115	15	0	4	0	24	0	0	0	327	9
Chagas agudo	205	2	0	0	0	1	0	0	0	12	0
Chagas crónico	205	2	0	0	0	1	0	0	0	12	0
Chikungunya	217	0	0	1	0	2	0	0	0	67	6
Defectos congénitos	215	64	10	26	4	117	15	0	0	1.161	148
Dengue	210	45	1	24	2	71	4	1	0	1604	112
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	15	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	138	25	41	8	291	45	2	1	2.096	289
Endometritis puerperal**	351	0	0	0	0	18	0	0	0	207	7
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	1	0	2	0	1	0	0	0	26	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	20	0	11	0	30	2	0	0	430	18
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas, raras	342	44	6	32	4	72	6	3	0	3.180	379
Evento adverso seguido a la vacunación	298	3	0	1	0	2	0	0	0	52	5
Exposición a flúor	228	70	6	39	9	258	46	2	0	1.851	330
Fiebres tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Hepatitis A	330	2	0	2	0	7	2	0	0	234	21
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	16	2	11	2	24	3	0	0	444	59
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	23	0	8	1	0	0	662	44
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	2	0	1	0	2	0	0	0	82	3
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	0	0	1	0	8	0	0	0	348	3
Intento de suicidio	356	3	0	2	0	1	0	0	0	298	103
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	78	11	28	5	130	15	0	0	2.288	298
Leishmaniasis cutánea	420	7	0	7	2	11	1	0	0	143	4
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	10	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	2	0	0	0	12	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones de causa externa	453	1	0	2	0	1	0	0	0	62	5
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	2	1	2	0	2	0	0	0	49	10
Malaria	465	8	0	4	0	12	1	0	0	239	10
Meningitis	535	3	1	1	1	1	0	0	0	81	5
Morbilidad materna extrema	549	189	23	106	13	369	64	1	0	4.292	539
Mortalidad materna, datos básicos	551	1	0	0	0	1	0	0	0	28	4
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	45	4	21	5	73	9	1	0	898	110
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Parotiditis	620	173	12	131	8	253	29	2	0	3.955	414
Sarampión	730	0	0	0	0	1	0	0	0	14	0
Sífilis congénita	740	11	4	3	1	20	1	0	0	165	23
Sífilis gestacional	750	55	12	20	2	102	15	0	0	729	109
Tosferina	800	2	0	2	0	5	0	0	0	47	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	31	3	21	2	59	4	0	0	991	89
Varicela individual	831	383	60	213	25	574	57	3	0	8.552	943
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	4	0	0	0	5	0	0	0	49	2
VIH/sida/mortalidad por sida	850	120	15	69	13	197	26	2	0	3.396	444
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	28	2
<b>Total por localidad</b>		<b>2.486</b>	<b>320</b>	<b>1.286</b>	<b>161</b>	<b>4.505</b>	<b>569</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>59.921</b>	<b>6.978</b>

\*ac: acumulado (del 30 de diciembre de 2018 al 10 de agosto de 2019) - \*pe: periodo (del 14 de julio al 10 de agosto de 2019) - \*\*Eventos reportados según localidad de notificación.

Elaborado: Ing. Rubén Rodríguez, epidemiólogo SIVIGILA. No se presentaron casos para los siguientes eventos: carbunco, cólera, difteria, Ébola, encefalitis del Nilo Occidental en humanos, encefalitis equina del Este en humanos, encefalitis equina del Oeste en humanos, encefalitis equina venezolana en humanos, fiebre amarilla, parálisis flácida aguda (menores de 15 años), peste (bubónica/neumónica), rabia animal en perros y gatos, rabia humana, rubéola, síndrome de rubéola congénita, tétanos accidental, tétanos neonatal, tífus endémico transmitido por pulgas, tífus epidémico transmitido por piojos, vigilancia de la rabia por laboratorio, vigilancia en salud pública de las violencias de género.

Nota: Por la dinámica del análisis de la información, los casos pueden presentar procesos de ajuste y clasificación.

Fuente: Base SIVIGILA Nacional. Ver 2018-2020 Información preliminar 2019

