



Comportamiento de las cesáreas en Bogotá entre los años 2008 y 2020

4

Editorial

6

Artículo central

27

Noticia epidemiológica

29

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

31

Comportamiento de eventos a nivel Distrital



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Alcaldesa Mayor de Bogotá
Claudia Nayibe López Hernández

Secretario Distrital de Salud
Alejandro Gómez López

Subsecretario de Salud Pública
Manuel Alfredo González Mayorga

Coordinación general del documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
Diane Moyano Romero

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Sol Yiber Beltrán Aguilera

Comité editorial

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Libia Janet Ramírez Garzón
Diane Moyano Romero
Luz Mery Vargas Gómez
Sandra Liliana Gómez Bautista
Leonardo Salas Zapata

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

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
María Juliana Silva Amado

Corrección de estilo
Universidad Nacional de Colombia

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
Subred Sur

ISSN 0123 - 8590
ISSN: 2954- 6567 (En línea)

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2022
www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	4
Comportamiento de las cesáreas en Bogotá entre los años 2008 y 2020 ...	6
Comportamiento de las intoxicaciones con escopolamina durante 2021-2022	27
Información Emergencias en Salud de Interés Internacional-ESPII. Corte a semana epidemiológica 20 de 2022	29
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, para los eventos trazadores, en Bogotá	31

Editorial

Una buena salud sexual y reproductiva, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, de la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, así como de procrear sin riesgos. Para esto se requiere que las personas estén informadas y empoderadas de su cuidado, además de que, cuando decidan tener hijos, las mujeres deben estar en capacidad de acceder a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano.

Garantizar el acceso y la continuidad de la atención materna y perinatal con calidad reduce la discapacidad y la muerte, los costos económicos a las familias y a la sociedad, las personas toman decisiones más asertivas hacia el cuidado y se mejoran los resultados en salud y calidad de vida. En este sentido, el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud sostiene que las mujeres tienen derecho a los servicios de atención a la salud reproductiva y a los bienes e instalaciones disponibles en número suficiente, accesible física y económicamente, accesible sin discriminación y de buena calidad (informe A/61/338).

En Colombia, la Política de Atención Integral, el Plan Decenal de Salud Pública y las Rutas Integrales de Atención como instrumentos de política pública abordan de manera específica los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como reconocen que la mujer gestante tiene derecho a disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, en el propósito de vivir y afrontar su maternidad dignamente y que esta se aborde de manera integral con todos sus determinantes. Alineada con esta visión, Bogotá ha propuesto en los planes de desarrollo de los años recientes modelos de atención en salud que pretenden avanzar hacia la garantía de los derechos de los ciudadanos, afectar positivamente los determinantes de las inequidades en salud y generar especial cuidado a las poblaciones más vulnerables; materializar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres siempre ha estado explícito en sus programas y metas.

Tal es el caso del actual plan de desarrollo 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”, que establece un programa específico de salud para la vida y el bienestar orientado a promover la salud materna y perinatal con énfasis en aquellas poblaciones que cuentan con condiciones diferenciales o de vulnerabilidad. Se formula bajo criterios de inclusión, respetando cada contexto social y cultural, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada población y apuntando a una atención con acciones promocionales y preventivas más seguras, eficientes y equitativas. Reconoce que las complicaciones y muertes maternas y perinatales son realidades que deben ser transformadas, pues, en la mayoría de los casos, representan hechos y condiciones perfectamente trazables en territorios y grupos humanos que por su situación y posición demandan los mayores esfuerzos de múltiples sectores para superar las desigualdades y abordar los determinantes sociales de las inequidades en salud.

El artículo central del presente *Boletín Epidemiológico Distrital* profundiza en el análisis de una intervención relacionada con la atención materno-perinatal. La cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes del mundo, con tasas que siguen subiendo, en particular en los países de ingresos medios y altos. Aunque puede salvar vidas, es un procedimiento no completamente inocuo y a menudo se realiza sin apego a los protocolos o indicaciones generadas desde la evidencia clínica, lo que ocasiona complicaciones prevenibles y exceso de costos en las familias y los sistemas de salud.

Comportamiento de las cesáreas en Bogotá entre los años 2008 y 2020

Sofía Ríos Oliveros¹
Andrea López González²
Catherin Rodríguez Barrera¹
Diane Moyano¹

Resumen

La proporción de cesáreas ideal debe oscilar entre el 10 % y el 15 %, según la OMS. Sin embargo, la información actual evidencia que la proporción de cesáreas en Bogotá es más del doble a lo estipulado. Tener una proporción de cesáreas mayor al 20 % no ha mostrado mejores resultados perinatales y maternos. El objetivo de este artículo es analizar el comportamiento de las cesáreas entre el 2008 y el 2020 en Bogotá. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se describió el comportamiento de las cesáreas realizadas en Bogotá desde el 2008 hasta el 2020. Se utilizó la base de datos del certificado de nacido vivo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Se identificaron las variables de interés, las cuales se dividieron en variables según datos del nacimiento y según datos de la madre. La proporción de cesáreas ha aumentado entre el 2008 y el 2020. Las variables en las que se evidenció mayor proporción de cesáreas fueron: régimen contributivo, grupo etario mayor a treinta años, vivir en las localidades de Chapinero, Teusaquillo y Usaquén, y tener nivel educativo profesional o posgrado. Las cesáreas en Bogotá tienen un comportamiento similar al presentado en países desarrollados, sin embargo, se deben proyectar acciones desde la gestión de la salud pública, así como desde la gestión del riesgo individual en la prestación del

servicio que permita el cambio en la práctica de definición de la vía del nacimiento.

1. Introducción

La implementación de la cesárea contribuyó a la disminución de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal por asfixia neonatal o fistulas obstétricas como consecuencia de partos obstruidos o prolongados. Sin embargo, es un procedimiento que no puede sustituir el parto vía vaginal a causa de los riesgos que se asocian a complicaciones a corto y largo plazo [1-4]. Debido a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo una declaración en 1985 en la cual expuso que la tasa ideal de cesárea de cada país debería oscilar entre 10 % y 15 % [5]. El uso de cesárea en más del 20 % de los nacimientos no ha demostrado mejorar los resultados perinatales, neonatales o maternos [6]. Investigadores de Brasil, China, Suiza, París y Alemania, en una revisión sistemática del 2015, concluyeron que tener una tasa de cesárea en cada país superior al límite 9-16 % no representa una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad materna y neonatal [7]. Asimismo, investigadores de China, Brasil y Suiza (2014) determinaron la tasa óptima de cesárea médicamente necesaria para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil: su análisis demostró que una vez la tasa de cesáreas alcanza el 10 %-15 %, la curva de mortalidad en esta población se vuelve casi horizontal [8].

Lo anterior, debido a que la cesárea tiene más complicaciones con respecto al parto vía vaginal. Es así como el riesgo de muerte materna es tres veces más atribuida al parto por cesárea que al parto vía vaginal [9]. Además, el riesgo de muerte en el recién nacido es cuatro veces mayor en aquellos que nacen por cesárea, con relación a los que nacen por vía vaginal [9]. Particularmente, las complicaciones maternas

1 Subsecretaría de Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud
2 Universidad de los Andes.

secundarias a parto por cesárea más comunes son las siguientes: endometritis, dehiscencia de herida quirúrgica, infección del tracto urinario, trombosis venosa profunda y tromboflebitis séptica [10]. Por otra parte, repetir la cesárea aumenta el riesgo de placenta previa, placenta accreta e histerectomía grávida [11]. Respecto a las complicaciones neonatales, existe un alto riesgo de morbilidad respiratoria, dado por taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria e hipertensión pulmonar persistente. También, aumenta la tasa de otras complicaciones relacionadas con la prematuridad, tales como hipotermia, hipoglucemia y admisiones en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Estos riesgos son superiores en cesárea electiva¹ llevada a cabo en gestaciones menores a 39 semanas, comparada con el parto vía vaginal [10].

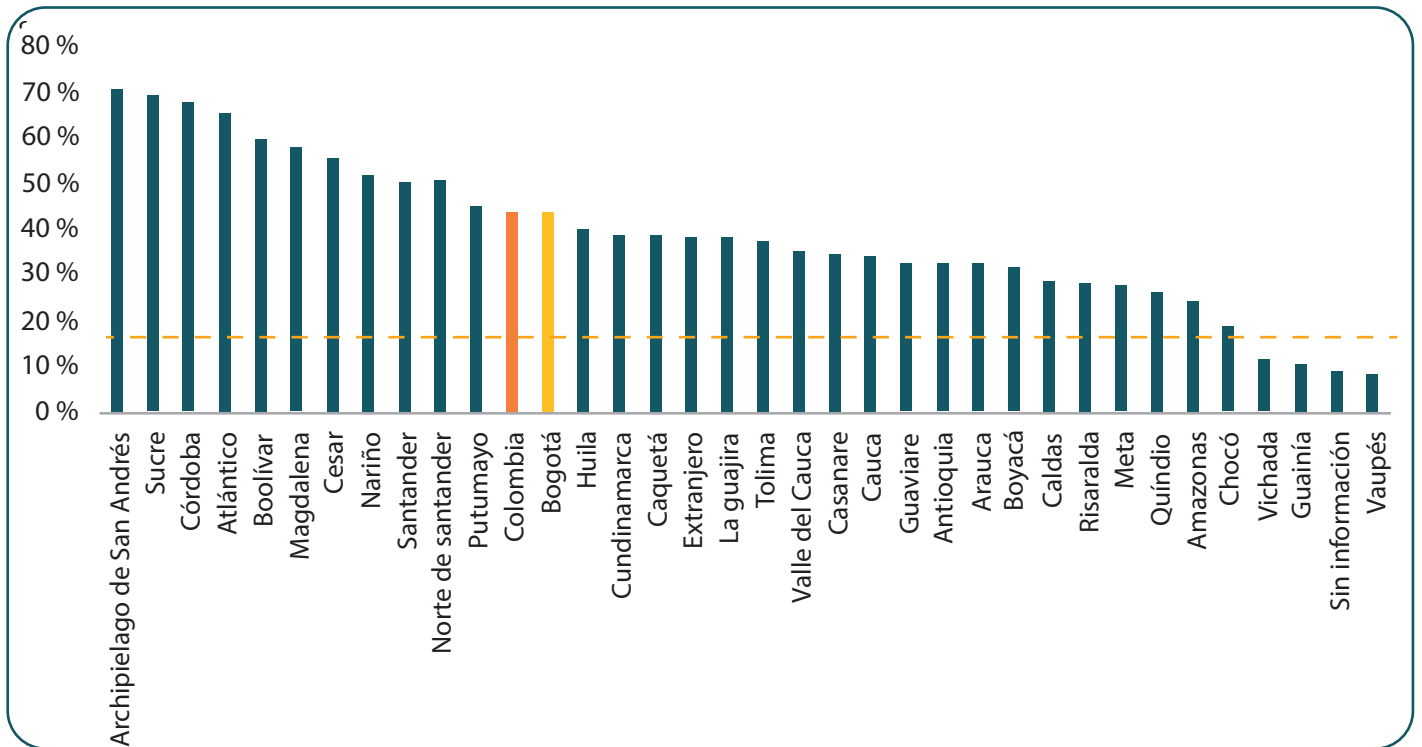
A pesar de sus consecuencias y de las metas internacionales que existen, la tasa ideal de cesárea no se cumple en el ámbito mundial. Para ilustrar, el 21.1 % de los nacimientos del mundo ocurrieron por cesárea en el 2015. Específicamente, la región que menos cumple con la meta de la OMS es Latinoamérica y el Caribe, debido a que el 44.3 % de los nacimientos fueron producto de cesáreas en el 2015 [12]. Asimismo, Colombia no cumple con esta meta y es incluso superior a la de la región. Por ejemplo, el porcentaje de cesárea en el país fue de 44,5 %, según las cifras definitivas para el año 2019 de la Dirección de Censos, Demografía y Estadísticas Vitales del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) [13]. El porcentaje de partos por cesárea fue de 41,66 % para Bogotá en el 2013, cifra cercana a la nacional [4]. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía de Profamilia del

2015, el porcentaje de los nacidos vivos por cesárea en el Distrito Capital fue de 42,9 %, lo que posiciona la ciudad como la segunda área metropolitana con mayor número de cesáreas [14].

Para el 2020, en Bogotá el porcentaje de nacimientos respecto al total país es de 12,6 %, de manera que es la ciudad con mayor número de nacimientos registrados en el total país, seguida del departamento de Antioquia (11.4 %) y Valle del Cauca (7.4 %). Al revisar por tasa de natalidad, se observa que la mayor tasa se presentó para los departamentos de La Guajira 24.39 x 1000 habitantes, Guainía 20.75 x 1000 habitantes y Cesar 17.87 x 1000 habitantes; las menores tasas se presentan para los departamentos de Caldas 7.8 x 1000 habitantes, seguido de Quindío 9.7 x 1000 habitantes, Nariño 10.05 x 1000 habitantes y Bogotá con 10.24 X 1000 habitantes. Al analizar los datos por multiplicidad del parto (incluyendo solo los partos simples) y departamento de residencia de la madre, se observó que sólo Vichada, Guainía y Vaupés cumplen con lo estimado por la OMS para los países en relación con mantener el porcentaje de cesáreas por debajo del 10 %-15 % (Figura 1).

1 La cesárea electiva es una intervención programada a partir de la semana 39 para disminuir el riesgo de morbilidad fetal, la cual se realiza en las mujeres embarazadas con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal [18]. Por ejemplo, presentación de nalgas, transversa u oblicua, macrosomía fetal, placenta previa, infección materna, cesárea iterativa (igual o mayor a dos cesáreas previas), gestación múltiple, entre otras [18].

Figura 1. Porcentaje de cesárea de partos simples por departamento de residencia de la madre, año 2020



Fuente: elaboración propia a partir de datos DANE-EEVV, fecha de actualización: 14 febrero de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3sOAJh6>

Las razones por las cuales ha aumentado el porcentaje de cesáreas no son claras en la actualidad. La evidencia refiere que es de etiología multifactorial, por tanto, es difícil conocer con exactitud la causa del aumento. Entre los factores causales identificados se encuentran los siguientes: preocupaciones en relación con el feto y la seguridad de la madre, factores sociales e institucionales [2]. Algunos autores indican que la elección sobre la vía de nacimiento depende de factores maternos, institucionales, el nivel de atención, económicos, obstétricos y sociales [2]. También, se considera que el aumento en la proporción de cesáreas se debe al aumento en la solicitud materna [11, 15].

En Colombia, la mortalidad materna y la mortalidad perinatal y neonatal son eventos de interés en salud pública, razón por la cual las entidades territoriales buscan controlar las

posibles etiologías de estos eventos. Como se expuso, la cesárea aumenta la morbimortalidad materno-perinatal y es por esto que el Estado ha vinculado la atención del parto en sus políticas de salud pública. Específicamente, en la Resolución 3280 de 2018 se plantean los lineamientos de la ruta integral de atención en salud (RIAS) materno perinatal y se formaliza como una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional [16, 17]. Su objetivo general es “establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres, durante la etapa preconcepcional, la gestación, el período perinatal y el posparto” [16, 17]. Puntualmente, sus intervenciones individuales se dividen en dos grupos de procedimientos: detección temprana y protección específica. En este último grupo se encuentra atención

del parto, el cual “comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto” [16, 17].

Los análisis de desigualdad frente a las cesáreas permiten describir las diferencias y los cambios del indicador de salud en los grupos de una sociedad, para este caso, se propone esta metodología para visibilizar los posibles cambios que se requieren en los programas, políticas y guías de atención de las mujeres gestantes ya que como se indicó Bogotá no está por encima de lo estipulado por la OMS y potencialmente puede tener un mayor riesgo en un grupo poblacional.

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio analítico de corte transversal tipo *cross-sectional* a partir del registro de los certificados de nacidos vivos de Bogotá entre el 2008 y el 2020, según la base de datos disponible en la Secretaría Distrital de Salud, la cual contó con 1.306.613 nacimientos entre el año 2008 y el 2020 (cada caso contaba con 33 variables). Las variables que contiene el certificado nacido vivo están divididas en tres contenidos: datos del nacimiento, datos de los padres y datos de quien diligencia el certificado. Para fines del estudio y teniendo en cuenta la literatura revisada [1, 4, 6, 11, 14, 18], se seleccionaron ocho variables de interés con el fin de describir su comportamiento con respecto al tipo de parto. Estas variables estaban divididas en dos grupos de acuerdo con la ubicación en el certificado de nacido vivo (véase la Figura 1):

a. Datos del nacimiento: tiempo de gestación y multiplicidad del embarazo.

b. Datos de la madre: edad, nivel educativo, residencia, número de embarazos, número de hijos vivos, régimen de seguridad social en salud.

La variable *tipo de parto* no tenía reporte en ocho casos (uno en el 2015, uno en el 2016, uno en el 2017, tres en el 2018, uno en el 2019, uno en el 2020). Debido a lo anterior, fue necesario eliminar todos los registros para estos casos, pues no se podría observar el comportamiento de las variables de interés frente a la vía de parto (vaginal o cesárea). Así, el total de casos analizados entre el 2008 y el 2020 fue 1.306.605 (véase la Figura 1).

Posteriormente, se calculó la proporción para las variables de interés respecto al tipo de parto para los nacidos vivos (número de casos según cada tipo de parto/número total de partos nacidos vivos), con lo cual se realizó el análisis del coeficiente de correlación de Pearson. Luego, se realizó el análisis estadístico en el que se calculó una medida de asociación “razón de prevalencias” para las variables de interés, tomando como exposición haber tenido una cesárea y la no exposición el parto vía vaginal. El análisis de la información se realizó por medio del monitoreo de desigualdades propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para países de medianos y bajos ingresos. Este proceso sigue el mismo ciclo de cualquier tipo de monitoreo de la salud, aunque con ciertos aspectos únicos como, por ejemplo, la necesidad de dos tipos diferentes de datos confluyentes y la medición estadística de la desigualdad [9]. Se utilizó el cálculo de la proporción de cesáreas para los años 2011 y 2019 por localidad. Con relación al estratificador socioeconómico se utilizaron los datos del índice de calidad de vida urbana² para los años 2011 y 2017, el cual

² El índice de calidad de vida urbana se define desde el concepto de calidad de vida de Amartya Sen, quien reflexiona sobre las ventajas de las personas en su contexto y cómo se distribuye estas ventajas en el espacio.

calcula la Secretaría de Planeación Distrital a partir de los datos de la encuesta multipropósito para Bogotá debido a la disponibilidad de información [19].

Se realizó la medición con métricas simples que incluyen brechas absolutas y relativas, así como métricas complejas que incluyen el índice de concentración de la desigualdad en salud (representado con la curva de Lorenz) y una regresión lineal simple por mínimos cuadrados ponderados de la desigualdad en salud utilizando el *software* Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO (versión 2208 compilación 16.0.15601.20148) de 64 bits.

3. Resultados

Los nacidos vivos en Bogotá han mantenido un descenso importante a través de los años. Desde el 2008 hasta el 2020, la reducción ha sido del 32.8 %; la tendencia tiene una pendiente negativa con un coeficiente de correlación positivo de 0.97. Por su parte, la relación de cesáreas también tiene una pendiente negativa, sin embargo, el coeficiente de correlación es mucho (es de 0.73) (véase la figura 2).

Para los nacidos vivos en Bogotá, desde el 2008 hasta el 2020 se realizaron 777022 partos vía vaginal (59.47 %), en comparación con 529.583 partos por cesárea (40.53 %). La relación entre el porcentaje del parto vía vaginal y el periodo de tiempo (2008-2020) es inversamente proporcional (la pendiente es negativa, -0,61) y presenta un coeficiente de correlación positivo cercano a uno (0.93), lo cual indica que existe una relación lineal muy fuerte entre las variables. La relación entre el porcentaje del parto por cesárea y el periodo de tiempo (2008-2020) es directamente proporcional (la pendiente es positiva, 0.61) y presenta un coeficiente de correlación positivo y cercano a uno (0.93) (véase la Figura 3).

Variables según datos de nacimiento

El tiempo de gestación que mayor proporción de cesáreas presentó fue pretérmino (61.15 %), y el que menor proporción de cesáreas presentó fue postérmino (31.82 %) (véase la Tabla 1). En el porcentaje de cesáreas en recién nacidos a término (37 semanas de gestación) se observó un aumento en el periodo de tiempo analizado, el cual fue de 22 % (al comparar 2008 vs. 2020); la pendiente fue positiva con una correlación de 0.94. Respecto a la multiplicidad y el tipo de parto entre el 2008-2020 en Bogotá, la mayor proporción de cesáreas se presentó en "doble" (95.69 %), y la que menor proporción de cesáreas presentó fue "simple" (39.50 %). La proporción de cesáreas en partos con multiplicidad triple o cuádruple fue mayor (95.09 % y 62.89 %, respectivamente) con respecto al parto vía vaginal, sin embargo, el 98.15 % de los partos fue simple (véase la Tabla 1). Para los partos simples el porcentaje de cesárea ha tenido una tendencia con pendiente positiva, con un coeficiente de correlación de 0.93.

Variables según datos de la madre

El grupo etario que más cesáreas ha presentado entre el 2008 y el 2020 es el de 35 años o más (55.31 %), mientras que el grupo etario que menos ha presentado cesáreas es el de quince a diecinueve años (28.53 %). Sin embargo, este resultado es muy relacionado con la clínica en estos rangos de edad (véase la tabla 2), por lo que llama la atención los grupos de 25-29 años (40.99 %), siendo el que mayor variación porcentual tuvo al comparar el 2008-2020 (20.2 %) y el grupo de 30 a 34 años (48.38 %), con una variación porcentual de 16.7 % al comparar el 2008-2020 (véase la Figura 5).

El nivel educativo con mayor proporción de cesáreas en el periodo 2008-2020 en Bogotá fue el profesional y el posgrado (52.44 %

y 62.47 %, respectivamente). Es pertinente mencionar que a mayor nivel educativo, mayor porcentaje de cesárea (véase la Tabla 2). Al comparar el 2008 con el 2020 se observó que la mayor variación porcentual con tendencia positiva fue “profesional” (19.0 %), seguida de “media académica” (17.8 %) (véase la Figura 5).

El régimen de seguridad social³ en salud con mayor proporción de cesáreas fue el régimen contributivo y el excepción o especial (43.93 % y 44.25 %, respectivamente). Los regímenes que menor proporción de cesáreas presentaron fueron no asegurado y subsidiado (32.73 % y 32.25%, respectivamente) (véase la Tabla 2). El mayor cambio porcentual al comparar el 2018 con el 2020 se encuentra en el régimen de excepción o especial (29.9 %), seguido del régimen contributivo (20.3 %); la tendencia para todos los regímenes ha sido al aumento (véase la Figura 5).

Respecto al número de gestaciones previas, la mayor proporción de cesáreas se observó en “dos (2) gestaciones”, mientras que la menor proporción de cesáreas presentó en “cinco (5) o más gestaciones” (43,36 % y 33,63 %, respectivamente) (véase la tabla 2). La mayor variación porcentual al comparar 2008 con 2020 fue en dos (2) gestaciones (24, . %) (véase la Figura 5).

La mayor proporción de cesáreas para la variable de número de hijos vivos fueron dos (2) hijos vivos, mientras que la menor proporción de cesáreas se presentó en cinco (5) o más hijos vivos (44.05 % y 27.09 %), respectivamente (véase la Tabla 2). Adicionalmente, el mayor cambio porcentual al comparar el 2008 con el 2020 fue para dos hijos (25.3 %) (véase la Figura 5).

³ El Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) busca generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, según establece la Ley Estatutaria, al garantizar la universalidad del aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud, preservar la sostenibilidad financiera del sistema, y ser el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. La afiliación en salud se efectúa en el régimen contributivo o subsidiado, a través de las entidades promotoras de salud (eps) [25].

Las localidades con mayor crecimiento porcentual al comparar el 2008 con el 2020 fueron: Sumapaz (85 %), Usme (30 %), Bosa (25 %), Usaquén (24 %), Ciudad Bolívar (23 %), y Chapinero (22 %). Por su parte, las que menor porcentaje de variación tuvieron fueron: Teusaquillo (13.4 %), Fontibón (13 %), La Candelaria (9 %), Los Mártires (6.3 %) y Antonio Nariño (3 %) (véase la Figura 5). Llama la atención la localidad de Sumapaz, en donde se cuenta con un número de nacidos bajo, pero su proporción —especialmente en el 2020— tiene una dinámica diferente frente a su comportamiento histórico (véase la Figura 5).

Las cinco localidades con mayor proporción de cesáreas en el periodo de análisis 2008-2020 fueron Chapinero (53.91 %), Teusaquillo (52.96 %), Usaquén (48.85 %), Barrios Unidos (45.49 %) y Fontibón (45.03 %). Mientras que las cinco (5) localidades con menor proporción de cesáreas fueron Bosa (36.83 %), San Cristóbal (36.62 %), Ciudad Bolívar (34.53 %), Usme (34.05 %) y Sumapazxx (28.63 %) (véase la Tabla 2).

Teniendo en cuenta lo anterior y frente a las posibles relaciones que se tienen de acuerdo con las variables de interés para describir el comportamiento respecto al tipo de parto, principalmente en su relación con los partos por cesárea, se puede observar que para los años de análisis tenemos unas posibles relaciones en madres de 30 a 34 años, con niveles educativos superior a básica académica o técnica. En cuanto a régimen de salud no hay diferencia entre esas posibles relaciones con los partos por cesárea. Por otra parte, el tiempo de gestación se relaciona a pretérmino, multiplicidad cuádruple o más y con dos o tres embarazos, siendo estadísticamente significativo con $p < 0,05$ (véase la Tabla 4).

En relación con el análisis de desigualdades, se realizó el comparativo de dos años (el 2011 y el 2019), identificando que una pro-

porción más alta en las localidades más aventajadas⁴ (Engativá, Barrios Unidos, Fontibón, Chapinero, Usaquén, Suba y Teusaquillo) con 48,6 cesáreas por cada cien nacidos vivos, en contraste con las menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Bosa, Puente Aranda), con 38,8 cesáreas por cada cien nacidos vivos. Lo anterior, a diferencia con lo registrado en el periodo del 2011 cuando se presenta un exceso de 6,9 cesáreas por cada cien nacidos vivos en las localidades más aventajadas frente a las localidades menos aventajadas (véase la Figura 6).

El índice de concentración de desigualdad de la pendiente para las cesáreas en Bogotá no presenta una desigualdad, sin embargo, es importante mencionar que a mayor calidad de vida se están realizando más cesáreas; aumentar un punto en condiciones de vida aumenta la proporción de cesáreas en 33,7 % la proporción de cesáreas en la ciudad (véase la Figura 7).

La regresión de la desigualdad en salud en el 2019 ($R^2 = 0.93$) permite observar que si el índice de condiciones de vida para las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Bosa y Puente Aranda) fuera igual al de las localidades más aventajadas (Engativá, Barrios Unidos, Fontibón, Chapinero, Usaquén, Suba y Teusaquillo), la proporción de cesáreas aumentaría 18,7 cesáreas por cada cien nacidos vivos, llegando a una proporción de 47 cesáreas por cada cien nacidos vivos (véase la Figura 7).

4. Discusión

Al analizar la base de datos del certificado de nacido vivo se obtuvo que, desde el 2008 hasta

⁴ La definición de “aventajadas” y “menos aventajadas” se da de acuerdo con la distribución del índice de calidad de vida urbano, el cual es el que permite estratificar las localidades respecto a si tienen más o menos calidad de vida.

el 2020, la proporción de cesáreas ha aumentado a lo largo de los años, mientras que la proporción de parto vía vaginal ha disminuido. Específicamente, la proporción de cesárea fue de 40,53 % para Bogotá desde el 2008 hasta el 2020, siendo 2,70 veces mayor respecto a la recomendación de cesárea dada por la OMS (máximo 15 %). Este comportamiento en la ciudad está muy relacionado con lo evidenciado en el ámbito nacional, en donde además se identifica que hay zonas en el país en las que esta proporción se aumenta [20], así como en estudios internacionales en los que se proyecta que el fenómeno de las cesáreas va a mantenerse en aumento durante esta década, por lo que se hace un llamado al abordaje como una problemática global [21, 22].

Por medio de este estudio también se observó que las gestaciones pretérmino (gestaciones menores de 37 semanas) fueron las que mayor proporción de cesáreas presentaron. Este es un hallazgo preocupante debido a que la literatura confirma que las complicaciones neonatales relacionadas con la prematuridad aumentan en aquellas cesáreas efectuadas en gestaciones menores a 39 semanas [8]. Así, es relevante realizar nuevos estudios que identifiquen las justificaciones de este procedimiento en este tipo de población, dado que surgen varias hipótesis: hay un importante número de complicaciones en la gestación, por lo que se debe desembarazar prematuramente, se están realizando cesáreas electivas en edades de gestación no adecuadas o se están practicando cesáreas después de una cesárea previa.

Otro hallazgo relevante es que todas las gestaciones múltiples presentaron mayor proporción en cesáreas con respecto al parto vía vaginal. Sin embargo, una proporción importante (37,14 %) de gestaciones cuádruples fueron atendidas vía parto vaginal. Esto hace sospechar que no se cumple con la indicación absoluta de que toda gestación múltiple debe ser llevada a cesárea [14].

También se observó en este estudio que aquellas maternas con más de 35 años presentaron mayor proporción de cesáreas. Este hallazgo se asemeja a los de países de ingresos altos como Estados Unidos, Francia, Inglaterra y Canadá, en donde se ha descrito que el número de cesáreas ha aumentado en las gestantes mayores de 35 años. De igual forma, difiere de la evidencia encontrada en países de ingresos mediano-bajo como Pakistán, en donde las gestantes que tienen entre veinte y veintinueve años son las que más cesáreas presentan [21, 23]. Adicionalmente, investigadores de Noruega y Francia han demostrado que los riesgos de morbilidad, durante y posterior a la cesárea aumentan en gestantes mayores de 35 años [23, 24].

Otro resultado identificado en este estudio es que, a mayor nivel educativo de la gestante, mayor proporción de cesáreas se encuentra. Este mismo patrón lineal se ha evidenciado en otras investigaciones. Un estudio publicado en *Lancet* demostró que el 19.4 % de las cesáreas en Brasil corresponde a mujeres con menos de ocho años de estudio, en comparación con un 54.4 % de cesáreas realizadas en mujeres con un nivel educativo mayor [2]. Adicionalmente, las mujeres que repiten mayor número de cesáreas son las que tienen un nivel educativo mayor.

Las variables que presentaron mayor proporción de cesáreas fueron: las gestaciones pretérmino, las gestaciones con multiplicidad doble, maternas pertenecientes al grupo etario igual o mayor a treinta años, las mujeres con mayor nivel educativo, las mujeres residentes de localidades de mayor estrato socioeconómico, las mujeres multíparas y las que pertenecen al régimen contributivo. Estos resultados son similares a los obtenidos en estudios en el ámbito nacional con metodologías diferentes, en los cuales se asocian de manera positiva mayor edad materna y mayor nivel educativo [20].

Respecto al lugar de residencia de la madre, se observó que en aquellas que residen en localidades denominadas como “más aventajadas según el índice de calidad de vida urbano”, se presenta una mayor proporción de cesáreas, respecto a las menos aventajadas. También, las mujeres pertenecientes al régimen contributivo presentaron mayor proporción de cesáreas. Ambos resultados son similares a lo encontrado por unos investigadores turcos, quienes identificaron que las mujeres con mayor nivel de bienestar tuvieron tres veces mayor tasa de cesárea respecto a las mujeres con menos nivel de bienestar [12].

Además, se identificó que las mujeres multíparas fueron las que mayor proporción de cesáreas presentaron. Este hallazgo es diferente respecto a lo encontrado en países como Brasil y China, pues estos lugares han descrito que las gestantes nulíparas tienen más proporción de cesáreas respecto a las multíparas [2].

Es importante mencionar que a partir de lo identificado en este estudio se evidencian problemáticas no resueltas en cuanto a la elección de la vía del parto, siendo la más frecuente en mujeres con mejores niveles de vida la de cesárea, lo que lleva a interrogantes y nuevos desafíos en salud pública relacionados con la prestación de los servicios, la decisión de las mujeres frente la elección del día y la vía del parto, la información, educación y comunicación de los riesgos frente a un evento obstétrico, el género del médico que atiende a la gestante y apoya la decisión del parto, entre otros, los cuales han sido abordados en la literatura internacional desde otras perspectivas de análisis [21-24].

Conclusiones

Este análisis permite avanzar en la comprensión de la problemática de las cesáreas en Bogotá.

Se analizan variables que pueden estar influyendo en que la proporción de cesáreas en la ciudad esté por encima de lo esperado según los planteamientos de la OMS. Se debe aclarar si este aumento se debe a indicaciones diferentes a las planteadas por los protocolos de cesáreas, a un aumento en la petición materna o a complicaciones de la gestación, los cuales son limitaciones de este estudio. Por tanto, se recomienda incentivar la investigación en este campo, con miras a mejorar el conocimiento y brindar herramientas que le permitan a la ciudad y al país transformar las prácticas de elección de la vía del nacimiento. Es importante mencionar que se debe ampliar los estudios analizando también las necesidades, los preconceptos y requerimientos de las mujeres.

Se recomienda incentivar estudios que permitan ampliar el conocimiento y tener una delimitación geográfica menor, ya que las agrupaciones por localidad con un volumen de población tan heterogéneo pueden no permitir observar características importantes para el desarrollo de acciones a favor de la salud de las mujeres gestantes. De igual forma, es necesario avanzar en el análisis conjunto de esta problemática con los profesionales de la salud encargados de la atención del parto, generar espacios de sensibilización y promoción prácticas de cuidado en la atención a la mujer gestante que incluya los beneficios y los riesgos de ambos procedimientos, con especial énfasis en mujeres con mayor nivel educativo y afiliadas al régimen contributivo.

Limitaciones

Este tipo de estudios permiten explorar las posibles asociaciones, pero al ser una medida única de la exposición y del resultado, son débiles para establecer relaciones causales. De igual forma, puede incurrir en sesgos, teniendo

en cuenta que incluyen solo casos prevalentes, no se obtiene información con relación a la incidencia de los casos de cesárea.

Otra limitación de este estudio fue la de no contar con la descripción de la mortalidad materna y el ingreso a UCI neonatal de los recién nacidos teniendo como variable de análisis el antecedente de cesáreas, sin embargo, al ser un desenlace propuesto en la literatura internacional y nacional se proyecta para futuros escritos.

Referencias

1. Abbas F, Ud Din RA, Sadiq M. Prevalence and Determinants of Caesarean Delivery in Punjab, Pakistan. *East Med Health J.* 2018; 24(11).
2. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vellejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: tendencias y resultados. *Perinatol Reprod Hum [Internet].* 2013 sep 30 [consultada 2022 mar 5], 28(1):33-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372014000100006&script=sci_abstract
3. Korb D, Goffinet F, Seco A, Chevret S, Deneux-Tharoux C, Langer B, et al. Risk of Severe Maternal Morbidity Associated with Cesarean Delivery and the Role of Maternal Age: A Population-Based Propensity Score Analysis. *cmaj.* 2019; 191(13).
4. Herstad L, Klungsøyr K, Skjærven R, Tanbo T, Forsén L, Åbyholm T, et al. Elective Cesarean Section or Not? Maternal Age and Risk of Adverse Outcomes at Term: A Population-Based Registry Study of Low-Risk Primiparous Women. *bmc Preg Childbirth.* 2016; 16(1).
5. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: Declaración de la oms sobre tasas de cesárea, oms; 2015.

6. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global Epidemiology of use of and Disparities in Caesarean Sections. *Lancet*. 2018; 392.
7. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the Optimal Rate of Caesarean Section at Population Level? A Systematic Review of Ecologic Studies. *Rep Health*. 2015; 12.
8. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014; 41(3).
9. Rafiei M, Ghare Naz MS, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, et al. Prevalence, Causes, and Complications of Cesarean Delivery in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Rep BioMed*. 2018; 16.
10. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean Delivery: Counseling Issues and Complication Management. *Am Fam Physician*. 2015; 91(3).
11. acog Committee Opinion No. 761. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obst Gynecol*. 2019; 133(1).
12. Alfonso EA, Arcila AD, Latorre ML. Estudios sectoriales. Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia. Estudio piloto 2015. Bogotá: Minsalud; 2015.
13. Dirección de Censos y Demografía. Bogotá, Colombia: Estadísticas Vitales-eevv-Cifras definitivas año 2019; 2019.
14. Minsalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo i y ii. En: Minsalud, Profamilia, editores. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ends 2015 [Internet]. Bogotá Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. p. 834. Disponible: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf
15. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean Section on Maternal Request: Reasons for the Request, Self-Estimated Health, Expectations, Experience of Birth and Signs of Depression Among First-Time Mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(4).
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia: Resolución N.o 3280 [Internet]. 2018 Ag [consultado 2022 feb 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
17. Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. Bogotá, Colombia: Política Integral de Atención en Salud. Colombia; 2016.
18. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Protocolo cesárea [Internet]. Barcelona; 2012 [consultado 2022 mar 5]. Disponible en: <https://medicinafetal-barcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
19. Sarmiento P. Calidad de vida urbana en Bogotá 2017 [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2017 [consultado 2022 mar 10]. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/calidad_de_vida_urbana_en_bogota.pdf
20. Rodriguez-Lopez M, Correa-Avendaño EL, Martinez-Avila AM, Merlo J. Multilevel Analysis of Birthplace Effect on the Proportion of C-Section in Colombia. *Colomb Med*. 2021; 52(3).
21. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and Projections of Cesarean Section Rates: Global and Regional Estimates. *bmj Glob Health* [Internet]. 2021; 6:5671. Disponible en: <http://gh.bmj.com/>
22. Harrison MS, Garces AL, Goudar SS, Saleem S, Moore JL, Esamai F, et al. Cesarean Birth in the Global Network for Women's and Children's Health Research: Trends in Utiliza-

- tion, Risk Factors, and Subgroups with High Cesarean Birth Rates. *Reprod Health* [Internet]. 17(3):165. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01021-7>
23. Hoxha I, Sadiku F, Lama A, Bunjaku G, Agahi R, Statovci J, et al. Cesarean Delivery and Gender of Delivering Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obst Gynecol*. 2020 Dec 1; 136(6):1170-8.
24. Cardona Vásquez MF. Parir: un reportaje sobre las altas tasas de cesárea en Colombia [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2020.
25. Minsalud. Afiliación en Salud [Internet]. Bogotá: Ministerio De Salud y Protección Social. 2022 [consultado 2022 ag 3]. p. 1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/afiliacion-en-salud.aspx>



Anexos

Figura 1. Flujograma de casos analizados



Tabla 1. Características demográficas de 1.306.605 partos en la ciudad de Bogotá durante los años 2008 – 2020; y distribución de cada variable según tipo de parto (sí o no cesárea)

Cesárea						
	Si		No		Total	
Variables según datos de nacimiento	40,53	(529.583)	59,47	(777.022)	100	1.306.605
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Tiempo de gestación						
Pretérmino	62,15 %	88.159	37,85 %	53696	10,86 %	141.855
A término	37,90 %	441.396	62,10 %	723201	89,13 %	1.164.597
Postérmino	31,82 %	14	68,18 %	30	0,00 %	44
Sin información	12,84 %	14	87,16 %	95	0,01 %	109
Multiplicidad del parto						
Simple	39,50 %	506.520	60,50 %	775967	98,15%	1282487
Doble	95,69 %	22.538	4,31 %	1014	1,80 %	23.552
Triple	95,09 %	503	4,91 %	26	0,04 %	529
Cuadruple o más	62,86 %	22	37,14 %	13	0,00 %	35
Sin información	0,00 %	0	100,00 %	2	0,00 %	2

*(no cesárea= vaginal + instrumentado).

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAUF_ND, 2008-2020.

Tabla 2. Características demográficas de 1.306.605 partos en la ciudad de Bogotá durante los años 2008 – 2020; y distribución de cada variable según tipo de parto (sí o no cesárea)

Cesárea						
	Si		No		Total	
Variables según datos de la madre	40,5	(529583)	59,5	(777022)	100	1.306.605
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Edad de la madre						
14 años o menos	33,6 %	1.715	66,4 %	3.393	0,4 %	5.108
De 15 a 19 años	28,5 %	58.155	71,5 %	145.648	15,8 %	203.803
De 20 a 24 años	34,4 %	121.707	65,6 %	232.085	27,2 %	353.792
De 25 a 29 años	41,0 %	132.178	59,0 %	190.261	24,7 %	322.439
De 30 a 34 años	48,4 %	120.646	51,6 %	128.720	18,9 %	249.366
35 años o más	55,3 %	95.182	44,7 %	76.915	13,1 %	172.097
Nivel educativo						
Básica primaria o menos	33,3 %	30.144	66,7 %	60.250	6,9 %	90.394
Básica secundaria	33,3 %	78.111	66,7 %	156.317	17,9 %	234.428

Variables según datos de la madre	Cesárea				Total	
	Si		No		Total	
	40,5 %	(529583) (n)	59,5 %	(777022) (n)	100 %	1.306.605 (n)
Media académica o técnica	37,5 %	198.942	62,4 %	330.920	40,6 %	529.862
Técnica o tecnológica	41,5 %	71.402	58,6 %	100.837	13,2 %	172.239
Profesional	52,4 %	122.253	47,6 %	110.861	17,8 %	233.114
Posgrado	62,5 %	25.440	37,5 %	15.286	3,1 %	40.726
Sin información	56,3 %	3.291	43,7 %	2.551	0,4 %	5.842
Regimen de afiliación						
Contributivo	43,9 %	388.535	56,1 %	495.996	67,7 %	884.531
Subsidiado	32,2 %	85.341	67,8 %	179.296	20,3 %	264.637
Excepción o especial	44,2 %	16.025	55,8 %	20.190	2,8 %	36.215
No asegurado	32,7 %	39.682	67,3 %	81.540	9,3 %	121.222
Número de embarazos previos (autoreporte)						
1	39,1 %	223.345	60,9 %	348.346	43,8 %	571.691
2	43,4 %	177.889	56,6 %	232.347	31,4 %	410.236
3	41,6 %	82.108	58,4 %	115.301	15,1 %	197.409
4	38,0 %	30.163	62,0 %	49.294	6,1 %	79.457
5 o más	33,6 %	16.075	66,4 %	31.728	3,7 %	47.803
Sin información	33,3 %	3	66,7 %	6	0,0 %	9
Número de hijos vivos						
0	44,0 %	421	56,0 %	536	0,1 %	957
1	39,3 %	251.821	60,7 %	388.332	49,0 %	640.153
2	44,1 %	190.903	55,9 %	242.437	33,2 %	433.340
3	40,1 %	64.426	59,9 %	96.154	12,3 %	160.580
4	32,6 %	15.613	67,4 %	32.343	3,7 %	47.956
5 o más	27,1 %	6.399	72,9 %	17.220	1,8 %	23.619
Localidad de residencia de la madre						
01. Usaquén	48,8 %	37.742	51,2 %	39.526	5,9 %	77.268
02. Chapinero	53,9 %	13.146	46,1 %	11.238	1,9 %	24.384
03. Santafe	37,4 %	8.039	62,6 %	13.450	1,6 %	21.489
04. San Cristóbal	36,6 %	28.917	63,4 %	50.057	6,0 %	78.974
05. Usme	34,0 %	24.749	66,0 %	47.944	5,6 %	72.693
06. Tunjuelito	39,8 %	14.608	60,2 %	22.097	2,8 %	36.705

Variables según datos de la madre	Cesárea				Total	
	Si		No		Total	
	40,5 %	(529583) (n)	59,5 %	(777022) (n)	100 %	1.306.605 (n)
07. Bosa	36,8 %	47.966	63,2 %	82.260	10,0 %	130.226
08. Kennedy	40,4 %	75.775	59,6 %	111.658	14,3 %	187.433
09. Fontibón	45,0 %	24.739	55,0 %	30.202	4,2 %	54.941
10. Engativá	43,1 %	52.641	56,9 %	69.463	9,3 %	122.104
11. Suba	43,4 %	78.876	56,6 %	102.975	13,9 %	181.851
12. Barrios Unidos	45,5 %	9.300	54,5 %	11.146	1,6 %	20.446
13. Teusaquillo	53,0 %	8.816	47,0 %	7.829	1,3 %	16.645
14. Los Mártires	39,0 %	6.223	61,0 %	9.735	1,2 %	15.958
15. Antonio Nariño	40,0 %	6.023	60,0 %	9.019	1,2 %	15.042
16. Puente Aranda	42,3 %	16.119	57,7 %	22.025	2,9 %	38.144
17. La Candelaria	41,1 %	1.742	58,9 %	2.492	0,3 %	4.234
18. Rafael Uribe Uribe	37,7 %	27.223	62,3 %	45.075	5,5 %	72.298
19. Ciudad Bolívar	34,5 %	46.135	65,5 %	87.476	10,2 %	133.611
20. Sumapaz	28,6 %	130	71,4 %	324	0,0 %	454
99. Sin información	39,5 %	674	60,5 %	1.031	0,1 %	1.705

*(no cesárea= vaginal + instrumentado).

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAF_ND, 2008-2020.

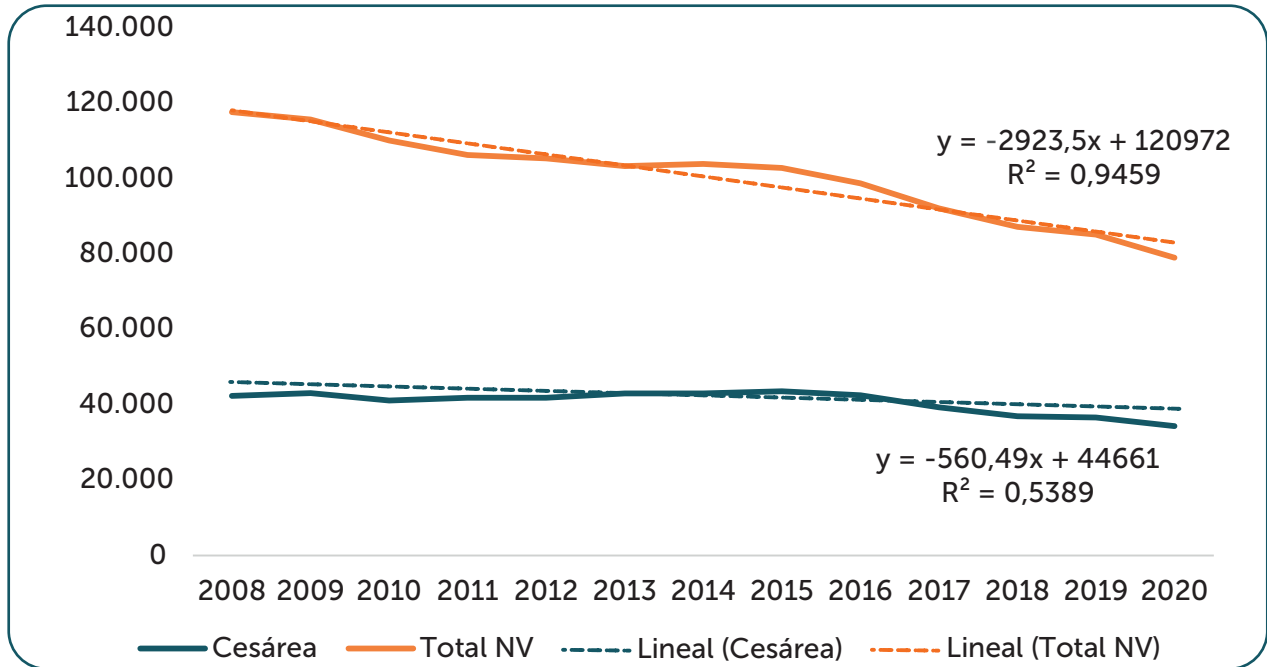
Tabla 3. Posibles relaciones de partos según cesáreas según variables de interés respecto al tipo de parto, Bogotá, 2008-2020

CESAREA						
Variables según datos del nacimiento						
TIEMPO DE GESTACIÓN	CASOS	PREVALENCIA	RAZON PREVALENCIA	IC 95 %	CHI CUADRADO	P
PRE TERMINO	88.159	16,6 %	2,41	2,38-2,43	30840,6	0
POS TERMINO	14	0,0 %	0,7	0,66-0,67	0,69173	0,41
MULTIPLICIDAD	CASOS	PREVALENCIA	RAZON PREVALENCIA	IC 95 %	CHI CUADRADO	P
DOBLE	22.538	4,3 %	32,64	30,65-34,76	30310,1	0
TRIPLE	503	0,1 %	29,96	20,20-44,43	683,672	0
CUADRUPLE O MAS	22	0,004 %	2,59	1,31-5,15	7,99	0,05

Variables según datos de la madre						
EDAD	CASOS	PREVALENCIA	RAZON PREVALENCIA	IC 95 %	CHI CUADRADO	P
MENOR DE 14 AÑOS	1.715	1,3 %	0,73	0,69-0,77	114,501	0
DE 15-19 AÑOS	58.155	30,6 %	0,7	0,70-0,71	8395,05	0
DE 25-29 AÑOS	121.707	47,9 %	0,87	0,87-0,88	3126,66	0
DE 30-34 AÑOS	120.646	47,7 %	1,18	1,18-1,19	3111,7	0
NIVEL EDUCATIVO	CASOS	PREVALENCIA	RAZON PREVALENCIA	IC 95 %	CHI CUADRADO	P
BASICA SECUNDARIA	78.111	72,2 %	0,9997	0,9951-1,004	0,022	0,88
BASICA ACADEMICA O TECNICA	198.942	86,8 %	1,2	1,18-1,22	584,427	0
MEDIA ACADEMICA O TECNICA	71.402	70,3 %	1,12	1,12-1,13	1643,26	0
PROFESIONAL	122.253	80,2 %	1,24	1,23-1,24	9532,96	0
POSGRADO	25.440	45,8 %	1,42	1,34-1,45	9748,24	0
REGIMEN	CASOS	PREVALENCIA	RAZON PREVALENCIA	IC 95 %	CHI CUADRADO	P
CONTRIBUTIVO	388.535	82,0 %	1,12	1,11-1,12	11462,2	0
EXCEPCION/ESPECIAL	16.025	15,8 %	1,53	1,53-1,59	2053,73	0
NO ASEGURADO	39.682	31,7 %	1,42	1,41-1,44	3768,82	0
NUMERO DE EMBARAZO	CASOS	PREVALENCIA	RAZON PREVALENCIA	IC 95 %	CHI CUADRADO	P
2	177.889	44,3 %	1,11	1,18-1,20	1823,4349	0
3	82.108	26,9 %	1,08	1,07-1,09	390,8771	0
4	30.163	11,9 %	0,96	0,95-0,97	35,8936	0
5 O MAS	16.075	6,7 %	0,8	0,79-0,82	550,55	0

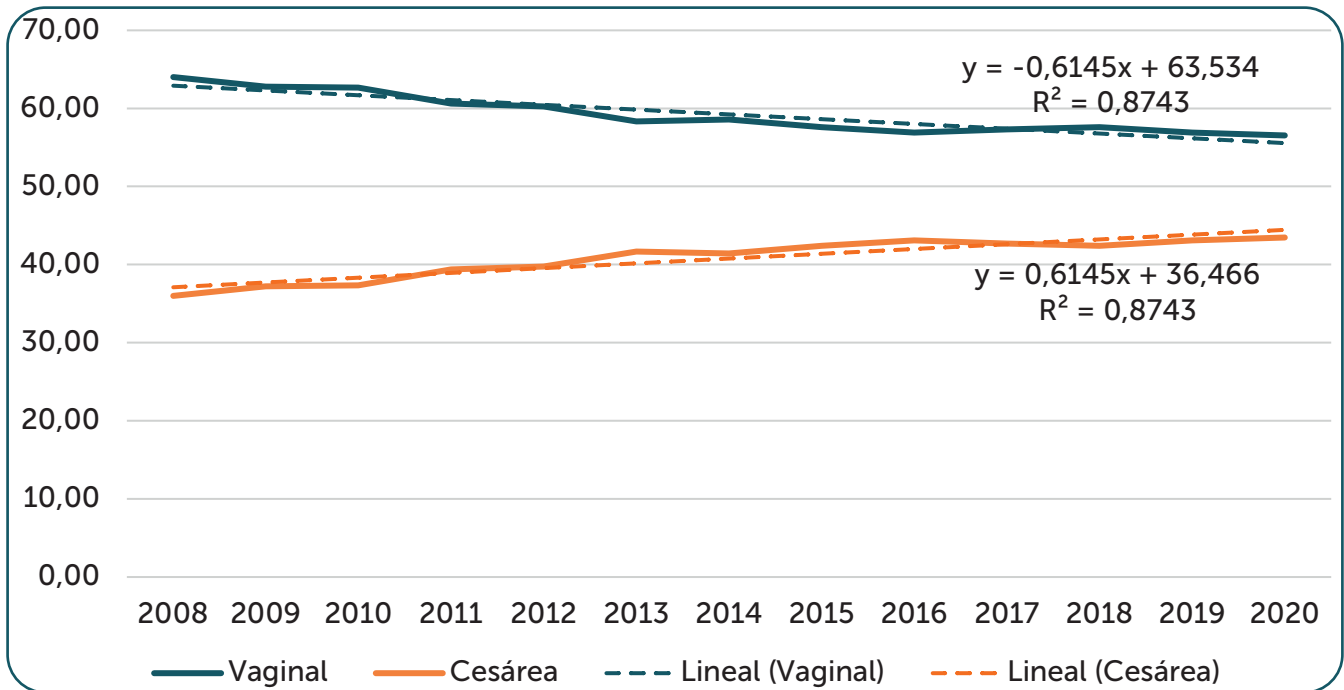
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAF_ND, 2008-2020.

Figura 2. Total, nacidos vivos y partos por cesárea en Bogotá, 2008-2020



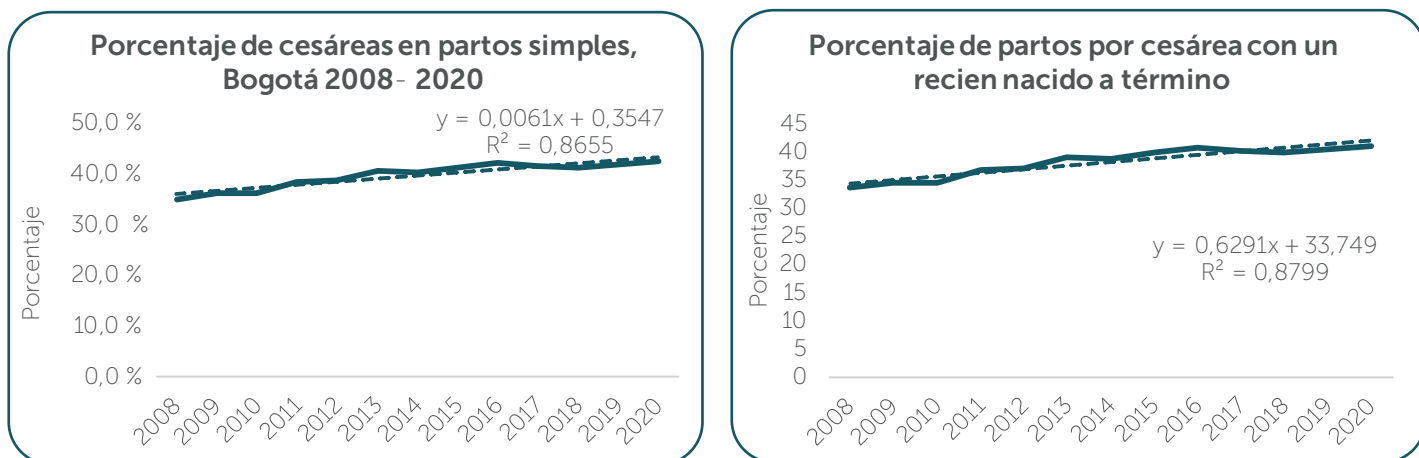
r: 0.97 para línea de tendencia total de nacidos vivos; r: 0.73 para línea de tendencia cesárea.
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAUF_ND, 2008-2020.

Figura 3. Porcentaje de parto por vía vaginal y por cesárea desde el 2008 hasta el 2020



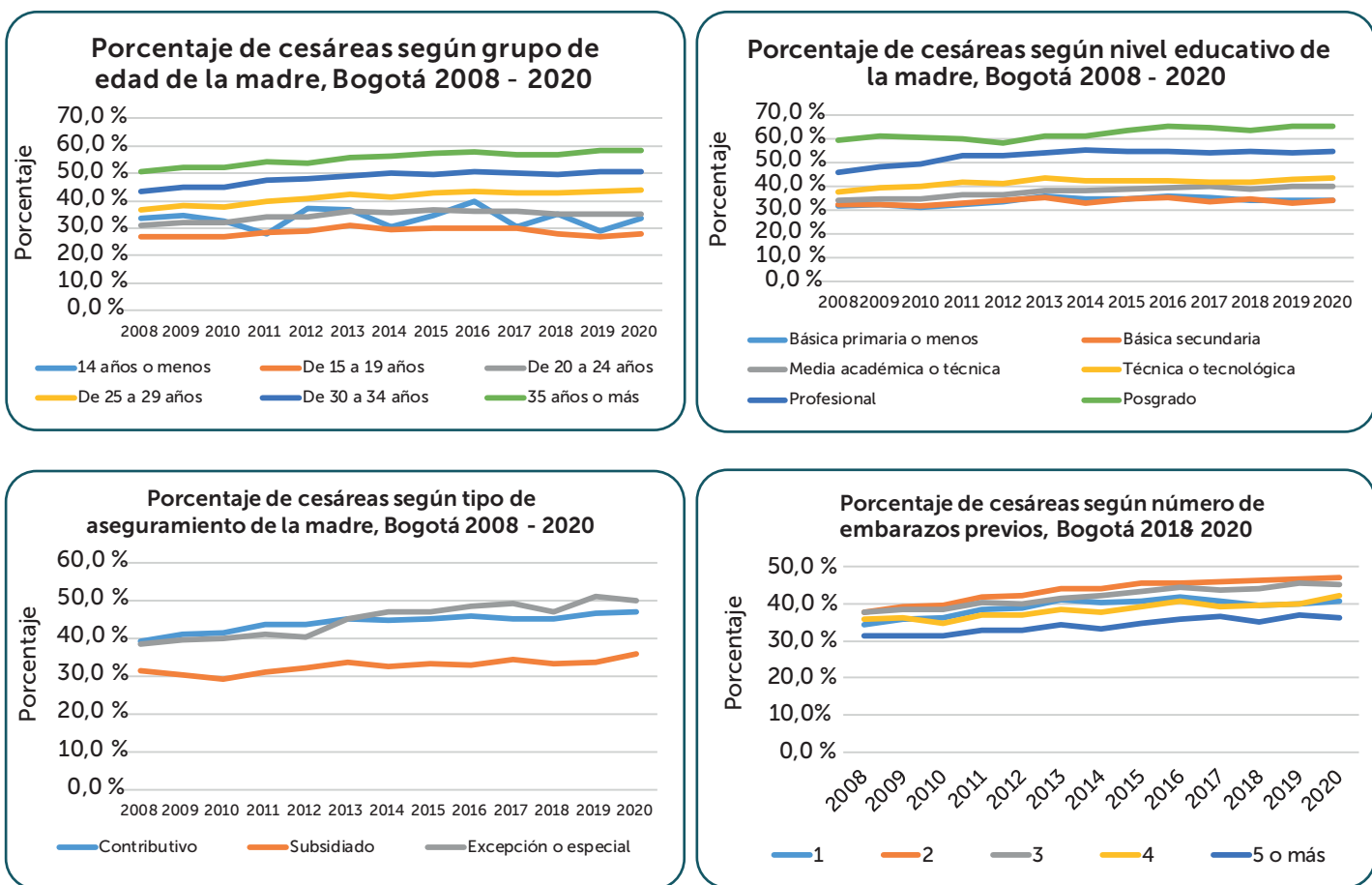
r: 0.93 para línea de tendencia de vaginal y cesárea. r es igual a la raíz cuadrada de R².
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAUF_ND, 2008-2020.

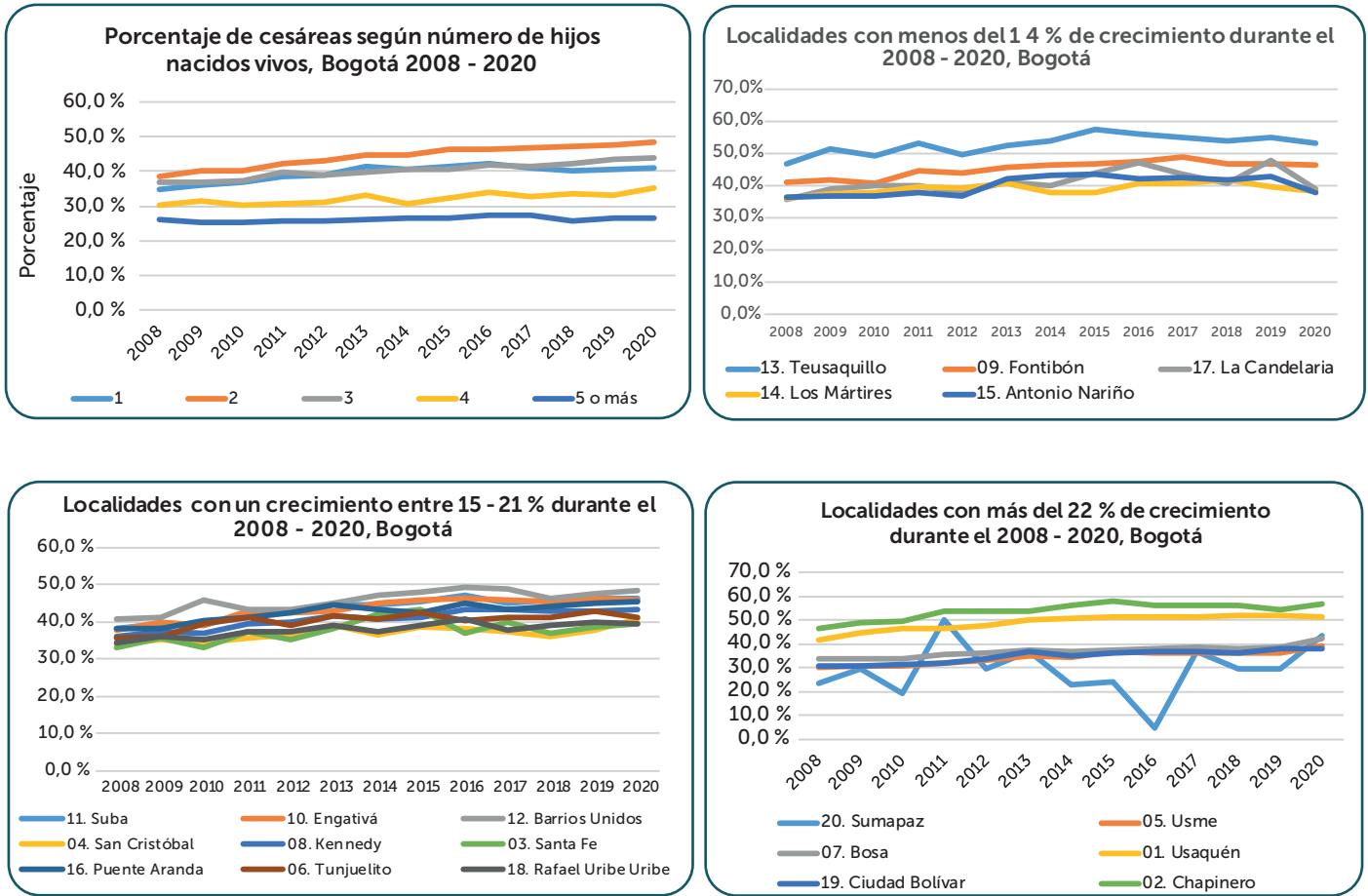
Figura 4. Tendencias variables según datos de nacimiento. Bogotá 2008-2020



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAF_ND, 2008-2020.TT

Figura 5. Tendencias variables según datos de la madre. Bogotá 2008-2020





Fuente: elaboración propia a partir de base de datos SDS RUAF_ND, 2008-2020.TT

Figura 6. Gradiente de cesáreas según índice de Calidad de Vida Urbana, Bogotá 2011-2019

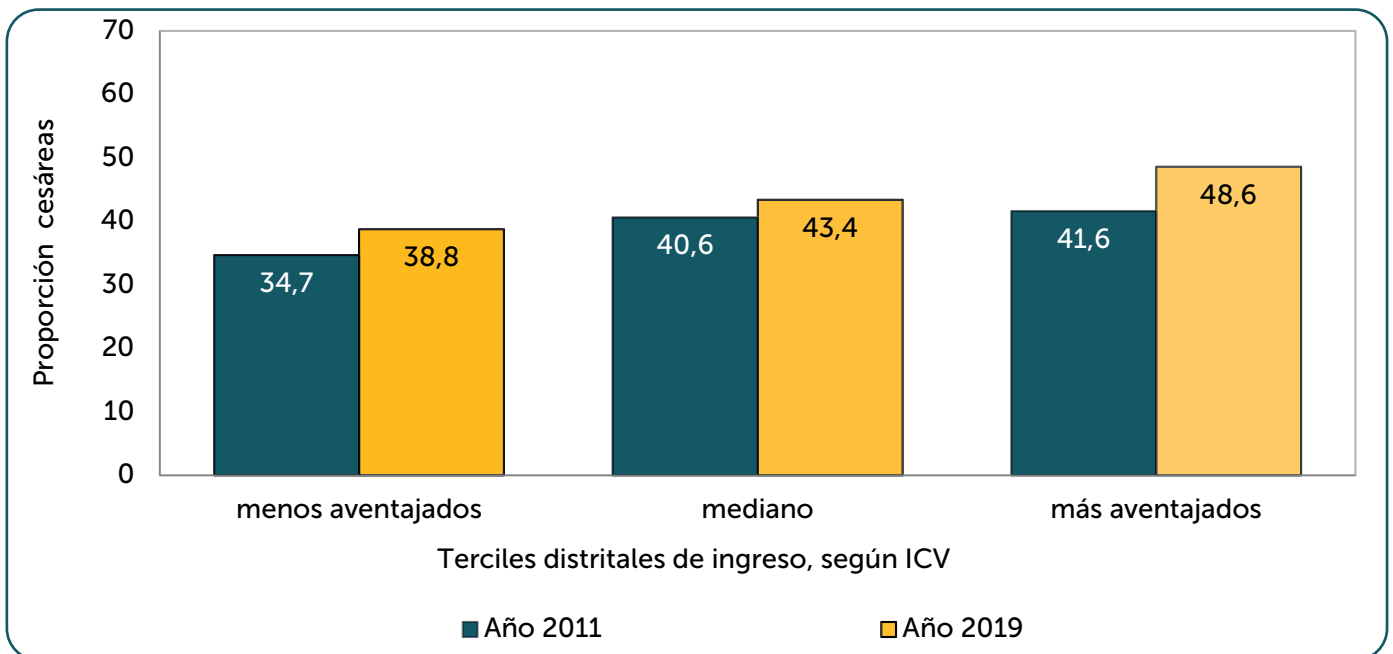
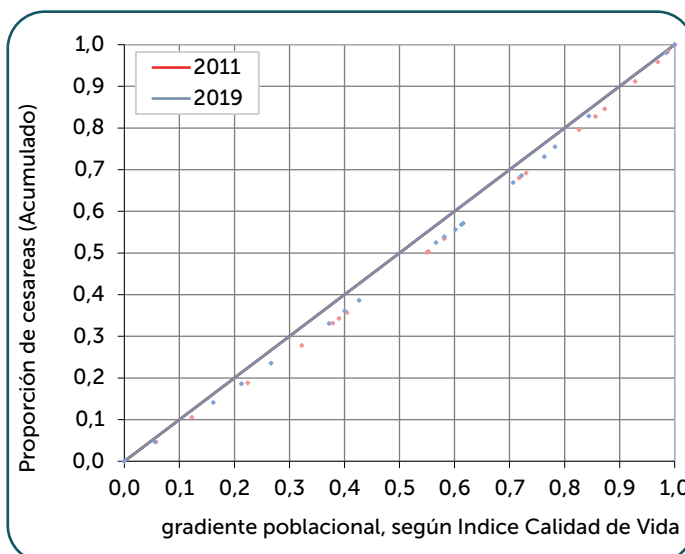
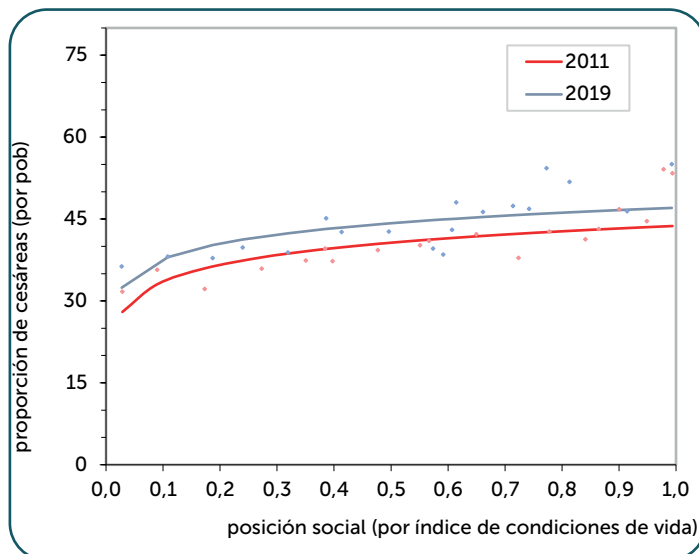


Figura 7. Curva de concentración de desigualdad en salud para cesáreas en Bogotá

Líneas de regresión de la desigualdad en salud

Curvas de concentración de la desigualdad en salud



estratificador de equidad	métricas de desigualdad	año	valor	IC 95%		
				bajo	alto	
INDICE DE CALIDAD DE VIDA	Brecha absoluta de Kuznets	2011	-6,90	-7,62	-6,17	§
		2019	-9,86	-10,67	-9,05	§
	Brecha relativa de Kuznets	2011	0,83	0,82	0,85	§
		2019	0,80	0,78	0,81	§
	Índice de desigualdad de la pendiente	2011	15,80	12,48	19,13	§
		2019	14,37	10,24	18,51	§
	Índice de concentración de la desigualdad en salud	2011	0,00	-0,19	0,19	
		2019	0,00	-0,17	0,17	§
Tasa promedio distrital		2011	39,4	39,1	39,7	
		2019	43,1	42,7	43,4	

Fuente: elaboración propia, Grupo ACCVSYE-Plantillas de Desigualdades ops.

Tabla 4. Regresión lineal para el cálculo de la desigualdad en partos vía cesárea vs. índice de calidad de vida 2011-2019, Bogotá

Estadísticas de la regresión	
Coefficiente de correlación múltiple	0,997536449
Coefficiente de determinación R ²	0,995078967
R ² ajustado	0,935965965
Error típico	220,1461523
Observaciones	19

ANÁLISIS DE VARIANZA					
	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	2	166599010,9	83299505	1718,78	2,1224E-19
Residuos	17	823893,582	48464,33		
Total	19	167422904,5			

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95,0%	Superior 95,0%
Intercepción	0	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Variable X 1	43,73350349	0,990563963	44,15011	5,56E-19	41,6435962	45,82341	41,6436	45,82341
Variable X 2	10,20523899	1,705614293	5,983322	1,48E-05	6,60670738	13,80377	6,606707	13,80377



Comportamiento de las intoxicaciones con escopolamina durante 2021-2022

Ruth Lorena Correa Ribón¹
Oscar Alberto Noreña Trigos¹

La escopolamina es un alcaloide² que se encuentra en diversas plantas, como, por ejemplo, la belladona (*Solanum dulcamara*) y la *Datura stramonium*, entre otras. Se conoce en Colombia como “Burundanga” [2], y se encuentra involucrada en diversas intoxicaciones con sustancias químicas.

Hasta la semana epidemiológica 17 del 2022 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) veintitrés casos de intoxicación con escopolamina, mientras que para el mismo periodo del 2021 se habían registrado doce casos de intoxicación con esta sustancia, lo que representa un aumento de cerca del 92 % en la notificación; en nueve de estos casos el tipo de exposición corresponde a un posible acto delictivo.

Durante el 2021 se notificaron 58 intoxicaciones. La mayoría de los casos ocurrieron a residentes de Suba, con once registros; Kennedy, con diez; Usaquén, con siete y Ciudad Bolívar con cinco. En 49 de los 58 registros se informó de un “posible acto delictivo”, mientras que en los nueve restantes no se conoció el tipo de exposición. En 46 de los casos los afectados fueron hombres. El lugar de exposición más frecuente fue la vía pública o un parque, con veintitrés casos; los bares, las tabernas o las discotecas lo fueron en catorce de los casos y el hogar lo fue en doce casos.

¹ Profesionales especializados, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud

² Los alcaloides son compuestos orgánicos de origen natural (generalmente vegetal), nitrogenado (el nitrógeno se encuentra generalmente intracíclico), derivados generalmente de aminoácidos, de carácter más o menos básico, de distribución restringida, con propiedades farmacológicas importantes a dosis bajas [1].

En lo que va corrido del 2022, el mayor número de casos ha ocurrido a residentes de Usaquén, con cuatro casos; Kennedy, Engativá y Rafael Uribe Uribe con dos registros. No se presume una relación entre la localidad de residencia de los afectados y la de su ocurrencia, ya que no hay una correspondencia clara entre la oferta de lugares de entretenimiento y la residencia de las víctimas. La mayor frecuencia de ocurrencia es la del “posible acto delictivo”, con dieciocho casos. En quince de los casos, los afectados fueron hombres. Los grupos de edad más afectados fueron el comprendido entre los veintisiete y los 44 años, con catorce casos; el de los dieciocho a los veintiséis años, con doce casos; el de los 45 a los 59 años, con tres; el grupo de los catorce a diecisiete años, con dos; y el de mayores de sesenta años con un caso. La vía pública o el parque fue el lugar de exposición más frecuente, en once oportunidades; mientras que los bares, las tabernas y las discotecas ocupan el segundo lugar, con siete registros.

En el 2021 aumentaron las intoxicaciones con esta sustancia en un 29 % con respecto a las registradas en el 2019. Mientras que en el 2019 la tasa de incidencia de las intoxicaciones con escopolamina fue de 0.54 por cada 100.000 habitantes, para el 2021 esa tasa correspondió a 0,68 por cada 100.000 habitantes.

La escopolamina, al ser absorbida, ocasiona un estado de somnolencia o sueño profundo que va precedido, generalmente, de un estado de pasividad e inhibición de la voluntad. La pérdida de memoria constituye uno de los principales efectos, con una amnesia lacunar y anterógrada que impide recordar lo que sucedió en un corto periodo de tiempo. Se describe no solo amnesia, sino también trastornos cognoscitivos tales como dificultad para el aprendizaje, pérdida de memoria semántica, pérdida de memoria episódica, pérdida de memoria espacial o memoria a corto plazo, pérdida

de memoria de trabajo, pérdida de memoria de reconocimiento, problemas de lenguaje y problemas en los tiempos de reacción [3].

Esta sustancia, en dosis bajas, se utiliza como fármaco para controlar los mareos por movimiento y las náuseas postoperatorias. Dosis mayores pueden causar delirio y otras psicosis, y dosis progresivamente más altas causan estupor y finalmente, la muerte por parálisis de la musculatura lisa [4].

En relación con lo anterior, es importante resaltar que actualmente no existen medicamentos con principio activo escopolamina con registro sanitario³ Invima vigente en Colombia, información que puede ser consultada en el enlace: http://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp.

En Colombia se encuentran medicamentos⁴ antiespasmódicos [5] que contienen derivados de la escopolamina, como, por ejemplo, la N-Butilbromuro de Hioscina en formas inyectables y tabletas, principalmente, de venta libre y de venta con fórmula médica.

[...] estos fármacos contienen y alivian espasmos. Se utiliza en el tratamiento de las molestias y el dolor causados por espasmos abdominales. No enmascara el dolor, como los analgésicos, sino que actúa sobre la causa del dolor: el espasmo muscular mismo. [6]

3 Decreto 677 de 1995: "Artículo 2. Registro sanitario. Es el documento público expedido por el Invima o a autoridad delegada, previo el procedimiento tendiente a verificar el cumplimiento de los requisitos técnico-legales establecidos en el presente Decreto, en el cual faculta a una persona natural o jurídica para producir, comercializar, importar, exportar, envasar, procesar y/o expender los medicamentos cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos de aseo, higiene y limpieza y otros productos de uso doméstico".

4 Decreto 677 de 1995: "Artículo 2. Medicamento. Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con sin sustancia auxiliares, presentando bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento curación o rehabilitación de la enfermedad. los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado".

Aquí es necesario recordar que las competencias asignadas por la Ley a la SDS corresponden a la vigilancia epidemiológica relacionada con las intoxicaciones con sustancias químicas, entre las que se incluye las ocurridas con esta sustancia, así como la vigilancia sanitaria de los establecimientos comercializadores de medicamentos, entre otros⁵, en el Distrito Capital. Por tal razón, las acciones tendientes a prevenir o evitar el uso ilícito de la escopolamina en Bogotá corresponden a otras autoridades con esa función. No obstante, si dentro de las acciones de competencia de la entidad territorial se tiene conocimiento de actividades ilícitas que involucren el uso potencial delictivo de la sustancia, se procedería a dar traslado de dicha información a otras autoridades, tales como la Policía o la Fiscalía General de la Nación.

Finalmente es importante enviar un mensaje a la población del Distrito Capital sobre tener especial cuidado al interactuar con personas desconocidas en el transporte público, la vía pública o en sitios de rumba, principalmente, o con aquellos que se ganen la confianza y, por alguna razón especial, ofrezcan de manera espontánea alimentos o bebidas, geles antibacteriales, cigarrillos, entre otros. Asimismo, no perder de vista las bebidas o cualquier alimento que se esté consumiendo en establecimientos comerciales, al igual que estar alerta ante comportamientos extraños de personas desconocidas.

5 Establecimientos farmacéuticos minoristas (droguerías-farmacias-droguerías), establecimientos farmacéuticos distribuidores mayoristas (depósitos de drogas, agencias de especialidades farmacéuticas) etc.

Información Emergencias en Salud de Interés Internacional-ESPII. Corte a semana epidemiológica 20 de 2022

Jenny Mora¹

Poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1)

En Mozambique, África, el 18 mayo se notificó un brote de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1), ante la notificación de un caso de parálisis flácida aguda (AFP) en un niño, quien presentó inicio de síntomas el 25 de marzo; este país no reportaba casos desde hacía treinta años. El análisis genético indica que el caso está relacionado con un caso importado de WPV1 confirmado en Malawi en febrero. Se identificaron tres contactos a quien se les toman muestra con resultado negativo para poliovirus salvaje tipo 1. Este es el segundo caso importado de WPV1 en el sur de África este año. Los casos están genéticamente vinculados a una cepa WPV1 detectada en Pakistán en el 2019. En respuesta al brote de Manawi y Mozambique se llevó a cabo campañas de vacunación masiva para poliomielitis con el objetivo de llegar a veintitrés millones de menores de cinco años vacunados; además, se fortaleció la vigilancia con el fin de detectar nuevos casos de la enfermedad.

Para disminuir el riesgo de introducción de la enfermedad, el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades recomendó lograr coberturas altas de vacunación contra poliomielitis y una vigilancia epidemiológica que permita detectar e investigar de forma oportuna los casos probables de la enfermedad [1].

Viruela del Simio

El 16 de mayo del 2022 se notifica un brote de viruela símica en varios países que afecta al Reino Unido, la Unión Europea y el norte de América. Hasta el 20 de mayo se habían notificado un total de 38 casos confirmados en todo el mundo, 37 de los cuales no tienen antecedente de viaje a los países endémicos de África Occidental o África Central.

El 14 de mayo de 2022, el Reino Unido notificó dos casos de viruela del simio pertenecientes al mismo grupo familiar. Estos casos no tenían ningún vínculo epidemiológico con el caso que fue previamente informado el 7 de mayo y con quien tenía antecedentes de viaje a Nigeria. Tras las detecciones en el Reino Unido, varios países europeos han identificado casos de viruela del simio.

De los 38 casos confirmados en el mundo veintiséis pertenecen a la Unión Europea, Bélgica (dos), Francia (uno), Italia (uno), Portugal (catorce), España (siete) y Suiza (uno). En el Reino Unido nueve casos han sido confirmados. En América del Norte se han confirmado tres en Canadá, y en Estados Unidos un caso. La mayoría de estos son hombres jóvenes, muchos de los cuales se identifican como hombres que tienen sexo con hombres (HSH). No se han reportado muertes hasta el momento y solo dos casos han sido ingresados en el hospital por razones distintas al aislamiento.

El control epidemiológico del evento está enfocado en la identificación de casos, el aislamiento, la identificación y el seguimiento de contactos, el manejo clínico, la prevención y el control de infecciones asociadas a la atención [1].

¹ Profesional especializada, Equipo Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud

Aumento de casos de hepatitis de etiología desconocida en niños

Hasta el 19 de mayo de 2022 se han notificado 125 casos de hepatitis aguda entre niños menores de dieciséis años en catorce países de la Unión Europea. Entre estos, seis requirió un trasplante de hígado. Fuera de la Unión Europea, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKFSA) ha identificado un total de 176 niños menores de diez años con hepatitis aguda de etiología desconocida. De estos, once han recibido un trasplante de hígado. El número de casos notificados en el mundo es de 614, incluidas catorce muertes notificadas por Irlanda (una), Indonesia (seis), México (una), Palestina (una), y Estados Unidos (cinco). Los casos han presentado signos y síntomas de hepatitis aguda con aumento de transaminasas superior a 500UI/L e ictericia, así como síntomas gastrointestinales tales como vómito, palidez en heces, diarrea, náuseas y dolor abdominal. Gran parte de los casos tuvieron resultados positivos para adenovirus, por lo que la asociación con adenovirus es aún la principal hipótesis. Los esfuerzos están enfocados en fortalecer la notificación y la investigación que contribuyan a establecer causas del evento [1].

Fiebre amarilla en la región de las Américas

En el 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 18, se han notificado casos confirmados de fiebre amarilla en tres países de la región: Bolivia con cinco casos confirmados, cuatro de los cinco fatales, en edades de los dieciocho a sesenta años sin antecedentes de vacunación. Brasil con cuatro casos confirmados, todos fatales en hombres entre los veinte y veintinueve años sin antecedentes de vacunación para fiebre amarilla; y Perú con dos casos confirmados, adultos jóvenes entre los diecinueve y los treinta

y cinco años de edad, los dos casos fatales, uno de ellos con antecedentes de vacunación cuya falla vacunal está en investigación.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados miembros con áreas de riesgo de fiebre amarilla a continuar sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en las áreas endémicas de fiebre amarilla. Además de inmunizar a la población en riesgo y tomar las acciones necesarias dirigidas a mantenerlos informados y vacunar a los viajeros que se dirijan a las zonas en las que se recomienda la vacunación contra este evento. De igual manera, la OPS/OMS recomienda que los Estados miembros cuenten con reserva de vacunas, dependiendo de la disponibilidad de estas en el país, lo que permitirá responder a posibles brotes [2].

Referencias

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report week 15-21, 2022 may 2022 [Internet]. [Consultado 2022 sep 06]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-15-21-may-2022-week-20>
2. Organización Mundial de la Salud oms. Fiebre Amarilla Región de las Américas 26 may 2022 [Internet]. [Consultado 2022 sep 06]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/yellow-fever-region-americas-vaccine-reserve-stockpile-management-26-may-2022>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ, con corte a periodo 05 de 2022, (Periodo epidemiológico 05 - Información Preliminar)

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	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	679	127	197	33	798	154	1.232	249	160	36	167	30	8.745	1.777
Bajo peso al nacer	110	110	21	43	9	127	26	219	54	17	6	23	2	1.892	392
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	203	33	53	14	240	43	346	89	44	11	58	13	2.628	584
Cáncer en menores de 18 años	115	8	0	1	0	10	0	16	4	3	1	0	0	201	31
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	10	3
Chagas crónico	205	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	10	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	56	16	18	7	62	17	109	24	11	1	14	5	1.146	275
Dengue	210	7	2	3	1	6	1	14	4	1	1	1	0	165	53
Dengue Grave	220	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	92	17	15	3	146	29	250	69	21	8	11	0	2.462	538
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	36	6	0	0	6	3	40	10	2	1	8	5	498	124
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	71	16	20	3	82	18	132	33	18	8	25	7	1.543	430
Evento adverso seguido a la vacunación	298	3	0	1	0	5	1	14	4	2	1	1	0	86	15
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	0	0	4	0	3	2	1	0	0	0	3	1	37	7
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	13	5	17	7	24	6	30	9	9	2	10	5	284	79
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	133	19	120	20	14	1	55	12	36	9	89	13	662	112
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	36	33	9	9	26	23	46	45	6	4	3	3	272	239
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	22	3	18	3	12	1	29	7	30	8	38	6	228	49

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaqué		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
Intento de suicidio	356	168	44	46	8	222	57	359	81	48	12	67	21	2.107	529
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	163	47	41	5	126	38	241	62	35	22	54	19	1.490	438
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	1	0	0	0	2	1	6	0	1	0	1	0	109	16
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	6	1
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	11	5
Leptospirosis	455	2	0	0	0	5	2	4	0	1	1	2	0	33	9
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	14	1
Malaria	465	1	1	0	0	7	1	11	3	0	0	1	1	78	20
Meningitis	535	4	1	2	0	2	1	5	1	0	0	0	0	49	7
Morbilidad Materna Extrema	549	107	25	55	10	137	35	282	58	26	6	30	6	2.278	497
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	1	1	2	0	3	0	0	0	0	0	23	10
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	25	1	5	2	29	6	41	6	5	1	2	1	449	98
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	30	9	11	3	31	9	87	24	8	2	9	1	419	94
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	0	1	0	5	0	6	2	0	0	0	0	78	14
Sífilis gestacional	750	9	1	1	0	31	6	37	8	9	2	6	3	429	93
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	1	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	22	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	28	9	7	1	45	5	70	18	13	1	9	2	671	143
Varicela Individual	831	121	21	23	7	174	42	328	74	39	10	28	5	1.815	394
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	400	101	129	24	786	171	1.168	276	109	16	154	35	11.336	2.417
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	26	9
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	122	18	102	24	202	36	272	47	72	12	103	25	2429	506
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total por localidad		2.656	578	947	195	3.380	738	5.458	1.276	729	183	918	209	44.760	10.014

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santafe		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	5	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	186	36	432	86	101	25	0	0	39	10	402	80	8.745	1.777
Bajo peso al nacer	110	51	4	101	21	23	6	0	0	11	4	98	15	1.892	392
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	54	11	102	22	42	12	0	0	11	1	108	20	2.628	584
Cáncer en menores de 18 años	115	5	1	7	2	3	0	0	0	0	0	6	0	201	31
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	23	4	38	11	17	4	0	0	5	1	39	9	1.146	275
Dengue	210	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	2	0	165	53
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	27	11	125	28	17	5	0	0	6	1	101	20	2.462	538
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	34	6	78	16	11	3	0	0	6	1	36	14	498	124
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	14	4	22	6	10	4	0	0	7	1	30	7	1.543	430
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	10	3	86	15
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	37	7
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	14	5	5	2	7	2	0	0	0	0	12	2	284	79
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	69	14	53	11	20	6	0	0	5	0	662	112
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	2	2	12	9	11	9	0	0	0	0	7	6	272	239
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	16	6	8	5	3	0	0	0	9	0	228	49
Intento de suicidio	356	44	15	141	25	40	9	0	0	8	3	103	22	2.107	529
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	31	16	66	27	17	5	0	0	5	2	66	14	1.490	438

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santafe		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
IRA Virus Nuevo (2020)	346														
Leishmaniasis Cutánea	420	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	109	16
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	5
Leptospirosis	455	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	0	33	9
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1
Malaria	465	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	78	20
Meningitis	535	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	49	7
Morbilidad Materna Extrema	549	42	6	108	26	35	7	0	0	10	1	92	23	2.278	497
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	10
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	5	1	19	5	5	1	0	0	2	0	16	5	449	98
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	5	1	18	5	4	2	0	0	0	0	19	4	419	94
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	3	1	3	0	5	2	0	0	3	1	4	1	78	14
Sífilis gestacional	750	10	0	26	8	22	4	0	0	12	4	29	6	429	93
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	22	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	26	3	23	8	24	8	0	0	4	1	38	9	671	143
Varicela Individual	831	14	6	67	24	25	7	0	0	8	2	75	16	1.815	394
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	297	70	740	166	165	35	0	0	56	17	743	172	11.336	2.417
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	26	9
Víruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	63	18	105	24	82	14	0	0	19	5	110	21	2429	506
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total por localidad		962	226	2.339	544	732	180	23	6	212	55	2177	471	44.760	10.014

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	0	0	0	0	5	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	693	148	911	193	355	84	263	57	8.745	1.777
Bajo peso al nacer	110	153	36	203	42	65	14	40	10	1.892	392
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	142	29	274	63	133	28	77	23	2.628	584
Cáncer en menores de 18 años	115	15	1	8	1	7	0	3	0	201	31
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	2	1	1	0	0	0	0	0	10	3
Chagas crónico	205	2	1	1	0	0	0	0	0	10	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	89	25	113	28	26	5	16	3	1.146	275
Dengue	210	2	2	15	2	4	3	7	0	165	53
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	289	69	302	62	67	12	50	7	2.462	538
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	27	6	79	21	9	2	9	2	498	124
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	51	12	105	26	38	11	35	15	1.543	430
Evento adverso seguido a la vacunación	298	11	1	17	2	0	0	2	0	86	15
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	1	0	2	0	1	0	5	0	37	7
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	17	3	20	2	10	3	10	6	284	79
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	28	2	6	0	0	0	662	112
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	9	9	27	24	9	9	3	2	272	239
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	3	1	22	5	4	0	0	0	228	49
Intento de suicidio	356	127	45	191	50	81	28	52	12	2.107	529
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	83	29	129	41	57	18	41	11	1.490	438

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
IRA Virus Nuevo (2020)	346										
Leishmaniasis Cutánea	420	5	0	5	1	1	1	26	2	109	16
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	1	0	6	1
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	2	1	0	0	0	0	0	0	11	5
Leptospirosis	455	2	0	1	0	0	0	0	0	33	9
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	1	0	0	0	0	0	0	14	1
Malaria	465	6	3	7	2	3	0	3	0	78	20
Meningitis	535	1	0	4	0	3	0	0	0	49	7
Morbilidad Materna Extrema	549	187	38	266	68	77	15	54	11	2.278	497
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	1	0	4	1	0	0	0	0	23	10
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	34	14	47	10	13	2	7	3	449	98
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	27	11	48	5	18	4	12	3	419	94
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	7	1	9	1	4	1	1	0	78	14
Sífilis gestacional	750	44	7	49	9	15	6	7	1	429	93
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	2	0	3	0	1	0	0	0	22	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	38	10	57	10	24	7	15	4	671	143
Varicela Individual	831	158	28	227	44	77	21	65	13	1.815	394
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	1.112	261	1.274	250	398	93	273	53	11.336	2.417
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	3	0	1	0	0	0	1	0	26	9
Viruela Símica	880	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	183	41	284	65	97	21	65	19	2429	506
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total por localidad		3.530	834	4.735	1.030	1.605	389	1.143	257	44.760	10.014

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	5	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	499	110	160	25	731	166	11	4	8.745	1.777
Bajo peso al nacer	110	83	16	36	5	176	39	0	0	1.892	392
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	93	22	56	15	141	37	1	0	2.628	584
Cáncer en menores de 18 años	115	6	0	1	1	14	4	0	0	201	31
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	1	0	1	0	0	0	10	3
Chagas crónico	205	0	0	1	0	1	0	0	0	10	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	65	16	28	7	129	24	0	0	1.146	275
Dengue	210	5	3	1	1	6	0	0	0	165	53
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	239	51	61	14	438	85	2	1	2.462	538
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	31	9	10	0	33	4	0	0	498	124
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	33	3	13	3	50	12	1	0	1.543	430
Evento adverso seguido a la vacunación	298	2	1	1	1	8	0	0	0	86	15
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	1	0	0	0	2	1	0	0	37	7
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	7	1	9	1	11	3	1	1	284	79
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	26	4	5	1	0	0	662	112
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	9	7	5	3	8	8	0	0	272	239
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	0	0	12	3	0	0	228	49
Intento de suicidio	356	116	24	51	7	163	37	0	0	2.107	529
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	76	17	37	10	113	33	0	0	1.490	438
IRA Virus Nuevo (2020)	346										
Leishmaniasis Cutánea	420	4	1	1	0	5	1	0	0	109	16

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
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	11	5
Leptospirosis	455	0	0	1	1	1	1	0	0	33	9
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	0	0	2	0	0	0	14	1
Malaria	465	3	1	1	0	3	1	0	0	78	20
Meningitis	535	6	1	1	0	5	1	0	0	49	7
Morbilidad Materna Extrema	549	96	21	46	7	210	54	0	0	2.278	497
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	1	1	0	0	3	2	0	0	23	10
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	23	6	7	0	49	12	0	0	449	98
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	15	1	8	3	43	5	0	0	419	94
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	0	0	0	11	1	0	0	78	14
Sífilis gestacional	750	22	2	11	4	60	15	0	0	429	93
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	1	0	0	0	22	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	28	3	15	1	48	10	0	0	671	143
Varicela Individual	831	77	20	51	4	147	28	1	0	1.815	394
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	915	162	332	74	1.812	337	31	12	11.336	2.417
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	1	0	0	0	26	9
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	77	17	48	9	138	33	0	0	2429	506
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total por localidad		2.533	516	1.019	200	4.581	958	48	18	44.760	10.014

* ac - acumulado del 2 de enero de 2022 AL 21 de mayo de 2022, * pe - periodo del 24 de abril de 2022 al 21 de mayo de 2022, ** Eventos reportados según localidad de notificación. *** Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables). Elaborado: Ing. Ruben Rodriguez, Epidemiólogo SIVIGILA
Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2021
Información preliminar 2021



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

