



## Caracterización de las urgencias y emergencias en salud pública en Bogotá 2012-2018

### Contenido

Editorial	3
Artículo central	5
Noticia epidemiológica	14
Comportamiento de eventos a escala internacional	16
Comportamiento de eventos a escala distrital	22

Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública  
Patricia Arce Guzmán

### **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 las urgencias y  
emergencias en salud pública en  
Bogotá 2012-2018 ..... 5

Tres casos de enfermedad  
meningocócica en una localidad  
de Bogotá, D. C. .... 14

Comportamiento de los principales  
eventos de salud pública a  
escala internacional ..... 16

Comportamiento de la notificación de  
casos confirmados, para los eventos  
trazadores, en Bogotá ..... 22

## Editorial

El Plan de Salud Pública de Bogotá D. C., que desarrolla los procesos de gestión de la salud pública y las intervenciones colectivas, se formula con fundamento en lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia (PDSP), el Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020 “Bogotá, mejor para todos” y el Plan Territorial de Salud; se centra en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y avanza en la integración de sus acciones con los otros planes de beneficios y la gestión intersectorial en los espacios de vida cotidiana.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) de Colombia, que Bogotá adopta y adapta para su población, se entiende como el compromiso de la sociedad con su ideal de salud, un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida; esto permite articular la salud en todas las políticas públicas del desarrollo humano, económico, ambiental y social. El Plan contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; fue estructurado partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona, y reconoce las diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características, capacidades específicas y particularidades de los diversos grupos poblacionales y territorios.

Las emergencias y desastres en salud pública son desplegados en una dimensión específica del PDSP, definida como un espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública. Con ello, se procura reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, por medio de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes orientadas al conocimiento, la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres. Se busca contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y el desarrollo sostenible en el territorio nacional; es consecuente y concordante con lo dispuesto en la Ley 1523 del 2012, que adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, y con los acuerdos distritales 546 de 2013 y 07 de 2016 que crean y estructuran el Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático.

Además de la respuesta en salud ante las situaciones de urgencias y emergencias en salud pública, la dimensión dispone el componente de *gestión integral de riesgos (GIR)* en emergencias y desastres, entendida como la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y las vulnerabilidades en los territorios, que buscan anticiparse a la configuración del riesgo; este concepto

es recogido y desarrollado hoy en un marco de actuación más amplio, la política de atención integral en salud y el modelo integral de atención en salud. La GIR es la estrategia transversal que articula a los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población; se anticipa a las enfermedades y los traumatismos, con el fin de evitar su presentación o diagnosticarlos y tratarlos precozmente, para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

Para su implementación, el Distrito Capital ha generado el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático (SDGR-CC) como una estructura operativa y funcional del que hace parte la Secretaría Distrital de Salud, que a su vez ha puesto en operaciones un subsistema de vigilancia e intervenciones, por medio de equipos de respuesta inmediata (ERI). Los equipos ERI del Distrito Capital de Bogotá funcionan en red y son además el enlace del sistema mundial que atiende los temas de seguridad sanitaria global con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005.

Elizabeth Coy Jiménez  
Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Distrital de Salud

## Caracterización de las urgencias y emergencias en salud pública en Bogotá 2012-2018

José Jewel Navarrete Rodríguez

Médico veterinario, especialista en Epidemiología, magíster en Salud Pública  
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.,  
jjnavarrete@saludcapital.gov.co

### Resumen

El texto tiene como objetivo presentar la caracterización de las urgencias y emergencias en salud pública en Bogotá atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI) entre el 2012 y el 2018 (antes, unidades de respuesta inmediata), los cuales se encuentran ubicados actualmente en las cuatro subredes integradas de servicios de salud. Para el análisis presentado se realizó revisión y depuración de la base de datos mensual generada y enviada por cada subred, en las cuales se caracterizan uno a uno los eventos atendidos por los equipos locales. En total, se atendieron 13.950 eventos, que afectaron a 73.413 personas. Los grupos etarios más afectados corresponden a la infancia, con el 58,5 % de las personas afectadas. Los cinco primeros eventos incluyen el 84,3 % del total de situaciones atendidas, entre ellos se encuentran los brotes de varicela, la enfermedad respiratoria aguda (ERA), las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y los brotes de parotiditis. De manera general, la dinámica de los eventos

ha cambiado a lo largo de los años; así, se ha encontrado una distribución más equitativa en el 2018 comparado con 2013 y 2014, en los que se observa que los brotes de varicela se encontraban por encima de los otros eventos de manera significativa y destacada. Finalmente, se plantea para el futuro la necesidad de contar con recursos de reserva y/o adicionales que estén disponibles para la atención de eventos diferentes a los presentados regularmente, catalogados como extraordinarios por su magnitud e impacto.

**Palabras clave:** brotes de enfermedades, control de enfermedades transmisibles, prevención y control, epidemiología de desastres.

### Abstract

The present paper aims to present the characterization of emergencies and emergencies in public health in Bogotá attended by the Immediate Response Teams - ERI from 2012 to 2018 (before Immediate Response Units), which are currently part of the Integrated Health Services Subnet. For the analysis presented, the monthly database generated and sent by each subnet in which the events attended by the local teams are characterized one by one was reviewed and debugged. A total of 13,950 events were treated, affecting 73,413 people. The most affected age group is childhood, which concentrates 58.5% of the people affected. The first five events, which correspond to 84.3% of the total number of situations attended, were varicella outbreaks, Acute Respiratory Disease - ERA, Foodborne Illnesses - ETA, Acute Diarrheal Diseases - EDA and outbreaks of mumps. In general, the dynamics of the events have changed over the years, finding a more equitable distribution in 2018 compared to 2013 and 2014, which shows that varicella outbreaks were more significant and outstanding than other events.

Finally, the article recommends to keep additional resources in order for the public health services to afford the attendance of events that, because of their magnitude and impact, are considered extraordinary and do not belong to those regularly treated.

**Keywords:** disease outbreaks, communicable disease control, prevention & control, disaster epidemiology.

## Introducción

Las urgencias y emergencias en salud pública se refieren a todo evento extraordinario con aparición en forma súbita que genera —o con potencialidad de generar— un aumento de la morbilidad y mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública (1). Para su atención, se establece una estrategia de control útil en el tema de seguridad sanitaria global que hace énfasis en las enfermedades emergentes y reemergentes con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005; así, se entienden como emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) los eventos que incluyen una combinación de los cuatro criterios siguientes:

1. Gravedad de la repercusión de salud pública.
2. Naturaleza inusitada o imprevista del evento.
3. Posibilidad de propagación internacional del evento, y/o
4. Riesgo de que el evento entrañe restricciones de los viajes o el comercio.

Se incluyen todos los eventos o emergencias en salud pública de interés interna-

cional definidos por el Reglamento Sanitario Internacional (cólera, peste, ébola, fiebre amarilla, entre otros), eventos de origen tecnológico (incendios, intoxicaciones por sustancias químicas, fugas de elementos químicos, encharcamientos y similares) y los relacionados con inocuidad de los alimentos y del agua (ETA), zoonosis y todo brote sospechoso de alcance epidémico.

La respuesta se da por medio de equipos de respuesta inmediata (ERI), los cuales hacen parte del Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático (SDGR-CC), como una estructura operativa y funcional conformada bajo el modelo del Instituto Nacional de Salud (INS), por medio de la Resolución 746 de 2009, "Por la cual se crea el Comité de Gestión y Respuesta a Brotes y Epidemias y se implementan los Equipos de Respuesta Inmediata ERI, en el Instituto Nacional de Salud".

Su actuación se enmarca principalmente en poblaciones cautivas o vulnerables (cárceles, batallones, guarniciones militares, centros de protección y atención integral de niños y adolescentes, centros de atención de personas mayores, conventos, resguardos indígenas). El alcance de los ERI es evaluar la situación desde la dimensión de la salud (conocimiento del riesgo) (2), procurando que el evento no afecte a más personas (reducción/mitigación del riesgo) y con énfasis en el análisis desde el punto de vista epidemiológico de la situación presentada; también, busca evaluar los aspectos clave para la respuesta, la cual está prevista para funcionar por periodos operacionales, desde el inicio del evento (notificación) hasta las siguientes 72 horas.

El análisis de esta información tiene como propósito caracterizar los eventos atendidos por los ERI y establecer si la estrategia de

conformación de estos equipos es funcional para Bogotá; se precisa que actualmente en el país es el único ente territorial que cuenta con personal exclusivo para la atención de estos eventos y, por otro lado, se describe el tipo y la frecuencia de las emergencias en salud pública atendidas por dichos equipos de respuesta inmediata (ERI) de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. durante 2012 a 2018.

## Materiales y métodos

Para el análisis de información se utiliza la base de datos consolidada de los eventos atendidos por los ERI, de la SDS, durante 2012-2018. Esta información se consolida a partir de los datos recolectados de manera

mensual en las cuatro subredes de la ciudad de cada uno de los eventos atendidos. A partir del 2013, la información reportada incluyó grupo etario, unidad de planeamiento zonal (sito de ocurrencia de la urgencia), fecha de notificación, fecha de respuesta, barrios y sitio del evento. La base mensual es recibida los cinco primeros días del mes siguiente al reportado, la cual surte procesos de depuración y ajustes de ser necesarios. En esta se incluyen eventos fallidos, pues requirió activación del grupo y, por ende, desplazamientos para verificación de la situación presentada.

El análisis corresponde a un estudio descriptivo transversal retrospectivo de los eventos presentados en números absolutos y proporciones.

**Tabla 1. Número de eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI), Bogotá D. C., 2012-2018 (n = 13.950 eventos)**

Mes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Enero	111	129	110	112	87	77	115
Febrero	118	128	144	151	127	107	164
Marzo	158	142	189	200	161	144	139
Abril	181	234	159	172	240	98	155
Mayo	185	156	185	176	210	222	193
Junio	145	108	176	151	172	179	106
Julio	166	188	221	173	176	174	104
Agosto	214	177	243	214	87	176	124
Septiembre	238	182	309	247	205	249	111
Octubre	258	216	287	187	189	182	140
Noviembre	187	223	201	178	189	146	142
Diciembre	118	127	107	126	96	96	138
Total	2.079	2.010	2.331	2.087	1.939	1.850	1.653

Fuente: Base de datos de urgencias y emergencias.

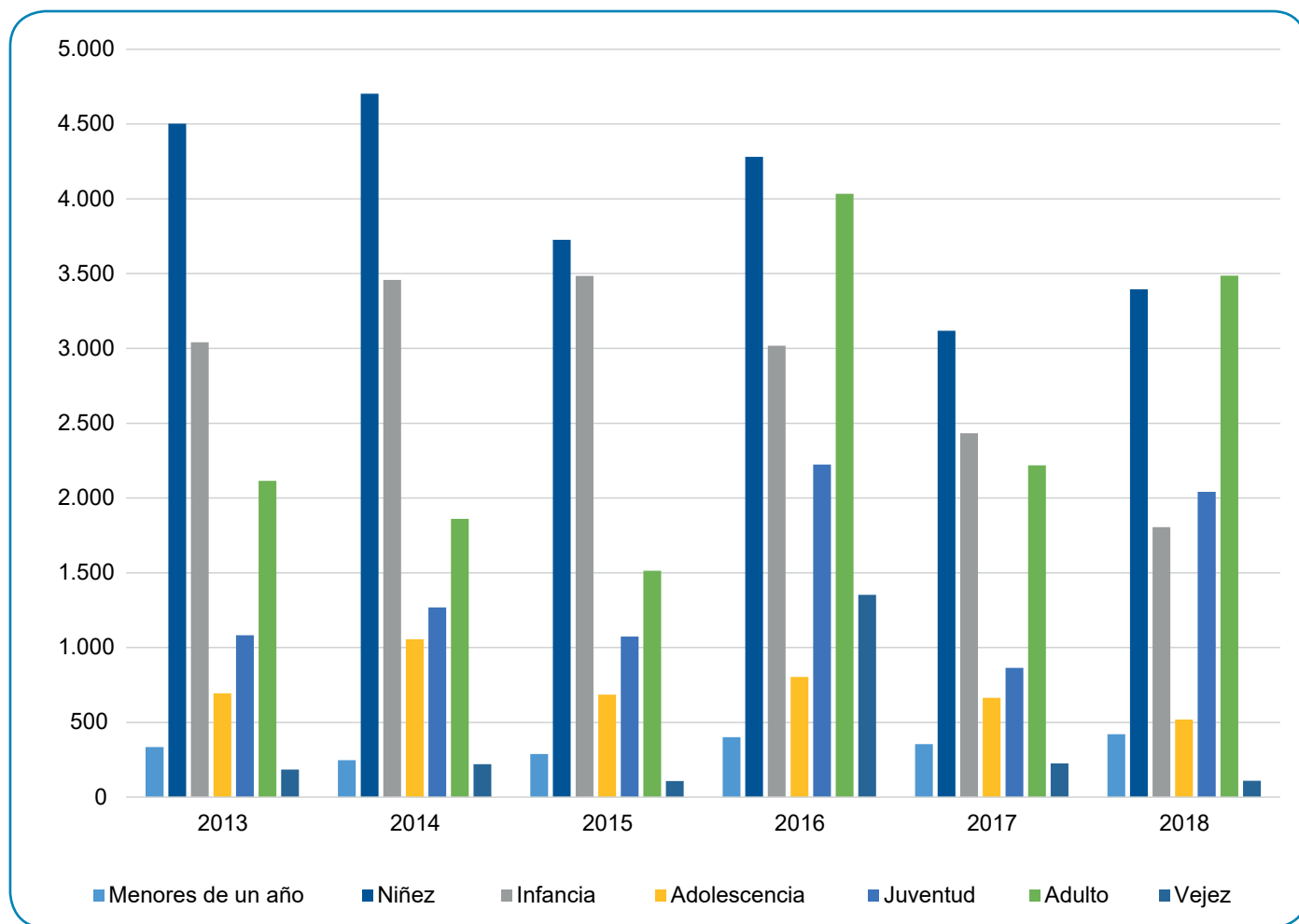
## Resultados

El número medio de eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI) fue de 1093 (2012-2018), equivalente a un total de 13.950 eventos y 73.413 personas afectadas. Llama la atención que en el segundo semestre de cada año el promedio de situaciones atendidas fue superior al del primer semestre (179 y 153 eventos, respectivamente). La tabla 1 muestra la distribución

de los eventos mensuales atendidos por los ERI en cada año del periodo evaluado.

Por otro lado, se observa que el 58,5 % de las personas afectadas son menores de 14 años; así, podría considerarse como una población vulnerable a las situaciones atendidas. La figura 1 muestra el número mensual de personas afectadas según el grupo de edad para cada año del periodo evaluado.

**Figura 1. Grupos de personas afectadas por los eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI), Bogotá D. C., 2013-2018**



*Nota:* menores de un año (menores de 11 meses y 29 días), niñez (de 12 meses a 5 años, 11 meses y 29 días), infancia (de 6 años a 13 años, 11 meses y 29 días), adolescencia (de 14 a 17 años 11 meses y 29 días), juventud (de 18 a 26 años, 11 meses y 29 días), adulto (de 27 a 59 años, 11 meses y 29 días) y vejez (mayor o igual a 60 años).

*Fuente:* Base de datos de urgencias y emergencias.

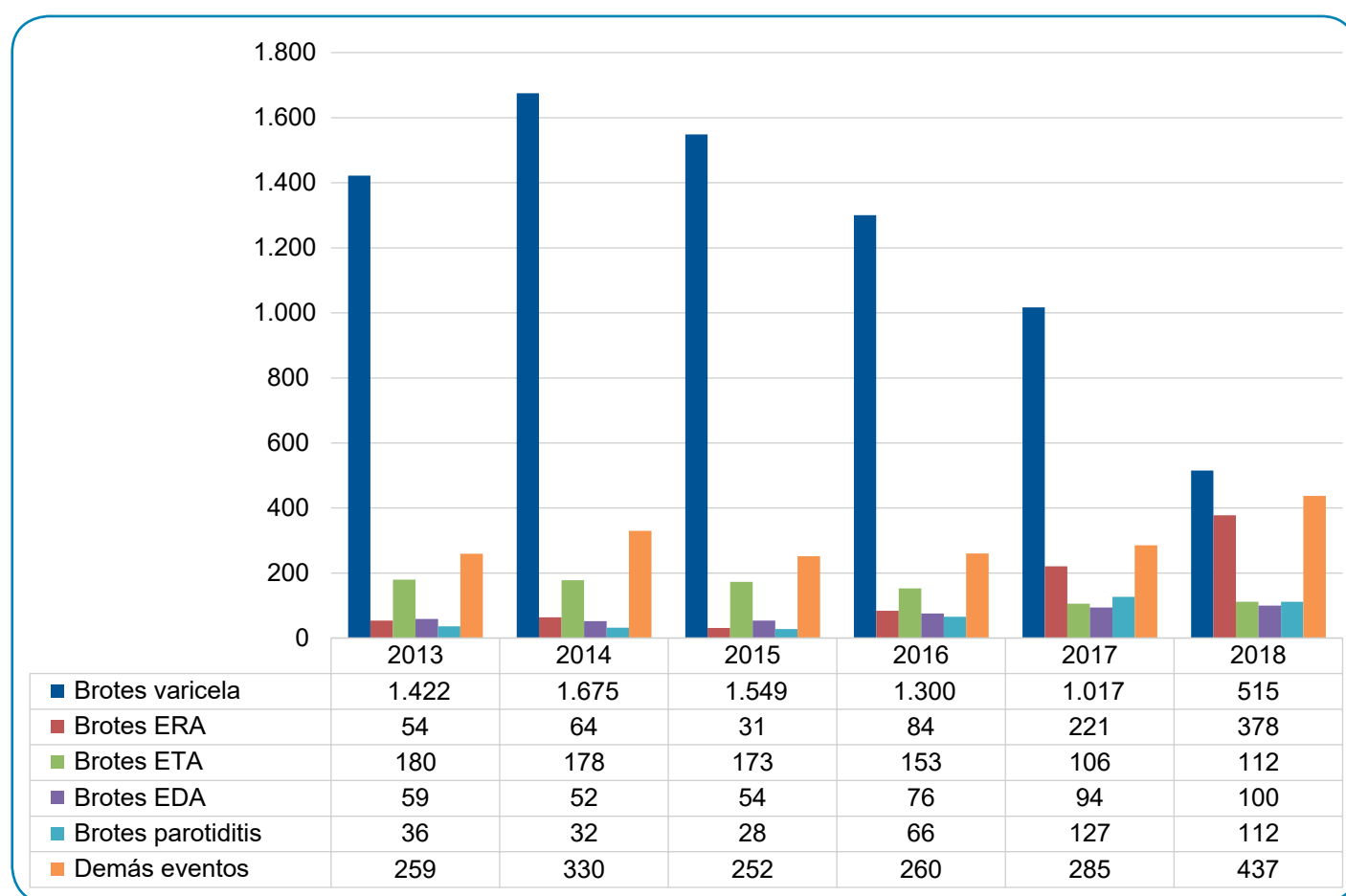


Respecto a los eventos atendidos, los cinco primeros concentran el 84,3 % del total de situaciones atendidas por los ERI, los cuales incluyen los brotes de varicela, los brotes de enfermedad respiratoria aguda (ERA); sin embargo, los brotes de varicela han presentado una disminución al compararse en todos los años hasta el 2018, situación contraria a los brotes de ERA, que han presentado un aumento de más del 200 %, ya que pasaron de 54 en el 2013 a 378 en el 2018; las enfermedades transmitidas por alimentos han disminuido, mientras que las enfermedades diarreicas

agudas (EDA) aumentaron, esto cuando se comparan los casos del 2013 con 2018 (59 casos frente a 100 casos); los brotes de parotiditis han presentado un aumento de más del 100 % (36 en el 2013 frente a 112 en el 2018). Los eventos no especificados que incluyen asistencia a puestos de mando unificados (PMU), asesorías telefónicas, entre otros, se han mantenido con ligera variación en el periodo estudiado.

En la figura 2 se muestra el número de eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI).

**Figura 2. Principales eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI), Bogotá D. C., 2013-2018**

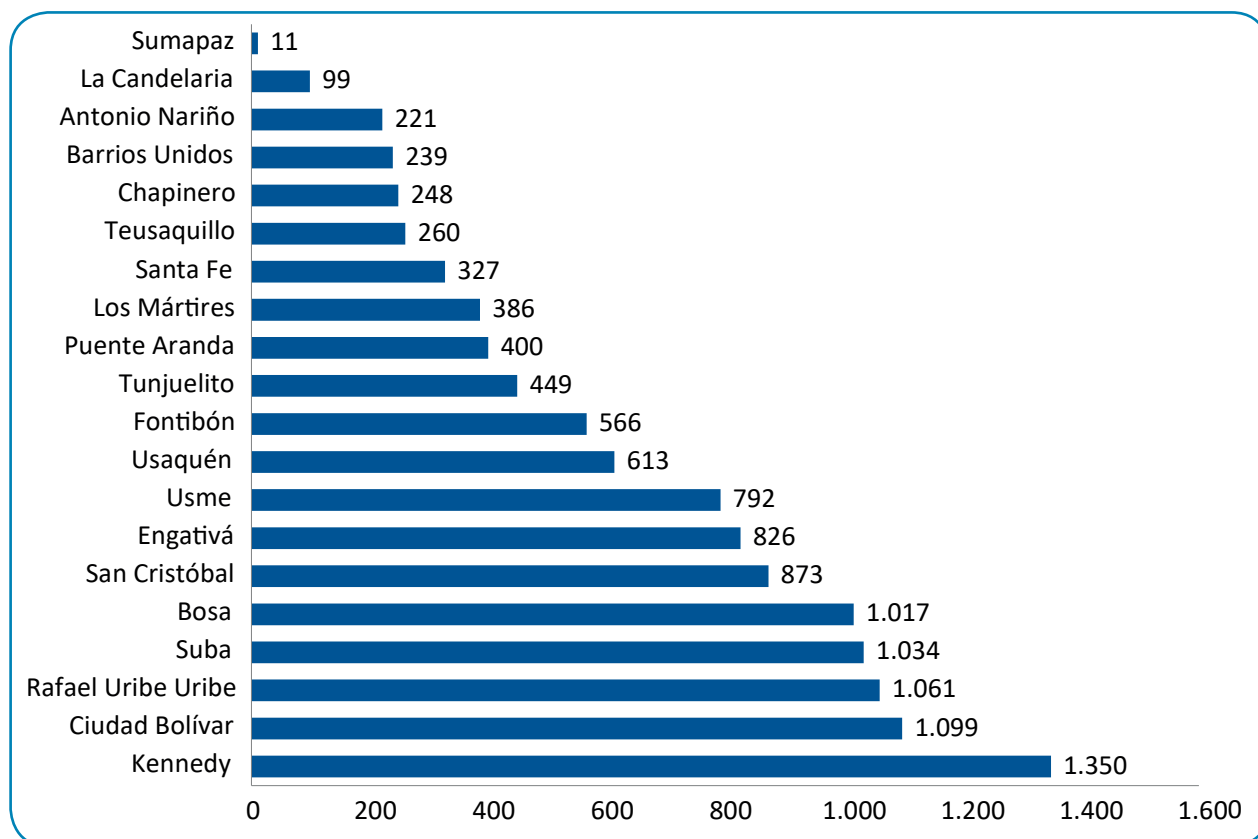


Fuente: Base de datos de urgencias y emergencias.

Las localidades con el mayor número de eventos atendidos para el periodo 2013 a 2018 fueron Kennedy ( $n = 1350$ ; 11,3 %), Ciudad Bolívar ( $n = 1099$ ; 9,2 %) y Rafael Uribe Uribe ( $n = 1061$ ; 8,9 %) (figura 3).

Los sitios de ocurrencia del evento más frecuentes fueron la vivienda y los centros educativos (tabla 2).

**Figura 3. Cantidad de eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI) por localidad, Bogotá D. C., 2013-2018**



Fuente: Base de datos de urgencias y emergencias.

**Tabla 2. Sitio de eventos atendidos por los equipos de respuesta inmediata (ERI), Bogotá D. C., 2013-2018**

Sitio	Frecuencia	%
Vivienda	5.442	45,8
Centro educativo	4.420	37,2
Otros	2.009	16,9
Total	11.871	100,0

Nota: la categoría "otros" incluye parques, espacio público, etc.  
Fuente: Base de datos de urgencias y emergencias.

Las diez unidades de planeamiento zonal (UPZ) (3) que concentran el 24,2 % del total de eventos atendidos por los equipos

ERI en Bogotá se encuentran ubicadas en las subredes Suroccidente y Sur (tabla 3).

**Tabla 3. Diez primeras UPZ con eventos atendidos por los ERI, Bogotá D. C., 2013-2018**

No.	UPZ	Localidad	Eventos	%
1	Bosa Central	Bosa	395	3,33
2	Bosa Occidental	Bosa	301	2,54
3	Patio Bonito	Kennedy	287	2,42
4	Venecia	Tunjuelito	282	2,38
5	Marruecos	Rafael Uribe Uribe	277	2,33
6	Gran Yomasa	Usme	272	2,29
7	Lucero	Ciudad Bolívar	268	2,26
8	Fontibón	Fontibón	267	2,25
9	Diana Turbay	Rafael Uribe Uribe	263	2,22
10	El Rincón	Suba	259	2,18
11	Otras	Resto de UPZ	109	75,82

Fuente: Base de datos de urgencias y emergencias.

## Discusión

Las urgencias y emergencias en salud pública son eventos que se presentan de forma inusitada y que por su naturaleza no pueden ser previstos (4-8); por lo tanto, estas actividades, al estar incluidas dentro del contrato del plan de intervenciones colectivas (PIC) con las subredes integradas de servicios de salud, requieren que sean facturadas por techo fijo y con un talento humano calificado y preparado, tanto en eventos en salud pública (eventos transmisibles) como en gestión del riesgo. Este ítem ha cobrado especial relevancia en los últimos años debido a que la atención de los eventos no se circunscribe

exclusivamente al control epidemiológico o sanitario; reconoce, además, que en situaciones como las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) se debe involucrar al personal de vigilancia sanitaria y ambiental en la investigación epidemiológica de campo (IEC), recursos que pueden ser limitados si se presentan eventos adicionales o complejos a los regularmente atendidos; por lo anterior, en algunas ocasiones es necesario el concurso de otros sectores, como el educativo, para realizar una adecuada atención de eventos.

De manera general, la dinámica de los eventos ha cambiado a lo largo de los años; se encuentra una distribución más

equitativa en el 2018 comparado con 2013 y 2014, en los que se observa que los brotes de varicela se encontraban por encima de los otros eventos de manera significativa y destacada.

Un aspecto fundamental en la atención de estos eventos es la notificación, bien sea por medio telefónico como queja de la comunidad o por medio de los sistemas de notificación epidemiológicos regulares; por lo tanto, un reporte oportuno indicaría una mejor atención. Dicha situación se refleja en el indicador de oportunidad propuesto para la actividad, el cual describe que entre el 80 y el 90 % de los eventos deben ser atendidos antes de las 48 horas posteriores a su reporte. Así mismo, la inclusión de insumos, como elementos de protección personal (EPP), transporte y sistemas de comunicación, se hace obligatoria y permanente para que las actividades realizadas tengan el impacto necesario y se atiendan con oportunidad y calidad, de forma que se minimice el riesgo de los ERI.

Por otro lado, para el control y seguimiento de eventos en salud pública, incluidos brotes, ETA y efectos en salud por emergencias o urgencias sanitarias y/o ambientales —en los que se involucra población cautiva, vulnerable, viajera o migrante a través del trabajo de los equipos de respuesta inmediata (ERI) de las subredes integradas de servicios de salud y el nivel central de la Secretaría de Salud—, se cuenta con equipos de comunicación 24/7, con lo cual se garantiza una atención oportuna e inicial en 48 horas o menos, después de la notificación del evento. Por otro lado, tanto en el nivel central como por medio de la subred se cuenta con los perfiles necesarios para ejecutar las acciones iniciales de control de situaciones que puedan constituirse en una amenaza para la salud pública.

Otro aspecto que complejiza la atención de eventos es la actuación restringida en poblaciones cautivas, como cárceles, resguardos, Fuerzas Militares, por temas de competencia y seguridad, lo cual ha sido trabajado mediante reuniones conjuntas interinstitucionales con el fin de gestionar apoyo mutuo y tener éxito en el control de eventos; no obstante, algunas medidas de restricción en patios de centros de reclusión pueden implicar riesgos más allá de los sanitarios, debido a que las visitas conyugales o regulares son un estímulo para las personas privadas de la libertad (PPL). Así, el manejo de algunos lugares es aún más difícil, por ejemplo, en el jardín infantil ubicado en la cárcel de mujeres, debido a que la presentación de un brote de varicela o parotiditis implica el aislamiento del patio y el cierre del jardín, con efectos sociales y de seguridad no planeados por los equipos de salud.

Finalmente, y en relación con los eventos, se resume que el grupo etario más afectado son los niños de 12 meses a 5 años ubicados en viviendas o centros educativos en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar o Rafael Uribe; de manera preferente se presentan enfermedades inmunoprevenibles, como varicela o parotiditis. Para dichos sitios y poblaciones se podrían plantear estrategias educativas o de sensibilización frente a las enfermedades, así como fortalecer medidas como la vacunación y el cumplimiento de las incapacidades, junto con el uso disciplinado de EPP.

## Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Plan de salud pública de intervenciones colectivas 2017. Vigilancia en salud pública. Anexo operativo 2. Acción integrada “intervenciones indi-

- viduales y colectivas para la vigilancia en salud pública". Bogotá: SDS; 2017.
2. Ley 1523 de 2012 [Internet]. Diario Oficial 48.411 del 24 de abril de 2012. [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>
  3. Cámara de Comercio de Bogotá. ¿Qué son las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ)? [Internet]. [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ccb.org.co/Preguntas-frecuentes/Transformar-Bogota-Articulacion-publico-privada/Desarrollo-Urbano-y-Regional/Que-son-las-Unidades-de-Planeamiento-Zonal-UPZ>
  4. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos. [Internet]. 2017 [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos%202018.pdf>
  5. Fraser C, Riley S, Anderson RM, Ferguson NM. Factors that make an infectious disease outbreak controllable. Proc Natl Acad Sci. 2004;101(16):6146-51.
  6. Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, et al. Global rise in human infectious disease outbreaks. J R Soc Interface. 2014;11(101):20140950.
  7. Connolly MA. Communicable disease control in emergencies: a field manual [Internet]. 2005 [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96340>
  8. Noji EK. Public health in the aftermath of disasters. BMJ. 2005;330(7504):1379-81.



## Tres casos de enfermedad meningocócica en una localidad de Bogotá, D. C.

Carolina García Romero  
Enfermera epidemióloga  
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Distrital de Salud

El 11 de mayo de 2019 se reportaron tres casos de personas con un síndrome compatible con enfermedad meningocócica en la localidad de Fontibón del Distrito Capital de Bogotá. Un hombre de 21 años de edad y una mujer de 24 fallecieron; el tercer caso, un hombre de 36 años, respondió favorablemente al manejo médico en la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.

La enfermedad meningocócica es causada por la *Neisseria meningitidis*, tiene una gran patogenicidad y virulencia; se manifiesta clínicamente como meningitis o meningococemia (sepsis); la primera se constituye en la forma más común y de mejor pronóstico ante la instauración de un tratamiento médico; en contraste, la meningococemia se asocia con una alta letalidad. Constituye un problema de salud pública, por su capacidad de generar brotes y epidemias, el patrón fulminante de la enfermedad, su alta letalidad (los casos fatales ocurren entre 5 y 15 %) y la cantidad de portadores asintomáticos en la comunidad, por lo que es uno de los eventos vigilados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional (SIVIGILA) (1). En Bogotá D. C., la tasa de meningitis bacteriana entre el 2013 y 2017 ha estado por debajo de 1 caso por cada 100.000 habitantes. En 2018 se notificaron 31 casos con dos fallecimientos; en el corrido del 2019 se han notificado 10 casos.

La investigación epidemiológica de campo se realizó de manera inmediata siguiendo el protocolo de respuesta establecido en los lineamientos nacionales (2) y distritales (3) para la vigilancia y atención integral del evento. Los casos, contactos institucionales y comunitarios, posibles formas y tiempos de contagio y susceptibles, fueron caracterizados por un equipo de respuesta inmediata.

Se enviaron muestras al Laboratorio de Salud Pública de Bogotá y al Instituto de Nacional de Salud Pública; se visitaron los domicilios y sitios de tránsito de los casos; se entabló comunicación con más de 3700 contactos potenciales para establecer su nivel de riesgo; se suministró quimioprofilaxis a 58 contactos comunitarios considerados de alto riesgo de infección y enfermedad meningocócica, y a 39 servidores de salud que tuvieron contacto directo con las secreciones respiratorias de los casos; se realizó seguimiento por diez días a las personas expuestas, y se tomaron medidas de control secundarias a la inspección y vigilancia de los establecimientos comerciales con riesgo sanitario identificados en la investigación. Alimentos y bebidas alcohólicas fueron descartados como medio de transmisión en el curso del estudio.

Se identificó la *Neisseria meningitidis* serotipo C como agente causal; a un establecimiento público comercial como sitio de contagio, y la no ocurrencia de casos nuevos de enfermedad meningocócica entre los contactos estrechos.

Dado que se investigó de manera oportuna y efectiva, se administró la profilaxis antibiótica en las primeras 48 horas con seguimiento por diez días al 100 % de los contactos estrechos de los casos y se verificó la no ocurrencia de casos nuevos de enfermedad, se declaró finalmente el

cierre del evento y la investigación.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Salud [internet]. 2019 [citado: 2019 may. 20]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Meningitis.pdf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Lineamientos para la atención clínica integral de pacientes con enfermedad meningocócica en Colombia [internet]. 2018 [citado: 2019 may. 20]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamientos-atencion-clinica-Enfermedad-meningococica-Colombia.pdf>.
3. Secretaría de Salud de Bogotá. Información de Vigilancia en Salud Pública [internet]. S. f. [citado: 2019 may. 20]. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/Informacion\\_Vigilancia\\_SaludPublica.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/Informacion_Vigilancia_SaludPublica.aspx).



## Comportamiento de los principales eventos de salud pública a escala internacional Fecha de corte: 5.º periodo epidemiológico de 2019

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

### Sarampión en el mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con corte al 5 de mayo de 2019, informó que los diez países del mundo con mayor reporte del número de casos de sarampión fueron: Madagascar (84.804 casos), Ucrania (78.659 casos), India (53.170 casos), Pakistán (22.693 casos), Filipinas (16.898 casos), Yemen (13.639 casos), Nigeria

(12.745 casos), Brasil (10.316 casos), Tailandia (6.914 casos) y Kazajistán (5908 casos) (1). En la tabla 1 se presenta el número de casos de sarampión por región en el mundo y su respectiva clasificación.

El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) hizo el siguiente análisis en el informe de evaluación de riesgo de sarampión: la epidemia de sarampión en los últimos tres años, con 44.074 casos informados por 30 Estados miembro entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de marzo de 2019, fue más alta en comparación con los tres años anteriores (2012-2015).

La evaluación epidemiológica afirma que existe un alto riesgo de la circulación generalizada del sarampión en la Unión Europea/ Espacio Económico Europeo (UE/EEE) en un futuro próximo, siempre que se sigan presentando importantes brechas en la inmunidad y bajas coberturas de vacunación, especialmente por tres factores: primero, más de cuatro millones

**Tabla 1. Total de casos notificados de sarampión por región al 5 de mayo de 2019**

Región	Países que notifican	Total de casos sospechosos	Total de casos confirmados	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por laboratorio
Región africana	41 (47)	91.208	83.443	10.207	69.807	3429
Región de las Américas	30 (35)	4949	1080	0	0	1080
Región del Mediterráneo oriental	19 (21)	11.315	7319	4557	526	2236
Región europea	53 (53)	54.052	51.279	33.091	3098	15.090
Región de Asia suroriental	11 (11)	28.037	19.726	13.136	2836	3754
Región del Pacífico occidental	26 (27)	21.905	5391	3496	23	1872
Total	180 (194)	211.466	168.238	64.487	76.290	27.461

Fuente: Organización Mundial de la salud. Regional summary of reported measles cases 5 jun 2019.

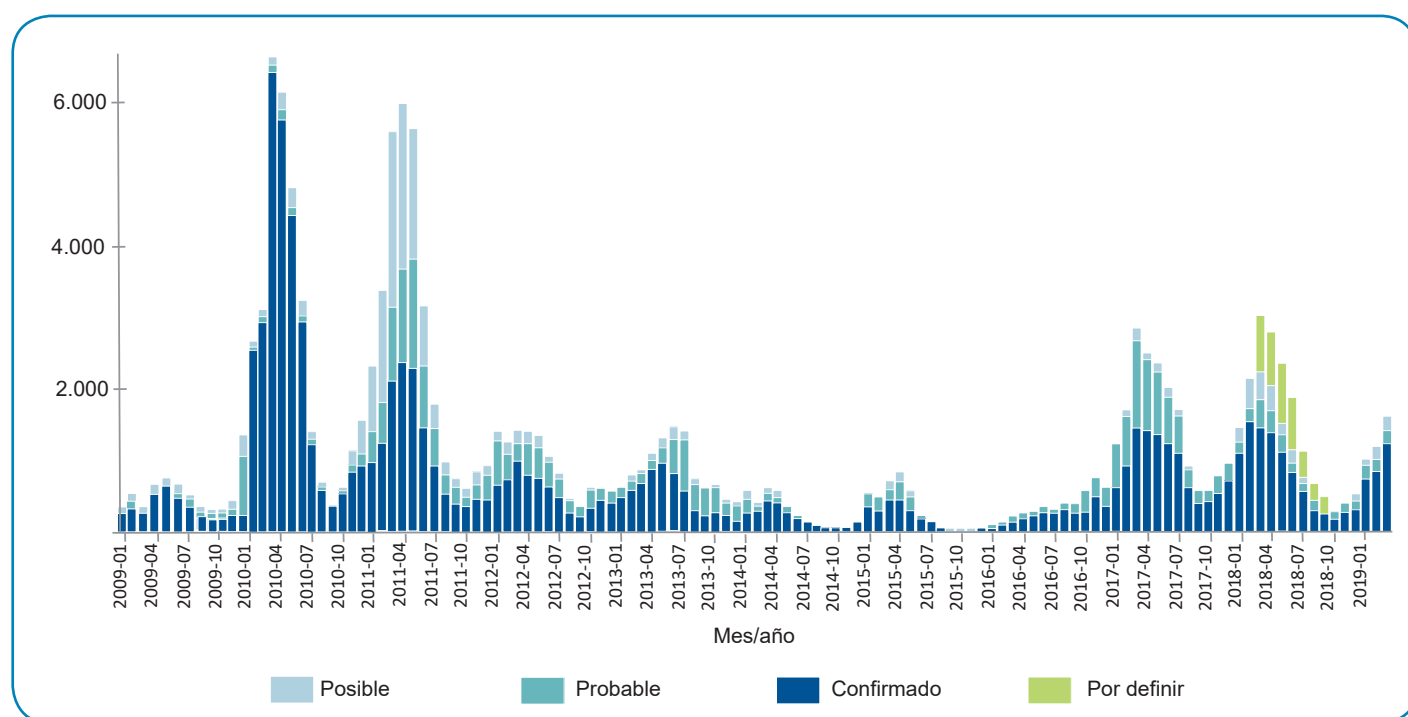


y medio de niños y adolescentes nacidos en la UE/EEE en los últimos 20 años son susceptibles al sarampión, lo que equivale a casi una cohorte de nacimiento completo. Segundo, hay una alta carga de sarampión entre bebés y adultos, que se constituyen en los grupos con mayor riesgo de complicaciones; así entre 2016-2019, la tasa promedio de notificación en los bebés fue de hasta 44 veces más que en los otros grupos de edad, y registraron el 45 % de todas las muertes por sarampión; finalmente, la movilización de las personas, tanto a corto plazo (turismo, trabajo, visitas a amigos y familiares) como a largo plazo (educación, trabajo, familia), conlleva el riesgo de importación de sarampión, pues entre 2016-2019, el 43 % de los casos importados en países de la UE/EEE adquirieron su infección

en otro país de la UE/EEE, principalmente en los endémicos o en los que presentaron grandes brotes.

Entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de marzo de 2019, los Estados miembro de Europa notificaron 144.954 casos de sarampión. Múltiples países se vieron afectados por grandes brotes en 2010 y 2011, en particular Bulgaria (22.162 casos), Francia (19.985 casos), Italia (8161 casos), Rumania (4352 casos) y España (3816 casos). Entre 2012 y 2016, el número de casos notificados disminuyó considerablemente, y volvió a tener un aumento de cuatro veces en los casos de 2017 (18.363) y 2018 (17.228), en comparación con el 2016 (4642). En 2019 fueron notificados 3841 casos hasta el 31 de marzo (figura 1) (2).

**Figura 1. Número y clasificación de casos de sarampión por mes en Europa: del 1 de enero de 2009 al 31 de marzo 2019 (n = 144.954)**



Fuente: Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC).

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó, en el boletín del 17 de mayo de 2019, un total de 1366 casos confirmados de sarampión en 12 países hasta la semana epidemiológica (SE) 20 de 2019, así: Argentina (4 casos), Bahamas (3 casos), Brasil (87 casos), Canadá (54 casos), Chile (4 casos), Colombia (109 casos), Costa Rica (10 casos), Estados Unidos de América (880 casos), México (1 caso), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (203 casos) (3).

Por otra parte, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) informó que 28 estados de Estados Unidos reportaron casos de sarampión: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Misuri, Nuevo México, Nevada, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Oklahoma, Oregón, Pennsylvania, Texas, Tennessee, Virginia y Washington. Pero los estados con brotes fueron: estado de Nueva York, condado Rockland, ciudad de Nueva York, California (condado de Butte, Los Ángeles y Sacramento), Pennsylvania y Washington (4).

En Colombia, según el más reciente boletín epidemiológico publicado por el Instituto Nacional de Salud, hasta la semana epidemiológica 22 de 2019 ingresaron 2.487 casos sospechosos; fueron descartados 1942, permanecen en estudio 423 y se han confirmado 122; de estos últimos, el 30 % (37) es importado; el 57 % (69) corresponde a casos relacionados con la importación, y el 13 % (16) se encuentran con fuente de infección en investigación (5).

## Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática Congo

Desde el 1 de agosto de 2018 y hasta el 28 de mayo de 2019, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo notificó 2084 casos (1990 casos confirmados y 94 probables), incluidas 1.405 muertes (1.311 confirmadas y 94 probables), con una tasa de letalidad del 67 %.

Del total de casos con sexo y edad registrados, el 57 % (1.194) eran mujeres y el 29 % (605), niños menores de 18 años. El número de trabajadores de salud afectados aumentó a 118 (6 % del total de casos).

El brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo (RDC) continúa mostrando una disminución en el número de casos nuevos en las zonas de salud de Katwa, Beni y Kalunguta, mientras en Mabalako y Butembo continúan las tasas moderadas de transmisión. La transmisión continua de EVE dentro de las comunidades en las 12 zonas de salud en las provincias de Kivu del Norte e Ituri, la inoportunidad de detección de casos, las mortalidades fuera de los centros de tratamiento (aproximadamente, un tercio de los casos) y la alta movilidad de la población, representan un alto riesgo de diseminación geográfica, tanto en la RDC como a los países vecinos, entre ellos Uganda, donde ya se han confirmado tres casos de la EVE (6).

## Influenza en las Américas

La OPS indica el inicio temprano de la temporada de influenza en algunos países del hemisferio sur y la posibilidad de que se pre-

sente el pico máximo de actividad estacional en las próximas semanas, lo que evidencia la circulación viral por país y la actividad de infección respiratoria aguda (IRAG) evaluada por la tasa de hospitalizaciones.

En la subregión del Cono Sur se notificó una mayor actividad de influenza e infección respiratoria aguda (IRAG) en toda la subregión desde la semana epidemiológica (SE) 13 de 2019, con predominio de influenza A (H1N1) pdm09 en la mayoría de los países. Argentina ha mostrado inicio temprano de la temporada de influenza desde la SE 13 de 2019, con predominio de influenza A(H3N2); la actividad de IRAG presenta tendencia al aumento; Chile presenta tendencia creciente desde la SE 17 de 2019 y un fuerte aumento registrado entre la SE 21 y SE 22 de 2019; la influenza A(H1N1) pdm09 predominó con cocirculación de influenza A (H3N2) e influenza B (predominó el linaje B/Yamagata), y la actividad de IRAG con niveles elevados en comparación con temporadas anteriores; Paraguay, hasta la SE 22 de 2019, con actividad elevada y predominio de influenza A(H1N1) pdm09; así, con un aumento pronunciado entre la SE 21 y 22 de 2019, la actividad de IRAG se ha elevado en comparación con temporadas anteriores. En Brasil, a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza se mantuvo baja con predominio de influenza A(H1N1) pdm09. Y en Uruguay, la actividad de influenza está en niveles bajos, pero en aumento en SE 21; la actividad de IRAG se encuentra en niveles moderados en comparación con temporadas anteriores.

En la subregión Andina, a partir de la SE 22 de 2019, se ha informado una baja actividad de influenza con predominio de influenza A (H3N2). En Bolivia, la influenza y las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) han aumentado lentamente en las

últimas semanas, pero se mantuvieron en los niveles esperados. En Colombia, la actividad de influenza e IRAG está en niveles bajos, pero en aumento, y la actividad del virus sincitial respiratorio (VSR) se mantuvo en niveles moderados a partir de la SE 22 de 2019. En Ecuador, la positividad del porcentaje de influenza aumentó y sobrepasó el umbral de alerta, aunque el porcentaje de casos de IRAG se mantuvo en los niveles esperados. Perú, hasta la fecha, reporta actividades de influenza baja e IRAG con actividad de virus sincitial respiratorio (VSR) moderada a partir de la SE 22 de 2019. Venezuela reporta baja actividad de influenza con predominio de influenza A(H1N1) pdm09.

En la subregión del Caribe, de la SE 4 a SE 16 de 2019, la actividad de influenza aumentó en la subregión con predominio de influenza A (H1N1) pdm09. A partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza e IRAG es baja y continúa disminuyendo; la influenza A (H3N2) predominó en las últimas semanas, con la excepción de Puerto Rico, donde hasta la SE 16 de 2019, la actividad de influenza se encontraba en niveles moderados en comparación con la temporada anterior en 2018.

En la subregión de América Central, a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza e IRAG se mantuvo en niveles bajos en la mayoría de los países con cocirculación de influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2) e influenza B. Sin embargo, en Costa Rica, a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza se encuentra en niveles moderados, con una tendencia creciente desde la SE 17 de 2019; circularon influenza A (H1N1) pdm09 e influenza A (H3N2). La actividad de IRAG y muertes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) aumentó ligeramente en las últimas semanas, pero se mantuvo dentro de los niveles esperados. En Guatemala,

la actividad de influenza se notificó como moderada entre las SE 9 y 17 de 2019; sin embargo, las detecciones han tenido una tendencia a la baja desde la SE 18 de 2019; la actividad de IRAG se mantuvo en niveles bajos a partir de la SE 22 de 2019.

En la subregión de América del Norte, a partir de la SE 22 de 2019, la actividad de influenza se mantuvo en niveles bajos y disminuyó a niveles interestacionales.

La OPS hace un llamado a los países miembro para adoptar las medidas necesarias con el fin de garantizar un manejo clínico adecuado, asegurar el cumplimiento estricto de medidas de control y prevención de infecciones en los servicios de atención de salud, brindar los suministros apropiados de antivirales y dar el tratamiento oportuno de las complicaciones (7).

## Monitoreo de poliomielitis

La OMS declaró la poliomielitis 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 29 de mayo de 2019 se notificaron 29 casos de poliovirus salvaje en dos países endémicos: Pakistán (21) y Afganistán (8), mientras en el mismo periodo en el 2018 se presentaron 12 casos: Afganistán (9) y Pakistán (3).

En cuanto a poliovirus derivado de la vacuna cVDPV, hasta el 29 de mayo de 2019 se notificaron 12 casos de cVDPV2, en Nigeria (8), Somalia (2), República del Congo (1) y Níger (1). Durante el mismo periodo en 2018

se reportaron 16 casos en la República Democrática del Congo (8), Somalia (4), Nigeria (2) y Papúa Nueva Guinea (2) (8).

El 23 de mayo de 2019, la OMS recibió una notificación, a través de la Red Global de Laboratorios contra la Polio, sobre la detección de poliovirus tipo 2 (cVDPV2) derivado de la vacuna en una muestra ambiental recolectada el 20 de abril de 2019 en un hospital en el norte de Camerún. En esta región, la cobertura de la vacuna en 2018 con el poliovirus inactivado (IPV1) y la vacuna oral contra el poliovirus (OPV3) fue del 73 y el 72 %, respectivamente. El virus se detectó solo en una muestra ambiental; hasta el momento no se han detectado casos asociados a parálisis (9).

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza. [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/measles\\_monthlydata/en/](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/)
2. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). [Internet]. Estocolmo, Suecia. [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-measles-eu-eea-2019>
3. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=measles-bulletin-8&alias=48933-measles-rubella-weekly-bulletin-20-18-may-2019&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=measles-bulletin-8&alias=48933-measles-rubella-weekly-bulletin-20-18-may-2019&Itemid=270&lang=en)

4. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). [Internet]. Atlanta, Estados Unidos. [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks-sp.html>
5. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Bogotá, Colombia. [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2022.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza [citado 13 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/13-june-2019-ebola-drc/en/>
7. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C [citado 17 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=influenza-incluye-pandemia-h1n1-2009-2152&alias=49056-14-de-junio-de-2019-influenza-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=influenza-incluye-pandemia-h1n1-2009-2152&alias=49056-14-de-junio-de-2019-influenza-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es)
8. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). [Internet]. Estocolmo, Suecia. [citado 17 de junio de 2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/communicable-disease-threats-report-2-june-2019.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza [citado 17 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/06-june-2019-polio-cameroon/en/>



**Comportamiento de la notificación de casos confirmados, para los eventos trazadores en Bogotá con corte a periodo 5 de 2019  
(Periodo epidemiológico 5, del 12 de mayo al 18 de mayo de 2019 - 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	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	822	146	769	127	637	72	886	168	600	120	374	63	8.940	1.644
Bajo peso al nacer	110	106	27	205	32	33	6	193	43	121	28	566	108	2.154	427
Cáncer de mama y cuello uterino	155	36	17	291	53	67	5	64	21	27	5	413	65	1.313	288
Cáncer en menores de 18 años	115	17	3	46	7	0	0	2	1	23	1	6	0	174	14
Chagas agudo	205	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	1
Chagas crónico	205	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	1
Chikungunya	217	9	1	10	1	2	0	3	3	1	0	5	0	35	5
Defectos congénitos	215	27	3	164	35	4	0	49	13	25	11	122	28	720	163
Dengue	210	80	25	193	44	54	6	72	15	69	20	87	16	909	203
Dengue grave	220	2	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2
Desnutrición aguda, moderada y grave en menores de 5 años	113	51	11	80	20	61	12	105	30	20	6	30	6	1.320	314
Endometritis puerperal	351	7	0	9	0	7	0	16	0	0	0	21	2	107	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	23	1
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	119	32	0	0	0	0	25	3	0	0	0	0	218	45
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	305	46	257	54	1	0	68	5	172	55	357	94	1.423	304
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	2	0	2	0	5	0	0	0	1	1	24	3
Exposición a flúor	228	44	11	0	0	0	0	13	7	0	0	0	0	1.002	259
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Hepatitis A	330	14	0	26	1	7	0	17	2	8	3	17	3	135	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	26	5	20	4	9	2	69	12	16	0	50	13	268	51
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI	357	22	1	38	6	1	0	27	3	3	0	49	9	333	40
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	15	0	2	0	0	0	3	0	0	0	5	2	42	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	352	20	0	32	1	5	0	9	0	5	0	47	1	194	8
Intento de suicidio	356	1	0	3	1	2	0	4	0	0	0	5	1	21	3
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	205	54	122	24	91	8	180	31	151	35	112	22	1.389	262
Leishmaniasis cutánea	420	7	0	0	0	4	0	8	0	1	0	4	0	60	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	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	2	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Lesiones de causa externa	453	3	0	6	0	5	0	0	0	1	1	0	0	33	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0	20	1
Malaria	465	16	2	35	6	11	0	5	0	9	2	4	2	162	22
Meningitis	535	9	3	9	3	0	0	4	0	4	0	1	0	55	9
Morbilidad materna extrema	549	150	30	235	34	46	9	247	63	77	25	478	95	2.655	615
Mortalidad materna datos básicos	551	3	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	0	19	1
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	43	5	54	13	19	3	43	7	17	8	111	19	543	115
Parotiditis	620	269	42	238	40	168	20	231	46	260	37	107	25	2.491	405
Sarampión	730	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Sífilis congénita	740	2	0	0	0	5	0	11	2	0	0	8	0	84	15
Sífilis gestacional	750	19	4	7	3	16	2	36	9	6	2	24	4	418	93
Tosferina	800	4	0	7	0	0	0	1	0	0	0	2	0	29	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	53	10	78	13	26	3	24	3	19	6	66	14	596	108
Varicela individual	831	407	82	359	98	293	50	649	104	389	92	179	55	4.754	1.051
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	4	1	1	0	0	0	1	0	3	1	1	0	24	8
VIH/sida/mortalidad por sida	850	145	34	176	31	83	13	197	36	226	45	408	82	2.005	368
Zika	895	5	2	1	1	0	0	3	1	0	0	1	1	15	7
<b>Total por localidad</b>		<b>3.072</b>	<b>599</b>	<b>3.484</b>	<b>654</b>	<b>1.663</b>	<b>211</b>	<b>3.273</b>	<b>628</b>	<b>2.259</b>	<b>503</b>	<b>3.672</b>	<b>731</b>	<b>34.763</b>	<b>6.883</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	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	106	19	531	93	246	35	79	13	14	5	634	140	8.940	1.644
Bajo peso al nacer	110	0	0	304	68	208	38	0	0	0	0	89	10	2.154	427
Cáncer de mama y cuello uterino	155	0	0	60	22	47	18	53	10	0	0	24	10	1.313	288
Cáncer en menores de 18 años	115	2	0	27	2	47	0	0	0	0	0	2	0	174	14
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	1
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	1
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	5
Defectos congénitos	215	0	0	87	16	75	15	5	2	0	0	24	9	720	163
Dengue	210	10	0	25	3	34	0	11	1	0	0	50	6	909	203
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	2
Desnutrición aguda, moderada y grave en menores de 5 años	113	17	3	91	30	13	3	39	3	0	0	126	26	1.320	314
Endometritis puerperal	351	0	0	9	0	9	2	0	0	0	0	2	0	107	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	11	0	0	0	6	1	0	0	0	0	23	1
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	0	0	0	0	0	0	20	2	0	0	0	0	218	45
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	79	15	8	2	115	27	3	1	0	0	6	0	1423	304
Evento adverso seguido a la vacunación	298	2	1	0	0	3	0	1	0	0	0	3	0	24	3
Exposición a flúor	228	17	5	39	19	10	0	341	41	19	7	33	4	1.002	259
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Hepatitis A	330	0	0	8	0	4	0	3	0	0	0	4	0	135	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	4	0	8	2	5	1	2	0	0	0	19	0	268	51
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI	357	4	1	16	0	66	8	24	1	0	0	14	2	333	40
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	3	0	4	0	5	0	0	0	1	0	42	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	352	0	0	17	1	24	2	2	0	0	0	14	2	194	8
Intento de suicidio	356	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	0	21	3
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	1	0	56	8	54	8	4	0	7	7	31	5	1.389	262
Leishmaniasis cutánea	420	0	0	0	0	2	1	10	0	0	0	1	0	60	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lesiones de causa externa	453	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	33	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	20	1
Malaria	465	1	0	6	2	4	0	11	1	0	0	12	2	162	22
Meningitis	535	1	0	4	1	16	2	2	0	0	0	2	0	55	9
Morbilidad materna extrema	549	0	0	392	102	514	127	0	0	0	0	76	15	2.655	615
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	19	1
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	2	1	75	13	46	9	0	0	0	0	23	10	543	115
Parotiditis	620	11	0	37	5	48	4	36	3	1	0	211	39	2.491	405
Sarampión	730	1	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Sífilis congénita	740	0	0	19	4	7	2	0	0	0	0	3	0	84	15
Sífilis gestacional	750	1	0	63	9	11	4	10	2	0	0	23	3	418	93
Tosferina	800	1	0	4	0	3	0	0	0	0	0	1	0	29	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	4	0	97	12	57	13	46	11	1	1	30	5	596	108
Varicela individual	831	46	8	116	24	83	21	91	18	3	2	466	113	4.754	1.051
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	8
VIH/sida/mortalidad por sida	850	16	2	66	17	57	8	105	21	1	0	94	14	2.005	368
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	7
<b>Total por localidad</b>		<b>328</b>	<b>56</b>	<b>2.186</b>	<b>456</b>	<b>1.826</b>	<b>349</b>	<b>916</b>	<b>132</b>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>2.026</b>	<b>416</b>	<b>34.763</b>	<b>6.883</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Suroccidente								Red Sur								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*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	0	0	0	0	2	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	247	59	1292	238	281	65	678	133	209	39	161	36	372	73	2	0	8.940	1.644
Bajo peso al nacer	110	33	6	124	29	13	4	1	0	1	0	36	0	121	28	0	0	2.154	427
Cáncer de mama y cuello uterino	155	10	2	101	21	15	6	56	14	0	0	18	11	31	8	0	0	1.313	288
Cáncer en menores de 18 años	115	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	174	14
Chagas agudo	205	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Chagas crónico	205	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Chikungunya	217	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	35	5
Defectos congénitos	215	6	3	39	10	7	1	10	0	1	0	23	3	52	14	0	0	720	163
Dengue	210	2	0	81	23	9	0	102	32	3	1	12	6	15	5	0	0	909	203
Dengue grave	220	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2
Desnutrición aguda, moderada y grave en menores de 5 años	113	137	40	191	42	70	18	82	16	22	6	86	28	98	14	1	0	1.320	314
Endometritis puerperal	351	2	0	10	0	2	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	107	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	23	1
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	0	0	19	5	0	0	0	0	0	0	35	3	0	0	0	0	218	45
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	0	0	4	1	1	0	46	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1423	304
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	24	3
Exposición a flúor	228	15	4	149	10	47	11	9	5	17	3	3	2	244	129	2	1	1.002	259
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Hepatitis A	330	3	1	14	0	5	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	135	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	5	2	18	5	1	1	5	1	0	0	6	3	5	0	0	0	268	51
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI	357	0	0	49	8	0	0	0	0	0	0	18	1	2	0	0	0	333	40
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	352	3	0	10	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	194	8
Intento de suicidio	356	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	21	3
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	8	1	214	36	50	12	56	6	7	1	15	1	25	3	0	0	1.389	262
Leishmaniasis cutánea	420	1	0	2	0	3	0	9	0	0	0	2	0	6	0	0	0	60	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lesiones de causa externa	453	3	1	2	1	0	0	10	3	0	0	0	0	0	0	0	0	33	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	20	1
Malaria	465	3	0	17	3	6	1	6	0	3	0	7	1	6	0	0	0	162	22
Meningitis	535	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	9
Morbilidad materna extrema	549	14	4	210	69	38	10	0	0	0	0	54	0	124	32	0	0	2.655	615
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	19	1
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	6	2	47	11	7	1	0	0	0	0	12	0	38	13	0	0	543	115
Parotiditis	620	32	5	344	57	119	21	257	45	23	7	63	7	35	2	1	0	2.491	405
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	12	0
Sífilis congénita	740	2	0	11	3	1	0	0	0	0	0	3	0	12	4	0	0	84	15
Sífilis gestacional	750	22	6	54	12	16	3	16	3	11	1	18	2	65	24	0	0	418	93
Tosferina	800	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	29	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	5	0	40	6	12	3	11	5	0	0	17	2	10	1	0	0	596	108
Varicela individual	831	84	21	582	138	234	71	445	101	70	9	113	23	144	21	1	0	4.754	1.051
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	8	2	2	2	0	0	24	8
VIH/sida/mortalidad por sida	850	37	8	221	29	35	5	37	7	16	3	35	7	50	6	0	0	2.005	368
Zika	895	0	0	2	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	15	7
<b>Total por localidad</b>		<b>684</b>	<b>165</b>	<b>3.875</b>	<b>759</b>	<b>977</b>	<b>234</b>	<b>1.850</b>	<b>379</b>	<b>384</b>	<b>70</b>	<b>759</b>	<b>138</b>	<b>1.476</b>	<b>380</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>34.763</b>	<b>6.883</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	2	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	209	39	161	36	372	73	2	0	8.940	1.644
Bajo peso al nacer	110	1	0	36	0	121	28	0	0	2.154	427
Cáncer de mama y cuello uterino	155	0	0	18	11	31	8	0	0	1.313	288
Cáncer en menores de 18 años	115	0	0	0	0	0	0	0	0	174	14
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Chikungunya	217	1	0	0	0	0	0	0	0	35	5
Defectos congénitos	215	1	0	23	3	52	14	0	0	720	163
Dengue	210	3	1	12	6	15	5	0	0	909	203
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2
Desnutrición aguda, moderada y grave en menores de 5 años	113	22	6	86	28	98	14	1	0	1.320	314
Endometritis puerperal	351	0	0	0	0	13	0	0	0	107	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	0	0	0	0	0	23	1
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	0	0	35	3	0	0	0	0	218	45
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	0	0	1	0	0	0	0	0	1.423	304
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	1	0	0	0	0	0	24	3
Exposición a flúor	228	17	3	3	2	244	129	2	1	1.002	259
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Hepatitis A	330	0	0	0	0	0	0	0	0	135	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	0	0	6	3	5	0	0	0	268	51
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI	357	0	0	18	1	2	0	0	0	333	40
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	42	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	352	0	0	1	0	4	0	0	0	194	8
Intento de suicidio	356	0	0	1	0	0	0	0	0	21	3
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	7	1	15	1	25	3	0	0	1.389	262
Leishmaniasis cutánea	420	0	0	2	0	6	0	0	0	60	1
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lesiones de causa externa	453	0	0	0	0	0	0	0	0	33	6
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	2	0	1	1	0	0	20	1
Malaria	465	3	0	7	1	6	0	0	0	162	22
Meningitis	535	0	0	0	0	0	0	0	0	55	9
Morbilidad materna extrema	549	0	0	54	0	124	32	0	0	2.655	615
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	2	0	1	0	0	0	19	1
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	0	0	12	0	38	13	0	0	543	115
Parotiditis	620	23	7	63	7	35	2	1	0	2.491	405
Sarampión	730	0	0	2	0	0	0	0	0	12	0
Sífilis congénita	740	0	0	3	0	12	4	0	0	84	15
Sífilis gestacional	750	11	1	18	2	65	24	0	0	418	93
Tosferina	800	0	0	2	0	0	0	0	0	29	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	0	0	17	2	10	1	0	0	596	108
Varicela individual	831	70	9	113	23	144	21	1	0	4.754	1.051
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	8	2	2	2	0	0	24	8
VIH/sida/mortalidad por sida	850	16	3	35	7	50	6	0	0	2.005	368
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	15	7
<b>Total por localidad</b>		<b>384</b>	<b>70</b>	<b>759</b>	<b>138</b>	<b>1.476</b>	<b>380</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>34.763</b>	<b>6.883</b>

\*ac - acumulado (Del 30 de diciembre de 2018 al 18 de mayo de 2019)

\*pe - período (Período epidemiológico 5 del 12 de mayo al 18 de mayo de 2019 - Información Preliminar).

NOTA: Vigilancia de Chagas: Bogotá ha concentrado su vigilancia en el evento de chagas agudo y en gestantes.

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, mortalidad por dengue, parálisis flácida aguda (menores de 15 años), peste (bubónica/neumónica), rabia animal en perros y gatos, rabia humana, rubéola, síndrome rubéola congénita, tétanos accidental, tétanos neonatal, tifus endémico transmitido por pulgas, tifus epidémico transmitido por piojos, vigilancia de la rabia por laboratorio, vigilancia en salud pública de las violencias de género.

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2018-2020 - Información preliminar 2019