



Brote de viruela símica (Mpox) asociada a la atención en salud, Bogotá Colombia, noviembre de 2022

4

Editorial

5

Artículo central

15

Noticia epidemiológica

16

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

20

Comportamiento de eventos a nivel Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá
Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud
Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública
Julián Alfredo Fernández Niño

Coordinación general del documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de
Políticas de Salud Colectiva
María Belen Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Diana Marcela Walteros Acero

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

Oficina Asesora de Comunicaciones

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
Estefanía Fajardo De la Espriella

Corrección de estilo
Adriana Helena Carrillo Monsalve

Líder equipo de diseño
María Camila Rodríguez Roa

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
www.freepik.es

ISSN 0123 - 8590
ISSN: 2954- 6567 (En línea)
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2025
www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial 4

Brote de viruela símica (Mpox) asociada a la atención en salud, Bogotá
Colombia, noviembre de 20224 5

Las pruebas de tamizaje en el Diagnostico de la hepatitis B y C 15

Información emergencias en salud de interés internacional - ESPII corte a
julio del 2024 16

Comportamiento de la notificacion de casos confirmados, por localidad
de residencia, para los eventos trazadores en Bogotá, con corte a
periodo 01 de 2024 20

Editorial

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son tratadas globalmente como un problema de salud pública por su morbilidad, discapacidad y muerte creciente, aumento de los costos sanitarios y, si se implementan intervenciones relacionadas con la seguridad y calidad de la atención, potencial preventivo.

La mayoría de las variables relacionadas con sus causas son conocidas, lo que facilitaría el desarrollo de modelos predictivos según el contexto. En general dependen de variables biológicas e individuales, como los microorganismos responsables, características y condiciones de los sujetos de atención; institucionales, como el nivel de complejidad de servicio, intervenciones que se realizan y patrón de sensibilidad y resistencia a los antibióticos; comportamentales, como la conducta del personal de salud, la aplicación adecuada de las medidas de contención primaria, el lavado correcto de las manos y la desinfección y/o esterilización del instrumental, equipos y ambientes hospitalarios. En relación con esta última, hay disponible una gran cantidad de publicaciones sobre investigaciones de brotes en las que se ha logrado establecer que el personal asistencial y médico estuvo implicado en la cadena de transmisión por incumplimiento de las medidas de prevención y control.

Como en la mayoría de las enfermedades transmisibles, una eventual complicación de las IAAS es su potencial capacidad de producir brotes, representación epidemiológica que en su definición clásica corresponde con un aumento inusitado de casos de un evento en una población, en un territorio y en un periodo determinado. Sin embargo, para este tipo de infecciones el concepto podría ampliarse en las instituciones de salud a aquellos casos en que se presenta un nuevo perfil de resistencia o la aparición de un microorganismo del que previamente no se tenía noticia. Es decir, la aparición de un primer caso por un nuevo microorganismo (parásito, virus, bacteria u hongo) de interés epidemiológico en la IPS, debiera ser suficiente para generar una alerta institucional frente a un potencial brote.

El artículo central de la presente edición del Boletín Epidemiológico Distrital describe un caso causado por un germen emergente que, por sus características epidemiológicas, potencial epidémico y factores asociados, fue estudiado e intervenido como un brote de IAAS.

Brote de viruela símica (Mpox) asociada a la atención en salud, Bogotá Colombia, noviembre de 2022

Andrea Jimena Rodríguez Prieto¹

La autora declara que su aporte fueron el diseño, consecución de datos, interpretación y análisis de datos, así como la redacción del artículo.

Las opiniones expresadas en el presente artículo no reflejan la posición oficial de las instituciones.

Resumen

El 22 de noviembre de este año se recibió información sobre sospecha de brote por infección asociada a la atención (IAAS) en un paciente bajo aislamiento protector por cardiopatía dilatada, eritrodermia psoriásica del 80%, sin antecedentes de riesgo para viruela símica (mpox). El anterior 11 de noviembre se sospechó mpox por presencia de lesiones pustulosas y adenopatías, con confirmación por laboratorio. Recibida la información, la secretaría local de salud coordinó acciones para confirmar el brote y verificar las medidas de control.

La investigación epidemiológica de brote incluyó verificación en historias clínicas, búsqueda sistemática de casos, caracterización de contactos hospitalarios para el periodo de octubre a noviembre y visita institucional. A partir de ello se construyó la curva epidémica, se estableció la tasa de ataque, y se aplicaron medidas necesarias para prevenir el contagio por contacto.

En este caso se caracterizó el brote con la identificación de un caso de IAAS por viruela símica en adulto mayor, con inicio de síntomas durante la hospitalización; contacto de caso índice masculino, con diagnósticos de infección VIH, hepatitis B y mpox, confirmada en octubre; egresa en diciembre condición final vivo; con posible trans-

misión cruzada por dispositivo biomédico, probablemente asociada a la limpieza y desinfección del fonendoscopio individual del personal médico. Tasa de ataque en la población hospitalizada de 7,69 % (1/13). La fuente de infección fue desconocida.

Se confirmó un brote de IAAS de infección por mpox en un paciente hospitalario, con alta probabilidad de transmisión cruzada entre pacientes por dispositivos biomédicos, por incumplimiento de las medidas de control de infecciones. Se encontraron deficiencias en los procesos de prevención de infecciones y en consecuencia se recomendó intensificar las medidas de bioseguridad.

Palabras clave: Infecciones asociadas a la atención en salud, mpox, infecciones, viruela símica.

Summary

On 22nd November, a suspected outbreak due to care-associated infection was reported in a patient under protective isolation for dilated heart disease, 80 % psoriatic erythroderma, with no history of risk for mpox. On 11th November, mpox was suspected due to pustular lesions and lymphadenopathy, with laboratory confirmation. The local health department coordinated actions to confirm the outbreak and verify control measures.

The epidemiological investigation of the outbreak included verification of medical records, systematic case search, characterization of hospital contacts from October to November, and institutional visit. Epidemic curve was constructed and the attack rate was established. Necessary measures were applied to prevent contagion by contact.

The outbreak was characterized with the identification of a case of IAAS due to monkeypox in an older adult, with onset of symptoms during hospitalization; contact of a male index case, with diagnoses of HIV infection, hepatitis B and monkeypox, confirmed in October, discharged in December final condition alive; with possible cross-transmission by biomedical device, probably associated with the cleaning and disinfection of the individual stethoscope of the medical staff. Attack rate in the hospitalized population of 7,69 % (1/13). The source of infection was unknown.

1. Profesional especializado, Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud. Estudiante Programa de Epidemiología de Campo FETP - nivel avanzado cohorte 2022-2024.

Deficiencies were found in infection prevention processes.

An IAAS outbreak of mpox infection was confirmed in a hospital patient, with a high probability of cross-transmission between patients through biomedical devices, due to non-compliance with infection control measures. It was recommended to intensify biosafety measures.

Keywords: Infections associated with health care, mpox, infections, Monkeypox.

1. Antecedentes

El 18 de noviembre de 2024 el servicio de infectología de la institución prestadora de servicios de salud (IPS) notifica al referente de infecciones intrahospitalario un caso sospechoso de infección asociada a la atención (IAAS) en un paciente hospitalizado en el servicio de aislamiento, quien realiza una evaluación preliminar y convoca de manera extraordinaria el comité de infecciones institucional.

El prestador de servicios de salud realizó comité extraordinario de infecciones asociadas a la atención de salud con la participación de los referentes del programa de seguridad del paciente, así como del referente técnico del programa de IAAS, el epidemiólogo hospitalario, el infectólogo y los médicos tratantes (dermatólogo e internista); se concluyó la configuración de brote y se tomaron medidas iniciales de contención y de control de la posible fuente de infección. Se realizó la respectiva notificación al equipo de transmisibles - grupo de IAAS de la subdirección de vigilancia en salud pública de la Secretaría Local de Salud, quienes a su vez activaron el equipo de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

El caso índice se reportó en adulto mayor con diagnósticos de cardiopatía dilatada, eritrodermia psoriásica del 80%, sin antecedentes epidemiológicos para viruela símica (mpox), cuyos síntomas, compatibles con el evento, iniciaron posterior al ingreso hospitalario, mientras se encontraba en aislamiento; en valoración clínica del 11 de noviembre, el

médico especialista de dermatología sospechó mpox por la aparición de lesiones pustulosas y signos de adenopatías; se ordenó prueba de PCR para infección por Orthopoxvirus, con resultado de laboratorio del día 18 de noviembre que la confirma.

El caso primario correspondió a un adulto con criterios clínicos y epidemiológicos de mpox y quien clínicamente comenzó con síntomas antes del ingreso hospitalario (20 de octubre), en quien se realizó confirmación diagnóstica de viruela símica por laboratorio intrahospitalario.

La viruela símica es una enfermedad viral causada por el virus de la viruela símica que pertenece al género Orthopoxvirus; la transmisión de persona a persona se produce por contacto con exudados de las lesiones o materiales contaminados, su periodo de incubación es de 5 a 21 días, aunque en piel lesionada puede ser de 9 días (1, 2), los signos y síntomas incluyen sarpullido en la zona de las manos, los pies, el pecho, el rostro, la boca o cerca de la zona genital (3).

En el último año se ha incrementado la incidencia del evento Monkeypox a nivel Mundial, de igual manera la toma de decisiones apropiadas para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. En Colombia se ha evidenciado que las tasas de ataque de IAAS han sido variables en los últimos tres años, para 2020 fue de 10,8%; para 2021 de 6,7% y para 2022 de 9,7%; los servicios más afectados incluyeron el servicio de hospitalización y la Unidad de Cuidado Intensivo (4). Según datos de la Organización Mundial de la Salud en su informe epidemiológico general del brote 2022-2023, se han reportado 87.377 casos confirmados de viruela símica por los estados miembros (2), de ellos en Colombia, en junio 2022 se confirman por primera vez tres casos y de ellos uno en Bogotá. Acorde con el reporte de la semana 18 de 2023 del Instituto Nacional de Salud se notificaron por Bogotá hasta ese momento 1.980 casos confirmados.

Teniendo en cuenta los informes enviados por el prestador de servicios de salud, la Secretaría local de salud coordinó las acciones necesarias para investigar y verificar la existencia del brote, realizar su caracterización, evaluar el seguimiento al manejo del brote, las medidas de control realizadas

por la institución para cortar cadena de transmisión y mitigar casos secundarios, y orientar a los profesionales sobre las medidas preventivas y de control.

2. Métodos

Tipo de estudio: investigación epidemiológica de brote utilizando la metodología propuesta por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – CDC de Atlanta (por sus siglas en inglés) que propone 13 pasos para la investigación de un brote: preparación del trabajo de campo, establecimiento de la existencia del brote, verificación del diagnóstico, construcción de definición operativa de caso, búsqueda sistemática de casos, realización de epidemiología descriptiva, generación hipótesis y evaluación de hipótesis, hallazgos, estudios adicionales de ser requeridos, implementar y evaluar las medidas de control y prevención, mantener la vigilancia y, comunicar hallazgos (5).

Población en estudio: personas hospitalizadas en el servicio de medicina interna, área de aislamiento periodo octubre - noviembre de 2022 en un prestador de servicios de salud habilitado en Bogotá D. C.

Análisis descriptivo del brote: se incluyeron las variables de edad, contacto, historias clínicas, diagnóstico CIE 10 utilizado B04X, estado final al egreso, fuente de infección, porcentaje de cumplimiento con el proceso de limpieza y desinfección del personal asistencial y servicios generales, técnica de higiene de manos, protocolo de aislamiento IAAS y uso adecuado de elementos de protección personal EPP.

Para la investigación se adaptaron las definiciones de caso establecidas en los protocolos de vigilancia en salud pública de viruela símica (1) y lineamientos nacionales de brote de IAAS (Instituto Nacional de Salud, 2022 - 6):

“Viruela símica: persona hospitalizada en el periodo octubre-noviembre, que presenta lesión única o múltiples en cualquier parte del cuerpo (mácula, pápula, vesícula, pústula) o úlcera genital/perianal con o sin proctitis

acompañado de fiebre linfadenopatías con resultado positivo en prueba de laboratorio de infección por orthopoxvirus mediante PCR.

Definiciones operativas de caso para brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud: aparición de lesiones de viruela símica no presentes en el momento de la admisión del paciente en el prestador de servicios de salud, con infección adquirida como consecuencia de la atención sanitaria, en paciente sin nexo epidemiológico”.

Plan de recolección de datos: se realiza la caracterización epidemiológica en tiempo, lugar y persona, incluyendo verificación en historias clínicas con los datos registrados de los pacientes hospitalizados en el periodo, evaluando la presencia de síntomas y antecedentes epidemiológicos, búsqueda sistemática de casos en la matriz de caracterización del brote², seguimiento de contactos que ingresaron en el periodo de octubre a noviembre en busca signos y síntomas³ correlación clínica y nexos epidemiológicos entre los pacientes hospitalizados. Se construyó la línea de tiempo, curva epidémica y se estableció la tasa de ataque.

Se plantea como hipótesis: probabilidad de transmisión cruzada por dispositivos biomédicos por la evidencia en el bajo cumplimiento en las medidas de prevención de IAAS, tales como higiene de manos, limpieza y desinfección asistencial y servicios generales.

Cumplimiento de las medidas estándar: visita institucional de verificación de las medidas para controlar posibles fuentes de infección durante el proceso de atención (listas de chequeo procesos bioseguridad, capacitación a talento humano y retroalimentación *in situ*), verificación del manejo del brote por el equipo de vigilancia del programa

2. Secretaría Distrital de Salud. (2022). Matriz Brote IAAS (Formato Excel Caract_casos_brote). Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Disponible en: <http://saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/IAAS.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FInfecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud%2FLineamientos%5Fy%5Fotros%2FPlantillas%5FNotif&FolderCTID=0x0120007069FA9C7AA19446B-F660063138B90C96&View=%7B7067DB75%2D352E%2D4772%2D8>

3. Instituto Nacional de Salud. Formato seguimiento diario de contactos probables o confirmados. Fichas y Protocolos disponibles en www.ins.gov.co.

de control de infecciones de la institución. Se aplicaron medidas necesarias para prevenir el contagio por contacto.

Para el cierre del brote se optó por la terminación de síntomas del último caso -que haya sanado sus lesiones, con la caída de la última costra- y cuando se cumplieran 4 semanas epidemiológicas sin nuevos casos relacionados.

Aspectos éticos: se hizo una investigación sin riesgo, según clasificación establecida en la resolución 8340 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social; no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de la población de estudio y no se violó el derecho a la privacidad. Se garantizó la reserva de información obtenida de las historias clínicas.

3. Resultados

Establecimiento de la existencia del brote – Caracterización epidemiológica

Persona: se caracterizó el brote por identificación de un caso inusitado de IAAS por viruela símica, cuyos síntomas iniciaron durante su hospitalización; contacto de un caso con diagnósticos de infección por viruela símica confirmada, en el área de aislamiento.

Caso índice IAAS: paciente de 69 años sexo masculino, movilidad reducida, con diagnóstico de eritrodermia psoriásica del 80%, hiperplasia prostática, EPOC, insuficiencia cardiaca descompensada y psoriasis exacerbada, con ingreso por urgencias el 18 de octubre, y traslado a hospitalización, habitación compartida. El 21 de octubre por compromiso inmunológico es trasladado al área de aislamiento. El 11 de noviembre en interconsulta de dermatología se evidencian lesiones pustulosas y adenopatías inguinales con alta sospecha de viruela símica en paciente sin antecedentes epidemiológicos de riesgo para mpox. El 18 de noviembre se confirma diagnóstico de mpox. Egresos 14

de diciembre estado vivo. Se confirma caso de infección asociada a la atención en salud por viruela símica en paciente del servicio de hospitalización, con exposición institucional.

Caso primario: paciente masculino de 42 años, con ingreso a la institución el 19 de octubre, con diagnósticos de VIH con coinfección de hepatitis B replicativa y antecedente de sífilis; con inicio de síntomas el 10 de octubre, presentó fiebre, adenopatías y lesión maculopapular en mano izquierda y pie derecho; se sospechó mpox por los síntomas, antecedente epidemiológico y factor de riesgo *“hombre que tiene sexo con hombre y múltiples parejas sexuales”*, se traslada a área de aislamiento para manejo; con reporte positivo de PCR el 24 de octubre, el paciente egresa el 28 de octubre 2022 de la institución con estado vivo con confirmación evento viruela símica con exposición extrainstitucional.

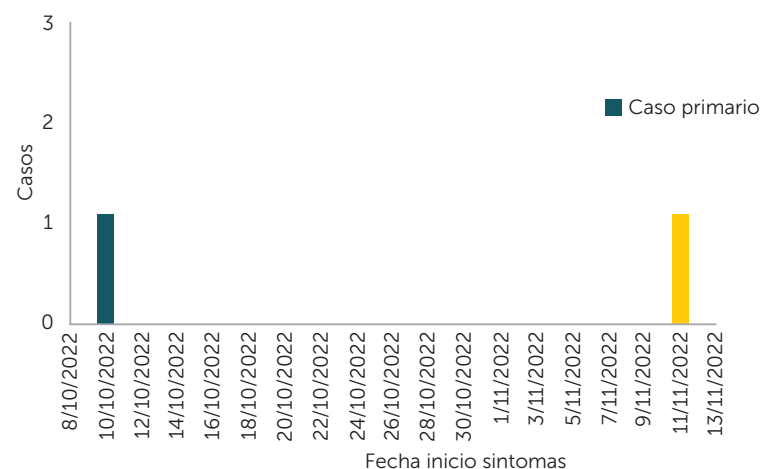
Tiempo: La curva epidémica (Figura 1 ver página 9) muestra que el brote posiblemente es fuente común, con inicio de síntomas del caso primario del 10/10/2022 y de un caso IAAS por viruela símica el 10/11/2022; el diagnóstico confirmatorio del caso fue cinco días luego del inicio de síntomas.

Se identificó el posible caso índice de acuerdo con la fecha de inicio de los síntomas mostrando la transmisión potencial (Figura 2 ver página 9), fuente desconocida, con agente etiológico de infección por orthopoxvirus confirmado mediante PCR, con periodo de incubación para exposición en piel lesionada de 9 días; la transmisión de persona a persona posiblemente se produjo por contacto⁴; no fue posible establecer el contacto infeccioso.

Resultados virológicos: el laboratorio de la institución analizó las muestras de sangre y lesiones, detectando el virus de viruela símica en los dos casos del brote.

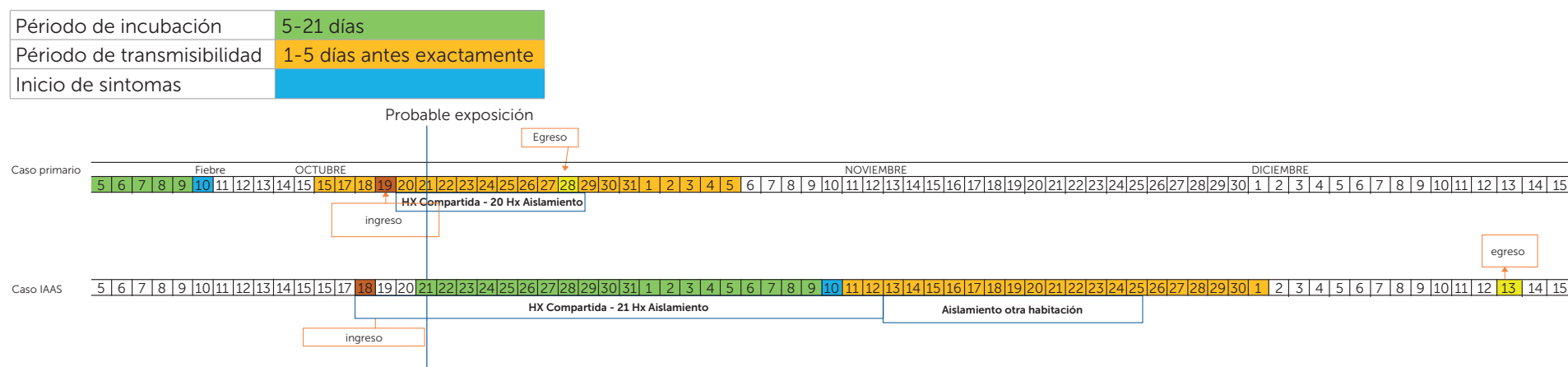
4. Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del riesgo en Salud Pública. (2022). Protocolo de vigilancia de viruela símica (Monkeypox). Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Viruela%20s mica.pdf.

Figura 1. Curva epidémica Brote IAAS por viruela símica servicio hospitalización, prestador de servicios de salud Bogotá D. C, 2022



Fuente: Equipo investigador SDS

Figura 2. Línea de tiempo caso viruela símica por IAAS, prestador de servicios de salud, Bogotá, noviembre 2022



Fuente: Equipo investigador SDS

Búsqueda sistemática de casos

No se reportaron síntomas en colaboradores institucionales. En búsqueda de contactos estrechos con pacientes que compartieron área de estancia se refirió que no desarrollaron signos ni síntomas para mpox, periodo del 20 al 28 de octubre.

En cuanto a los equipos e insumos de enfermería, se describieron elementos individuales para la atención de los pacientes, cada habitación contaba con equipos médicos individuales, exceptuando, el fonendoscopio; la institución no demuestra protocolo de desinfección en los fonendos personales de los médicos; refieren solicitud de limpieza y desinfección posterior a las valoraciones médicas.

Población expuesta: pacientes hospitalizados en área de aislamiento, en el periodo octubre – noviembre, con una persona afectada sin nexo epidemiológico para mpox; la población expuesta correspondió a 13 casos hospitalizados.

Evaluación de hipótesis

Se confirma la hipótesis de transmisión cruzada por fómites - dispositivos biomédicos (equipos de valoración clínica de atención común en los pacientes, con alta probabilidad del uso común del fonendo del médico, acorde con la presentación de las lesiones en tórax del paciente con piel no sana). Se descarta posible fuente de infección por aerosoles al evidenciarse que la institución cuenta con ventilación natural en cada habitación; el caso no presentó nunca síntomas respiratorios antes ni después, ni relacionados con la infección de viruela símica.

Al cierre del brote de IAAS (06 de enero de 2023), no se encontraron más personas que cumplieran definición de caso viruela símica, se identificaron 4 contactos asintomáticos y 13 expuestos para una tasa de ataque de 7,69% ($1/13 \times 100$) en la población hospitalizada. La fuente de infección fue desconocida.

Evaluación de medidas de control

Cumplimiento de las medidas estándar en la atención de la salud: la institución no cumple con lo estipulado en la política de IHH Distrital para el talento huma-

no integrante del comité de infecciones, dado que cuenta con una jefe de enfermería y una auxiliar de enfermería de tiempo parcial.

Recorrido Inspección Vigilancia y Control prestación de Servicios de Salud: el área de aislamiento cuenta con habitaciones unipersonales y ambientes de trabajo sucio y limpio; ropa sucia con señalamiento de contaminados.

Se evidenció cruce entre elementos sucios y limpios en el ambiente denominado lavado de patos; no se evidencian toallas de papel en los puntos de higienización de manos; la institución no garantiza habitación de aislamiento con cámara y antecámara ni presión negativa por cada 20 camas de hospitalización.

Revisión documental: la institución cuenta con manuales y procedimientos de bioseguridad acorde con la normatividad vigente. Se evidenció limpiezas rutinarias y terminal adecuadas; cuentan con plan de respuesta para viruela símica donde se establece personal exclusivo para la atención de casos probables y protocolo de aislamientos.

Capacitaciones: la institución capacitó al talento humano en temas de uso de elementos de protección personal, prevención de IAAS, lavado de manos, manual de bioseguridad y manejo de residuos y aislamientos.

Revisión de cumplimiento a procesos: la institución no realizó medición de cumplimiento rutinario. En verificación de listas para técnica higiene de manos se evidenció cumplimiento del 78,7 % (2 listas) y 89,2 % (11 listas); por momentos se observó global de 54,4 % (57 observaciones) y 70,8 % (168 observaciones), primer momento 40,0 % y 69,9 %; segundo momento 85,7 % y 100 %, tercer momento 100% (ambas mediciones), cuarto momento sin observaciones y 90,9%; y quinto momento 56,6 % y 67,1%.

Para el cumplimiento del proceso de limpieza y desinfección de equipos biomédicos por enfermería se observó cumplimiento del 91 %; limpieza y desinfección servicios generales 63,5 % y enfermería 78,5 %, servicios generales 83,8 %. Se cuenta con cumplimiento para el aislamiento de 86,8 % con 2 listas y 89,7 % con 8 listas.

En cuanto al plan de atención de pacientes con viruela símica se evidenció adherencia al uso de elementos de protección personal (EPP) del 74,9 % con 2 listas y 80,7 % con 10 listas; y retiro 65,4 % con 2 listas y 77,9 % con 10 listas.

Evaluaciones realizadas desde prevención y control de infecciones (auditoría interna): *West scan* con marcación 10 puntos mostro cumplimiento del 90% con incumplimiento de un marcaje en baranda de cama; toma de luminometrías, valor referencia 150 URL, resultados mayores en mesa de noche, barandas de cama, mesa puente y baranda superior; se considera que solo el 50 % de las mediciones realizadas cumplen con el proceso.

En general se encontraron deficiencias en los procesos de prevención de infecciones, como limpieza y desinfección de equipos biomédicos (69,4%) e higiene de manos (70,8%). Sé evidenció falta de personal administrativo no garantizando la vigilancia activa de los procesos de infecciones.

Mantenimiento de vigilancia

Medidas de intervención realizadas por la institución:

- Comité Extraordinario de IAAS para socialización de alerta por brote y despliegue de medidas por áreas de intervención.
- Notificación de presunto brote a equipo de IAAS de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud y envío de informes de 24hs y 72hs de brote con caracterización y línea de tiempo.
- Aislamiento preventivo de pacientes relacionados con los casos positivos con el fin de prevenir aumento de casos IAAS.
- Análisis de casos de pacientes con aislamiento Monkeypox.
- Brigadas de limpieza y desinfección terminal asistencial y de servicios generales en áreas, superficies y equipos biomédicos de hospitalización.
- Implementación de listas de verificación de procesos de prevención de IAAS (higiene de

manos, limpieza y desinfección y aislamiento, uso adecuado de EPP).

- Toma de luminometrías en área de aislamiento.
- Procesos de inducción y reinducción para la capacitación del personal asistencial en hospitalización con miras a mejorar la adherencia a los procesos de prevención de IAAS (higiene de manos, limpieza y desinfección y aislamiento, uso adecuado de EPP).

Comunicación de hallazgos

Por parte de la Secretaría Distrital de Salud se realizó realimentación a talento humano sobre recomendaciones y medidas de control, entre las cuales se destaca prohibir el uso de los fonendos personales en pacientes aislados y fortalecer estrategias y seguimientos a la limpieza y desinfección de los fonendos del personal médico de la institución; de igual manera, aumentar las listas de verificación a los procesos limpieza y desinfección tanto del personal de enfermería como de servicios generales a aislamientos en uso y retiro de EPP, a higiene de manos y sus 5 momentos; garantizar observadores ocultos para fortalecer la estrategia multimodal de higiene de manos y garantizar que el personal de enfermería que atiende a los pacientes sospechosos y confirmados para viruela símica sean exclusivos.

4. Discusión

Las infecciones asociadas a la atención en salud se consideran un problema importante de salud pública, dada la morbilidad que ocasionan y la carga adicional que generan en los pacientes, en el personal asistencial y en los sistemas de salud (8); se ha evidenciado el aumento de costos por estancias prolongadas y tratamiento atribuible a la infección asociada a la atención (9).

El reporte de brotes de transmisión de viruela símica relacionados con la atención en salud ha sido esporádico y en su mayoría corresponden a los reportados en la república del Congo en áreas remotas y con infraestructura médica deficiente

(10). Las infecciones asociadas a la atención en salud se han asociado con deficiencias en el cumplimiento de procesos de calidad de los servicios en la atención en salud, en general por la inobservancia de las intervenciones generales para prevenir las IAAS (11); es así como también se han reportado casos en personal de salud, donde se evidencia que el cumplimiento rutinario de las prácticas estándar hace que el riesgo de contraer mpox sea menor o poco probable (12, 13).

La IAAS son resultado de interacciones y condiciones especiales que permiten que un agente infeccioso afecte a un huésped susceptible y éste desarrolle la enfermedad (11); para que el microorganismo logre la infección deben interactuar factores tales como los inmunitarios que puedan limitar la infección y el ambiental, a través de la transmisión cruzada entre pacientes por contacto indirecto con los agentes presentes en fómites o instrumental.

La sospecha de transmisión cruzada entre pacientes con la posible participación del personal asistencial, esta posiblemente asociada al incumplimiento de las medidas estándar de contacto, la técnica higiene de manos, el aislamiento de pacientes y la limpieza y desinfección de equipos biomédicos (6), situación que puede deberse al bajo conocimiento de síntomas al ingreso de los pacientes en las instituciones y de las recomendaciones de uso de EPP del personal sanitario, en donde, a través de seguimientos, se ha evidenciado un bajo porcentaje de cumplimiento (13).

Las medidas de control han demostrado ser efectivas en la cadena de transmisión de persona a persona en el ámbito hospitalario, sin embargo, el nivel de cumplimiento bajo de las medidas de prevención incrementa el riesgo para la transmisión cruzada de infecciones (14). La vigilancia continua puede mejorar la toma de conciencia del personal de salud en la práctica de prevención de infecciones (8), y en el conocimiento de los diferentes mecanismos de transmisión de los microorganismos, que pueden ayudar en la reducción de la transmisión de la infección.

En este caso no fue posible identificar la fuente de infección, sin embargo, la hipótesis plantea el con-

tacto indirecto por dispositivo médico, sustentándose en el modo de transmisión, descartándose aerosol bajo la evidencia de ventilación natural en las habitaciones y la no presencia de sintomatología respiratoria en el caso; se fortalece la sospecha de transmisión cruzada por uso de fómite (fonendo) común en la valoración de paciente, acorde con la presentación de lesiones en tórax del paciente en piel no sana, lo que pudo aumentar la probabilidad de infección (2).

Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de gravedad de la enfermedad se incluyen personas inmunocomprometidas y personas con antecedente de dermatitis atópica (15); el caso presentaba factores de riesgo asociado como la edad y la presencia de comorbilidades tales como inmunodeficiencia y psoriasis sin respuesta al tratamiento, aumentando así el riesgo de contraer la enfermedad; sin embargo, un factor para disminuir las complicaciones pudo ser la probable vacunación previa del caso, teniendo en cuenta que la vacunación de rutina cesó en la mayoría de regiones en 1980, posterior a la certificación de que la viruela había sido erradicada, tal como se señala oficialmente en la 33^a Asamblea Mundial de la Salud en 1980 (16), y el caso, por edad, estaría en la cohorte de personas vacunadas.

La principal limitación de este estudio fue no realizar de manera oportuna la toma de muestras en los dispositivos biomédicos de uso común (fonendos) utilizados por los médicos en la valoración de los pacientes.

5. Conclusiones

Por medio de la investigación se confirmó un brote de IAAS de infección por mpox en un paciente hospitalario con condición final vivo, con alta probabilidad de transmisión cruzada entre pacientes por dispositivos biomédicos (fonendo) de uso común en las valoraciones médicas, con fuente de infección desconocida.

El personal asistencial posiblemente estuvo implicado en la cadena de transmisión por incumplimiento de las medidas de control de infecciones en los procesos de limpieza y desinfección, la higiene de

manos y protocolo de aislamiento, evidenciando la oportunidad de fortalecer los mecanismos de capacitación y comunicación del riesgo.

Recomendaciones

Es necesario continuar fortaleciendo la vigilancia en salud pública del evento en el territorio, sensibilizando a los prestadores en lo relacionado con la concientización de las medidas estándar de prevención y control de infecciones de acuerdo con lo establecido en el Programa Nacional de Vigilancia y Control de las Infecciones Intrahospitalarias e Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Fortalecer los programas de capacitación que desarrollen competencias del talento humano en el reconocimiento de las medidas de prevención y control; así como fortalecer el comité de infecciones dada la complejidad de la institución y la intensificación en el seguimiento a cumplimiento de protocolos.

Mejorar los procesos de limpieza y desinfección, e intensificar las medidas de bioseguridad, en especial el protocolo de higiene de manos.

Agradecimientos

Este documento fue realizado con el objetivo de estudiar la intervención epidemiológica de brote, en cumplimiento de mi formación como epidemiólogo de campo nivel avanzado corte 2022-2024.

Con especial agradecimiento al talento humano del prestador de servicios de salud que acompañó la visita de seguimiento del brote en la institución, y sus aportes en el seguimiento y recolección de la siguiente información: seguimiento a brote, matriz de caracterización y medidas de intervención. A mis compañeras Luz Amparo Sastoque Díaz, Miryam Lucrecia Villarraga Villalba y Mariana Luengas Alarcón, con quienes se realizó la visita de seguimiento por sospecha de brote, el seguimiento y acompañamiento técnico al brote de viruela símica, para lo cual se realizó el reconocimiento

del brote, la caracterización y diseño de medidas de intervención, así como la caracterización de casos, la revisión documental, el recorrido por los servicios y la revisión de adherencias a protocolos; como resultado de la visita, se obtuvo la información que se utilizó para la elaboración de este documento, en especial el apartado sobre los resultados. A la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN) por su asesoría, a la Secretaría Distrital de Salud por permitirme realizar el curso de Epidemiología de Campo, y al programa de entrenamiento de epidemiología de campo de INS Colombia por capacitarme en epidemiología de campo, a mi tutor Oscar Eduardo Pacheco García por su apoyo, guía durante el proceso y las observaciones al documento.

Declaración de conflicto de intereses: el autor del presente estudio niega conflicto de interés.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo de vigilancia de viruela símica. [Internet]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1protocolo-de-vigilancia-de-viruela-simica-monkeypox.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. (2022). Viruela Símica. Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>.
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023). Viruela Símica (mpox en inglés). Signos y síntomas. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/poxvirus/mpox/symptoms/index.html>.
4. Instituto Nacional de Salud. (2023). Boletín Epidemiológico Semanal, Semana Epidemiológica 09 de 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_9.pdf.
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Cómo se investiga un brote? Disponible en: <https://www.cdc.gov/scienceambassador/documents/module-8-outbreak-investigations-spanish.pdf>.

6. Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo de vigilancia de Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Brotes%20IAAS%202022.pdf.
7. Secretaría Distrital de Salud. (2022). Acta de reunión de seguimiento a sospecha de brote IAAS. 25 de noviembre de 2022.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2012). Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud. Módulo III: información para gerentes y personal directivo. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3270>
9. Saavedra, C. H., Ordóñez, K. M. y Díaz, J. A. (2015). Impacto de la infección nosocomial en un hospital de Bogotá (Colombia): efectos en mortalidad y costos. *Revista Chilena de Infectología*, 32(1), 25-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000200004>.
10. Nakoune, E., Lampaert, E., Ndjapou, S.G., Janssens, C., Zuniga, I., Van Herp, M., Fongbia, J.P., Koyazegbe, T.D., Selekon, B., Komoyo, G.F., Garba-Ouangole, S.M., Manengu, C., Manuguerira, J.C., Kazanji, M., Gessain, A. y Berthet, N. A. (2017). Nosocomial Outbreak of Human Monkeypox in the Central African Republic. *Open forum infectious diseases*, 4(4), ofx168. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx168>.
11. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51447>.
12. Mendoza, R., Petras, J.K., Jenkins, P., Gorenssek, M.J., Mableson, S., Lee, P.A., Carpenter, A., Jones, H., de Perio, M.A., Chisty, Z., Brueck, S., Rao, A.K., Salzer, J.S., Stanek, D. y Blackmore, C. (2022). Monkeypox Virus Infection Resulting from an Occupational Needlestick - Florida, 2022. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 71(42), 1348-1349. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7142e2.13>.
- Marshall, K.E., Barton, M., Nichols, J., de Perio, M.A., Kuhar, D.T., Spence-Davison, E., Barnes, M., Herlihy, R.K., Czaja, C.A.; Colorado Healthcare Personnel Monitoring Team. (2022). Health Care Personnel Exposures to Subsequently Laboratory-Confirmed Monkeypox Patients - Colorado, 2022. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* 71(38), 1216-1219. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7138e2>.
14. Lemos, E.V., De la Hoz Restrepo, F., Alvis, N., Quevedo, E., Cañon, O. y León, Y. (2011). Mortalidad por *Acinetobacter baumannii* en unidades de cuidados intensivos en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 30(4):287-94. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2011.v30n4/287-294>.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Viruela Símica. Lineamientos para el abordaje de los casos y recomendaciones para su prevención. Versión 2. Noviembre 2022 Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-abordaje-casos-recomendaciones-prevencion-viruela-simica.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. (2020). Conmemoración de la erradicación de la viruela: un legado de esperanza para la COVID-19 y otras enfermedades. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/08-05-2020-commemorating-smallpox-eradication-a-legacy-of-hope-for-covid-19-and-other-diseases>.
17. Resolución 073 de 2008 [Secretaría Distrital de Salud]. Por la cual se adopta la política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias- IIH para Bogotá D. C. 30 de enero de 2008. Disponible en: <https://www.salud-capital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20IIH/Resoluci%C3%B3n%20073.pdf>.

Las pruebas de tamizaje en el Diagnóstico de la hepatitis B y C

Lina María Pineda Pulgarin¹

En conmemoración del Día Mundial de la Hepatitis, el 28 de julio de cada año recordamos la importancia de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento de estas infecciones para reducir su impacto global.

Las hepatitis constituyen un conjunto de enfermedades que se manifiestan mediante inflamación del hígado. Cuando la inflamación es de aparición reciente se denomina hepatitis aguda, mientras que cuando persiste por más de seis meses se clasifica como hepatitis crónica.

Las hepatitis virales son una causa significativa de enfermedad y mortalidad a nivel mundial. Se calcula que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer hepático primario se deben a infecciones por los virus de la hepatitis B o C (1). Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 254 millones de personas vivían con hepatitis B y 50 millones con hepatitis C en 2022 (2). En Colombia, en el año 2022 el número de casos notificados de hepatitis B y C aumentó en 31,1% y 21,7%, respectivamente, en comparación con la notificación de 2021 (2). En Bogotá, para el año 2023² la tasa de la población con Hepatitis B correspondía a 5,1 casos por cada 100.000 habitantes (n=401 casos) con un aumento del 39,2% comparado con el 2022; la Hepatitis C presentó una tasa de 8,6 casos por cada 100.000 habitantes (n=681 casos) con un aumento del 70,7% respecto al periodo 2022 (3). La detección temprana de la hepatitis B y C es crucial para el manejo adecuado de estas enfermedades que pueden llevar a complicaciones graves como cirrosis hepática y cáncer de hígado (4).

En el diagnóstico de las hepatitis se utilizan pruebas de tamizaje para detectar si una persona tiene la enfermedad, incluso si no presenta síntomas, haciendo la detección precoz de la misma. Detec-

tar la hepatitis B o C a tiempo puede prevenir la propagación a otras personas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Las pruebas de tamizaje serológico son usadas para la identificación de antígenos o anticuerpos de hepatitis B y C respectivamente; estas pruebas permiten detectar la presencia del virus o la respuesta inmune del cuerpo a la infección para posteriormente realizar pruebas complementarias confirmatorias (5).

Uno de los avances más destacados en el tamizaje de las hepatitis B y C es la introducción de las pruebas inmunocromatográficas o pruebas rápidas, que garantizan resultados en 20 minutos, de fácil uso, con desempeños satisfactorios. La normatividad en Colombia y la Guías de Práctica Clínica establecen los criterios mínimos de desempeño para la implementación de estas pruebas, definiendo que deben contar con una sensibilidad igual o mayor al 95% y una especificidad diagnóstica igual o mayor al 99,5%. Las pruebas rápidas son especialmente útiles en contextos de atención primaria, consultorios, salas de parto y actividades extramurales, facilitando el acceso al diagnóstico y al tratamiento temprano (6).

La Resolución 1314/2020 establece los lineamientos para la implementación de pruebas rápidas por personal no especializado en bacteriología en escenarios fuera del laboratorio clínico. Esta normativa especifica la necesidad de contar con un laboratorio clínico como líder en aspectos técnicos y científicos que brinde apoyo a los equipos encargados de aplicar esta metodología diagnóstica, con esto se busca asegurar la calidad y fiabilidad de los resultados mediante la implementación de controles de calidad internos y externos, así como evaluaciones en campo para verificar la adherencia a los procedimientos establecidos por el talento humano que realiza el diagnóstico.

Desde la Secretaría Distrital de Salud, el Laboratorio de Salud Pública (LSP) realiza la evaluación externa de desempeño a los Laboratorios Clínicos inscritos en el Registro de Laboratorios (RELAB) que implementan las pruebas rápidas y hacen control de calidad a las instituciones que hacen el diagnóstico para hepatitis con una participación de 67 labora-

1. Profesional Universitario de la Subdirección del Laboratorio de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud

2. Datos preliminares de la Secretaría Distrital de Salud. Hepatitis B y Hepatitis C.

torios clínicos. Así mismo, el LSP realiza capacitación y entrenamiento al talento no bacteriólogo que implementa esta metodología diagnóstica: desde el 2021 se ha logrado el entrenamiento y certificación de 2.080 personas en el uso de pruebas rápidas para las hepatitis, correspondiente a talento humano de instituciones pública y privadas.

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2023). Hepatitis. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>.
2. Instituto Nacional de Salud. (2024). Protocolo de vigilancia en salud pública. Hepatitis B, C y coinfección/superinfección Hepatitis B- delta. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/busca-dor-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx#InplviewHash53b394d9-1b59-4486-827a-d52877de1891=FolderCTID%3D0x012001-WebPartID%3D%7B53B394D9--1B59--4486--827A--D52877DE1891%7D>
3. Observatorio de Salud de Bogotá. (). Enfermedades Transmisibles archivos. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/datos-de-salud/enfermedades-transmisibles/>
4. Organización Mundial de la Salud. (2024). Hepatitis B. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
5. Torregroza-Diazgranados, E. de J., Torregroza-Castilla, J.P., Torregroza-Diazgranados, E. de J. y Torregroza-Castilla, J.P. (2022). Pruebas diagnósticas de tamizaje. Revista Colombiana de Cirugía. Diciembre de 2022; 37(4): 673-83.
6. Resolución 1314 de 2020 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. 3 de agosto de 2020.

Información emergencias en salud de interés internacional - ESPII corte a julio del 2024

Jenny mora³

Alerta sobre enfermedad de Oropouche en la Región de las Américas - Investigación de transmisión vertical en Brasil

El 12 de julio del 2024 las autoridades de salud del Brasil informaron a la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud la identificación de posibles casos de transmisión vertical de Oropouche (OROV) en Brasil, que están bajo investigación.

Se trata de una gestante, sin antecedentes de viaje, que reside en el estado de Pernambuco, donde la transmisión de OROV se registra desde mayo del 2024. La paciente presentó síntomas el 24 de mayo (fiebre, cefalea y dolor epigástrico); refirió antecedentes de contacto estrecho con un caso positivo de Oropouche. El 3 de junio del 2024 se tomaron muestras de la embarazada y los resultados indicaron una respuesta reactiva para dengue y chikungunya; adicionalmente se analizaron muestras de suero y placenta, con un resultado positivo para detección de OROV. El 6 de junio la gestante consulta al médico tras notar la falta de movilidad del feto, con 30 semanas de gestación; ese mismo día le informan sobre la muerte fetal. El feto fue enviado a estudios histopatológico donde se confirmó la detección de material genético de OROV en la sangre del cordón umbilical y en tejido de órganos como cerebro, hígado, riñones, pulmones, corazón y bazo, lo cual es un indicativo de transmisión vertical del virus.

Brasil notificó un segundo caso sospechoso en una mujer embarazada de 33 años residente estado de Pernambuco. La paciente presentó síntomas el 6

3. Profesional especializada del Equipo Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud

de junio del 2024, como fiebre, cefalea, lumbalgia, dolor esquelético, artralgia, dolor retro-orbital, escalofríos, fotofobia, náuseas, prurito y alteración del gusto. Se observó hemorragia uterina durante la 6ª semana de embarazo, con aborto el 27 de junio del 2024, en la 8ª semana de gestación. En la muestra de sangre de la gestante, recogida el 12 de junio, detectan OROV, y es también reactiva para dengue en Elisa IgM.

En su comunicación del 12 de julio, las autoridades brasileras informan que en análisis retrospectivo de las muestras de suero y líquido cefalorraquídeo almacenadas para investigación de arbovirus que se hizo en junio, se detectaron cuatro recién nacidos con microcefalia, con presencia de anticuerpos para virus de Oropouche (OROV). Las limitaciones de los estudios no permiten establecer una relación causal entre la infección por OROV y las malformaciones neurológicas.

Hasta el 16 de julio del 2024 se han notificado 7.688 casos confirmados de Oropouche en cinco países de la Región de las Américas: Bolivia (n= 313), Brasil (n= 6.976), Colombia (n= 38), Cuba (n= 74) y Perú (n= 287). Durante el último trimestre, se han notificado casos de Oropouche en zonas y países donde no se habían registrado casos autóctonos previamente.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda mantener alerta ante la ocurrencia de eventos similares en sus territorios y a que se notifique su ocurrencia a través de los canales establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (1).

Alerta por Tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas

La tos ferina es una infección respiratoria altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*, que se transmite fácilmente de persona a persona, principalmente a través de gotitas que se producen al toser o estornudar. Suele ser más grave en la población infantil y es una causa importante de enfermedad y muerte en este grupo. La neumonía es una complicación relati-

vamente común. Las personas con tos ferina son contagiosas hasta aproximadamente tres semanas después de que comienza la tos, y muchos niños que contraen la infección tienen ataques de tos durante 4 a 8 semanas.

El 22 de julio del 2024 la Organización Panamericana de la Salud alerta a la Región de las Américas sobre el descenso en las coberturas de vacunación, registradas principalmente durante el periodo de la pandemia por COVID-19. El 2021 fue el año de menor cobertura en la Región de las Américas al compararlo con los 20 años anteriores, año en el cual se registraron coberturas para DTP1 y DTP3 de 87% y 81% respectivamente. Los datos actualizados de las coberturas del 2023 reportan una recuperación, llegando al 90% para DTP1 y 88% para DTP3. Las bajas coberturas de vacunación, pueden estar incidiendo en el aumento actual de casos de tos ferina a nivel global y en algunos países de la región.

La notificación muestra que, entre el inicio y el 29 de junio de 2024, en la región, Brasil, confirmó 240 casos, en comparación con 217 confirmados en el mismo periodo del 2023; Estados Unidos de América reportó 7.251 casos de tos ferina, 300% mayor a lo reportado durante el mismo periodo del año 2023; en México, se reportaron 154 casos de tos ferina, un registro 242% superior que lo reportado durante todo el año 2023; y en Perú, se reportaron 24 casos confirmados de tos ferina, superior a los 5 casos reportados en el mismo periodo del 2023. Para este mismo periodo en el 2019 se notificaron 6.314 casos de tos ferina, lo que indica un aumento de solo el 15% en los casos reportados en 2024 respecto a las cifras previas a la pandemia de COVID19.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los países fortalecer sus actividades de vigilancia y mantener un monitoreo constante de las coberturas de vacunación en niños menores de 1 año y menores de 5 años, con especial énfasis en la identificación de grupos poblacionales con coberturas inadecuadas de vacunación (2).

Actualización Epidemiológica Fiebre Amarilla en la Región de las Américas

Entre la semana epidemiológica (S.E.) 1 y la S.E. 29 del 2024 en la Región de las Américas se han notificado 33 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 17 defunciones. Los casos se han registrado en cinco países de la Región.

Bolivia, donde se han confirmado cuatro casos de fiebre amarilla (tres por laboratorio y uno por clínica y nexo epidemiológico), incluyendo tres defunciones. Los casos corresponden a hombres, con edades entre los 15 y 64 años, todos sin antecedentes de vacunación.

Brasil ha notificado tres casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos defunciones. Los casos se encuentran en edades entre los 28 a 63 años, dos casos tienen antecedentes vacunales con fiebre amarilla.

En Colombia se han notificado ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cinco defunciones, siete de los casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue. Los casos fueron reportados en cinco departamentos (Caquetá, Huila, Nariño, Putumayo, Vaupés). Los casos corresponden a hombres de entre 18 y 66 años, un caso registró antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

En Guyana se identificaron dos casos confirmados por laboratorio, mujeres de 17 y 21 años, una de ellas con antecedentes vacunales.

Perú ha confirmado 16 casos de fiebre amarilla, incluyendo siete defunciones. Los casos corresponden a 15 hombres de entre 18 y 83 años, y una mujer de 30 años, no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) recomienda que en áreas de riesgo para fiebre amarilla se continúe con el fortalecimiento de la vigilancia, manejo clínico y la vacunación en zonas endémicas. Es necesario que los países garanticen coberturas de vacunación mayores o iguales al 95% y que aseguren contar con un inventario de

reserva de biológico que les permita mantener la vacunación de rutina y al mismo tiempo responder a los brotes (3).

Poliovirus circulante derivado de la vacuna 2 (cVDPV2) – Franja de Gaza - 2024

El 23 de julio de 2024 la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio (GPEI) confirmó la presencia de poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV) circulante en la Franja de Gaza, en seis muestras de aguas residuales recolectadas de dos ambientales. Los sitios de vigilancia en Khan Younis y Deir al Balah dieron positivo en poliovirus.

Tras la secuenciación genómica, se estableció un vínculo entre estas cepas y una variante del poliovirus que circuló en Egipto durante la segunda mitad de 2023; la última detección de variantes de poliovirus relacionadas en Egipto estaba en muestras recolectadas en diciembre de 2023.

Según el análisis de los cambios genéticos en los aislados, la variante del poliovirus podría haberse introducido en Gaza ya en septiembre de 2023. Hasta la fecha, no se han notificado casos de parálisis flácida aguda (PFA).

Según GPEI sólo 16 de 36 hospitales están parcialmente operativos y 45 de los 105 centros de atención primaria se encuentran funcionando. El impacto en el sistema de salud, la inseguridad, la inaccesibilidad, el desplazamiento de población y la escasez de suministros médicos, junto con la mala calidad del agua y el deterioro del saneamiento, han contribuido a reducción de las tasas de inmunización sistemática y al mayor riesgo de enfermedades prevenibles mediante vacunación, incluida la polio.

Estos son los primeros hallazgos de muestras ambientales positivas para poliovirus en Palestina desde 2022. Las tasas de vacunación en Palestina eran óptimas antes del inicio del conflicto en octubre de 2023; la cobertura de vacunación de polio, realizada principalmente mediante inmunización de rutina, se estimó en 99% en 2022, cifra que se redujo

al 89% en 2023, según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (4).

Enfermedad por el virus de Nipah en la India – 2024

El 21 de julio de 2024 las autoridades sanitarias indias informaron de un caso confirmado de virus Nipah (NiV) en Kerala. Medios de comunicación informaron que el caso falleció el 22 de julio (niño de 14 años); se están realizando las investigaciones epidemiológicas para identificar la fuente de infección. Hasta el momento se habían identificado un total de 330 contactos, de los cuales 101 son considerados de alto riesgo.

El virus Nipah es altamente patógeno, es una enfermedad zoonótica emergente de la familia Paramyxoviridae. El virus se transmite entre animales y humanos; la mayoría de los casos humanos han tenido contacto directo con cerdos o murciélagos infectados (saliva, orina, excrementos). El NiV también puede transmitirse entre personas por contacto directo o indirectamente a través de alimentos contaminados (savia de palma contaminada por saliva de murciélago), o a través de aerosoles. Los síntomas varían desde afecciones leves (fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y náuseas) hasta afecciones graves, síntomas respiratorios y encefalitis. Una persona expuesta al virus puede desarrollar síntomas hasta 14 días después de haber estado en contacto.

El virus fue aislado e identificado por primera vez en 1999 durante un brote en Malasia y Singapur; desde entonces varios brotes se han notificado de la enfermedad por NiV en el sur y sudeste de Asia, y la mayoría de los casos se notificaron en Bangladesh. Este es el quinto brote de enfermedad por NiV en el estado de Kerala desde el 2018.

El brote de 2023 tuvo seis casos confirmados con edades comprendidas entre 9 y 45 años. El primer caso tuvo una fuente de infección desconocida, y los otros casos fueron contactos familiares y hospitalarios del primer caso.

Aunque la enfermedad es grave y tiene una alta tasa de mortalidad, la probabilidad de exposición

e infección por NiV en viajeros o residentes en la India es actualmente muy bajo dado el reducido número de infecciones y las áreas donde hasta ahora se han identificado casos (4).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. (2024). Alerta Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas: evento de transmisión vertical bajo investigación en Brasil - 17 de julio 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-america-evento-transmision-vertical-bajo>.
2. Pan American Health Organization. (2024). Epidemiological alert - Pertussis (whooping cough) in the Region of the Americas - 22 July 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-pertussis-whooping-cough-region-americas-22-july-2024>.
3. Organización Panamericana de la Salud. (2024). Epidemiological Update Yellow fever in the Region of the Americas - 29 July 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-yellow-fever-region-americas-29-july-2024>.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). Communicable disease threats report, 20-26 July 2024, week 30. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-20-26-july-2024-week-30>.

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ, con corte a periodo 7 de 2024, (periodo epidemiológico 07- 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	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	949	115	283	30	1.224	157	1926	233	241	33	258	36	13.663	1.637
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	281	24	70	5	325	32	481	45	55	3	92	15	3197	332
Cáncer en menores de 18 años	115	10	0	2	0	10	1	22	1	5	0	3	0	324	19
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	11	1
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	11	1
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	78	10	29	5	118	12	175	13	18	1	19	1	1.888	203
Dengue	210	209	25	72	10	239	17	391	45	57	8	81	5	3.060	301
Dengue grave	220	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	35	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	80	9	14	1	140	13	298	28	23	1	13	1	2.398	286
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	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (Vigilancia centinela)	345	112	14	10	3	18	3	156	10	2	0	2	0	1.620	110
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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
Enfermedades huérfanas-raras	342	109	11	33	4	150	17	191	19	23	3	37	2	2.801	371
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	26	2
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	1	1	0	0	1	1
Hepatitis A	330	8	1	12	1	8	3	11	1	4	1	3	0	107	9
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	42	9	74	8	83	8	95	11	14	1	29	5	821	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	117	8	59	5	10	0	49	2	26	0	87	1	578	37
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	79	0	19	0	71	0	122	0	21	0	25	0	728	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	58	4	55	0	21	0	40	2	33	0	69	3	468	14
Intento de suicidio	356	135	9	64	8	287	20	391	33	76	5	67	7	3.085	256
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	277	31	139	17	265	30	503	57	76	12	98	12	2.643	304
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis cutánea	420	4	0	0	0	7	0	3	0	0	0	2	0	86	2
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	0
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	3	0	0	0	0	0	12	1
Leptospirosis	455	4	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	28	6
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	3	0	2	0	6	3	0	0	4	0	40	10
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	5	1	1	0	8	1	17	0	2	0	1	0	106	4
Malaria	465	8	0	11	0	18	1	27	2	5	1	4	0	321	21
Meningitis	535	4	0	0	0	6	0	6	0	1	0	0	0	78	3
Morbilidad materna extrema	549	166	24	67	11	239	32	385	50	43	5	45	10	3.064	396
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	22	3	10	1	40	10	48	3	4	0	7	2	532	70
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6	0

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
Parálisis flácida aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	76	7	17	1	60	10	137	18	20	2	12	2	774	88
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	1	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	7	0	0	0	6	1	13	2	1	0	2	0	95	12
Sífilis gestacional	750	17	0	5	0	35	3	62	5	5	0	8	0	576	65
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	739	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	7	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	0	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	2	0	0	0	0	0	2	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	44	6	11	0	54	4	84	10	10	0	17	0	959	91
Varicela Individual	831	190	14	42	3	258	27	381	42	65	12	37	5	2.531	246
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	785	81	232	22	1.610	129	2.494	244	254	22	285	20	21.839	2.227
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	16	1
Viruela símica	880	2	0	7	0	5	0	5	0	0	0	2	0	44	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	128	11	104	5	283	31	352	40	73	8	90	10	3.285	336
Zika	895	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		4.012	418	1.448	140	5.613	562	8.893	921	1.159	119	1.400	137	71.900	7.572

EVENTOS SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente											
		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
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	261	39	720	85	143	11	0	0	56	10	687	84
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	63	6	84	7	38	5	0	0	26	3	104	10
Cáncer en menores de 18 años	115	4	0	4	0	2	0	0	0	0	0	11	1
Carbunco	235	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
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	217	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
Defectos congénitos	215	43	3	90	11	38	5	0	0	7	1	101	14
Dengue	210	37	4	76	7	20	2	0	0	10	1	57	5
Dengue grave	220	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	28	4	127	15	39	3	0	0	5	2	136	15
Difteria	230	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
Encefalitis del Nilo occidental en humanos	250	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
Encefalitis equina del oeste en humanos	270	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
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (Vigilancia centinela)	345	75	5	152	13	70	6	0	0	11	1	121	9
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	44	6	101	10	33	1	0	0	12	3	109	15
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0

EVENTOS SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente											
		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
Fiebre amarilla	310	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
Hepatitis A	330	4	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	17	2	25	2	7	3	0	0	3	0	28	5
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	5	0	51	4	76	5	29	4	0	0	16	0
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	14	0	16	0	7	0	0	0	2	0	25	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	44	2	29	1	0	0	0	0	12	0
Intento de suicidio	356	64	4	152	6	48	2	0	0	13	2	164	11
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	54	5	91	13	44	4	0	0	11	3	86	8
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/											
Leishmaniasis cutánea	420	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Leptospirosis	455	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	1
Malaria	465	21	1	13	1	13	0	0	0	1	0	9	0
Meningitis	535	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	5	0
Morbilidad materna extrema	549	56	5	128	17	56	7	0	0	16	2	125	16
Mortalidad materna datos básicos	551	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	8	1	18	3	5	1	0	0	1	0	35	4
Mortalidad por dengue	580	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
Parotiditis	620	10	3	30	4	2	2	0	0	1	0	40	2

EVENTOS SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente											
		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
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	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
Rabia humana	670	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
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	3	1	5	1	1	0	0	0	1	0	9	1
Sífilis gestacional	750	27	1	34	6	12	4	0	0	3	0	35	7
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	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
Tétanos neonatal	770	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
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	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
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	38	5	43	1	38	3	0	0	9	1	41	5
Varicela Individual	831	41	2	96	12	13	3	0	0	11	0	124	9
Vigilancia de la rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	382	34	1.199	103	283	31	0	0	75	5	1.058	102
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viruela símica	880	3	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	121	14	112	9	126	15	0	0	22	3	119	13
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total por localidad		1.430	145	3.427	334	1.150	114	29	4	298	37	3.272	337

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	10	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1046	123	1.415	146	548	52	407	44	13.663	1.637
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	176	16	338	33	130	15	83	7	3.197	332
Cáncer en menores de 18 años	115	21	0	23	1	4	0	2	0	324	19
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	1	0	0	0	0	0	11	1
Chagas crónico	205	1	0	1	0	0	0	0	0	11	1
Chikungunya	217	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	123	14	194	19	67	9	37	1	1.888	203
Dengue	210	139	21	258	17	115	9	95	8	3.060	301
Dengue grave	220	1	0	2	0	0	0	1	0	35	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	235	25	246	32	77	8	55	5	2.398	286
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	83	5	241	19	25	2	12	0	1.620	110
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	119	7	187	27	63	7	43	5	2.801	371
Evento adverso seguido a la vacunación	298	4	0	9	1	0	0	1	1	26	2

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
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	1
Hepatitis A	330	6	1	10	0	4	0	3	0	107	9
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	35	4	75	10	32	4	27	3	821	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	2	1	39	5	0	0	0	0	578	37
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	36	0	58	0	23	0	30	0	728	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	12	0	48	0	16	1	0	0	468	14
Intento de suicidio	356	291	38	420	41	117	11	91	5	3.085	256
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	147	11	225	31	134	15	70	3	2.643	304
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis cutánea	420	5	0	7	0	2	0	5	0	86	2
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	1	0	0	0	1	0	8	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
Leptospirosis	455	1	0	2	1	1	0	0	0	28	6
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	1	0	1	0	1	1	40	10
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	4	0	2	0	0	0	106	4
Malaria	465	11	0	19	1	5	2	13	4	321	21
Meningitis	535	7	1	18	1	2	0	3	0	78	3
Morbilidad materna extrema	549	236	26	340	37	106	10	74	11	3.064	396
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	0	0	1	0	0	0	11	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	42	4	56	8	14	2	4	0	532	70
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
Parálisis flácida aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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
Parotiditis	620	52	5	91	8	27	2	30	2	774	88
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	1	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	6	0	10	2	1	0	2	0	95	12
Sífilis gestacional	750	56	2	68	11	17	1	9	1	576	65
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	739	0	0	1	0	0	0	0	0	7	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	0	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	54	5	111	8	38	7	32	6	959	91
Varicela Individual	831	221	22	291	28	90	9	69	4	2.531	246
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	2.478	265	2.676	296	724	83	501	56	21.839	2.227
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	2	0	1	0	0	0	0	0	16	1
Viruela símica	880	3	0	8	0	1	0	0	0	44	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	290	34	440	35	124	10	87	5	3.285	336
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		5.946	630	7.935	818	2512	259	1.788	172	71.900	7.572

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	10	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	796	90	247	39	1.167	127	13	1	13.663	1.637
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	101	10	56	6	158	24	0	0	3.197	332
Cáncer en menores de 18 años	115	10	2	4	1	19	0	0	0	324	19
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	0	0	2	0	0	0	11	1
Chagas crónico	205	1	0	0	0	2	0	0	0	11	1
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	100	9	41	4	147	18	0	0	1.888	203
Dengue	210	48	9	45	5	124	17	0	0	3.060	301
Dengue grave	220	0	0	0	0	1	0	0	0	35	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	171	23	77	9	359	42	1	0	2.398	286
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	113	2	47	1	247	1	0	0	1.620	110
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	68	10	40	8	101	17	0	0	2.801	371
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	26	2

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
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	1
Hepatitis A	330	4	0	3	0	3	0	0	0	107	9
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	20	0	6	0	35	5	1	0	821	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	7	0	3	1	0	0	578	37
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	27	0	13	0	37	0	1	0	728	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	3	0	22	0	0	0	468	14
Intento de suicidio	356	169	13	60	5	278	25	0	0	3.085	256
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	68	8	50	7	124	14	0	0	2.643	304
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis cutánea	420	2	0	1	0	4	0	0	0	86	2
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	1	0	1	0	1	1	0	0	12	1
Leptospirosis	455	1	0	1	0	1	0	0	0	28	6
Lesiones de causa externa ***	453	2	0	1	1	2	1	0	0	40	10
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	0	0	0	9	0	0	0	106	4
Malaria	465	11	0	2	0	15	1	0	0	321	21
Meningitis	535	3	0	3	0	3	0	0	0	78	3
Morbilidad materna extrema	549	106	16	50	5	262	37	4	1	3.064	396
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	0	0	3	0	0	0	11	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	30	2	11	0	35	7	1	0	532	70
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
Parálisis flácida aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	28	4	20	3	58	6	0	0	774	88
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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
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	1	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	2	1	0	0	4	1	0	0	95	12
Sífilis gestacional	750	31	3	9	1	64	8	0	0	576	65
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	7	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	0	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	35	6	24	1	77	4	0	0	959	91
Varicela Individual	831	106	7	62	1	168	12	0	0	2.531	246
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	1.380	138	491	48	2.972	312	31	1	21.839	2.227
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	16	1
Viruela símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	107	13	54	6	209	18	0	0	3.285	336
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		3.544	366	1.429	151	6.716	699	52	3	71.900	7.572

* ac - acumulado del 31 de diciembre de 2023 al 13 de julio de 2024

* pe - periodo del 16 de junio de 2024 al 13 de julio de 2024

** Eventos reportados según localidad de notificación.

*** Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables)

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2024

Elaborado: Ing. Ruben Rodriguez, Epidemiólogo SIVIGILA

Información preliminar 2024

