



Viruela símica y VIH en Bogotá D. C: características epidemiológicas y clínicas

4

Editorial

5

Artículo central

13

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

Viruela símica y VIH en Bogotá D. C: características epidemiológicas
y clínicas 5

Aumento de casos por la variante clado Ib de mpox en África, Bogotá
se prepara y refuerza su respuesta 13

Información emergencias en salud de interés internacional (ESPII) corte
a agosto del 2024 16

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

Editorial

La coinfección entre el VIH y la viruela del mono es un fenómeno que pudiera considerarse emergente por sus características clínicas y epidemiológicas. Los informes de series de casos y los modelos matemáticos que exploran la relación entre estas dos enfermedades indican que el VIH puede promover la transmisión de la viruela del mono y viceversa. Sin embargo, con el estado del conocimiento actual, esta condición aún tiene más preguntas que certezas.

La organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado el comportamiento de la viruela símica como una "epidemia multinacional", ocasionada aparentemente por cambios en sus formas de transmisión que han afectado a la población humana. Se sabe que en esta especie ataca especialmente a hombres en edad sexualmente activa, que han tenido sexo con hombres sin protección, con frecuencia viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que podría transmitirse por secreciones además de los mecanismos antes conocidos.

La coinfección VIH/viruela símica es emergente, toda vez que cumple con los criterios tradicionales para su definición. Aunque son agentes conocidos, los cambios en las formas de transmisión y su presencia en regiones no prevalentes son una amenaza de potencial epidémico en las poblaciones mencionadas. Como todas las enfermedades nuevas, sus causas responden a procesos complejos donde interactúan determinantes sociales y ambientales; modos, condiciones y estilos de vida; factores de riesgo particulares y singulares de las poblaciones vulnerables, y la manera como se responde institucionalmente a las necesidades en salud de los individuos, familias y comunidades afectadas. Es decir, en este caso, como en muchas de las "nuevas enfermedades", esta situación no es causada por agentes patógenos nuevos o identificados nuevamente, sino por condiciones nuevas que emergieron en la población, con alto impacto en la salud pública.

Adicionalmente, se ha planteado la posibilidad de que el virus de la viruela símica pudiese actuar como un virus oportunista en pacientes con infección por VIH. Esta posibilidad ha requerido una línea específica de investigación epidemiológica con desarrollos metodológicos específicos que responden a preguntas como: cuánto aumenta el riesgo de infectarse, enfermarse y morir por viruela símica en personas que viven con VIH y, si el riesgo de complicaciones y consecuencias clínicas es mayor en éstas ante la infección por la viruela del mono. El artículo central del presente Boletín Epidemiológico avanza en esta línea del conocimiento.

Viruela símica y VIH en Bogotá D. C.: características epidemiológicas y clínicas

Andrea Lorena García-Moncayo¹,
Mariluz Trilleras-Mota²
Martha Patricia Padilla Velasco³.

Resumen

La viruela símica (monkeypox) es una enfermedad causada por el virus de la viruela del mono (monkeypox virus), del género *Orthopoxvirus*, de la familia *Poxviridae*. En mayo y junio de 2022, se produjo un brote significativo que se propagó rápidamente, afectando a 44 países no endémicos, incluido Colombia. En julio de ese año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró epidemia multinacional. A nivel global, el 99 % de los casos reportados correspondían a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH) y vivían con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

El presente estudio utilizó una metodología observacional, analítica y retrospectiva. El análisis de la información incluyó a todas las personas que cumplían con la definición operativa de caso para monkeypox y cuya infección fuese confirmada mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). De tal manera, se definió el objetivo de analizar las características epidemiológicas y clínicas de los casos reportados con monkeypox en Bogotá D. C., entre mayo de 2022 y febrero de 2023. Además, buscó describir el comportamiento de la enfermedad en la población del distrito capital, así como las características de la coinfección por VIH, dado que esta última incrementa de contraer monkeypox. Y finalmente, los resultados muestran que en Bogotá se confirmaron 1973 casos de monkeypox mediante PCR, la mayoría de los afectados (98 %)

eran hombres, con edad promedio de 39 años, y el 61,2 % presentaba VIH/SIDA. Todos los casos experimentaron erupciones cutáneas, mientras que la tasa de hospitalización fue baja (3,8 %) y no se registraron fallecimientos. Aunque se observó una asociación significativa entre la infección por VIH y monkeypox, este estudio no establece una relación causal entre ambas enfermedades.

Palabras clave: *interacción, comorbilidad, causalidad, inmunodeficiencia, nuevas y emergentes, coinfección.*

Summary

Introduction: Monkeypox is a disease caused by the monkeypox virus, belonging to the *Orthopoxvirus* genus of the *Poxviridae* family. In May and June 2022, a significant outbreak spread rapidly, affecting 44 non-endemic countries, including Colombia. In July of that year, the World Health Organization (WHO) declared it a multinational epidemic. Globally, 99% of reported cases corresponded to men who have sex with men (MSM) and were living with the human immunodeficiency virus (HIV). **Methodology:** This study employed an observational, analytical, and retrospective methodology. The data analysis included all individuals who met the operational case definition for monkeypox and whose infection was confirmed by polymerase chain reaction (PCR). **Objective:** The objective was to analyze the epidemiological and clinical characteristics of reported monkeypox cases in Bogotá, D.C., between May 2022 and February 2023. Additionally, it aimed to describe the behavior of the disease in the capital district's population, as well as the characteristics of HIV co-infection, given that the latter increases susceptibility to contracting monkeypox. **Results:** Finally, the results show that 1,973 cases of monkeypox were confirmed in Bogotá through PCR. The majority of affected individuals (98%) were men, with an average age of 39 years, and 61.2% had HIV/AIDS. All cases presented skin rashes, while the hospitalization rate was low (3.8%), and no deaths were recorded. Although a significant association was observed between HIV infection and monkeypox, this study does not establish a causal relationship between the two diseases.

1. Secretaría Distrital de Salud. andreosky2011@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4787-7531.

2. Secretaría Distrital de Salud. m1trilleras@saludcapital.gov.co. ORCID: 0009-0008-7025-5128.

3. Secretaría Distrital de Salud. mp1padilla@saludcapital.gov.co. ORCID: 0000-0002-2635-6094.

Keywords: interaction, comorbidity, causality, immunodeficiency, novel and emerging, co-infection.

1. Introducción

La monkeypox, causada por el virus de la viruela del mono (*monkeypox virus*) (1), solía ser una enfermedad endémica en África hasta el año 2003 (2). Es una infección zoonótica que puede transmitirse de animales a humanos y entre personas (3,4), su período de incubación varía de 0 a 21 días, con síntomas que se dividen en dos fases: una prodromica en los primeros cinco días, caracterizada por fiebre, cefalea, dolor muscular y articular, y proctitis; y una segunda fase eruptiva que aparece de 1 a 3 días después de la fiebre, con la aparición de lesiones cutáneas que incluyen máculas, pápulas, vesículas, pústulas, úlceras y costras, principalmente en genitales, palmas, plantas, cara y luego en el resto del cuerpo (5,6).

En mayo y junio de 2022 la monkeypox presentó un cambio significativo en su comportamiento epidemiológico, causando preocupación debido al rápido aumento de casos en países europeos (7-17). y en otras regiones; este brote global afectó a 44 países no endémicos, incluyendo a Colombia (8). Durante este periodo, la principal vía de propagación del virus fue a través del contacto sexual (4). Colombia se situó entre los cinco países con más casos confirmados de monkeypox en el mundo y en la región de las Américas ocupó el segundo lugar después de Brasil (10), con un total de 4 072 casos (11), de los cuales, el 48 % se reportaron en Bogotá D. C. (12).

Esta epidemia ha llamado la atención debido a su presentación, especialmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, portadores de VIH y con otras ETS asociadas (13). Esta asociación es relevante ya que en pacientes inmunodeprimidos se han observado formas graves y diseminadas de la infección por monkeypox (14). Aunque el estudio no reporta muertes directamente atribuibles a monkeypox en Colombia, sí se han registrado casos de mortalidad en pacientes con VIH relacionados con las complicaciones graves derivadas de esta combinación. Por lo tan-

to, la presencia de VIH ha sido un factor importante en la severidad de la enfermedad y en el aumento de la mortalidad asociada.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan un compromiso para poner fin a la epidemia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) mediante la mejora de la cobertura universal de salud y el acceso al tratamiento. El estudio de personas con monkeypox también facilita la identificación de individuos con VIH que desconocían su estado, ayudando así a reducir la transmisión de ambas infecciones.

Este estudio tiene como objetivo explicar el comportamiento de la viruela del mono en la población del Distrito Capital, así como analizar las características epidemiológicas, sociodemográficas y clínicas de los casos confirmados, con un enfoque especial en aquellos con coinfección por el VIH.

2. Métodos y análisis

Se lleva a cabo un estudio observacional analítico retrospectivo basado en la vigilancia en salud pública de monkeypox en Bogotá D.C. Los datos se recopilaban a través de la ficha de notificación epidemiológica SIVIGILA de reporte obligatorio, específicamente los eventos VIH850 y MPOX880, así como del programa de VIH/SIDA de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes que cumplían con la definición operativa de caso confirmado para monkeypox, según las pautas establecidas en el protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud (INS) vigente durante el período de análisis.

La confirmación de los casos de monkeypox se realizó mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) entre mayo de 2022 y febrero de 2023. La coinfección por VIH se verificó a través de la validación de la notificación del evento monkeypox y el cruce de datos con la fuente oficial de SIVIGILA, confirmada mediante pruebas de Elisa o pruebas rápidas para VIH. Es importante destacar que todas las variables en la base de datos fueron proporcionadas por los profesionales de la salud que notificaron los casos en las Uni-

dades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de todo el Distrito Capital.

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de las variables cuantitativas y cualitativas en el marco de este estudio. Para las variables cuantitativas, se aplicaron estadísticas descriptivas para entender su distribución dentro del conjunto de datos. En cuanto a las variables cualitativas, se incluyeron aspectos como el sexo del paciente, la presencia de síntomas clínicos, el estatus de VIH/SIDA, la orientación sexual, y el régimen de aseguramiento, entre otras. Estas variables cualitativas fueron categorizadas adecuadamente para su inclusión en el análisis.

Para abordar los datos faltantes en las variables cualitativas, se utilizó la imputación de valores aleatorios, garantizando que los datos incompletos no afectaran negativamente el análisis. Posteriormente, aplicamos el método *One Hot Encoding* para convertir estas variables cualitativas en formato binario, facilitando su análisis en el modelo multivariado.

En el análisis multivariado inicial se procesaron un total de 1973 registros con 121 variables, tanto cuantitativas como cualitativas. Se realizó un análisis de correlación para identificar las relaciones entre estas variables, lo que permitió seleccionar 31 variables relevantes para el modelo. Entre estas variables se incluyeron características demográficas como la edad y el sexo, y factores clínicos como la presencia de síntomas específicos y el estatus de VIH/SIDA, así como la orientación sexual y el régimen de aseguramiento.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística utilizando el diagnóstico de infección por VIH/SIDA como variable independiente. Calculamos los *Odds Ratio* (OR) para las variables que se ajustaron al modelo, evaluando así la influencia de cada variable en la variable objetivo. Todos los análisis se realizaron utilizando Python en su entorno *Jupyter Notebook*.

3. Resultados

El análisis descriptivo reveló un total de 1973 casos confirmados de monkeypox mediante pruebas de

PCR. De estos, el 98 % (1931) correspondieron a hombres, mientras que el 2 % (42) fueron mujeres. En cuanto a la infección por VIH/SIDA, el 38,2 % (755) de los casos no tenían diagnóstico previo, el 61,3 % (1208) eran VIH/SIDA positivos y un 0,5 % no tenían información disponible sobre esta variable. Todos los casos de coinfección con VIH/SIDA eran hombres, con una edad promedio de 39 años.

En términos de nacionalidad, el 94 % (1858) de los casos eran colombianos, mientras que el 5,2 % (103) eran venezolanos. Del total de casos venezolanos con monkeypox, el 64 % eran VIH/SIDA positivos.

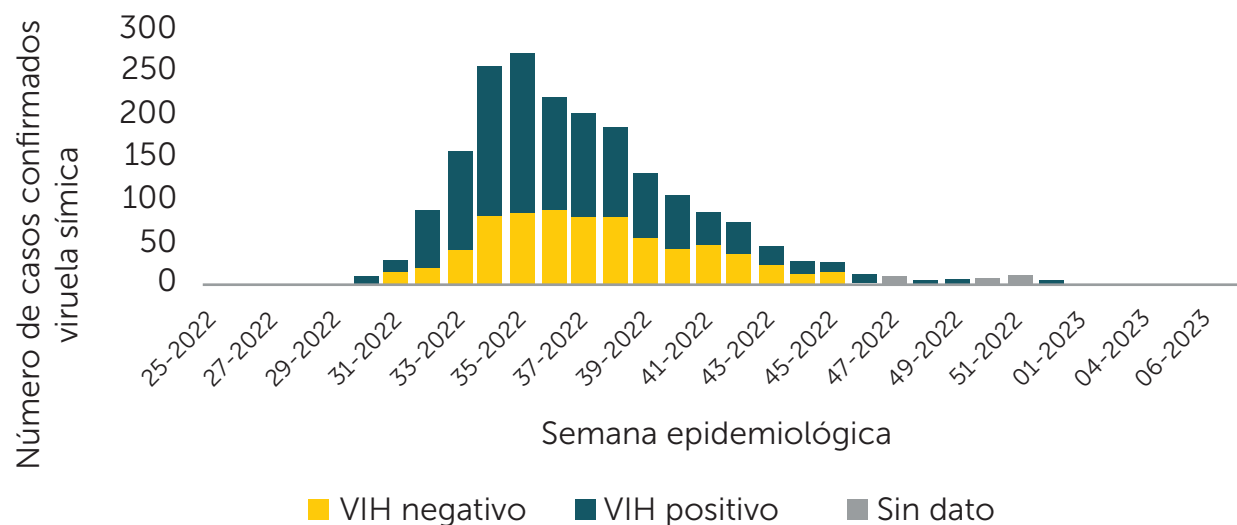
Las localidades de Suba (10,4 %), Kennedy (11,1 %) y Chapinero (10,4 %) presentaron el mayor número de casos de monkeypox. Estas mismas localidades también tuvieron la mayor cantidad de casos de viruela con coinfección por VIH/SIDA, con un 13,1 %, 11,5 %, y 10,4 %, respectivamente. Un 76 % (1572) de los casos reportaron ser hombres que tienen sexo con hombres (HSH), de los cuales el 69,4 % eran VIH/SIDA positivos.

En cuanto a la orientación sexual, el 72,2 % (1436) de los casos se identificaron como homosexuales, el 9,9 % (195) como heterosexuales y el 5,3 % (104) como bisexuales. De los que tenían coinfección por VIH/SIDA, el 70,5 % eran homosexuales y el 44,2 % bisexuales.

En lo que respecta al régimen de aseguramiento, el 61,31 % (1686) de los casos pertenecían al régimen contributivo, y de estos, el 61,32 % eran VIH/SIDA positivos.

Además de la monkeypox, se realizaron pruebas adicionales que revelaron 83 casos positivos para sífilis, 8 casos para herpes simple, 6 casos para varicela, 1 caso para rubeola y hepatitis B, 2 casos para COVID-19 y dengue respectivamente, y 3 casos para hepatitis C. En términos de hospitalización solo el 3,8 % (75 casos) de los pacientes con monkeypox requirieron hospitalización, de los cuales el 78 % (59 casos) presentaban coinfección por VIH/SIDA. Hubo un caso pediátrico y uno de adulto con coinfección que requirieron cuidados intensivos. Se registró una complicación oftálmica y un fallecimiento debido a criptococosis extrapulmonar.

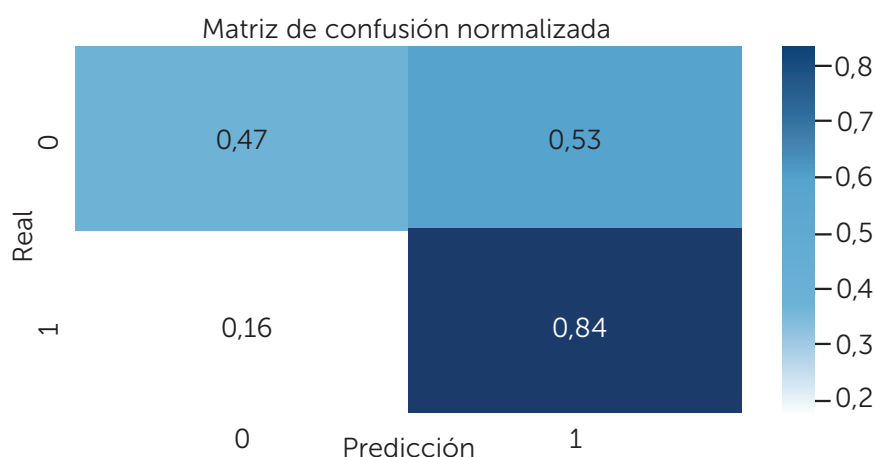
Figura 1. Curva de monkeypox y coinfección por VIH/SIDA en Bogotá D. C. - mayo 2002 a febrero 2023



La matriz de confusión, que se calculó utilizando los valores proporcionados $((0,5 + 0,8) / (0,5 + 0,5 + 0,2 + 0,8)) \approx 0,7$, indicó que aproximadamente el 71 % de todas las clasificaciones realizadas por el modelo son precisas. Además, la sensibilidad del modelo, que es del 84 %, refleja que alrededor del 84 % de las muestras positivas reales fueron correctamente identificadas como positivas. La especificidad, que se sitúa en el 47 %, señala que aproximadamente el 47 % de las muestras

negativas reales fueron correctamente identificadas como negativas. El Valor Predictivo Positivo aproximadamente del 61 %, indica que alrededor del 61 % de las muestras clasificadas como positivas por el modelo realmente son positivas. Por último, el Valor Predictivo Negativo, cerca del 75 %, sugiere que aproximadamente el 75 % de las muestras clasificadas como negativas por el modelo son realmente negativas.

Figura 2. Matriz de confusión normalizada



El modelo de regresión logística revela que los casos con VIH/SIDA que están entre los 45 a 49 años tienen OR 2,4 (IC: 0,6/2,4) veces más proba-

bilidad de tener monkeypox que los que no tenían VIH/SIDA, el quinquenio 35 a 39 años OR 1,4 (IC: 0,5/1,6), 40 A 44 años OR 1,2 (IC: 0,2/1,3), 30 a 34

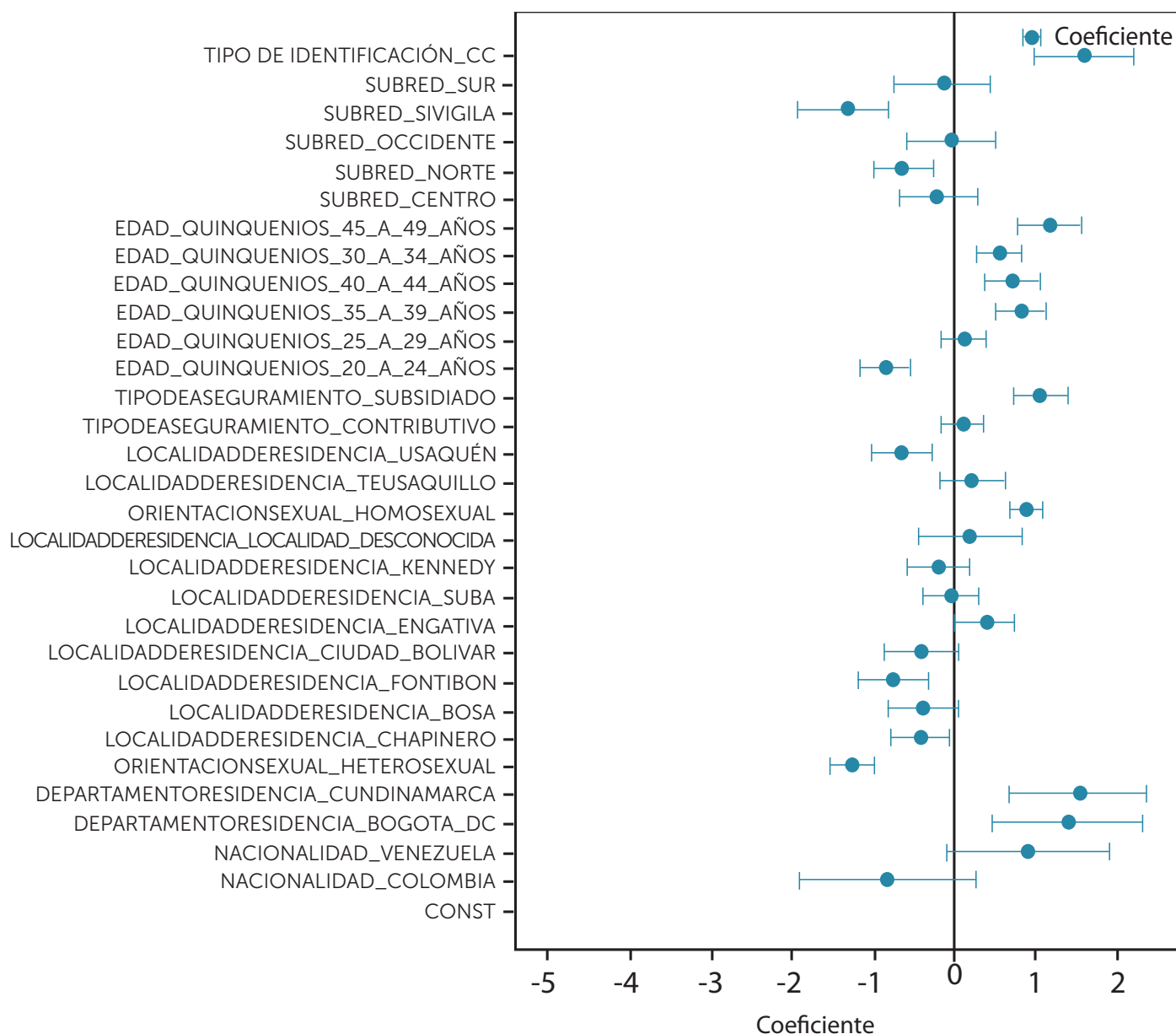
años OR 1,0 (IC: 0,1/1,4). El régimen subsidiado OR 2,3 (IC: 0,5/2,4), la nacionalidad venezolana OR 1,5

(IC: 0,7/2,7), ser homosexual OR 1,4 (IC: 0,6/1,4), mientras que ser heterosexual tiene OR 0,2 (IC: -1,2/0,5).

Tabla 1. Análisis de odds ratio e intervalos de confianza

VARIABLE	Odds Ratio	Intervalo de Confianza
TIPO_IDENTIFICACION_CC	4,4	0,6/4,4
DEPARTAMENTO_RESIDENCIA_CUNDINAMARCA	4,0	0,1/4,2
DEPARTAMENTO_RESIDENCIA_BOGOTÁ_D.C	3,5	-0,2/3,8
EDAD_QUINQUENIOS_45_A_49_AÑOS	2,4	0,6/2,4
TIPO_DE_ASEGURAMIENTO_SUBSIDIADO	2,3	0,5/2,4
NACIONALIDAD_VENEZUELA	1,5	0,7/2,7
ORIENTACION_SEXUAL_HOMOSEXUAL	1,4	0,6/1,4
EDAD_QUINQUENIOS_35_A_39_AÑOS	1,4	0,5/1,6
EDAD_QUINQUENIOS_40_A_44_AÑOS	1,2	0,2/1,3
EDAD_QUINQUENIOS_30_A_34_AÑOS	1,1	0,1/1,4
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_ENGATIVA	0,9	-0,1/1,6
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_TEUSAQUILLO	0,8	-0,5/1,2
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_LOCALIDAD_DESCONOCIDA	0,8	-0,6/1,3
EDAD_QUINQUENIOS_25_A_29_AÑOS	0,7	-0,8/0,9
TIPO_DE_ASEGURAMIENTO_CONTRIBUTIVO	0,7	-0,3/0,8
SUBRED_OCCIDENTE	0,6	-0,5/1,3
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_SUBA	0,6	-0,7/0,9
SUBRED_SUR	0,6	-0,9/1,2
SUBRED_CENTRO	0,5	-0,8/1,0
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_KENNEDY	0,5	-0,6/0,9
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_BOSA	0,4	-0,9/0,6
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_CIUADAD_BOLIVAR	0,4	-0,3/0,7
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_CHAPINERO	0,4	-0,3/0,6
SUBRED_NORTE	0,4	-1,0/0,4
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_USAQUEN	0,4	-1,1/0,5
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_FONTIBON	0,3	-1,3/0,3
NACIONALIDAD_COLOMBIA	0,3	-2,4/1,6
EDAD_QUINQUENIOS_20_A_24_AÑOS	0,3	-1,1/0,4
ORIENTACION_SEXUAL_HETEROSEXUAL	0,2	-1,2/0,5
SUBRED_SIVIGILA	0,2	-2,0/0,2

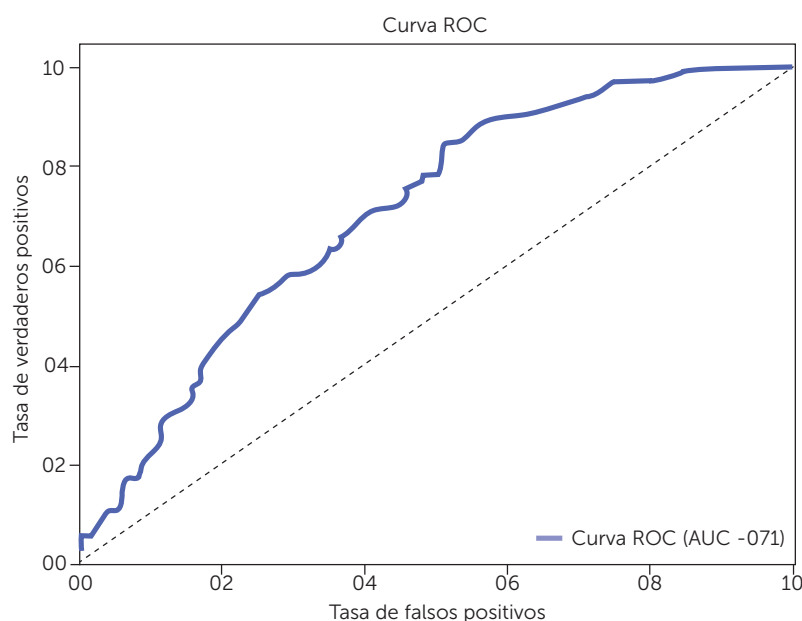
Figura 3. Intervalos de confianza



La curva *Receiver Operating Characteristic* (curva ROC) proporciona una evaluación visual del rendimiento de un modelo de clasificación en diferentes umbrales de decisión. En este caso, el área bajo la curva (AUC) es 0,7, lo que sugiere que el modelo tiene un rendimiento moderado en la discriminación entre casos positivos por PCR de monkeypox con la presencia de VIH/SIDA y casos negativos sin esta coinfección.

Un AUC de 0,7 es indicativo de una capacidad aceptable para distinguir entre las dos clases en cuestión. Este

valor se encuentra por encima de 0,5, que es la referencia para un modelo que clasifica al azar, y se acerca a 1, lo que representaría una capacidad perfecta de discriminación. En términos prácticos, un AUC de 0,7 significa que el modelo tiene una precisión del 71 % en la identificación de casos de VIH/SIDA específicamente cuando están acompañados de monkeypox. Esto implica que en la mayoría de los casos el modelo puede diferenciar correctamente entre individuos que tienen VIH/SIDA con monkeypox y aquellos que no tienen esta coinfección.

Figura 4. Curva ROC del modelo casos positivos por PCR de monkeypox y VIH/SIDA

Área bajo la curva (AUC)	Error Estándar	p=valor	Intervalos de confianza 96%	
			Límite inferior	Límite superior
0,71	0,022007	3,1031-07	0,47	0,87

4. Discusión

En Bogotá la monkeypox presentó mayores picos de casos entre los meses de junio a octubre, después de esta fecha los casos disminuyeron a 1 semanal, incluso 1 mensual, comportamiento similar a otras regiones de Latinoamérica (15) así como en España (16). Después de las restricciones de la pandemia COVID-19 la participación en eventos masivos y la reactivación de la interacción social propició el contacto sexual, generado un aumento en la actividad sexual especialmente entre la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), aumentando así el riesgo de propagación del virus.

Los estudios disponibles indican que diversos factores de riesgo están asociados con la monkeypox, entre ellos ser un hombre joven, participar en relaciones sexuales con otros hombres, y llevar a cabo conductas y actividades de riesgo -como el sexo sin condón-(7, 18-20), resultados muy parecidos se encontraron en las personas de este estudio.

Además, la seropositividad, la presencia del VIH y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la sífilis, se han identificado como factores adicionales que contribuyen al riesgo de contraer la monkeypox y de presentar las formas más prolongadas y graves de la misma (21), encontrando en esta investigación resultados similares. A diferencia otras investigaciones, en esta no se encontraron pacientes heterosexuales VIH negativos con formas graves de la infección por viruela (16).

En conclusión, los casos de monkeypox en Bogotá se han manifestado principalmente en hombres de mediana edad que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Significativamente, se ha observado que un considerable porcentaje de esta población presenta una coinfección con el VIH/SIDA, destacando la importancia de abordar esta intersección de riesgos en las estrategias de salud pública.

El Distrito Capital debe generar estrategias para la prevención de VIH/SIDA en personas jóvenes que permitan un acceso fácil para detectar a tiempo la

infección y garantizar el acceso equitativo al tratamiento antiviral, ya que un porcentaje alto de casos de viruela eran portadores del virus VIH sin diagnóstico y otro porcentaje sin tratamiento.

Limitaciones

La principal limitación que se presentó en este estudio se debió a que los datos provienen de vigilancia epidemiológica, razón por la cual no fue posible acceder a las historias clínicas de los pacientes con casos confirmados.

Conflictos de intereses

No declaramos conflictos de intereses.

Referencias

1. Alakunle E, Moens U, Nchinda G, Okeke M I. Monkeypox virus in Nigeria: infection biology, epidemiology, and evolution. *Viruses* 2020;12. Doi: 10.3390/v12111257
2. Organización mundial de la salud. Monkeypox outbreak toolbox. [Internet]. Mayo de 2022. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/outbreak-toolkit/clean_monkey-pox-data-collection-toolbox_23may2022.pdf?sfvrsn=502d2ef3_1&download=true
3. Ministerio de salud y protección social. Panorama de la Viruela Símica en Colombia y el mundo. [Internet]. Boletín de prensa No. 525 de 2022 [01 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Panorama-de-la-viruela-simica-en-Colombia-y-el-mundo.aspx#:~:text=Corte%3A%20octubre%2026%20de%202022.&text=Con%20corte%20al%2024%20de,casos%20por%20cada%20100.000%20habitantes>.
4. Organización mundial de la salud. [Internet]. Viruela Símica (mpox). [16 de octubre de 2024]. Centro de prensa – Preguntas y respuestas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/monkey-pox?>
5. Organización mundial de la salud. [Internet]. Viruela Símica (mpox). [26 de agosto de 2024]. Centro de prensa - Notas descriptivas - Datos y Cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
6. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. Signs and symptoms of Mpox. 12 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mpox/signs-symptoms/index.html>.
7. Thornhill JP, Barkati S., Walmsley S., et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries – April–June 2022. [Internet]. *N Engl J Med*. 2022; 387: 679–691. Doi: 10.1056/NEJMoa2207323 Epub 2022 Jul 21. PMID: 35866746.
8. Cimerman S, Chebabo A, Cunha C, Barbosa A, Rodriguez-Morales A. Human monkeypox preparedness in Latin America - Are we ready for the next viral zoonotic disease outbreak after COVID-19. [Internet]. *Braz J Infect Dis*. May-Jun 2022; 26 (3):102372. Doi: 10.1016/j.bjid.2022.102372
9. Organización
10. Álvarez-Moreno C, Alzate-Ángel J, De La Hoz-Siegler I, Bareño A, Mantilla M, Sussman O, et al. [Internet]. Clinical and epidemiological characteristics of mpox: A descriptive cases series in Colombia. *Travel Med Infect Dis*. [mayo-junio de 2023]. 53, 102594. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102594>
11. Instituto Nacional de Salud de Colombia [Internet]. Enfermedades emergentes. Noticias. [Consultado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>
12. Observatorio de Salud de Bogotá – SaluData [Internet]. Datos de salud - Enfermedades transmisibles. Secretaría Distrital de Salud. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/>

gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/viruelasimica/

12. Maguiña C, Espinal M. Viruela del mono una nueva enfermedad emergente mundial. [Internet]. AMP. Colegio Médico del Perú. Lima. [2022]; 39(3): 223-6. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2022.393.2470>
13. Mitjà O, Alemany A, Marks M, Lezama J, Rodríguez-Aldana J, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. [Internet]. Lancet. [2023]; 401(10380):939-949. Doi:10.1016/S0140-6736(23)00273-8
14. Buendía-Flores NN, Villena-Pacheco AE, Araujo-Castillo R. Viruela del mono (MPOX) en paciente varón heterosexual VIH negativo. AMP. [Internet]. 2022 octubre; 39(4). Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2022.394.2517>
15. Catalá A, Clavo-Escribano P, Riera-Monroig J, Martín-Ezquerro G, Fernandez-Gonzalez P, Revelles-Peñas L, et al. Monkeypox outbreak in Spain: clinical and epidemiological findings in a prospective cross-sectional study of 185 cases. Br J Dermatol. [Internet]. 2022 noviembre; 187(5): 765-772. Epub 2022 Aug 20. Doi: 10.1111/bjd.21790
16. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Actualización Epidemiológica sobre viruela símica - 9 de julio de 2022. Documentos. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sobre-viruela-simica-9-julio-2022>
17. Rodríguez-Morales A, Barbosa-Quintero Z, y Villamil-Gomez W. ¿Es posible que la viruela del mono pueda comportarse como una infección oportunista en personas viviendo con VIH?. Rev chil. infectol. [Internet]. 2022 junio; 39(3): 233-237. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182022000200233>
18. Cabrera-Gaytán DA, Alfaro-Martínez LA. Viruela símica: la otra pandemia, el otro reto. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023 marzo-abril; 61(3): 130-132. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10396006/>

19. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. BMJ. [Internet]. 2022 julio. 28;378. Disponible en doi: 10.1136/bmj-2022-072410
20. Rodríguez-Morales AJ y Lopardo G. Viruela del mono: ¿otra infección de transmisión sexual?. Pathogens. [Internet]. 2022.11(7); 713. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/pathogens11070713>

Aumento de casos por la variante clado Ib de mpox en África, Bogotá se prepara y refuerza su respuesta

Juan Sebastián Molina Muñoz¹
Martha Padilla Velasco²

La viruela símica (mpox) es una enfermedad vírica causada por el virus de la mpox, que pertenece al género de los Orthopoxvirus. Existen dos clados distintos del virus: el clado I (que tiene los subclados Ia e Ib) y el clado II (que tiene los subclados IIa y IIb). En 2022-2023, se produjo un brote mundial de mpox causado por una cepa del clado IIb. Actualmente, la mpox sigue constituyendo una amenaza, y el recrudecimiento de los casos debidos a los clados Ia y Ib en la República Democrática del Congo y en otros países es motivo de preocupación. (1)

En mayo de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió la notificación de cuatro casos confirmados de viruela símica en Reino Unido. En menos de cinco días se confirmaron casos en ocho países adicionales de Europa y en dos países

1. Juan Sebastián, Molina Muñoz: médico obstetra y ginecólogo, especialista en epidemiología, Subred Centro Oriente jsmolina.mym@gmail.com ORCID: 0000-0002-9725-8352
2. Martha Patricia Padilla Velasco: enfermera, especialista en epidemiología, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C. Colombia. mp1padilla@saludcapital.gov.co ORCID: 0000-0002-2635-6094

de América (2). Ante la rápida diseminación y la falta de vínculos claros entre los casos, la OMS declaró la situación como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en julio de 2022, manteniéndola hasta mayo de 2023 (3). El 14 de agosto de 2024, la OMS volvió a declarar al mpox como ESPII debido a la aparición y rápida propagación de la nueva cepa del virus, el clado Ib, en la República Democrática del Congo (RDC), así como la posible propagación fuera del continente africano (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2024).

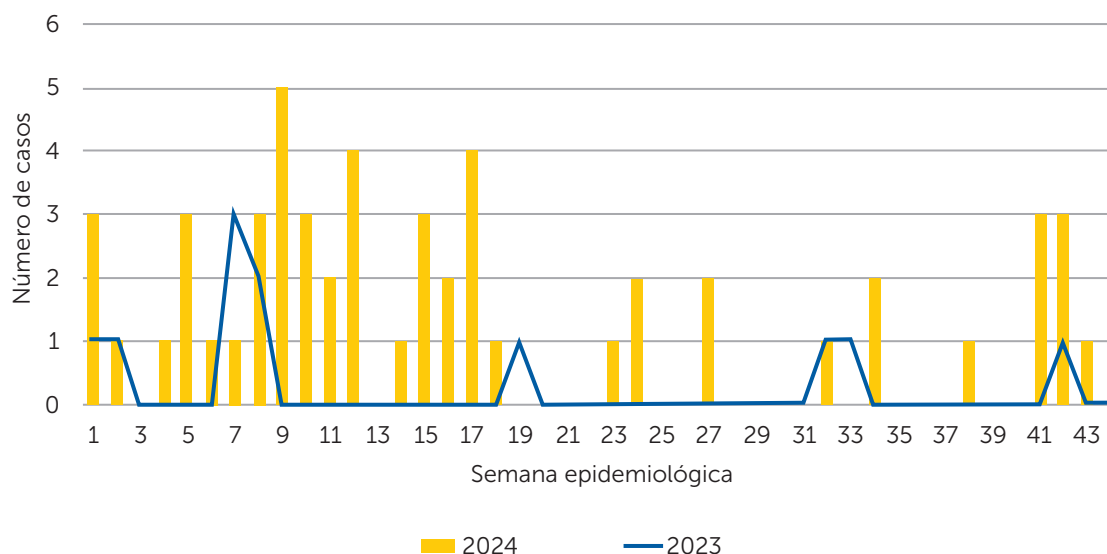
Según la OMS, desde el año 2022 hasta el 30 septiembre del 2024 se han notificado 109 699 casos confirmados de mpox, con 273 defunciones. Las regiones más afectadas se han sido África, con el 63,6 % de los casos, y la región de las Américas con 15,5 % de casos (5).

En la región de las Américas desde el 2022 hasta la semana epidemiológica 40 del 2024 se han notificado 65 876 casos confirmados y 150 defunciones asociadas, siendo el clado IIb el predominante en países como Estados Unidos, Brasil y Colombia (5). Hasta la semana epidemiológica 40 la región no ha reportado casos del clado Ib, sin embargo, el riesgo de introducción persiste.

Para Colombia, según los datos preliminares hasta la semana epidemiológica 44, se han identificado 4 279 casos confirmados, sin reportes de mortalidad relacionados con el clado IIb (6). Se observa que la propagación principalmente es a través del contacto piel a piel, especialmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, requiriendo manejo intrahospitalario solo en el 1,8 % de los casos (7). Hasta esa misma semana se han registrado 131 casos en el país, todos correspondientes al clado IIb, de los cuales el 99,2 % de los afectados son hombres, siendo Bogotá la ciudad que reporta el mayor número de casos, con un 41,2 % del total de los casos confirmados en el país (6).

Para Bogotá, de los datos preliminares que contemplan hasta la semana epidemiológica 44 (01 de enero al 02 de octubre 2024), se registran 54 casos confirmados, todos hombres. De estos, el 25,9 % requirió de hospitalización, sin reporte de fallecidos. Al comparar con el año anterior al mismo corte, se observa un aumento del 79 % (figura 1), lo que enfatiza la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones intersectoriales para hacer frente a la enfermedad.

Figura 1. Distribución de casos confirmados para mpox por semana epidemiológica con corte a semana 44, años 2023-2024



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Datos preliminares vigilancia epidemiológica mpox semana epidemiológica 44

Los casos confirmados en la ciudad se han distribuido principalmente entre las localidades de Kennedy (16,7 %), Chapinero (14,8 %), Engativá (13,0 %) y Suba (11,1 %), afectando principalmente aquellas personas en edades productivas, entre 25 y 40 años y el régimen de aseguramiento con mayor número de casos es el contributivo (8). La transmisión del mpox en el Distrito Capital es similar al resto del país, y el 47,1 % de los casos conviven con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La vigilancia sigue siendo un componente esencial en la prevención de posibles brotes de mpox en el distrito; aunque Bogotá no ha reportado casos de clado Ib, la Secretaría Distrital de Salud continúa fortaleciendo las acciones de información y educación sobre la prevención, diagnóstico y seguimiento del mpox, tanto a nivel individual como comunitario. Estas acciones están enmarcadas en el Plan distrital intersectorial de prevención, preparación y respuesta a la emergencia de salud pública establecido para el evento en respuesta a la alerta generada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y al llamado de la OMS ante la nueva ESPII (9).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Viruela Símica (mpox). [Internet]. 2024. Disponible en: [HYPERLINK "https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mpox"](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mpox) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mpox>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: viruela símica en países no endémicos. [Internet]. Washington, D.C; 20 de mayo de 2022. Disponible en: [HYPERLINK "chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2022-07/alerta-epidemiologica-viruela-smica-es-20may-2022.pdf"](https://www.paho.org/sites/default/files/2022-07/alerta-epidemiologica-viruela-smica-es-20may-2022.pdf) [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2022-07/alerta-epidemiologica-viruela-smica-es-20may-2022.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2022-07/alerta-epidemiologica-viruela-smica-es-20may-2022.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: viruela símica (MPXV clado I). [Internet]. Washington, D.C.; 8 de agosto de 2024. Disponible en: [HYPERLINK "chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/2024-ago-8-phe-alerta-epi-mpxv-esp.pdf"](https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/2024-ago-8-phe-alerta-epi-mpxv-esp.pdf) [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/2024-ago-8-phe-alerta-epi-mpxv-esp.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/2024-ago-8-phe-alerta-epi-mpxv-esp.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). El Director General de la OMS declara una emergencia de salud pública de importancia internacional por el brote de viruela símica (mpox). [Internet]. 2024. Disponible en: [HYPERLINK "https://www.who.int/es/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern"](https://www.who.int/es/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern) <https://www.who.int/es/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS/OMS. [Internet]. Washington DC; 10 de septiembre de 2024. Disponible en: [HYPERLINK "chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2024-09/2024-sep-10-phe-actualizacion-epi-mpox-esp.pdf"](https://www.paho.org/sites/default/files/2024-09/2024-sep-10-phe-actualizacion-epi-mpox-esp.pdf) [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.paho.org/sites/default/files/2024-09/2024-sep-10-phe-actualizacion-epi-mpox-esp.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2024-09/2024-sep-10-phe-actualizacion-epi-mpox-esp.pdf)
6. Instituto Nacional de Salud (INS). Enfermedades emergentes. [Internet]. 2024. Disponible en: [HYPERLINK "https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx"](https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx) <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>
7. Instituto Nacional de Salud (INS). Enfermedades emergentes. [Internet]. 2024. Disponible en: [HYPERLINK "https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx"](https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx) <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>

8. Secretaria de Salud de Bogotá - SaluData. Mpox en Bogotá DC. [Internet]. 2024. Disponible en: [HYPERLINK "https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mpox/"](https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mpox/)<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mpox/>.
9. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Plan distrital de prevención, reparación y respuesta ante la emergencia en salud pública de importancia internacional por mpox en Bogotá D.C. [Internet]. Bogotá DC; 2024. Disponible en: [HYPERLINK "chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Plan_Prev_Prep_Rta_mpox.pdf"](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Plan_Prev_Prep_Rta_mpox.pdf).

Países vecinos como Ruanda, Kenia y Uganda, han reportado casos de la nueva variante. En Burundi se están llevando a cabo análisis para determinar si los casos notificados se deben a la nueva variante.

El 14 de agosto del 2024 el director general de la OMS, tras la sesión del Comité de emergencias del reglamento sanitario internacional (RSI), declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por el brote de mpox de la República Democrática del Congo, debido al número creciente de países de África afectados por la enfermedad en relación con el clado I. La declaración se da por el potencial de propagación internacional, que indica que se requiere una respuesta coordinada para prevenir la expansión de la enfermedad (1).

Información emergencias en salud de interés internacional (ESPII) corte a agosto del 2024

Jenny Mora¹

Alerta epidemiológica de viruela símica (mpox) clado I

Desde inicio del brote de mpox dado en la República Democrática del Congo en el 2022, y como parte de las investigaciones, en el brote se identificó una nueva variante del clado I, que se estima emergió alrededor de mediados de septiembre del 2023. La variante fue asociada a un aumento importante en el número de casos en el país mencionado y la transmisión sexual fue el principal modo de infección de la mayoría de los casos reportados. Los estudios de la variante del clado I indican una adaptación del virus debido a la circulación intensa en humanos.

Entre el inicio y el 26 de julio de 2024 en la República Democrática del Congo se han notificado 14 479 casos de viruela símica (2 715 confirmados y 11 764 sospechosos) y 455 defunciones, afectando a 25 de las 26 provincias del país. Los niños menores de 15 años representaron el 66 % de los casos y el 82 % de las defunciones, el 73 % eran varones.

Mpox en la Región de las Américas

Desde el inicio del 2022 hasta el 17 de agosto del 2024 se notificaron 63 270 casos confirmados de mpox, incluidas 141 defunciones, en 32 países y territorios de la región de las Américas. El 90 % de los casos se registraron en el año 2022, con una tendencia al descenso continuo durante el 2023 y el 2024. La vigilancia genómica identificó al clado IIb en todos los casos analizados, el cual sigue siendo el único detectado hasta la fecha en la región.

De 59 729 casos con información disponible sobre el sexo y la edad, el 80 % corresponde a hombres entre 20 y 44 años y 777 casos a menores de 18 años en 15 países de la región. De 18 948 casos con información disponible sobre la orientación sexual, el 70 % se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Durante el 2024, 13 países en la región de las Américas han registrado casos de mpox: Argentina (n= 8 casos), Bolivia (n= 1 caso), Brasil (n= 702 casos), Canadá (n= 162 casos), Chile (n= 7 casos), Colombia (n= 111 casos), Costa Rica (n= 1 caso), Ecuador (n= 4 casos), Estados Unidos (n= 1 716 casos y una defunción), Guatemala (n= 1 caso), México (n=53 casos), Panamá (n=4 casos) y Perú (n=77 casos).

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

En la subregión de América del Sur diez países han registrado casos, y desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024 se reportaron 22 990 casos de mpox, incluidas 44 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en Brasil, con el 49 % de los casos, seguido por Colombia con el 19 % y Perú con un 17 %. Dentro de los países que conforman esta subregión, siete países registran casos en el 2024: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.

Hasta la fecha no se reportaron casos de mpox pertenecientes a la nueva variante del clado I en la región de las Américas, sin embargo, no se puede descartar su introducción esporádica, por lo que se orienta a las autoridades de salud a: continuar con el fortalecimiento de la vigilancia para la detección oportuna de casos y conglomerados de casos, brindar una atención clínica adecuada, el aislamiento de los casos para evitar la transmisión, la identificación, manejo y seguimiento de los contactos para reconocer los primeros signos o síntomas de infección, identificar grupos que presentan riesgos de infección y de enfermedad grave, fortalecer las capacidades de vigilancia por laboratorio, y al manejo de la comunicación de riesgo (información, educación y comunicación).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que no se requiere ni se recomienda la vacunación masiva contra el mpox en la población. Además, que se debe hacer todo lo posible para controlar la propagación de mpox de persona a persona a través de la detección y el diagnóstico temprano de casos, el aislamiento y el seguimiento de contactos. Sólo se debe ofrecer la vacunación a los contactos cercanos de un caso confirmado de mpox que tengan alto riesgo (2).

Síndrome de encefalitis aguda por virus Chandipura – India

Entre los principios de junio y el 15 de agosto de 2024 el Ministerio de Salud de la India informó 245 casos de síndrome de encefalitis aguda (AES), incluidas 82 muertes; de estos, 64 son casos confirmados de infección por el virus Chandipura (CHPV). El CHPV es endémico en la India y los

brotos anteriores se produjeron con regularidad, sin embargo, el brote actual es el mayor de los últimos 20 años. El virus Chandipura causa casos esporádicos y brotes de encefalitis agudas en el oeste, centro y sur de la India, especialmente durante los meses de junio a septiembre.

El virus se transmite por vectores como flebotomos, mosquitos y garrapatas. La tasa de letalidad por infección por CHPV es alta (56 a 75 %): la enfermedad afecta principalmente a niños menores de 15 años y puede presentarse con un cuadro febril que puede progresar a convulsiones, coma y, en algunos casos, la muerte. En los niños tiene una alta mortalidad dentro de las 48 a 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas, que generalmente se presentan con síndrome de encefalitis aguda. No existe ningún tratamiento o vacuna específica disponible; la supervivencia se puede aumentar con el acceso temprano a la atención y cuidados intensivos de apoyo de los pacientes. Hasta la fecha no se ha informado de transmisión de persona a persona.

Aunque las autoridades están trabajando para controlar la transmisión del CHPV, es posible que la misma se incremente en las próximas semanas, ya que la temporada crea condiciones favorables para las poblaciones de vectores en las zonas afectadas. CHPV no se ha detectado en otros países; sin embargo, un estudio muestra que puede estar presente en otros países de Asia y África. Los vectores flebotomos abundan en la región de Asia Sudoriental. No hay evidencia de que este virus haya sido detectado entre quienes viajan desde la India a otros países.

La OMS recomienda el control de vectores y la protección contra las picaduras de flebotomos, mosquitos y garrapatas para evitar una mayor propagación del CHPV. Las malas condiciones sanitarias domésticas y de vivienda (falta de gestión de residuos o alcantarillado abierto) pueden aumentar los lugares de reproducción y descanso de los flebotomos, así como el acceso de los vectores a los humanos (3).

Enfermedad por virus de Oropouche - Región de las Américas

La enfermedad por el virus Oropouche (OROV) es una enfermedad febril que se transmite principalmente a través de la picadura de un insecto conocido como mosquito jején (*Culicoides paraensis*). Los síntomas de la enfermedad son similares a los del dengue, como fiebre, dolor de cabeza intenso, rigidez de las articulaciones, dolor, escalofrío, náuseas y vómito persistente. La presentación clínica grave es rara, pero puede provocar meningitis aséptica durante la segunda semana de la enfermedad.

Según la OMS, en 2024 aumentó el número de casos de enfermedad por el virus de Oropouche notificados en la región de las Américas, incluso en áreas sin antecedentes reconocidos de enfermedad por este virus. Además, algunos países han identificado infecciones mortales y una posible transmisión vertical (hasta la fecha no hay evidencia de otros modos de transmisión del OROV de persona a persona).

Al 20 de julio de 2024 se habían notificado un total de 8 078 casos confirmados de Oropouche, incluidas dos muertes, en la región de las Américas, ubicados en cinco países: Bolivia (356 casos), Brasil (7 284 casos), Colombia (74 casos), Cuba (74 casos) y Perú (290 casos). Brasil también notificó una muerte fetal y un aborto espontáneo en el estado de Pernambuco, así como cuatro casos de recién nacidos con microcefalia posiblemente relacionados con la infección por OROV. No se puede concluir que OROV sea la causa de las muertes fetales, las investigaciones aún están en curso.

Dado que la enfermedad por virus Oropouche es un arbovirus emergente y poco identificado en las Américas, la detección de una muestra positiva y la confirmación de un caso requieren el uso del Anexo 2 del Reglamento sanitario internacional (RSI) y su consecuente notificación a través de los canales establecidos por el mismo.

OROV se ha transmitido históricamente en la región amazónica, sin embargo, las posibles razones para la propagación más allá de su rango histórico incluyen el cambio climático, la deforestación y la urbanización no planificada, que han facilitado

su llegada a estados no amazónicos en Brasil y a países donde, hasta ahora, no se han reportado casos, incluidos Bolivia y Cuba.

Sobre la base de la información disponible, la OMS evalúa que el riesgo general para la salud pública que representa este virus es alto a nivel regional y bajo a nivel mundial (4).

Poliovirus circulante de origen vacunal tipo 2 (cVDPV2) – Palestina* – 2024

El 22 de agosto de 2024 el semanario de la Iniciativa mundial para la erradicación de la polio (GPEI) publicó una notificación anticipada sobre los casos de parálisis flácida aguda (AFP) debidos a la variante del poliovirus en el campo de refugiados de Deri al-Balah, que se encuentran en Gaza. Las autoridades sanitarias de Palestina informaron el 16 de agosto del 2024 sobre el primer caso de polio registrado en Gaza, que estuvo libre por 25 años de esta enfermedad. El caso es un bebé de diez meses, sin antecedentes vacunales.

El 23 de julio de 2024 la GPEI confirmó la presencia poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV) en la Franja de Gaza: la identificación positiva para poliovirus se dio en seis muestras de aguas residuales recolectadas de dos sitios de vigilancia ambiental en las ciudades de Khan Younis y Deir al-Balah.

Estos son los primeros hallazgos de muestras ambientales positivas para poliovirus en Palestina desde 2022. La GPEI informó que las tasas de inmunización sistemática en Palestina eran óptimas antes del inicio del conflicto en octubre de 2023: la cobertura de vacunación contra la polio se estimó en un 99 % en 2022, cifra que se redujo al 89 % en 2023, según el último informe.

Aunque la situación en la Franja de Gaza sigue siendo crítica, con graves perturbaciones en los servicios de salud y mayor riesgo de brotes de enfermedades infecciosas, la probabilidad de infección por poliovirus de, por ejemplo, trabajadores humanitarios en Gaza, es muy bajo suponiendo que estén al día con su vacuna contra la polio (5).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica viruela símica (MPXV clado I) - 8 de Agosto 2024. [Internet]. 2024. [Consultado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-viruela-simica-mpxv-clado-i-8-agosto-2024>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica mpox región de las Américas – 17 de Agosto de 2024. [Internet]. 2024. [Consultado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-17-agosto-2024>
3. World Health Organization. Acute encephalitis syndrome due to Chandipura virus – India - 23 August 2024. [Internet]. 2024. Disease Outbreak News. [Consultado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON529>
4. World Health Organization. Oropouche virus disease - Region of the Americas. - 23 August 2024 [Internet]. 2024. [Consultado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON530>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. [Internet]. Weekly Bulletin: Communicable disease threats report – week 34. Solna, Suecia. ECDC; Agosto de 2024. [Consultado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-17-23-august-2024-week-34>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTA, con corte a periodo 8 de 2024, (periodo epidemiológico 08- 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	11	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.113	132	352	52	1.492	202	2.292	296	291	39	322	49	16.222	2.074
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	333	38	85	9	400	56	567	60	63	7	104	12	3.764	442
Cáncer en menores de 18 años	115	14	1	2	0	14	2	25	1	6	0	4	0	396	29
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	0	0	0	1	0	14	0
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	14	0
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	101	14	36	4	133	8	205	18	26	3	24	2	2.328	253
Dengue	210	255	20	85	10	289	19	485	43	69	7	100	7	3.697	291
Dengue grave	220	2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	40	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	93	12	17	3	161	17	350	44	24	1	16	3	2.724	304
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 similar a influenza infección respiratoria aguda grave (Vigilancia centinela)	345	131	15	11	1	24	5	228	30	5	0	3	1	1.952	144
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	128	20	40	5	184	32	224	31	33	9	41	7	3.307	446

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
Evento adverso seguido a la vacunación	298	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	29	1
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	0	0	0	4	1
Hepatitis A	330	9	1	12	0	10	2	13	1	5	1	5	2	123	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	46	2	83	7	94	10	111	13	15	2	36	4	940	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	140	11	68	4	10	0	56	1	32	2	114	6	705	51
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	79	0	19	0	70	0	121	0	21	0	24	0	725	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	74	7	72	4	28	2	52	1	40	1	81	2	584	34
Intento de suicidio	356	171	28	76	11	345	44	485	68	89	10	82	14	3.750	492
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	316	29	159	16	308	35	601	82	90	11	121	19	3.165	408
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis cutánea	420	5	0	0	0	9	0	6	1	0	0	3	1	119	4
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	10	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	14	2
Leptospirosis	455	2	0	0	0	4	0	5	0	0	0	0	0	34	1
Lesiones de causa externa ***	453	6	5	3	0	3	0	8	2	0	0	4	1	62	19
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	5	0	1	0	11	2	17	0	3	1	1	0	116	9
Malaria	465	10	1	12	0	19	1	27	1	6	1	4	0	359	29
Meningitis	535	6	0	1	1	7	1	9	1	1	0	0	0	97	11
Morbilidad materna extrema	549	198	28	73	6	272	32	453	60	51	6	53	8	3.629	511
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	24	2	11	1	45	5	56	8	5	1	8	0	608	61
Mortalidad por dengue	580	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	8	1

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	96	16	22	5	74	10	174	23	23	0	14	1	947	117
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	7	1	14	1	2	1	2	0	109	11
Sífilis gestacional	750	18	2	6	1	39	4	72	8	10	4	11	3	680	90
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	739	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	8	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 trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido 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	1	0	0	0	4	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	50	5	11	0	65	11	101	12	13	3	17	0	1.129	138
Varicela Individual	831	217	17	55	12	341	68	476	69	71	4	48	10	3.127	466
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	948	108	286	44	1.934	246	3.011	387	297	33	347	40	26.694	3.558
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	19	1
Viruela símica	880	2	0	8	0	5	0	5	1	0	0	3	0	47	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	142	10	113	9	319	26	431	62	83	9	112	16	3815	435
Zika	895	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD		4.745	524	1.721	205	6.729	842	10.700	1.326	1.377	156	1.706	208	86.132	10.558

EVENTOS SIVIGILA	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	323	53	835	90	172	25	0	0	62	4	833	116	16.222	2.074
Cáncer de la mama y cuello uterino	80	12	99	13	46	7	0	0	34	7	120	11	3.764	442
Cáncer en menores de 18 años	4	0	5	1	2	0	0	0	0	0	12	1	396	29
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0
Chagas crónico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0
Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	51	4	109	11	43	4	0	0	10	1	119	13	2.328	253
Dengue	41	3	90	7	31	2	0	0	12	2	68	6	3.697	291
Dengue grave	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	35	5	143	13	48	7	0	0	7	1	149	14	2.724	304
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo occidental en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del este en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del oeste en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina venezolana en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (Vigilancia centinela)	101	10	177	13	83	4	0	0	13	0	142	7	1.952	144
Enfermedades de origen priónico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	55	9	118	11	36	3	0	0	12	0	120	8	3.307	446
Evento adverso seguido a la vacunación	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	29	1

EVENTOS SIVIGILA	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
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1
Hepatitis A	4	0	1	0	3	1	0	0	0	0	3	0	123	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	16	0	28	3	7	0	0	0	4	1	32	5	940	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	5	0	65	6	88	9	35	3	0	0	19	3	705	51
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	14	0	16	0	7	0	0	0	2	0	26	0	725	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	0	0	51	3	37	5	2	1	0	0	18	4	584	34
Intento de suicidio	81	14	183	23	60	10	0	0	16	3	194	23	3.750	492
Intoxicaciones por sustancias químicas	66	11	101	8	48	3	0	0	13	1	100	11	3.165	408
IRA virus nuevo (2020)														
Leishmaniasis cutánea	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	4	0	119	4
Leishmaniasis mucosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Leishmaniasis visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14	2
Leptospirosis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	34	1
Lesiones de causa externa ***	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	2	1	62	19
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	2	1	2	0	2	0	0	0	0	0	5	1	116	9
Malaria	23	1	14	1	21	7	0	0	2	1	9	0	359	29
Meningitis	3	0	5	1	0	0	0	0	0	0	7	1	97	11
Morbilidad materna extrema	67	10	159	30	73	15	0	0	19	2	152	24	3.629	511
Mortalidad materna datos básicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	9	0	21	3	6	1	0	0	1	0	40	5	608	61
Mortalidad por dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	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
Parotiditis	13	2	35	4	3	0	0	0	5	3	41	1	947	117
Peste (bubónica / neumónica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	3	0	7	1	1	0	0	0	1	0	8	0	109	11
Sífilis gestacional	30	3	37	3	13	1	0	0	3	0	41	7	680	90
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Síndrome rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	45	8	53	7	43	6	0	0	9	0	47	7	1.129	138
Varicela Individual	47	4	120	18	22	7	0	0	53	1	163	32	3.127	466
Vigilancia de la rabia por laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	481	61	1.484	220	351	46	0	0	95	12	1.284	161	26.694	3.558
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y desnutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	1
Viruela símica	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	47	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	135	12	132	18	153	23	0	0	26	4	143	20	3.815	435
Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD	1.738	223	4.099	508	1.403	186	37	4	401	43	3.906	482	86.132	10.558

EVENTOS SIVIGILA	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	0	0	0	0	0	0	1	1	11	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1.257	186	1.677	191	651	80	487	65	16.222	2.074
Cáncer de la mama y cuello uterino	212	27	388	40	152	20	96	13	3.764	442
Cáncer en menores de 18 años	29	1	31	3	7	0	3	1	396	29
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	2	0	1	0	0	0	0	0	14	0
Chagas crónico	2	0	1	0	0	0	0	0	14	0
Chikungunya	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	152	17	238	22	83	9	47	3	2.328	253
Dengue	169	9	309	17	145	9	106	3	3.697	291
Dengue grave	1	0	2	0	0	0	1	0	40	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	275	34	277	24	91	12	60	5	2.724	304
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo occidental en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del este en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del oeste en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina venezolana en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (Vigilancia centinela)	103	10	290	15	27	1	18	1	1.952	144
Enfermedades de origen priónico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	136	15	219	26	77	12	52	5	3.307	446
Evento adverso seguido a la vacunación	5	0	9	0	0	0	1	0	29	1
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	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 tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Hepatitis A	6	0	13	1	5	1	3	0	123	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	44	9	89	12	37	4	34	6	940	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	3	0	54	6	0	0	0	0	705	51
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	36	0	58	0	23	0	30	0	725	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	15	1	56	1	19	2	3	0	584	34
Intento de suicidio	359	50	513	63	140	18	106	10	3.750	492
Intoxicaciones por sustancias químicas	173	19	276	40	165	20	86	9	3.165	408
IRA virus nuevo (2020)										
Leishmaniasis cutánea	6	0	8	0	2	0	11	0	119	4
Leishmaniasis mucosa	0	0	1	0	0	0	1	0	10	0
Leishmaniasis visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	14	2
Leptospirosis	1	0	2	0	1	0	1	0	34	1
Lesiones de causa externa ***	3	2	4	3	4	2	2	1	62	19
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	3	0	6	2	2	0	0	0	116	9
Malaria	13	1	19	0	7	2	13	0	359	29
Meningitis	7	0	19	1	2	1	3	0	97	11
Morbilidad materna extrema	275	33	398	52	126	18	88	12	3.629	511
Mortalidad materna datos básicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	45	3	66	7	17	2	7	1	608	61
Mortalidad por dengue	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	63	11	103	7	37	5	32	2	947	117

EVENTOS SIVIGILA	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
Peste (bubónica / neumónica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	9	2	10	0	1	0	2	0	109	11
Sífilis gestacional	70	10	85	13	21	4	9	1	680	90
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	0	0	1	0	0	0	0	0	8	0
Síndrome rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	67	7	123	12	40	3	42	7	1.129	138
Varicela Individual	260	30	369	53	115	19	83	10	3.127	466
Vigilancia de la rabia por laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	2.999	401	3.292	448	897	126	620	89	26.694	3.558
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y desnutrición	3	0	1	0	0	0	0	0	19	1
Viruela símica	3	0	9	0	2	0	1	0	47	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	331	35	496	47	147	22	105	13	3.815	435
Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD	7.138	913	9.513	1.106	3.044	392	2.154	258	86.132	10.558

EVENTOS SIVIGILA	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	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	931	101	297	43	1.394	186	15	2	16.222	2.074
Cáncer de la mama y cuello uterino	111	10	71	11	177	15	0	0	3.764	442
Cáncer en menores de 18 años	13	0	6	1	21	0	0	0	396	29
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	1	0	0	0	2	0	0	0	14	0
Chagas crónico	1	0	0	0	2	0	0	0	14	0
Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	127	14	47	4	183	17	0	0	2.328	253
Dengue	63	8	53	2	145	8	0	0	3.697	291
Dengue grave	0	0	0	0	1	0	0	0	40	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	183	8	83	6	409	52	1	0	2.724	304
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo occidental en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del este en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del oeste en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina venezolana en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (Vigilancia centinela)	124	3	60	6	276	18	0	0	1.952	144
Enfermedades de origen priónico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	81	9	42	2	127	21	0	0	3.307	446
Evento adverso seguido a la vacunación	0	0	0	0	0	0	0	0	29	1
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1

EVENTOS SIVIGILA	Red Sur								Total por evento	
	05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Hepatitis A	4	0	3	0	3	0	0	0	123	12
Hepatitis B, C y coinfección B-D	24	4	6	0	40	4	1	0	940	105
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	0	0	11	0	4	0	0	0	705	51
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	27	0	13	0	37	0	1	0	725	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	0	0	3	0	26	0	0	0	584	34
Intento de suicidio	216	36	74	9	329	34	0	0	3.750	492
Intoxicaciones por sustancias químicas	90	16	62	9	168	31	0	0	3.165	408
IRA virus nuevo (2020)										
Leishmaniasis cutánea	3	0	1	0	4	0	0	0	119	4
Leishmaniasis mucosa	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Leishmaniasis visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	2	1	1	0	1	0	0	0	14	2
Leptospirosis	1	0	1	0	0	0	0	0	34	1
Lesiones de causa externa ***	2	0	1	0	4	2	0	0	62	19
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	2	0	0	0	10	1	0	0	116	9
Malaria	11	0	2	0	17	1	0	0	359	29
Meningitis	3	0	3	0	4	1	0	0	97	11
Morbilidad materna extrema	130	18	64	11	312	46	5	1	3.629	511
Mortalidad materna datos básicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	31	1	11	0	39	1	1	0	608	61
Mortalidad por dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	35	4	26	4	70	10	0	0	947	117
Peste (bubónica / neumónica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EVENTOS SIVIGILA	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 humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	1	0	1	0	6	1	0	0	109	11
Sífilis gestacional	37	5	12	3	75	9	0	0	680	90
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Síndrome rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos accidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	43	4	26	1	86	8	0	0	1.129	138
Varicela Individual	130	18	84	20	210	29	1	1	3.127	466
Vigilancia de la rabia por laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	1.728	233	607	93	3.605	482	39	6	26.694	3.558
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y desnutrición	0	0	1	0	0	0	0	0	19	1
Viruela símica	0	0	0	0	0	0	0	0	47	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	123	8	67	9	239	31	0	0	3.815	435
Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL POR LOCALIDAD	4.278	501	1.739	234	8.026	1.008	64	10	86.132	10.558

* ac - acumulado del 31 de diciembre de 2023 al 10 de agosto de 2024

* pe - periodo del 14 de julio de 2024 al 10 de agosto 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

