INFORME VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA BOGOTÁ AÑO EPIDEMIOLÓGICO 2016.

Alcalde Mayor de Bogotá

Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales

Subsecretaria de Salud Pública

Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento

Carlos Julio Pinto Iza

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

Equipo de Referentes técnicos de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090

Bogotá, D. C.

2016

Julio 19 de 2016



SVSP

SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS **22**

1. INTRODUCCIÓN **24**

2. OBJETIVOS **26**

2.1. GENERAL 26
2.2. ESPECÍFICOS 26

3. METODOLOGÍA **27**

4. RESULTADOS **28**

4.1. COMPORTAMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SIVIGILA **28**

4.2. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INMUNOPREVENIBLES. **39**

4.2.1 Eventos en Erradicación *39*
Parálisis Flácida Aguda: *39*
4.2.2 Eventos en Eliminación *43*
Sarampión y Rubéola (SR): *43*
Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) *49*
4.2.3 Eventos de Control *52*
Tétanos Accidental *52*
Difteria *52*
Parotiditis *52*
Brotes de Parotiditis *55*
Brotes De Varicela *65*
Tosferina *73*
Hepatitis A *79*
Meningitis *83*
Enfermedad Diarreica Aguda *86*
Vigilancia centinela de la EDA *88*
Vigilancia Centinela de EDA *90*
Vigilancia de Cólera *96*
Fiebre Tifoidea *96*
Eventos Supuestamente Atribuídos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) *98*
4.2. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA 108
Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda *109*
VIGILANCIA CENTINELA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG) 110
Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) inusitada. *113*
Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años. *116*
Brotes de Enfermedad Respiratoria Aguda *121*

4.3. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE MICOBACTERIAS. **131**

Tuberculosis *133*
Lepra *156*

4.4. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL **167**

Intoxicaciones *167*
Enfermedades Transmitidas por Alimentos *190*

4.5. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL **196**

VIH/SIDA *196*
Hepatitis B - C *202*
Sifilis Gestacional y Congenita *205*
Sifilis Gestacional *207*
Sifilis Congenita *213*

4.6. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE ZOONOSIS. 220

Encefalitis Equina Venezolana....220
Leptospirosis....220
Accidente ofÍdico....221
Enfermedades de origen prionico....223

4.6. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE VECTORES. 225

Dengue 225
CHIKUNGUNYA....229
Zika 231
Malaria 239
Malaria P. vivax....242
Malaria P. malariae....245
Malaria formas mixtas....245
Chagas 246
Leishmaniasis....249
Leishmaniasis cutánea....249
Leishmaniasis mucosa....250
Leishmaniasis visceral....252
Fiebre amarilla....252

4.7. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE CRÓNICAS 257

Cancer en Menores de 18 años....257

4.8. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. 274

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN....274
CONCORDANCIA DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN....278
Mortalidad perinatal....279
MATRIZ PERIODOS PERINATALES DE RIESGO BOGOTÁ, D.C. 2016....315
Embarazo en Adolescentes....317

4.9. COMPORTAMIENTO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD, RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS Y CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS.....330

Infecciones Asociadas a Dispositivos....330
Infección Asociada a Catéter Central (ITS-AC)....330
SIVIM 349
SISVECOS....354
Lesiones de Causa Externa....357
Exposición laboral en menores....359
Accidentes de transito....359
Sistema de vigilancia Alimentario y Nutricional....363
Mortalidad por o Asociada a Desnutrición....385
Sistema de vigilancia de la Salud Oral....391
Sistema de vigilancia de los Trabajadores....399
Sistema de Vigilancia de la Discapacidad....403

RECOMENDACIONES....410

4. BIBLIOGRAFÍA....411

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE UPGD ACTIVAS POR LOCALIDAD PARA EL AÑO 2016 BOGOTÁ D.C. 28
TABLA 2. COMPORTAMIENTO PNS PROMEDIO DE LA NOTIFICACIÓN DE UPGD PARA EL AÑO 2016 BOGOTÁ D.C. 30
TABLA 3. OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS POR BOGOTÁ D.C. POR SUBREDES, AÑOS 2016 32
TABLA 4.EVENTOS DE CON MAYOR NOTIFICACIÓN AÑO 2016 2016 33
TABLA 5. VISOR DE ALERTAS PRIMARIAS, CORTE AÑO 2016 34
TABLA 6. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PFA POR GRUPO DE EDAD EN BOGOTÁ D,C. AÑO 2016. 40
TABLA 7. COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN BOGOTÁ D.C. AÑOS 2015-2016. 42
TABLA 8. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE SARAMPIÓN Y RUBEOLA SEGÚN EDAD DE LOS CASOS, BOGOTÁ 2016 45
TABLA 9. INDICADORES DE VIGILANCIA INTEGRADA DEL SARAMPIÓN Y RUBÉOLA, BOGOTÁ D. C 2016. 47
TABLA 10. INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA, AÑOS 2015-2016 51
TABLA 11. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE PAROTIDITIS POR GRUPO DE EDAD EN BOGOTÁ D.C AÑO 2016. 54
TABLA 12. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS BROTES DE PAROTIDITIS. BOGOTÁ D.C. 2016 61
TABLA 13. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE VARICELA POR GRUPOS DE EDAD EN BOGOTÁ D.C 2016 63
TABLA 14. COMPARACIÓN DE BROTES DE VARICELA EN JARDINES Y COLEGIOS. BOGOTÁ D.C. 2016 67
TABLA 15. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS BROTES DE VARICELA. BOGOTÁ D.C. 2016 72
TABLA 16. TASA DE NOTIFICACIÓN DE TOSFERINA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA. BOGOTÁ, 2016 A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52. 74
TABLA 17. PROPORCIÓN DE CASOS NOTIFICADOS DE TOS FERINA POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURADOR BOGOTÁ A SEMANA 52 2016. 76
TABLA 18. CASOS DE MORTALIDAD POR TOS FERINA Y LETALIDAD A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 24 2016 VS 2015. 77
TABLA 19. INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE TOS FERINA BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016 78
TABLA 20. TASA DE NOTIFICACIÓN DE HEPATITIS A POR GRUPO DE EDAD, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 80
TABLA 21. TASA DE NOTIFICACIÓN DE HEPATITIS A SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 80
TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE HEPATITIS A NOTIFICADOS POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 81
TABLA 23. CASOS PRESENTADOS Y ATENDIDOS DE HEPATITIS A, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 82
TABLA 24. INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE HEPATITIS A, BOGOTÁ D.C, 2014 A 2016 83

TABLA 25. TASA DE NOTIFICACIÓN DE MENINGITIS POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1 A LA 52. BOGOTÁ D.C, 2016 83
TABLA 26. TASA DE NOTIFICACIÓN DE MENINGITIS POR GRUPO DE EDAD. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1 A LA 52. BOGOTÁ D.C, 2016 84
TABLA 27. INDICADORES DE VIGILANCIA DE MENINGITIS, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 .. 86
TABLA 28. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS BROTES DE EDA. BOGOTÁ D.C. 2016 95
TABLA 29. INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE ESAVI, AÑO 2016. BOGOTÁ, D.C .. 101
TABLA 30. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE IRAG EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA. AÑO 2016. 111
TABLA 31. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE IRAG EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN EDAD DE LOS CASOS. AÑO 2016. 112
TABLA 32. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE IRAG INUSITADO EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA. AÑO 2016. 114
TABLA 33. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE IRAG INUSITADO EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN EDAD DE LOS CASOS. AÑO 2016 115
TABLA 34. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS. AÑO 2016* (DATOS PRELIMINARES) 118
TABLA 35. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN BOGOTÁ POR UPZ, AÑO 2016* (DATOS PRELIMINARES) 119
TABLA 36. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR IRA EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS. AÑO 2016* (DATOS PRELIMINARES) 120
TABLA 37. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR IRA EN BOGOTÁ POR UPZ, AÑO 2016* (DATOS PRELIMINARES) 121
TABLA 38. RESUMEN DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS BROTES DE ERA. BOGOTÁ D.C. 2016. 126
TABLA 39. PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN TIPO DE TB BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016 135
TABLA 40. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, POR ENTIDAD TERRITORIAL A SEMANA 52 DE 2016. 136
TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS SEGÚN LOC DE RESIDENCIA, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 138
TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 139
TABLA 43. REALIZACIÓN DE BACILOSCOPIA (COLORACIÓN DE ZIELH NEELSEN) Y RESULTADO SEGÚN TIPO DE TB -TF, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 139
TABLA 44. REALIZACIÓN DE HISTOPATOLOGÍA EN TB EXTRA PULMONAR, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 140
TABLA 45. PROPORCIÓN DE COINFECCIÓN TUBERCULOSIS TB/VIH SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016 141
TABLA 46. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB – TODAS LAS FORMAS CON CONDICIÓN FINAL MUERTO SEGÚN CICLO VITAL, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 144
TABLA 47. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB FR POR LOCALIDADES DE RESIDENCIA A SEMANA 52 DE 2016 146
TABLA 48. INDICADORES TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS A SEMANA 52 DE 2016 147
TABLA 49. INDICADORES TB FARMACORRESISTENTE A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DE 2016150
TABLA 50. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE LEPRA SEGÚN OCUPACIÓN A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DE 2016 160

TABLA 51. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE LEPRA SEGÚN RESIDENCIA A SEMANA 52 DE 2015 - 2016..... 163
TABLA 52. INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE LEPRA..... 164
TABLA 53. TASAS DE INCIDENCIA DE INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS REPORTADAS AL SIVIGILA. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016..... 169
TABLA 54. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN CLASIFICACIÓN INICIAL DEL CASO Y GRUPO DE SUSTANCIA. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016 174
TABLA 55.MORTALIDADES POR INTOXICACIÓN CON SUSTANCIAS QUÍMICAS. BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 177
TABLA 56. TASA DE MORTALIDAD DE INTOXICACIONES POR GRUPO DE SUSTANCIA, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 182
TABLA 57. TASA DE LETALIDAD DE INTOXICACIONES POR GRUPO DE SUSTANCIA, BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 182
TABLA 58. SEGUIMIENTO A INDICADORES DE VIGILANCIA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA), BOGOTÁ D.C., AÑO 2016 192
TABLA 59. NÚMERO DE CASOS Y PORCENTAJE DE VIH/SIDA DISTRIBUCIÓN POR SITIO DE PROCEDENCIA A XIII PERIODO EPIDEMIOLÓGICO 2016, BOGOTÁ D.C. 197
TABLA 60. CASOS DE VIH/SIDA NOTIFICADOS AL SIVIGILA DISTRIBUIDOS POR GRUPO DE EDAD Y PROPORCIÓN DE INCIDENCIA POR CADA 100.000 HABITANTES. AÑO 2016, BOGOTÁ D.C..... 200
TABLA 61. RAZÓN DE PREVALENCIA SÍFILIS GESTACIONAL POR 1000 NV, BOGOTÁ 2012- 2016, BOGOTÁ D.C 207
TABLA 62. CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NOTIFICADOS AL SIVIGILA DISTRIBUIDOS POR GRUPO DE EDAD. BOGOTÁ D.C, AÑO 2016..... 208
TABLA 63. CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL CON INICIO DE TRATAMIENTO ANTES DE LA SEMANA 17 DE GESTACIÓN POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA. BOGOTÁ D.C, AÑO 2.016. 209
TABLA 64. PORCENTAJE DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS ANTES DE SEMANA 17... 213
TABLA 65. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA POR 1.000 NACIDOS VIVOS SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ D.C. 2.012 A SE 24 DE 2016.. 213
TABLA 66. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA POR RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO 2012 2016 215
TABLA 67. LETALIDAD DE SÍFILIS CONGÉNITA 217
TABLA 68. PORCENTAJE DE MUERTES ATRIBUIBLES A SÍFILIS CONGÉNITA ANALIZADAS 218
TABLA 69. NÚMERO DE CASOS DE ACCIDENTE OFÍDICOS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016..... 222
TABLA 70. NÚMERO DE CASOS DE ACCIDENTE OFÍDICOS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ POR GRUPOS DE EDAD AÑO 2016. BOGOTÁ D.C 222
TABLA 71. NÚMERO DE CASOS DE ACCIDENTE OFÍDICOS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. 223
TABLA 72. NUMERO DE CASOS DE ACCIDENTE OFÍDICOS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ 2016, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. 223
TABLA 73. CLASIFICACIÓN DEL DENGUE BOGOTÁ, D.C, 2016..... 226
TABLA 74. HOSPITALIZACIONES POR DENGUE EN BOGOTÁ D.C, 2016 228
TABLA 75. CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS ZIKA BOGOTÁ D.C, 2016..... 231
TABLA 76. DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA DE CASOS DE ZIKA BOGOTÁ D.C, 2016. 233

TABLA 77. COMPLICACIONES DE TIPO NEUROLÓGICO NOTIFICADAS CON SOSPECHA DE ZIKA BOGOTÁ D.C, 2016. 234
TABLA 78. CLASIFICACIÓN FINAL DE CASO DE GESTANTES NOTIFICADAS EN BOGOTÁ D.C, 2016 235
TABLA 79. LOCALIDAD DE NOTIFICACIÓN DE GESTANTES EN BOGOTÁ D.C, 2016 .. 236
TABLA 80. CASOS DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS REPORTADOS EN LA FICHA DE ZIKA 895 EN BOGOTÁ D.C, 2016. 237
TABLA 81. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR GRUPOS DE EDAD, A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52 NOTIFICADOS EN BOGOTÁ 2016. 239
TABLA 82. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA, NOTIFICADOS DURANTE EL AÑO 2016 EN BOGOTÁ. 240
TABLA 83. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA NOTIFICADOS EN EL AÑO 2016 EN BOGOTÁ. 241
TABLA 84. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA NOTIFICADOS EN BOGOTÁ 2016, SEGÚN ESPECIE DE PLASMODIUM. 241
TABLA 85. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR P. VIVAX NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 243
TABLA 86. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR P. FALCIPARUM NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 245
TABLA 87. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR P. FORMAS MIXTAS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. 245
TABLA 88. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MALARIA POR P. FORMAS MIXTAS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA 246
TABLA 89. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CHAGAS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 247
TABLA 90. CASOS DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA NOTIFICADOS SEGÚN RANGOS DE EDAD EN BOGOTÁ D.C 2016. 249
TABLA 91. CASOS DE LEISHMANIASIS MUCOSA NOTIFICADOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 2016 BOGOTÁ D.C. 251
TABLA 92. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN PERIODO EPIDEMIOLÓGICO DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, 2016 259
TABLA 93. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN TIPO DE TUMOR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, 2016 260
TABLA 94.CASOS DE CÁNCER CONFIRMADOS EN MENORES DE 18 AÑOS RESIDENTES EN BOGOTÁ Y TASAS DE INCIDENCIA ESPECÍFICAS, SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y ESTADO VITAL NOTIFICADO AL FINAL DEL SEGUIMIENTO. 261
TABLA 95. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL 261
TABLA 96. CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LOS MENORES DE 18 AÑOS CON CÁNCER RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL. 262
TABLA 97.TIEMPOS DE OPORTUNIDAD PARA CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS RESIDENTES EN BOGOTÁ. 263
TABLA 98. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER DE MAMA EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN PERIODO EPIDEMIOLÓGICO DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN (2016). 266
TABLA 99. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER DE MAMA EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS, 2016 267
TABLA 100. CASOS DE CÁNCER DE MAMA CONFIRMADOS EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, 2016. 267

TABLA 101. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER CONFIRMADO DE MAMA SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, RESIDENTES EN BOGOTÁ, 2016 268
TABLA 102. TIEMPOS DE OPORTUNIDAD PARA CÁNCER DE MAMA EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, 2016. 269
TABLA 103. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN PERIODO EPIDEMIOLÓGICO DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, 2016. 270
TABLA 104. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, SEGÚN CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS, 2016* 270
TABLA 105. CASOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CONFIRMADOS EN MUJERES RESIDENTES EN BOGOTÁ, 2016. 271
TABLA 106. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER CONFIRMADO DE CUELLO UTERINO SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, RESIDENTES EN BOGOTÁ, 2016. 271
TABLA 107TIEMPOS DE OPORTUNIDAD PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN RESIDENTES EN BOGOTÁ, 2016. 272
TABLA 108. MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POR GRUPOS DE EDAD, BOGOTÁ, D.C. 2015 - 2016 280
TABLA 109. MORTALIDAD MATERNA RELACIONADA CON EL EMBARAZO POR GRUPOS DE EDAD, BOGOTÁ, 2015 – 2016. 280
TABLA 110. MORTALIDAD MATERNA POR SUICIDIOS SEGÚN MOMENTO RELACIONADO CON LA GESTACIÓN, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, BOGOTÁ, 2016. 281
TABLA 111. MORTALIDAD MATERNA (TEMPRANA + TARDÍA) ESCOLARIDAD Y TIPO DE CONVIVENCIA. BOGOTÁ, 2016. 281
TABLA 112. COMPORTAMIENTO DE LAS MUERTES PERINATALES Y NEONATAL TARDÍA POR GRUPOS DE EDAD, BOGOTÁ, D.C. 282
TABLA 113. COMPORTAMIENTO DE LAS MUERTES MATERNAS, MORTALIDAD PERINATAL Y MME POR GRUPOS DE EDAD Y PARIDAD DE LOS CASOS 2016. 282
TABLA 114. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN, BOGOTÁ, 2016. 282
TABLA 115. NIVEL EDUCATIVO CASOS MUERTES MATERNAS, PERINATALES – NEONATALES TARDÍAS Y MME. 2016. 283
TABLA 116. MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA, SEGÚN ETNIA. 2016. 283
TABLA 117. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD CASOS DE MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA 2016. 284
TABLA 118. MÉTODOS USADOS PARA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD CASOS DE MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA 2016. 284
TABLA 119. TIPO DE CONVIVENCIA CASOS DE MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA 2016. 285
TABLA 120. HIJOS VIVOS HUÉRFANOS RESULTANTES DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA, DEPARTAMENTO X, 2016. 285
TABLA 121. MUERTES MATERNAS Y MME POR ÁREA Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA, BOGOTÁ, 2016. 286
TABLA 122. MUERTES PERINATALES Y NEONATALES TARDÍAS SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA, 2016. 286
TABLA 123. MORTALIDAD MATERNA (TEMPRANA Y TARDÍA) SEGÚN FRECUENCIA, PORCENTAJE Y RAZÓN. BOGOTÁ 2016. 287

TABLA 124. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, SEGÚN FRECUENCIA, PORCENTAJE Y RAZÓN. BOGOTÁ, 2016..... 288
TABLA 125. MUERTES FETALES SEGÚN CAUSA CIE 10BOGOTÁ, D.C. 2016. 292
TABLA 126. MUERTES NEONATALES TEMPRANAS SEGÚN CAUSA BÁSICA CIE 10 BOGOTÁ, D.C. 2016..... 292
TABLA 127. MUERTES NEONATALES TARDÍAS SEGÚN CAUSA BÁSICA CIE 10 BOGOTÁ, D.C. 2016. 293
TABLA 128. RESUMEN DE CAUSALIDAD MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA BOGOTÁ, D.C. 2016..... 294
TABLA 129. FACTORES DETERMINANTES CONTRIBUYENTES DE MUERTE MATERNA POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, DEPARTAMENTO X, 2016..... 298
TABLA 130. FACTORES DETERMINANTES CONTRIBUYENTES DE MUERTE MATERNA POR COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, BOGOTÁ, 2016. . 299
TABLA 131. FACTORES DETERMINANTES CONTRIBUYENTES DE MUERTE MATERNA POR SEPSIS (GINECOOBSTÉTRICA Y NO GINECOOBSTÉTRICA) SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, DEPARTAMENTO X, 2016..... 300
TABLA 132. FACTORES DETERMINANTES CONTRIBUYENTES DE MUERTE MATERNA POR OTRAS CAUSAS INDIRECTAS SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, BOGOTÁ, 2016..... 301
TABLA 133. MORTALIDAD MATERNA TEMPRANA SEGÚN TIPO DE ASEGURAMIENTO, ÁREA DE RESIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN, BOGOTÁ 2016..... 302
TABLA 134. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN TIPO DE ASEGURAMIENTO, ÁREA DE RESIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN, BOGOTÁ 2016..... 302
TABLA 135. MORTALIDAD MATERNA (TARDÍA - TEMPRANA) MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN CONSULTA PRECONCEPCIONAL, BOGOTÁ 2016..... 304
TABLA 136. MORTALIDAD MATERNA (TARDÍA - TEMPRANA) MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN ENTIDAD ASEGURADORA, BOGOTÁ 2016..... 304
TABLA 137. MORTALIDAD MATERNA (TARDÍA - TEMPRANA) MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN ENTIDAD ASEGURADORA, BOGOTÁ 2016..... 305
TABLA 138. MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN TIPO DE ASEGURAMIENTO, BOGOTÁ, D.C. 2016 306
TABLA 139. MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN EAPB BOGOTÁ, D.C. 2016 307
TABLA 140. MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA SEGÚN SUBRED DE ATENCIÓN, BOGOTÁ, D.C. 2016..... 307
TABLA 141. MORTALIDAD PERINATAL SUBRED DE ATENCIÓN NORTE, BOGOTÁ D.C. 2016. 308
TABLA 142. MORTALIDAD PERINATAL SUBRED DE ATENCIÓN CENTRO ORIENTE, BOGOTÁ, D.C. 2016..... 309
TABLA 143. MORTALIDAD PERINATAL SUBRED DE ATENCIÓN SUR, BOGOTÁ, D.C. 2016. 309
TABLA 144. MORTALIDAD PERINATAL SUBRED DE ATENCIÓN SUR OCCIDENTE, BOGOTÁ, D.C. 2016. 310
TABLA 145.CUMPLIMENTO EN LA OPORTUNIDAD DE LA NOTIFICACIÓN MORTALIDAD MATERNA, BOGOTÁ 2016. 310
TABLA 146. CONCORDANCIA DE INFORMACIÓN MUERTES MATERNAS TEMPRANAS SIVIGILA/RUAF, BOGOTÁ, 2016..... 311
TABLA 147. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO MORTALIDAD MATERNA, BOGOTÁ 2016 311
TABLA 148. MORTALIDAD MATERNA (TEMPRANA TARDIA) FRECUENCIA, PORCENTAJE Y RAZÓN SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ 2016..... 312

TABLA 149. INDICADORES DE LA MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA AGRUPADA, BOGOTÁ 2016 313
TABLA 150. OPORTUNIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN DE ANÁLISIS INDIVIDUALES PARA CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, 2016. 313
TABLA 151. INDICADORES DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ 2016. 314
TABLA 152. INDICADORES DE LA MORTALIDAD MATERNA TEMPRANA Y LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, BOGOTÁ 2016. 315
TABLA 153. MATRIZ PERIODOS PERINATALES DE RIESGO BOGOTÁ, D.C. 2016..... 315
TABLA 154. RAZÓN DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA POR LOCALIDAD. BOGOTÁ, D.C. 2016. 317
TABLA 155. NÚMERO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ESTADÍSTICAS VITALES POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2016. 319
TABLA 156EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN ESTADÍSTICAS VITALES POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA, 2016. 320
TABLA 157. EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN ESTADÍSTICAS VITALES POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, BOGOTÁ D.C 2016 321
TABLA 158 321
TABLA 159. NÚMERO DE NACIMIENTOS PREMATUROS POR ÁREA DE RESIDENCIA. 2016. 322
TABLA 160. NACIMIENTOS PREMATUROS POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA, 2016.... 323
TABLA 161. NACIMIENTOS PREMATUROS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, BOGOTÁ D.C, 2016. 324
TABLA 162. NACIMIENTOS PREMATUROS POR EDAD DE LA MADRE, BOGOTÁ D.C, 2016 324
TABLA 163. TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIO ADULTO. 331
TABLA 164. PORCENTAJE DE USO DE CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIO ADULTO. 332
TABLA 165. TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICA Y UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIO 332
TABLA 166. PORCENTAJE DE USO DE CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO Y UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIO 333
TABLA 167. TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL – UCIN POR PESO ESTRATIFICADO. 2016 334
TABLA 168. PORCENTAJE DE USO DE CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL UCIN POR PESO ESTRATIFICADO. 2016 334
TABLA 169. TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO-INTERMEDIO NEONATAL UCIN/I POR PESO ESTRATIFICADO. 2016 335
TABLA 170. PORCENTAJE DE USO DE CATÉTER CENTRAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO-INTERMEDIO NEONATAL UCIN/I POR PESO ESTRATIFICADO. 2016 335
TABLA 171. TASA DE INFECCIÓN ASOCIADO A VENTILADOR MECÁNICO EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIO 336
TABLA 172. PORCENTAJE DE USO DE VENTILADOR EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIO 336

Tabla 173. Tasa de infección asociado a ventilador mecánico en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo / intermedio 337
Tabla 174. Porcentaje de uso de ventilador en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo / intermedio 337
Tabla 175. Neumonía Asociada a Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal 338
Tabla 176. Uso de Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal 338
Tabla 177. Neumonía Asociada a Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo-Intermedio Neonatal 338
Tabla 178. Uso de Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo-Intermedio Neonatal 339
Tabla 179.Tasa de infección del tracto urinario asociado a catéter urinario en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio 340
Tabla 180. Porcentaje de uso de catéter urinario en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio..... 340
Tabla 181. Tasa de Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo /intermedio pediátrico. 341
Tabla 182. Porcentaje de uso de dispositivo de Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario 341
Tabla 183. Indicadores de oportunidad y calidad de las bases de resistencia 2016. 344
Tabla 184. Prevalencia de aislamientos bacterianos en UCI y NO UCI en Bogotá D.C. 2016 344
Tabla 185. Prevalencia del fenotipo de resistencia bacteriana de S. aureus en UCI y NO UCI en Bogotá D.C. 2016..... 345
Tabla 186. Perfiles de resistencia bacteriana en UCI y NO UCI en Bogotá D.C. 2016 345
Tabla 187. Distribución de casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, según grupo de edad, sexo y localidad. Bogotá, D. C., 2016..... 351
Tabla 188. Distribución de casos de violencia según tipo, sexo y grupo de edad – Bogotá, Año 2016 353
Tabla 189. Suicidios en la Ciudad de Bogotá D. C. según localidades, grupos de edad y sexo de la víctima. Año 2016. 354
Tabla 190. Mecanismo y tipo de conducta suicida en la Ciudad de Bogotá D. C. Año 2016. 356
Tabla 191. Tipo de conducta suicida por quinquenio edad y sexo de la víctima. Ciudad de Bogotá D, C Año 2016..... 357
Tabla 192. Casos de Lesiones de Causa Externa según sexo Bogota año 2016 358
Tabla 193. Casos de productos de consumo según sexo Bogotá año 2016 359
Tabla 194. Casos de Accidentes de Tránsito según sexo, Bogotá año 2016 360
Tabla 195. Casos de Procedimientos Esteticos, Según sexo, Bogota, Año 2016 361

TABLA 196. MORTALIDADES POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA SEGÚN TIPO DE LESION Y SEXO, BOGOTÁ, AÑO 2016..... 362
TABLA 197. DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA, RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO A TÉRMINO NOTIFICADOS AL SIVIGILA BOGOTÁ. JUNIO 2016 364
TABLA 198. OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN DE RNAT DE BPN AL SIVIGILA. BOGOTÁ 2016..... 365
TABLA 199. CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO DE BAJO PESO NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016..... 365
TABLA 200. FACTORES DE RIESGO PREGESTACIONALES PARA EL BAJO PESO AL NACER. SIVIGILA. BOGOTÁ D.C. 2016..... 366
TABLA 201. FACTORES DE RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN PARA EL BAJO PESO AL NACER. SIVIGILA. BOGOTÁ D.C. 2016..... 367
TABLA 202. FACTORES DE RIESGO MATERNO RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA PARA EL BAJO PESO AL NACER. SIVIGILA. BOGOTÁ D.C. 2016..... 368
TABLA 203. FACTORES DE RIESGO MATERNO SOCIOECONÓMICO PARA EL BAJO PESO AL NACER. SIVIGILA. BOGOTÁ D.C. 2016 368
TABLA 204. INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO AL BPN. BOGOTÁ D.C. 2016 370
TABLA 205. OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN DEL EVENTO DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016. 376
TABLA 206. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA DE MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA POR LUGAR DE RESIDENCIA Y GRADO DE DESNUTRICIÓN. BOGOTÁ, 2016..... 377
TABLA 207. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA POR GRUPO DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA. BOGOTÁ, 2016..... 378
TABLA 208. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA POR SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. BOGOTÁ, 2016..... 379
TABLA 209. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA POR SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. BOGOTÁ, 2016..... 380
TABLA 210. PRESENTACIÓN DE SIGNOS DE DESNUTRICIÓN SEVERA EN MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016 381
TABLA 211. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LAS MADRES DE LOS MENORES CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016 382
TABLA 212. ANTECEDENTES DE NACIMIENTO Y ALIMENTACIÓN EN LOS MENORES CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016 382
TABLA 213. ANTECEDENTES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LOS MENORES CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016 383
TABLA 214. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA DE ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, 2016..... 383
TABLA 215. CASOS Y TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS DE BOGOTÁ, POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA. 2016* 386
TABLA 216. CASOS DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS. DISTRIBUCIÓN POR LOCALIDAD, SEXO Y EDAD. BOGOTÁ, 2016* 387

TABLA 217. CASOS DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS. DISTRIBUCIÓN POR LOCALIDAD Y TIPO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. BOGOTÁ, 2016 387
TABLA 218. PERFIL DE RIESGO DE LA MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS DE BOGOTÁ. 2016 389
TABLA 219. NÚMERO DE CASOS DE NOTIFICADOS DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR, POR EDAD Y SEXO. BOGOTÁ D.C. AÑO 2016. 391
TABLA 220. NÚMERO DE CASOS DE FLUOROSIS DENTAL NOTIFICADOS AL SISTEMA DE VIGILANCIA CENTINELA DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR CON PROCEDENCIA DE BOGOTÁ SEGÚN LOCALIDAD Y EDAD ÍNDICE EN AÑOS. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016. 393
TABLA 221. NÚMERO DE CASOS DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR, SEGÚN SEVERIDAD DE LAS LESIONES DE FLUOROSIS DENTAL, POR EDAD. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016. 395
TABLA 222. NÚMERO DE CASOS DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR, CON PRESENCIA DE CARIES CAVITACIONAL Y NO CAVITACIONAL. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016 396
TABLA 223. INDICADOR ANUAL, EVENTO EXPOSICIÓN AL FLÚOR. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016. 397
TABLA 224. DISTRIBUCIÓN DE CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS SEGÚN TIPO DE EVENTO. ENERO A DICIEMBRE DE 2016. 399
TABLA 225. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, SEGÚN CURSO DE VIDA Y SEXO; BOGOTÁ D.C. 2016. (DATOS PRELIMINARES) 405
TABLA 226. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y SEXO; BOGOTÁ D.C., 2016. (DATOS PRELIMINARES) 406
TABLA 227. ALTERACIONES PERMANENTES DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, BOGOTÁ D.C. 2016. (DATOS PRELIMINARES) 407
TABLA 228. LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, BOGOTÁ D.C., 2016. (DATOS PRELIMINARES) 407
TABLA 229. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN SALUD, BOGOTÁ D.C. 2016. (DATOS PRELIMINARES) 408

TABLA DE GRAFICOS

GRAFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE UPGD Y UI BOGOTÁ AÑO 2016 29
GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BOGOTÁ SEXTO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO 2016. 31
GRAFICO 3. OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS POR BOGOTÁ D.C. Y LOCALIDADES AÑO 2016. 33
GRAFICO 4. COMPORTAMIENTO EN EL AJUSTE DE CASOS PROBABLES Y SOSPECHOSOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA DEL AÑO 2016 36
GRAFICO 5. OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS PROBABLES O SOSPECHOSOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA BOGOTÁ AÑO 2016 37
GRAFICO 6. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE PFA EN BOGOTÁ D.C, AÑOS 2015-2016 40
GRAFICO 7. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN AJUSTADA DE PFA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 41
GRAFICO 8. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE PFA SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 42
GRAFICO 9.COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN INTEGRADA DE SARAMPIÓN Y RUBEOLA. BOGOTÁ DC, AÑOS 2015-2016 45
GRAFICO 10. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN AJUSTADA DE SARAMPIÓN Y RUBEOLA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ D.C 2016. 47
GRAFICO 11. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE SR SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS EN BOGOTÁ D.C, 2016 48
GRAFICO 12. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE SRC EN BOGOTÁ D. C AÑOS 2015 Y 2016 49
GRAFICO 13. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA EN BOGOTÁ DC, SEGÚN EDAD SIMPLE. AÑO 2016 50
GRAFICO 14. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN AJUSTADA DE SRC, POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA EN BOGOTÁ D.C, 2016 51
GRAFICO 15. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE PAROTIDITIS. BOGOTÁ DC, AÑOS 2015-2016 53
GRAFICO 16. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA AJUSTADA DE PAROTIDITIS POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ 2016 53
GRAFICO 17. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE PAROTIDITIS POR AFILIACIÓN AL SGSSS, BOGOTÁ D.C 2016 55
GRAFICO 18. NUMERO DE BROTES DE PAROTIDITIS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 56
GRAFICO 19. PROPORCIÓN DE BROTES DE PAROTIDITIS DE ACUERDO AL TIPO.BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 56
GRAFICO 20. PROPORCIÓN DE BROTES INSTITUCIONALES DE PAROTIDITIS.BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 57
GRAFICO 21. NUMERO DE CASOS DE VARICELA ASOCIADO A BROTES DE PAROTIDITIS POR GRUPO ETAREO BOGOTÁ D.C. 2016 58
GRAFICO 22. NÚMERO DE CASOS DE PAROTIDITIS ASOCIADOS A BROTES SEGÚN LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2016 58
GRAFICO 23. NUMERO DE BROTES DE PAROTIDITIS POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 59

GRAFICO 24. INCIDENCIA DE CASOS DE PAROTIDITIS ASOCIADO A BROTES DE PAROTIDITIS POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2016 (POR 100.000 HABITANTES) 60
GRAFICO 25. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE VARICELA. BOGOTÁ D. C, AÑOS 2015-2016 61
GRAFICO 26. INCIDENCIA DE VARICELA AJUSTADA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA. BOGOTÁ D.C, AÑO 2016 62
GRAFICO 27. NÚMERO DE CASOS DE VARICELA EN GESTANTES, BOGOTÁ D.C AÑOS 2014 A 2016 64
GRAFICO 28. PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE VARICELA SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS EN BOGOTÁ D.C 2016 64
GRAFICO 29. BROTES DE VARICELA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 65
GRAFICO 30. PROPORCIÓN DE BROTES DE VARICELA DE ACUERDO AL TIPO.BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 66
GRAFICO 31. PROPORCIÓN DE BROTES INSTITUCIONALES DE VARICELA. BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 66
GRAFICO 32. NÚMERO DE CASOS DE VARICELA ASOCIADOS A BROTES SEGÚN LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2016 68
GRAFICO 33. NUMERO DE BROTES DE VARICELA POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2012 A 2016 69
GRAFICO 34. INCIDENCIA DE CASOS DE VARICELA ASOCIADO A BROTES DE VARICELA POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2016 (POR 10.000 HABITANTES) 70
GRAFICO 35. NUMERO DE CASOS DE VARICELA ASOCIADO A BROTES DE VARICELA POR GRUPO ETAREO. BOGOTÁ D.C. 2016 71
GRAFICO 36. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE TOS FERINA. BOGOTÁ DC, AÑOS 2012 A 2016 A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 73
GRAFICO 37. PORCENTAJE DE CASOS DE TOSFERINA NOTIFICADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL CASO, BOGOTÁ 2016 A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52. 75
GRAFICO 38. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TOSFERINA NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS POR GRUPO ETARIO BOGOTÁ 2016 A SEMANA 52 75
GRAFICO 39. TASA DE NOTIFICACIÓN POR 100.000 HABITANTES HEPATITIS A. BOGOTÁ D.C, 2007 A 2016 79
GRAFICO 40. CANAL ENDÉMICO DE MENINGITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS, BOGOTÁ D.C, 2016. 86
GRAFICO 41. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE EDA. BOGOTÁ D.C, AÑOS 2015-2016. 87
GRAFICO 42. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE EDA EN MENORES DE 5 AÑOS. BOGOTÁ D.C, AÑO 2014 A 2016. 88
GRAFICO 43. CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS PARA LA VIGILANCIA CENTINELA DE EDA EN BOGOTÁ D.C, 2012-2016. 89
GRAFICO 44. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE EDA. BOGOTÁ D.C, 2012 A 2015. 89
GRAFICO 45. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE EDA. BOGOTÁ D.C, 2012 A 2016. 90
GRAFICO 46. CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE ROTAVIRUS EN MENORES DE 5 AÑOS. BOGOTÁ D.C, 2016. 90
GRAFICO 47. PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE AGENTES ETIOLÓGICOS DE LA EDA. BOGOTÁ D.C, 2016. 91
GRAFICO 48. NUMERO DE BROTES DE EDA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Y TIPO DE BROTE. BOGOTÁ D.C. 2013 A 2016 91

GRAFICO 49. PROPORCIÓN DE BROTES INSTITUCIONALES DE EDA. BOGOTÁ D.C. 2013 -2016 92
GRAFICO 50. NÚMERO DE BROTES DE EDA POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2016 ... 93
GRAFICO 51. NUMERO DE CASOS DE EDA ASOCIADO A BROTES POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2013 – 2016 94
GRAFICO 52.CASOS DE EDA ASOCIADO A BROTES DE EDA POR GRUPO ETAREO. BOGOTÁ D.C. 2016 95
GRAFICO 53. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA POR PERÍODO EPIDEMIOLÓGICO, BOGOTÁ D.C, 2012-2016. 97
GRAFICO 54. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA POR GRUPO DE EDAD, BOGOTÁ D.C, 2016. 97
GRAFICO 55. CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA, BOGOTÁ D.C, 2016. 98
GRAFICO 56. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ESAVI POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, AÑO 2013-2016. BOGOTÁ D.C 99
GRAFICO 57. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ESAVI POR EDAD, AÑO 2013-2016, BOGOTÁ, D.C 99
GRAFICO 58. CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS DE ESAVI, AÑOS 2013-2016, BOGOTÁ, D.C 100
GRAFICO 59. PRINCIPAL BIOLOGICO ASOCIADO AL ESAVI, AÑO 2016. BOGOTÁ, D.C 100
GRAFICO 60. CANAL ENDÉMICO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN POBLACIÓN GENERAL. BOGOTÁ D.C, AÑOS 2011 A 2015. 109
GRAFICO 61. DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD POR IRA EN BOGOTÁ D.C, SEGÚN SERVICIO QUE PRESTA LA ATENCIÓN DEL CASO, AÑO 2016. 110
GRAFICO 62. DISTRIBUCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LOS CASOS DE IRAG NOTIFICADOS POR LAS UNIDADES CENTINELA EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 113
GRAFICO 63. DISTRIBUCIÓN DE VIRUS IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE LA VIGILANCIA CENTINELA DE IRAG EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 113
GRAFICO 64. DISTRIBUCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LOS CASOS DE IRAG INUSITADO NOTIFICADOS EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 116
GRAFICO 65. DISTRIBUCIÓN DE VIRUS IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE LA VIGILANCIA DE IRAG INUSITADO EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016..... 116
GRAFICO 66. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN BOGOTÁ D.C, COMPARATIVOS AÑOS 2011-2016* (DATOS PRELIMINARES)..... 117
GRAFICO 67. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR IRA EN BOGOTÁ D.C, COMPARATIVO AÑOS 2011-2016* (DATOS PRELIMINARES)..... 120
GRAFICO 68. NUMERO DE BROTES DE ERA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Y TIPO DE BROTE. BOGOTÁ D.C. 2013 A 2016 122
GRAFICO 69. PROPORCIÓN DE BROTES DE VARICELA DE ACUERDO AL TIPO. BOGOTÁ D.C. 2013 A 2016 122
GRAFICO 70. PROPORCIÓN DE BROTES INSTITUCIONALES DE ERA. BOGOTÁ D.C. 2013 – 2016..... 123
GRAFICO 71. NUMERO DE CASOS DE ERA ASOCIADO A BROTES POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2013 – 2016 124
GRAFICO 72. NUMERO DE BROTES DE ERA POR LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. 2016 . 125
GRAFICO 73. NUMERO DE CASOS DE ERA ASOCIADO A BROTES DE ERA POR GRUPO ETAREO, BOGOTÁ D.C. 2016..... 126
GRAFICO 74. DISTRIBUCIÓN DE CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSOS TODAS LAS FORMAS A LA SEMANA 52 DE 2016. 134

GRAFICO 75. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS (TF) POR CICLO VITAL Y SEXO, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 135
GRAFICO 76. CASOS DE TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016 136
GRAFICO 77. REALIZACIÓN DE CULTIVO SEGÚN TIPO DE TUBERCULOSIS, BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 140
GRAFICO 78. PORCENTAJE DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS CON CUMPLIMIENTO DE CONSEJERÍA, REALIZACIÓN DE PRUEBA VIH Y PORCENTAJE DE COINFECCIÓN BOGOTÁ A SEMANA 52 DE 2016. 140
GRAFICO 79. PROPORCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS POR GRUPOS POBLACIONALES POR CICLOS VITALES A SEMANA 52 DE 2016. 142
GRAFICO 80. PROPORCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS POR GRUPOS ÉTNICOS POR CICLOS VITALES AÑO A SEMANA 52 DE 2016. 143
GRAFICO 81. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, AÑO2016 144
GRAFICO 82. CASOS DE TB FARMACORRESISTE SEGÚN INGRESO AL PROGRAMA A SEMANA 52 DE 2016 145
GRAFICO 83. CASOS TB FR SEGÚN CLASIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LA RESISTENCIA A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DE 2016 146
GRAFICO 84. DISTRIBUCIÓN DE CASOS NOTIFICADOS DE LEPRA A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 AÑO 2016 158
GRAFICO 85. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NOTIFICADOS DE LEPRA POR SEXO Y CICLO VITAL A SEMANA 52 DE 2016. 159
GRAFICO 86. CASOS DE LEPRA SEGÚN INGRESO AL PROGRAMA SIVIGILA A SEMANA 52 DE 2016 159
GRAFICO 87. CASOS DE LEPRA SEGÚN CLASIFICACIÓN BACTERIOLÓGICA A SEMANA 52 DE 2016 161
GRAFICO 88. CASOS DE LEPRA SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO A SEMANA 52 DE 2016 162
GRAFICO 89. CASOS NUEVOS DE LEPRA SEGÚN MÁXIMO GRADO DE DISCAPACIDAD A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 DE 2016 162
GRAFICO 90. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Y TRIMESTRE. BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016. 167
GRAFICO 91. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, SEGÚN LOCALIDAD DE OCURRENCIA Y TRIMESTRE. BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016. 168
FUENTE: SIVIGILA – SEMANA 52 DE 2016. CORTE A 10GRAFICO 92/03/2017. FECHA DE CONSULTA: 16/03/2017 168
GRAFICO 93. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN CICLO DE EDAD Y GRUPO DE SUSTANCIA, D.C., AÑO 2016. 170
GRAFICO 94. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN Y SEXO, BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016. 171
GRAFICO 95. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN VÍA DE EXPOSICIÓN, BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016. 172
GRAFICO 96. DISTRIBUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN LUGAR DE EXPOSICIÓN, BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016 173
GRAFICO 97. DISTRIBUCIÓN DE ALERTAS DE INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, SEGÚN GRUPO DE SUSTANCIAS Y SEXO. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016 175
GRAFICO 98. DISTRIBUCIÓN DE INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN GRUPO DE SUSTANCIAS QUÍMICA. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016 176

GRAFICO 99. DISTRIBUCIÓN DE INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS EN GESTANTES, SEGÚN GRUPO DE SUSTANCIAS QUÍMICA. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016.... 176
GRAFICO 100. DISTRIBUCIÓN DE FALLECIDOS POR INTOXICACIONES CON SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN Y SEXO, BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016..... 181
GRAFICO 101. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES REPORTADAS EN RUAF, SEGÚN PROBABLE MANERA DE MUERTE Y SEXO. BOGOTÁ, D.C., AÑO 2016. 183
GRAFICO 102. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES REPORTADAS EN EL RUAF, SEGÚN GRUPO DE SUSTANCIA IMPLICADO. BOGOTÁ D.C., 2016..... 184
GRAFICO 103. DISTRIBUCIÓN DE BROTES DE ETA, POR LOCALIDAD DE OCURRENCIA, BOGOTÁ D.C., AÑO 2016. 190
GRAFICO 104. DISTRIBUCIÓN DE BROTES DE ETA, DE ACUERDO A LOS GRUPOS DE EDAD AFECTADOS, BOGOTÁ D.C., AÑO 2016. 191
GRAFICO 105. PORCENTAJE DE BROTES DE ETA POR LUGAR DE CONSUMO, BOGOTÁ D.C., AÑO 2016 192
GRAFICO 106PREVALENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIH/SIDA POR 100.000 HABITANTES 2006 A 2016, BOGOTÁ D.C. 196
GRAFICO 107. CASOS DE VIH/SIDA, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO Y RAZÓN DE INFECCIÓN HOMBRE - MUJER POR VIH, 2.006 A 2016, BOGOTÁ D.C. 199
GRAFICO 108. PREVALENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE HEPATITIS B Y C NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ D.C, 2011 A 2016..... 202
GRAFICO 109. CASOS DE HEPATITIS B Y C NOTIFICADOS AL SIVIGILA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS QUINQUENALES. BOGOTÁ D.C. 2.016..... 203
GRAFICO 110. CASOS DE HEPATITIS B Y C NOTIFICADOS AL SIVIGILA DISTRIBUIDOS SEGÚN SEXO. BOGOTÁ D.C. 2.016. 204
GRAFICO 111. CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NOTIFICADOS AL SIVIGILA DISTRIBUIDOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BOGOTÁ D.C, 2.012 A 2.016. 209
GRAFICO 112. TRATAMIENTO A CONTACTOS DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON SÍFILIS GESTACIONAL. BOGOTÁ D.C, 2.013 A 2.016..... 211
GRAFICO 113. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PRUEBAS TREPONÉMICAS PARA DIAGNOSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL AÑO 2016, BOGOTÁ D.C. 212
GRAFICO 114. RAZÓN DE PREVALENCIA SÍFILIS GESTACIONAL 212
GRAFICO 115. CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA NOTIFICADOS AL SIVIGILA DISTRIBUIDOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BOGOTÁ D.C, 2.012 A 2.016..... 214
GRAFICO 116. RAZÓN DE PREVALENCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL E INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA. BOGOTÁ D.C, 2.012 A 2.016. 215
GRAFICO 117. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA POR 1.000 NV. 217
GRAFICO 118 CASOS DE LEPTOSPIROSIS NOTIFICADOS SEGÚN RANGOS DE EDAD. AÑO 2016. BOGOTÁ D.C 220
GRAFICO 119. CASOS DE LEPTOSPIROSIS NOTIFICADOS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. AÑO 2016. BOGOTÁ D.C 221
GRAFICO 120. CASOS DE LEPTOSPIROSIS NOTIFICADOS SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. AÑO 2016. BOGOTÁ D.C 221
GRAFICO 121. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE DENGUE EN BOGOTÁ D.C, 2015 - 2016..... 225
GRAFICO 122. CASOS DENGUE SEGÚN QUINQUENIOS DE EDAD Y SEXO. BOGOTÁ D.C, 2016. 226
GRAFICO 123. LOCALIDADES DE NOTIFICACIÓN PARA DENGUE SEGÚN CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO. BOGOTÁ D.C, 2016. 227
GRAFICO 124. MORTALIDADES POR DENGUE SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD EN BOGOTÁ D.C, 2016 228

GRAFICO 125. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE CHIKUNGUNYA POR SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA 1 A LAS 52 BOGOTÁ D.C, 2016. 229
GRAFICO 126. CASOS NOTIFICADOS PARA CHIKUNGUNYA POR LOCALIDAD, BOGOTÁ D.C, 2016 230
GRAFICO 127. CASOS NOTIFICADOS PARA CHIKUNGUNYA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, BOGOTÁ D.C, 2016. 230
GRAFICO 128. NOTIFICACIÓN DE ZIKA POR SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS. BOGOTÁ D.C, 2016 231
GRAFICO 129. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ZIKA POR SEXO Y QUINQUENIOS DE EDAD. BOGOTÁ D.C, 2016 232
GRAFICO 130. LOCALIDADES DE NOTIFICACIÓN DE CASOS POR ZIKA BOGOTÁ D.C, 2016. 232
GRAFICO 131. PROCEDENCIA DE CASOS POR ZIKA NOTIFICADOS EN BOGOTÁ D.C, AÑO 2016. 233
GRAFICO 132. COMPORTAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS POR QUINQUENIOS DE EDAD. BOGOTÁ D.C, 2016. 234
GRAFICO 133. GESTANTES NOTIFICADAS POR QUINQUENIOS DE EDAD BOGOTÁ D.C, 2016. 235
GRAFICO 134. LOCALIDAD DE RESIDENCIA DE GESTANTES EN BOGOTÁ D.C, 2016. 236
GRAFICO 135. GESTANTES POR DEPARTAMENTO DE OCURRENCIA DEL CASO. BOGOTÁ D.C, 2016. 237
GRAFICO 136. CASOS DE MALARIA POR P. VIVAX NOTIFICADOS EN BOGOTÁ 2016, SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA. 242
GRAFICO 137. CASOS DE MALARIA POR P. VIVAX NOTIFICADOS EN BOGOTÁ 2016, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA 243
GRAFICO 138. CASOS DE MALARIA POR P. FALCIPARUM NOTIFICADOS AÑO 2016 EN BOGOTÁ, SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA..... 244
GRAFICO 139. CASOS DE MALARIA POR P. FALCIPARUM NOTIFICADOS EN BOGOTÁ AÑO 2016, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA..... 244
GRAFICO 140. CASOS DE CHAGAS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ D.C. SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA, EN EL AÑO 2016..... 248
GRAFICO 141 CASOS DE CHAGAS NOTIFICADOS EN BOGOTÁ D.C. SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. AÑO 2016. 248
GRAFICO 142.CASOS DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA NOTIFICADOS EN BOGOTÁ D.C. SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA. AÑO 2016. 250
GRAFICO 143. CASOS DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA NOTIFICADOS EN BOGOTÁ D.C. SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. AÑO 2016. 250
GRAFICO 144. CASOS DE LEISHMANIOSIS MUCOSA NOTIFICADOS SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA.AÑO 2016 .BOGOTÁ D.C..... 251
GRAFICO 145. CASOS DE LEISHMANIOSIS MUCOSA NOTIFICADOS SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA.AÑO 2016. BOGOTÁ D.C 252
GRAFICO 146. EDAD DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO. EVENTO CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS..... 259
GRAFICO 147. DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN BOGOTÁ CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CÁNCER DE MAMA, 2016(1). (EVENTO 155) 266
GRAFICO 148. DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LAS MUJERES RESIDENTES EN BOGOTÁ CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.2016. (EVENTO 155) 269
GRAFICO 149. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, BOGOTÁ, D.C 2015 – 2016 275
GRAFICO 150. RAZÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, BOGOTÁ, 2012 – 2016. 276

GRAFICO 151. TENDENCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, SEGUN SEMANA EPIDEMIOLOFICA, BOGOTÁ 2012 - 2016 276
GRAFICO 152. MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52, 2015 – 2016 BOGOTÁ, D.C. 277
GRAFICO 153. DEFECTOS CONGÉNITOS HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52, ... 278
GRAFICO 154. COMPARATIVA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA Y BOGOTÁ D.C. 2000 - 2016..... 278
GRAFICO 155. CASOS Y TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN BOGOTÁ, D.C., 2012 – 2016 BOGOTÁ, D.C. 279
GRAFICO 156. MORTALIDAD MATERNA TEMPRANA SEGÚN TIPO DE MUERTE Y CAUSA BÁSICA, 2015 – 2016..... 290
GRAFICO 157. MORTALIDAD MATERNA TARDÍAS INDIRECTAS, BOGOTÁ 2015 – 2016. 291
GRAFICO 158. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN CAUSA AGRUPADA DEPARTAMENTO X. 2015 - 2016. 291
GRAFICO 159. NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES, 2012-2016. 318
GRAFICO 160. EMBARAZOS EN ADOLESCENTES SEGÚN ESTADÍSTICAS VITALES, 2012-2016. 319
GRAFICO 161. GIMIENTOS PREMATUROS, BOGOTÁ D.C, 2012-2016. 322
GRAFICO 162. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEGÚN SEXO Y TIPO DE VIOLENCIA BOGOTÁ – AÑO 2016..... 349
GRAFICO 163. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CONDUCTA SUICIDA SEGÚN CLASIFICACIÓN Y SEXO. BOGOTÁ, D. C., 2016 355
GRAFICO 164. CASOS DE ACCIDENTE DE TRANSITO SEGÚN SEXO, BOGOTÁ AÑO 2016 360
GRAFICO 165. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS CAPTADOS POR EL SISVAN- SDS. BOGOTÁ D.C., SERIE 2009-2016. 375
GRAFICO 166. CASOS Y TASA POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN BOGOTÁ, SERIE 2007 - 2016 388
GRAFICO 167. NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR, N=310, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BOGOTÁ D.C. AÑO 2016. 392
GRAFICO 168. PORCENTAJE DE CASOS NOTIFICADOS DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR N=310, POR TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. BOGOTÁ D.C., AÑO 2016..... 394
GRAFICO 169. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES, PRESENTES EN LOS CASOS DE EXPOSICIÓN AL FLÚOR. BOGOTÁ D.C. AÑO 2016. 397

TABLA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1.OBJETIVOS MUNDIALES DEL PLAN FASE FINAL PARA LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS 2013-2018 39
ILUSTRACIÓN 2. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN POR REGIONES DE LA OMS. AÑOS 2015 Y 2016..... 44
ILUSTRACIÓN 3. REGISTROS TOTALES Y PERSONAS NOTIFICADAS POR EL EVENTO 115 (CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS) SEGÚN SEXO, SITIO DE RESIDENCIA, ESTADO VITAL Y TIPO DE CASO,2016. 258
ILUSTRACIÓN 4. REGISTROS TOTALES Y PERSONAS NOTIFICADAS POR EL EVENTO 155 (CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO) SEGÚN SITIO DE RESIDENCIA, ESTADO VITAL Y TIPO DE CASO, 2016. 265

SIGLAS

APAPTR: Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia

ASIS: Análisis de Situación en Salud

AVAD: Años de Vida Ajustados a Discapacidad

CITUC: Centro de Información Toxicológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile

COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológico.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficio.

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EISP: Eventos de Interés en Salud Pública.

EPS: Empresas prestadoras de salud

ERA: Enfermedad Respiratoria Aguda

E.S.E: Empresa Social del Estado.

ETA: Enfermedad transmitida por alimentos

IEC: Investigación Epidemiológica de Campo.

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de salud.

LSP: Laboratorio de salud pública

MPS: Ministerio de Salud

ND: Nacidos Vivos.

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNS: Cumplimiento en la Notificación Positiva, Negativa, Silenciosa.

RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social.

RIPS: Registro individual de Prestación de servicios.

SIANIESP: Sistema de información de apoyo a la notificación e investigación de eventos en salud pública.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

UCSP: Unidad Comando en Salud Pública

UI: Unidad Informadora.

UND: Unidad Notificadora Departamental o Distrital.

UNL: Unidad Notificadora Local.

UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos.

USS: Unidad de Servicios de Salud

VSP: Vigilancia en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

El plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020”, contempla como prioridad para el sector salud la necesidad de rescatar las acciones esenciales que le corresponden como autoridad sanitaria territorial, principalmente en relación con la inspección, vigilancia y control, aplicando los principios de eficiencia, eficacia y calidad. En este sentido la vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital ha venido ampliando su campo de acción, partiendo del ejercicio de la vigilancia tradicional que incluye los eventos de notificación obligatoria, (al que se le da continuidad), complementándose con objetivos más amplios que confluyen en subsistemas especiales de vigilancia, que sumados al SIVIGILA Nacional constituyen el Sistema Integrado de vigilancia de la salud pública del Distrito.

En este mismo sentido desde la Vigilancia en Salud Pública se debe cumplir con la reglamentación obligatoria emitida por el gobierno nacional: Ley9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Decreto 3518de 2006, Decreto 2323 de 2006, Resolución 1841 de 2013 por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los reglamentarios de la vigilancia y control epidemiológico, el Reglamento Sanitario Internacional de mayo de 2005 aprobado en la 58° asamblea mundial de la salud y entra en vigencia a partir del 15 de junio de 2007, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y el CONPES 3550 de 2008, éste último avanza en la construcción del modelo de gestión en salud ambiental.

La Vigilancia en salud pública es una función esencial de la salud Pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes para el análisis y el debate de la situación en salud, buscando tener un efecto sobre la administración pública, la ciudadanía en general y los grupos de expertos e investigadores que trabajan en pro de la calidad de vida en la ciudad.

Teniendo en cuenta la dinámica de la vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital, y el impacto que esta tiene sobre el proceso salud - enfermedad de la población, se requiere garantizar que los procesos que están directamente relacionados con el análisis de la información sean continuos que permitan definir áreas prioritarias de intervención y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia.

En este contexto, la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, avanza actualmente en el fortalecimiento del proceso de “Gestión análisis y desarrollo de la información” el cual contempla un replanteamiento del proceso SIVIGILA, dándole un marco transversal y fundamental para la Vigilancia en Salud Pública.

A continuación, se presenta el análisis desarrollado durante el sexto periodo epidemiológico con corte a semana 24 del año 2016 frente a la información captada por la herramienta SIVIGILA en la vigilancia de los Eventos de interés en Salud Publica siguiendo el modelo de informe por Departamento establecido por el Instituto Nacional de Salud.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Realizar el análisis de la información captada por el sistema de información SIVIGILA para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, que dé cuenta del comportamiento de cada evento evaluando indicadores establecidos en cada protocolo durante el sexto periodo epidemiológico con corte a semana 24 del año 2016.

2.2. Específicos

- Consolidar la información generada de la herramienta SIVIGILA con corte a semana 24 de 2016.
- Depurar bases de datos de cada evento de Vigilancia.
- Evaluar los indicadores establecidos en los protocolos 2016 del Instituto Nacional de Salud de cada uno de los eventos de Vigilancia.
- Analizar el comportamiento de cada evento de interés en salud pública generando conclusiones y recomendaciones.

3. METODOLOGÍA

La Subdirección de Vigilancia en Salud Pública utiliza como fuente principal del presente informe la base SIVIGILA correspondiente al sexto periodo epidemiológico con corte a semana 24.

Una vez se recepciona y consolida la notificación semanal enviada por cada una de la Empresas Sociales del Estado, esta es procesada por evento para luego ser enviada a cada uno de los referentes de Evento.

Cada el referente realiza la depuración de sus bases (Datos básicos, Datos complementarios y laboratorios), consolidan de acuerdo a los parámetros solicitados como lo son grupo de edad, régimen de seguridad social y lugar de residencia entre otros de tal forma que se identifiquen patrones de comportamiento para luego realizar la medición de indicadores propios de cada evento.

Finalmente se realiza un análisis de la información generando tablas y figuras de salida y con base en esta se hace el análisis descriptivo del comportamiento de cada evento de interés en salud pública.

4. RESULTADOS

4.1. Comportamiento en la notificación a través del SIVIGILA

La ciudad de Bogotá para el año 2016 conto con 1.526 UPGD y UI activas que ingresan la notificación al sistema de información SIVIGILA Nacional de forma semanal mostrando un aumento del 10.7% comparado con el mismo periodo del año 2015.

De las 1.526 instituciones el 58.7% corresponde a Unidades Informadoras, es decir que el 41.3% de la notificación de eventos de interés en salud pública de forma semanal tiene como fuente las unidades notificadoras (UPGD).

La sub red con mayor número de UPGD y UI activas en el sistema de vigilancia es la sub red Norte con el 60.8% (n=928), las localidades con mayor número de UPGD y UI activas en el sistema son Chapinero con 20.12% (n=307), Usaquén con un 15.47% (n=236), Teusaquillo con un 10,03% (n=153), Kennedy con un 7.01% (n=107) y Barrios Unidos con un 6.03% (n=92). Continua la USS Hospital Chapinero con la mayor red de operadores activos al sistema de vigilancia del Distrito representando 36.18% (n=552); en contraste con la localidad de Sumapaz en donde se cuenta con 8 instituciones que hacen parte de la red de vigilancia las cuales representan un 0,52% del total de UPGD y UI activas en el Distrito.

A continuación, se presenta la caracterización de la red de UPGD y UI activas por localidad.

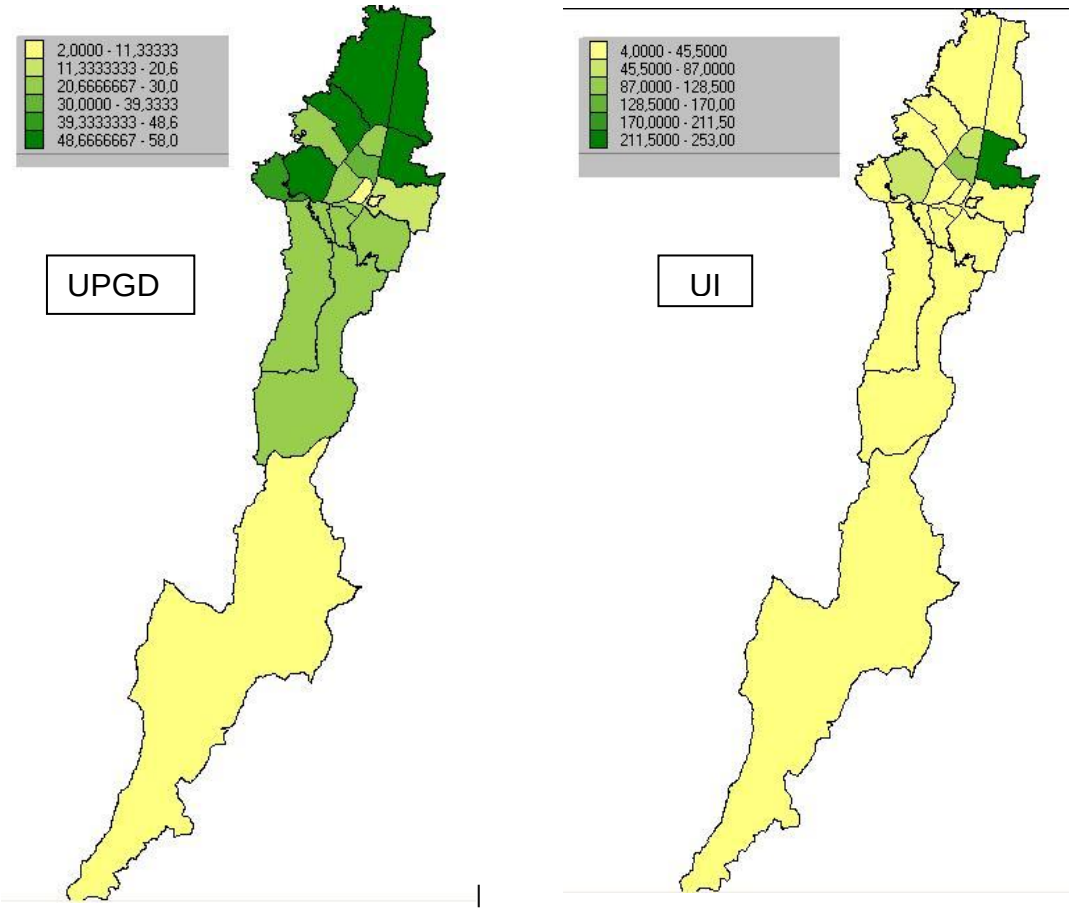
Tabla 1. Caracterización de UPGD activas por localidad para el año 2016 Bogotá D.C.

RED	LOCALIDAD	TOTAL DE UNIDADES NOTIFICADORAS LOCALIDAD	TOTAL DE UNIDADES INFORMADORAS LOCALIDAD	TOTAL UPGD CARACTERIZADAS ACTIVAS
	01 – Usaquén	58	18	76
	02 – Chapinero	53	253	306
	10 - Engativá	58	29	87
	11 - Suba	49	11	60
	12 - Barrios Unidos	27	63	90
	13 - Teusaquillo	37	115	152
Norte	Total Red Norte	282	489	771
	03 - Santafe	12	24	36
	04 - San Cristóbal	26	13	39
	14 - Los Mártires	9	7	16
	15 - Antonio Nariño	22	16	38
	17 - La Candelaria	9	4	13
Centro Oriente	18 - Rafael Uribe Uribe	29	28	57

RED	LOCALIDAD	TOTAL DE UNIDADES NOTIFICADORAS LOCALIDAD	TOTAL DE UNIDADES INFORMADORAS LOCALIDAD	TOTAL UPGD CARACTERIZADAS ACTIVAS
	Total Red Centro Oriente	107	92	199
	07 - Bosa	46	12	58
	08 - Kennedy	58	48	106
	09 - Fontibón	26	41	67
	16 - Puente Aranda	24	24	48
Sur Occidente	Total Sur Occidente	154	125	279
	05 - Usme	23	6	29
	06 - Tunjuelito	23	11	34
	19 - Ciudad Bolívar	29	12	41
	20 - Sumapaz	2	6	8
Sur	Total Red Sur	77	35	112
Total general		**620**	**741**	**1361**

Fuente: Sivigila Ver 2017, Reporte de UPGD 2016

Grafico 1 Distribución de la caracterización de UPGD y UI Bogotá año 2016



Fuente: Sivigila Ver 2017, Reporte de UPGD 2016

Cumplimiento en la notificación

Bogotá para el año 2016 tuvo un cumplimiento en la notificación del 87.1%, siendo las localidades de Sumapaz, Los Mártires con mayor cumplimiento en la notificación semanal superando el 98%.

En cuanto a notificación positiva el cumplimiento para el Distrito fue del 79%, las localidades en las que en más del 95% de sus UPGD notifican de forma positiva son Sumapaz, Usme.

De forma complementaria a la notificación positiva, el SIVIGILA permite evidenciar la notificación negativa en las UPGD del Distrito el cual tuvo un comportamiento del 7.5% aumentando un 7% para el mismo periodo del año 2015, siendo las localidades de Tunjuelito, Puente Aranda, Chapinero, Los Mártires, La Candelaria, Barrios Unidos, Teusaquelllo en las que sus UPGD notificaron negativamente por encima del 10%.

Un indicador crítico para el sistema de Vigilancia en Salud Pública, es el porcentaje de UPGD con notificación silenciosa. Bogotá durante para el año 2016 tuvo un comportamiento del 9.8%. en silencio epidemiológico. Las localidades con mas del 11% de UPGD con silencio epidemiológico fueron Santafé, Bosa, Barrios Unidos, Chapinero, Engativá, Rafael Uribe Uribe, La Candelaria, Fontibon.

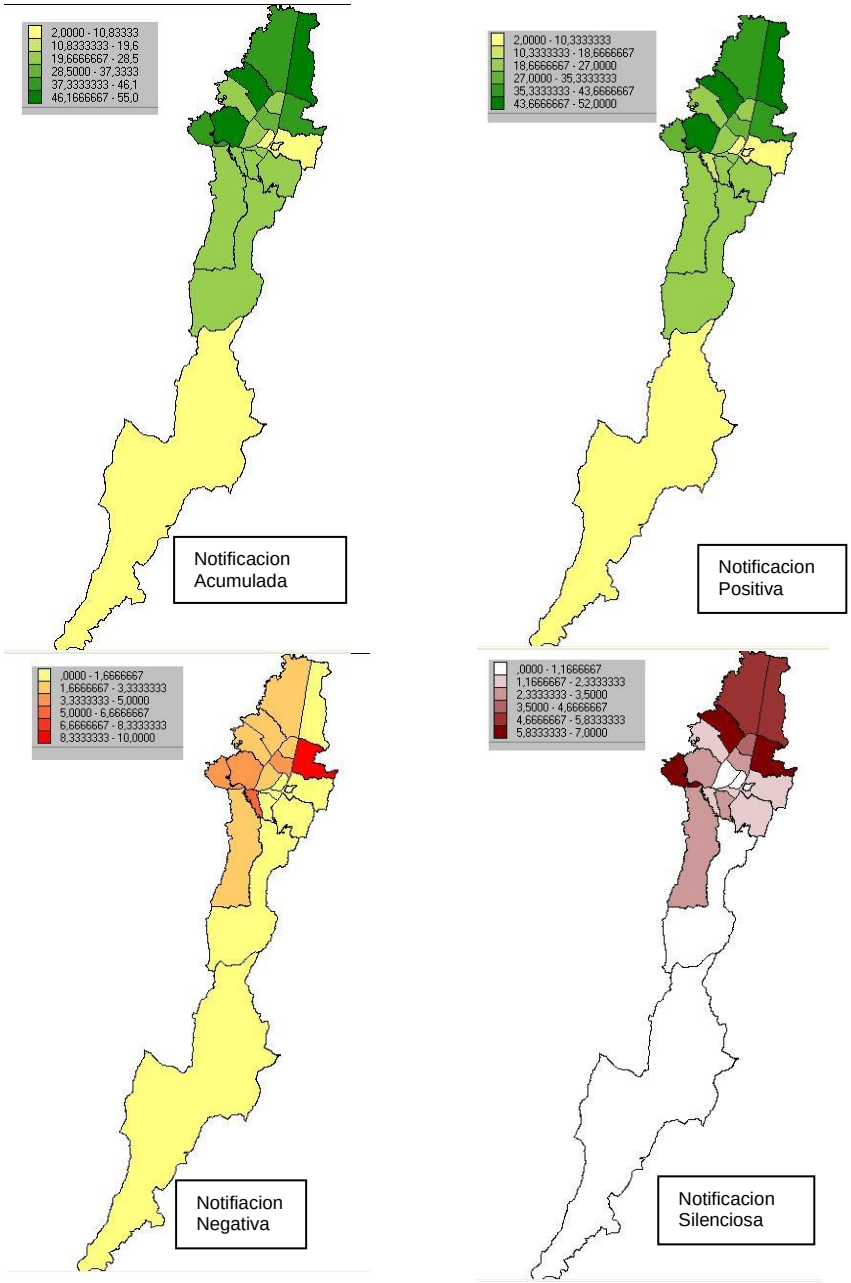
Tabla 2. Comportamiento PNS promedio de la notificación de UPGD para el año 2016 Bogotá D.C.

RED	LOCALIDAD	TOTAL DE UNIDADES NOTIFICADORAS LOCALIDAD	UNIDADES NOTIFICADORAS POSITIVAS	%	UNIDADES NOTIFICADORAS NEGATIVAS	%	UNIDADES NOTIFICADORAS SILENCIOSAS	%	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Norte	16 - Puente Aranda	24	2	8.3	1	17.1	1	4.3	25.5
	02 - Chapinero	53	36	67.9	10	17.0	7	13.2	84.9
	06 - Tunjuelito	23	16	69.6	5	21.7	2	8.7	91.3
	Total Sur Occidente	154	110	71.4	11	15.0	14	8.9	100.0
	12 - Barrios Unidos	27	20	74.1	3	11.1	4	14.8	85.2
	03 - Santafe	12	9	75.0	1	8.3	2	16.7	83.3
	07 - Bosa	46	35	76.1	4	4.9	8	16.5	81.0
Centro Oriente	17 - La Candelaria	9	7	77.8	1	11.1	1	11.1	88.9
	Total Red Norte	282	228	80.9	23	8.2	31	11.0	89.0
	13 - Teusaquillo	37	30	81.1	4	10.8	3	8.1	91.9
	19 - Ciudad Bolívar	29	24	82.8	2	6.9	3	10.3	89.7
	Total Red Sur	77	64	83.1	7	9.1	6	7.8	92.2
	11 - Suba	49	41	83.7	3	6.1	5	10.2	89.8
	10 - Engativá	58	49	84.5	2	6.8	7	12.1	91.3
Sur Occidente	09 - Fontibón	26	22	84.6	2	2.0	3	11.0	86.6
	Total Red Centro Oriente	107	91	85.0	6	5.6	10	9.6	90.7
	18 - Rafael Uribe Uribe	29	25	86.2	1	3.4	3	11.1	89.7
	15 - Antonio Nariño	22	19	86.4	1	4.5	2	9.1	90.9
	08 - Kennedy	58	51	87.9	4	4.4	2	3.9	92.3
Sur	04 - San Cristóbal	26	23	88.5	1	3.8	2	7.7	92.3

RED	LOCALIDAD	TOTAL DE UNIDADES NOTIFICADORAS LOCALIDAD	UNIDADES NOTIFICADORAS POSITIVAS	%	UNIDADES NOTIFICADORAS NEGATIVAS	%	UNIDADES NOTIFICADORAS SILENCIOSAS	%	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	14 - Los Mártires	9	8	88.9	1	11.1	0	0.0	100.0
	01 - Usaquén	58	52	89.7	1	3.8	5	8.6	93.4
	05 - Usme	23	22	95.7	0	0.0	1	4.3	95.7
	20 - Sumapaz	2	2	100.0	0	0.0	0	0.0	100.0
Total general		**620**	**493**	**79.5**	**47**	**7.5**	**61**	**9.8**	**87.1**

Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016

Grafico 2. Distribución del cumplimiento de la notificación Bogotá sexto periodo epidemiológico 2016.



Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016.

Oportunidad en la notificación de eventos

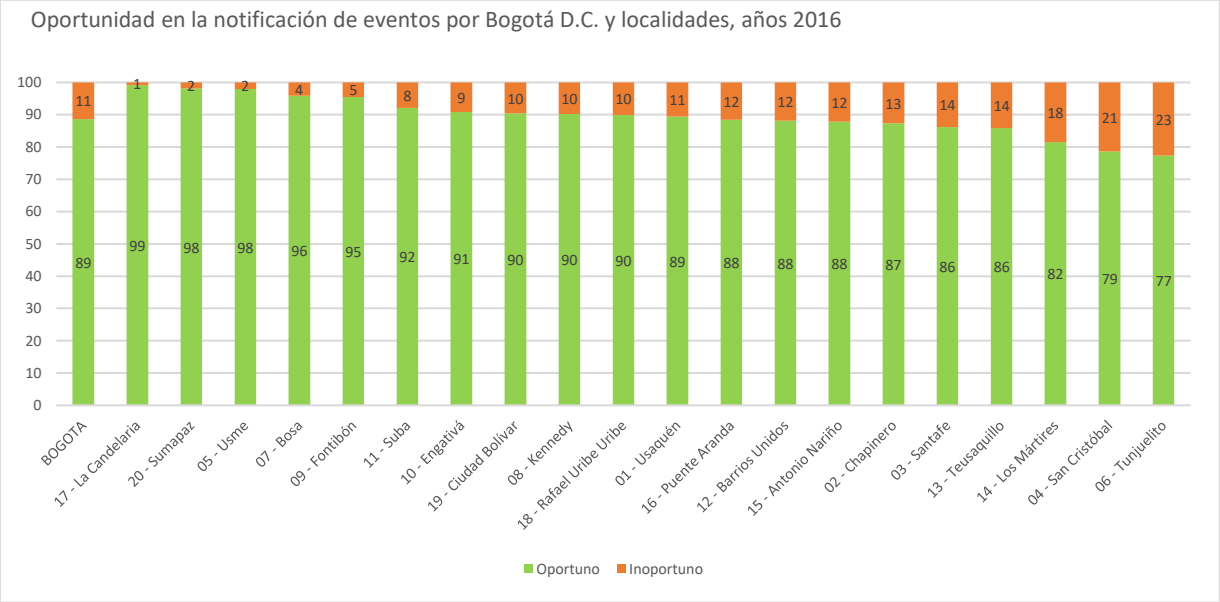
Para el año 2016 la oportunidad en la notificación de eventos de interés en salud pública antes de los 8 días de ocurrido el evento fue del 88.61% (115.822 oportunos) de 130.696, siendo las localidades de Candelaria, Usme, Bosa y Fontibón con mayor porcentaje de oportunidad en la notificación de eventos de notificación obligatoria, lo anterior obedece a la labor realizada por USS a las UPGD fortaleciendo el reporte oportuno de los eventos y a seguimiento continuo desde nivel central al proceso de notificación.

Tabla 3. Oportunidad en la notificación de eventos por Bogotá D.C. por subredes, años 2016

REDES	LOCALIDADES	CASOS NOTIFICADOS		TOTAL DE CASOS	% OPORTUNIDAD	% OPORTUNIDAD POR SUB RED
		INOPORTUNO	OPORTUNO			
Norte	01 - Usaquén	1562	13244	14806	89.5%	89.0%
	02 - Chapinero	1581	10926	12507	87.4%	
	10 - Engativá	559	5535	6094	90.8%	
	11 - Suba	766	8923	9689	92.1%	
	12 - Barrios Unidos	978	7253	8231	88.1%	
	13 - Teusaquillo	1462	8905	10367	85.9%	
Centro Oriente	03 - Santafe	114	713	827	86.2%	87.2%
	04 - San Cristóbal	1546	5695	7241	78.6%	
	14 - Los Mártires	1187	5247	6434	81.6%	
	15 - Antonio Nariño	512	3690	4202	87.8%	
	17 - La Candelaria	1	123	124	99.2%	
	18 - Rafael Uribe Uribe	602	5353	5955	89.9%	
Sur Occidente	07 - Bosa	243	5598	5841	95.8%	92.5%
	08 - Kennedy	1269	11765	13034	90.3%	
	09 - Fontibón	312	6600	6912	95.5%	
	16 - Puente Aranda	630	4832	5462	88.5%	
Sur	05 - Usme	41	1954	1995	97.9%	91.0%
	06 - Tunjuelito	810	2773	3583	77.4%	
	19 - Ciudad Bolívar	697	6586	7283	90.4%	
	20 - Sumapaz	2	107	109	98.2%	
TOTAL GENERAL		**14874**	**115822**	**130696**	**88.6%**	

Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016.

Grafico 3. Oportunidad en la notificación de eventos por Bogotá D.C. y localidades año 2016.



Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016.

Notificación de Eventos

Para el año 2016 se notificaron 130.683 eventos de eventos de interés en salud pública de los cuales el 80.8% de la notificación está representado en estos 10 eventos con mayor notificación los cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4.Eventos de con mayor notificación año 2016 2016

EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA	TOTAL, DE NOTIFICACIONES
VARICELA INDIVIDUAL	31408
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	22111
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	15679
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	6438
INTOXICACIONES	6082
BAJO PESO AL NACER	4892
PAROTIDITIS	4795
ZIKA	4161
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	3483
DENGUE	3280
INTENTO DE SUICIDIO	3279

Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016

A continuación de se muestra el seguimiento realizado a la notificación desde el distrito al comportamiento de los eventos notificados el cual ha permitió durante el 2016 visualizar lo reportado desde la herramienta SIVIGILA para su posterior análisis y generación de alertas para el ajuste de los casos.

Tabla 5. Visor de alertas primarias, corte año 2016

GRUPOS	COD	EVENTO	BASE DE NOTIFICACIÓN						
			Acum. a Semana 52 / 2015	Acum. a Semana 52 / 2016	Diferencia Acumulada	% De cambio	Acum. En Estudio 52 / 2016	Acum. Confirmados 52 / 2016	Acum. Descartados 52 / 2016
VIGILANCIA DE EVENTOS INMUNOPREVENIBLES	230	Difteria	0	2	Aumento	100.0	0	0	2
	298	Evento adverso seguido a la vacunación	171	170	Disminuyo	0.6	1	76	93
	345	Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	1392	2220	Aumento	37.3	22	645	1501
	348	Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	469	792	Aumento	40.8	13	123	636
	535	Meningitis	112	180	Aumento	37.8	2	94	67
	590	Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	9	Aumento	77.8	0	4	0
	600	Mortalidad por IRA	133	144	Aumento	7.6	0	103	33
	605	Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	250	305	Aumento	18.0	1	67	236
	610	Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	33	32	Disminuyo	3.0	0	0	31
	620	Parotiditis	2647	4834	Aumento	45.2	0	4818	0
	710	Rubéola	807	620	Disminuyo	23.2	2	0	609
	720	Síndrome rubéola congénita	179	233	Aumento	23.2	1	0	229
	730	Sarampión	826	607	Disminuyo	26.5	0	0	600
	760	Tétanos accidental	0	1	Aumento	100.0	0	1	0
	770	Tétanos neonatal	1	0	Disminuyo	100.0	0	0	0
	800	Tos ferina	2581	2358	Disminuyo	8.6	12	88	2245
	831	Varicela Individual	36009	31627	Disminuyo	12.2	0	31518	0
TOLTAL EVENTOS INMUNOPREVENIBLES			**45612**	**44134**	**Disminuyo**	**3.24**	**54**	**37537**	**6282**
VIGILANCIA DE MICOBACTERIAS	450	Lepra	34	36	Aumento	5.6	0	32	0
	815	Tuberculosis	1536	1733	Aumento	11.4	0	1565	124
	825	Tuberculosis farmacorresistente	33	44	Aumento	25.0	0	36	5
TOLTAL MICOBACTERIAS			**1603**	**1813**	**Aumento**	**11.58**	**0**	**1633**	**129**
VIGILANCIA DE INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL	340	Hepatitis B, C y coinfección B-D	467	473	Aumento	1.3	0	422	37
	740	Sífilis congénita	204	193	Disminuyo	5.4	0	158	29
	750	Sífilis gestacional	813	841	Aumento	3.3	0	798	32
	850	VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	2768	3525	Aumento	21.5	0	3488	12
TOLTAL INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL			**4252**	**5032**	**Aumento**	**15.50**	**0**	**4866**	**110**
VIGILANCIA DE EVENTOS ZOONOTICOS	100	Accidente Ofídico	10	18	Aumento	44.4	0	18	0
	222	Vigilancia centinela del síndrome febril / ictérico / hemorrágico	0	2	Aumento	100.0	2	0	0
	235	Carbunco	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	250	Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	270	Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	290	Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	0	1	Aumento	100.0	1	0	0
	295	Enfermedades de Origen Priónico	1	2	Aumento	50.0	1	1	0
	307	Vigilancia integrada de rabia humana	17885	22768	Aumento	21.4	1	22669	3
	455	Leptospirosis	155	161	Aumento	3.7	77	16	66

GRUPOS	COD	EVENTO	BASE DE NOTIFICACIÓN						
			Acum. a Semana 52 / 2015	Acum. a Semana 52 / 2016	Diferencia Acumulada	% De cambio	Acum. En Estudio 52 / 2016	Acum. Confirmados 52 / 2016	Acum. Descartados 52 / 2016
	630	Peste (Bubónica / Neum ónica)	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	650	Rabia Animal en Perros y Gatos	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	652	Vigilancia de la Rabia por laboratorio	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	780	Tifus epidémico trasmitido por piojos	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	790	Tifus endémico trasmitido por pulgas	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
TOLTAL EVENTOS ZOONOTICOS			**18051**	**22952**	**Aumento**	**21.35**	**82**	**22704**	**69**
VIGILANCIA DE EVENTOS DE RIESGO AMBIENTAL	200	Cólera	0	1	Aumento	100.0	0	0	1
	320	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	29	29	Se Mantuvo	0.0	0	18	10
	330	Hepatitis A	125	234	Aumento	46.6	0	226	7
	355	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	2541	2453	Disminuyo	3.5	16	2404	28
	365	Intoxicaciones por sustancias químicas	5865	6201	Aumento	5.4	0	6183	1
	607	Ébola	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
TOLTAL EVENTOS DE RIESGO AMBIENTAL			**8560**	**8918**	**Aumento**	**4.01**	**16**	**8831**	**47**
VIGILANCIA DE LOS EVENTOS DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES	115	Cáncer en menores de 18 años	651	751	Aumento	13.3	3	613	40
	155	Cáncer de la mama y cuello uterino	0	1001	Aumento	100.0	0	950	4
	202	Consumo de sustancias psicoactivas inyectadas	0	7	Aumento	100.0	0	7	0
	215	Defectos congénitos	1745	1887	Aumento	7.5	1	1731	105
	228	Exposición a flúor	1177	805	Disminuyo	31.6	0	793	2
	305	Tracoma	0	0	Se Mantuvo	0.0	0	0	0
	342	Enfermedades huérfanas-raras	0	110	Aumento	100.0	0	106	0
	356	Intento de Suicidio	0	3314	Aumento	100.0	0	3233	0
	452	Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	223	187	Disminuyo	16.1	0	178	0
	453	Lesiones de causa externa	0	336	Aumento	100.0	0	325	0
	875	Vigilancia en salud pública de las violencias de género	4706	15859	Aumento	70.3	15815	0	0
TOLTAL EVENTOS ENF. CRONICAS NO TRASMISIBLES			**8502**	**24257**	**Aumento**	**64.95**	**15819**	**7936**	**151**
VIGILANCIA DE EVENTOS DE MATERNIDA SEGURA	110	Bajo peso al nacer	5039	4914	Disminuyo	2.5	0	4891	3
	112	Mortalidad por desnutrición	18	14	Disminuyo	22.2	0	11	0
	113	Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	0	1113	Aumento	100.0	0	940	24
	549	Morbilidad materna extrema	4440	6461	Aumento	31.3	0	6437	0
	550	Mortalidad Materna	79	60	Disminuyo	24.1	0	57	0
	560	Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	1795	1825	Aumento	1.6	0	1807	0
TOLTAL EVENTOS DE MATERNIDAD SEGURA			**11371**	**14387**	**Aumento**	**20.96**	**0**	**14143**	**27**
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES	205	Chagas crónico	175	163	Disminuyo	6.9	1	147	15
	210	Dengue	3419	3465	Aumento	1.3	142	2508	789
	217	Chikungunya	3314	2082	Disminuyo	37.2	16	1888	166
	220	Dengue Grave	39	20	Disminuyo	48.7	1	16	3
	310	Fiebre Amarilla	2	8	Aumento	75.0	1	2	5
	420	Leishmaniasis Cutánea	632	678	Aumento	6.8	0	672	0

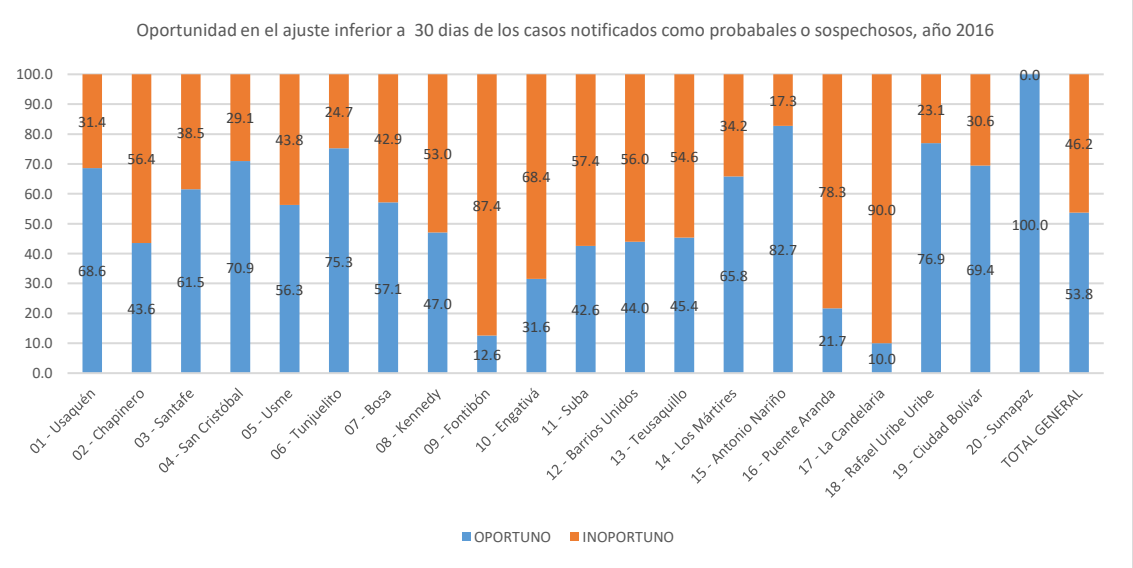
GRUPOS	COD	EVENTO	BASE DE NOTIFICACIÓN						
			Acum. a Semana 52 / 2015	Acum. a Semana 52 / 2016	Diferencia Acumulada	% De cambio	Acum. En Estudio 52 / 2016	Acum. Confirmados 52 / 2016	Acum. Descartados 52 / 2016
	430	Leishmaniasis Mucosa	52	49	Disminuyo	5.8	0	49	0
	440	Leishmaniasis Visceral	0	3	Aumento	100.0	0	2	0
	465	Malaria	204	343	Aumento	40.5	0	339	0
	580	Mortalidad por Dengue	7	10	Aumento	30.0	1	6	3
	895	Zika	171	4263	Aumento	96.0	129	3792	300
TOLTAL EVENTOS ENF. TRASMITIDAS POR VECTORES			**8015**	**11084**	**Aumento**	**27.69**	**291**	**9421**	**1281**
VIGILANCIA DE EVENTOS ASOCIADOS AL CUIDAD DE LA	351	Endometritis puerperal	0	12	Aumento	100.0	0	12	0
	352	Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	0	14	Aumento	100.0	0	14	0
	357	Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI	0	523	Aumento	100.0	0	517	4
TOLTAL VIGILANCIA DE EVENTOS ASOCIADOS AL CUIDAD DE LA SALUD			**0**	**549**	**Aumento**	**100.00**	**0**	**543**	**4**
SIN	900	Evento sin establecer	0	1	Aumento	100.0	0	0	0
TOLTAL EVENTOS SIN ESTABLECER			**0**	**1**	**Aumento**	**100.00**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016

Ajuste de eventos

Al sistema de información SIVIGILA se notificaron 12.668 eventos con clasificación inicial sospechosos y probables que requieren ajustes de los cuales el 96.3% se encuentran ajustados el 3.6% restante quedaron sin clasificación final.

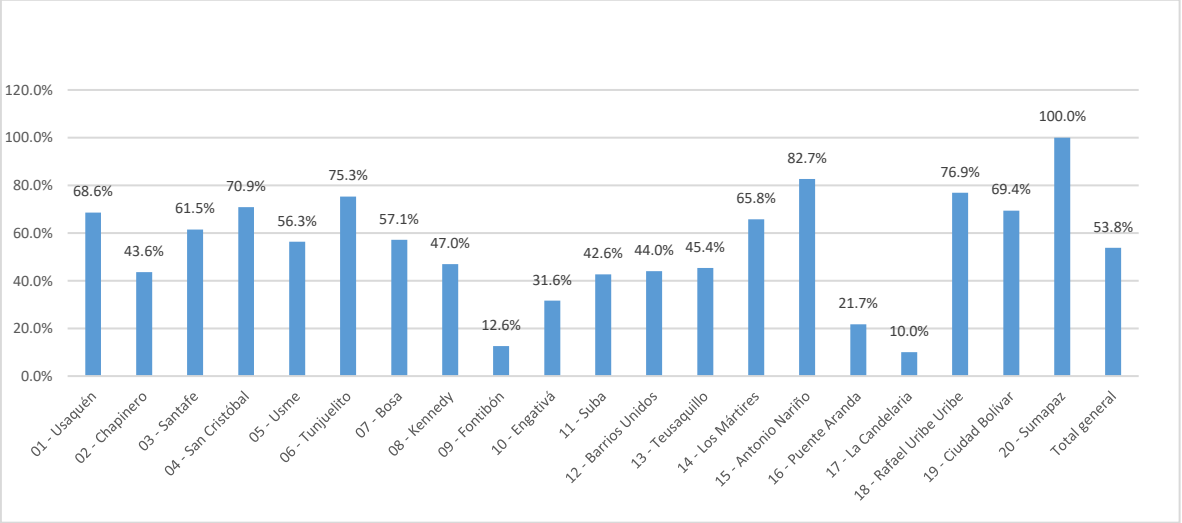
Grafico 4. Comportamiento en el Ajuste de Casos Probables y Sospechosos Notificados al SIVIGILA del año 2016



Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016.

En cuanto a la oportunidad en el ajuste de eventos el cual debe estar dentro de las cuatro semanas posteriores a la notificación del evento para año 2016 Bogotá tuvo un comportamiento que supero lo establecido a nivel nacional.

Grafico 5. Oportunidad en el ajuste de casos probables o sospechosos notificados al SIVIGILA Bogotá año 2016



Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2016.

Discusión

Bogotá al cierra del año 2016 cuanta con 1.384 UPGD y UI Notificando eventos de interés en Salud pública; lo anterior obedece al seguimiento semanal a la caracterización de la red por parte del equipo SIVIGILA del Distrito y a la realimentación continua a las ESE permitiendo identificar instituciones que no se encontraban dentro del sistema.

En cuanto al comportamiento y cumplimiento de la notificación se evidencia se ha mantenido con respecto al primer semestre del mismo sin embargo se evidencia disminución de la notificación negativa y del silencio epidemiológico comparado con el mismo periodo del año 2015. Esto refleja el compromiso tanto de las UPGD como de las Empresas sociales del estado con la continua sensibilización, acompañamiento en asesorías y asistencias técnicas para garantizar la notificación en el 100% de la red de operadores del Distrito fortaleciendo los indicadores del sistema de información de forma positiva; sin embargo, la oportunidad en el ajuste de eventos continúa siendo un reto para el Distrito.

Dentro de los pilares fundamentales para la operación de la Vigilancia en Salud Pública, se encuentra la disponibilidad de recursos mínimos para el desarrollo de los procesos por lo cual Bogotá continua con el mejoramiento de los equipos de VSP en las ESE, mediante el incremento del rubro que garanticen el buen desarrollo de las actividades que den cumplimiento a los requerimientos de los diferentes entes rectores. Es así como en las 14 Empresas del estado se cuenta con epidemiólogos en capacidad de orientar el accionar de la vigilancia a nivel local gracias a las constantes asesorías, capacitaciones brindadas por la Secretaria Distrital de Salud en los diferentes procesos como lo son trasmisibles, Sistemas de información, Análisis de Información en Salud (ASÍS), Urgencias y Emergencias en Salud Pública, no trasmisibles, Salud sexual y reproductiva y salud materno perinatal permitiendo una vigilancia más activa y empoderada.

Conclusiones

Bogotá aumenta 2% en la red de operadores activos en el sistema siendo la ESE de Chapinero y Usaquén las que más aportan IPS al Distrito.

Contamos con un comportamiento de notificación que superan los indicadores nacionales sin embargo continuamos con el seguimiento continuo a las UPGD con silencio epidemiológico permanente de tal forma que este indicador se fortalezca para el Distrito.

En cuanto a la oportunidad en los ajustes de eventos se logra contar con un 85% lo cual evidencia el trabajo realizado por todo el equipo de vigilancia en salud Pública a nivel local y Distrital, sin embargo, se continúa trabajando el mejoramiento continuo de los indicadores trazadores para la vigilancia de eventos de interés en salud pública.

Recomendaciones

Es necesario involucrar a las entidades territoriales en el proceso de ajuste y actualización al SIVIGILA, mediante mesas de trabajo con la participación igualmente de todos los actores del sistema quienes realizan uso de él.

La utilización de las versiones actualizadas del SIVIGILA requiere de un proceso de implementación, el cual acarrea talento humano, logística, transporte para ir a cada una de las 1384 instituciones que se encuentran caracterizadas. Por lo tanto, se sugiere que cada versión tenga un mínimo de puesta en operación de 6 meses con previa prueba piloto y validación, con el fin de evitar re procesos que incrementan los costos de la VSP.

Se hace necesario que se cuente con lineamiento para las EAPB de tal forma que se establezca la oportunidad en el accionar frente la vigilancia de eventos de interés en salud pública y la caracterización de la red de vigilancia de cada asegurador.

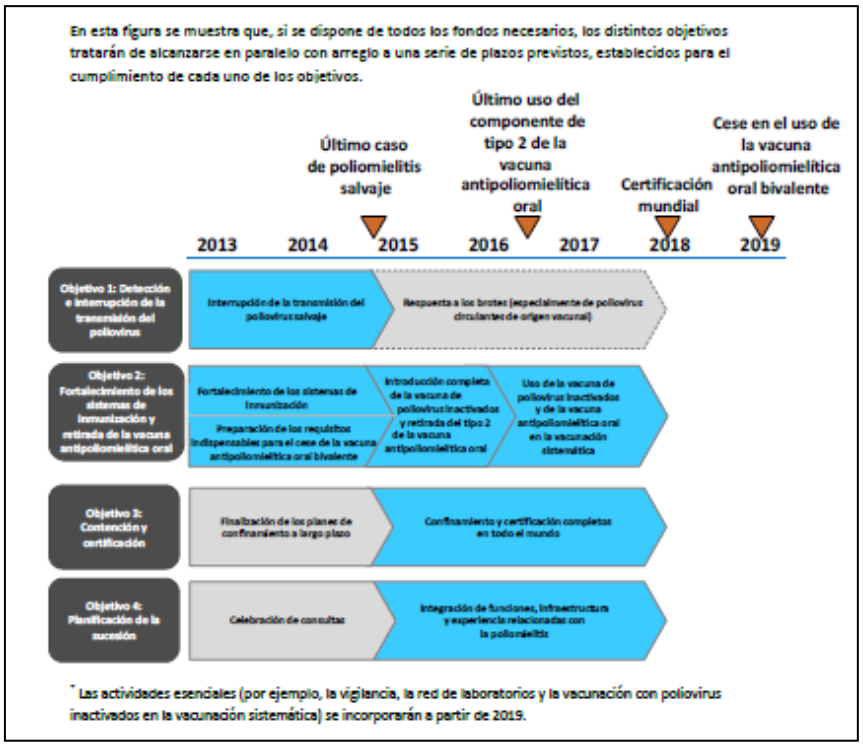
4.2. Comportamiento de los eventos de Inmunoprevenibles.

4.2.1 Eventos en Erradicación

Parálisis Flácida Aguda:

El Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 fue elaborado con el fin de aprovechar esta nueva oportunidad para poner fin de forma definitiva a la poliomielitis. El Plan prevé lograr simultáneamente la erradicación del poliovirus salvaje y la eliminación del poliovirus de origen vacunal y planificar al mismo tiempo, la utilización de la infraestructura de la lucha anti poliomielítica para prestar otros servicios de salud a los niños más vulnerables del mundo.[1]

Ilustración 1.Objetivos mundiales del Plan fase final para la erradicación de la poliomielitis 2013-2018

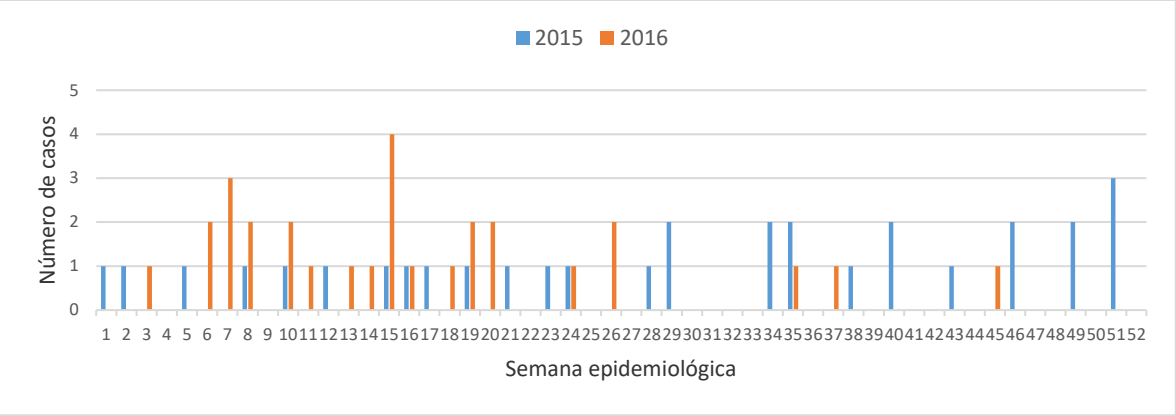


En la ciudad de Bogotá, se realizó el cambio sincronizado de vacuna oral trivalente de polio por vacuna bivalente el 30 de abril de 2016 de acuerdo a lo establecido por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con la subsecuente preparación para la intensificación de la vigilancia de la PFA, en el marco de la eliminación del poliovirus vacunal tipo 2 de la vacuna oral.

[1] En http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/PEESP_ES_SPA_A4.pdf

La vigilancia del evento se realiza de acuerdo a los criterios establecidos por el nivel nacional en el protocolo de vigilancia y control de la Parálisis Flácida Aguda (PFA): durante el año 2016, con corte a semana 52 se notificaron un total de 29 casos probables de PFA, de los cuales el 62%(n=18) son residentes de la ciudad y el porcentaje restante proceden de fuera del D.C. El indicador de proporción de notificación para el evento, con corte al periodo epidemiológico XIII del año, se ubicó en 1,0 caso por cada 100 mil menores de 15 años, logrando cumplir con la meta del indicador: tasa igual o superior a 1,0 caso por cada 100 mil menores de 15 años, establecido dentro del Plan de erradicación mundial de polio.

Grafico 6. Comportamiento de la notificación de PFA en Bogotá D.C, Años 2015-2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Las IPS que más casos probables notificaron en lo corrido del año fueron: Instituto de Ortopedia Roosevelt 14% (n=4), ESE Simón Bolívar 14% (n=4), Fundación Cardio Infantil 10% (n=3) y Fundación HOMI 10% (n=3); casos que fueron descartados posterior a los resultados de laboratorio.

Los once casos probables de PFA de procedencia de fuera del distrito, correspondieron a los municipios de Soacha, Chipaque, Vergara, Chiquinquirá, Rio Blanco, Mosquera, Gacheta, Granada, Buenaventura y Leticia.

En relación a la edad de los casos, la siguiente tabla muestra que la mayor proporción de casos notificados se presentó en el quinquenio de 10 a 14 años; respecto a la distribución por sexo, el 76% (n=22) eran niños y el 24% (n= 7) niñas.

Tabla 6. Proporción de Notificación de PFA por grupo de edad en Bogotá D,C. Año 2016.

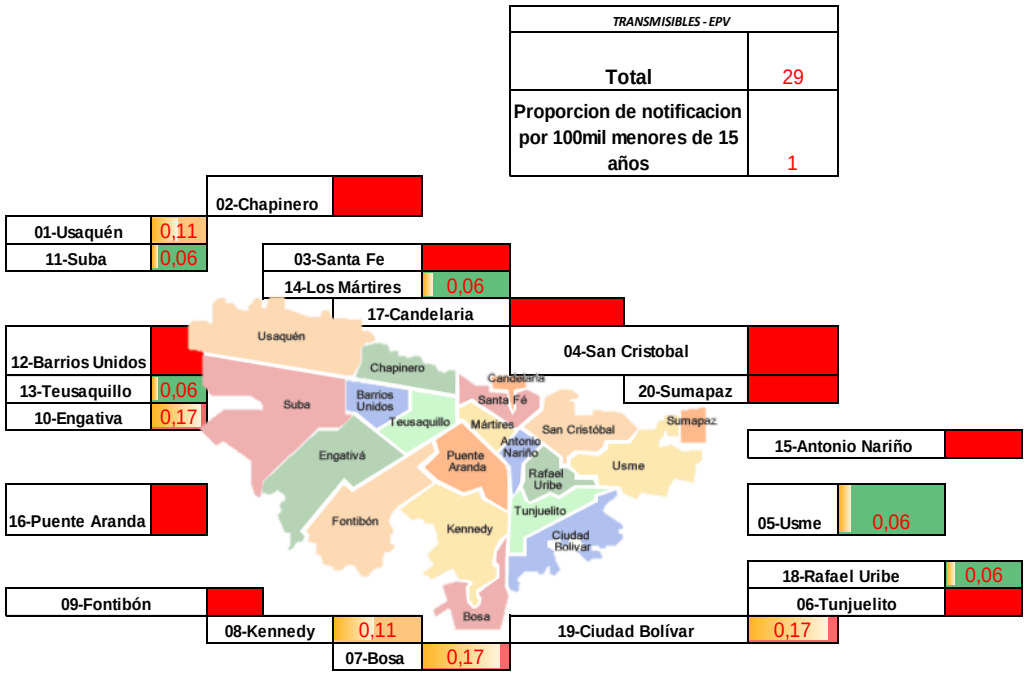
Grupo de edad	Población < 15 años 2016	Número de casos probables residentes en Bogotá	Proporción de notificación *100 mil < 15 años	Número de casos probables procedentes fuera de Bogotá
Menor de 1 año	121692	1	0,82	1
De 1 a 4 años	483758	3	0,62	4
De 5 - 9 años	600078	7	1,17	2
10-14 años	603336	7	1,16	4
Total	**1808864**	**18**	**1,00**	**11**

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna

SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

A pesar de que el Distrito Capital cumplió con la proporción de notificación para el evento, solo el 50%(n=10) de las localidades aportaron al cumplimiento de la misma, este hecho se puede explicar en la oferta de servicios especializados de III y IV nivel la cual se encuentra hacia el norte de la ciudad; en la actualidad no hay IPS de I nivel de atención notificando casos probables; la proporción de la notificación por localidad de residencia se puede evidenciar en el siguiente grafico.

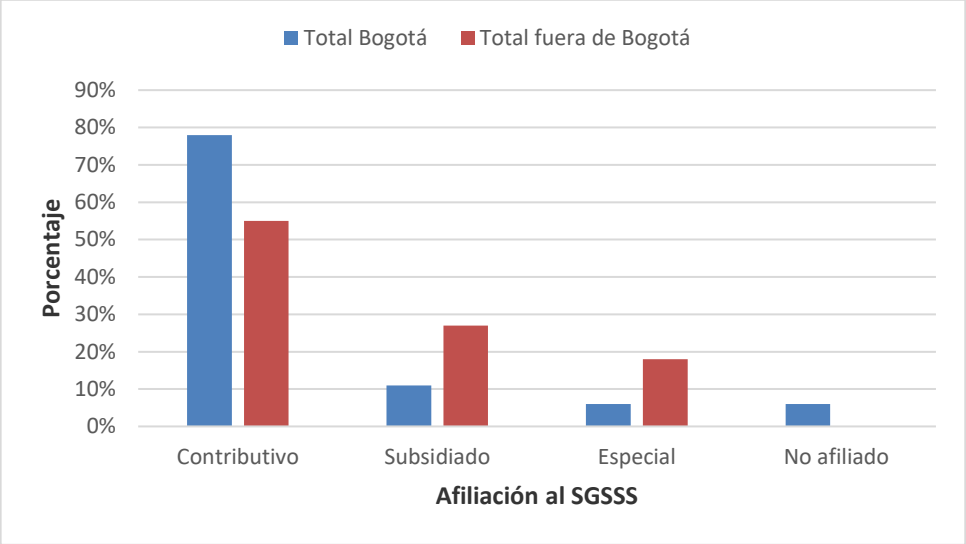
Grafico 7. Proporción de Notificación ajustada de PFA por localidad de residencia en Bogotá D.C, Año 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdireccion de Vigilancia en Salud Pública- ASIS-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

En relación a seguridad social, el 78%(n=14) de los casos en el D.C se encontraban afiliados al régimen contributivo, mientras que al subsidiado el 11%(n=2), régimen especial el 6% (n=1) y la población no afiliada el 6%(n=1); de los casos procedentes de los municipios anteriormente mencionados, un 55%(n=6) pertenecían al régimen contributivo, 27% (n=3) al subsidiado y un 18%(n=2) al régimen especial.

Grafico 8. Comportamiento de la notificación de PFA según afiliación al SGSSS en Bogotá D.C, Año 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Los indicadores de vigilancia de la PFA en el DC se muestran en la tabla 2, es necesario mencionar que la fuente de la información es Sivigila; respecto a estos, se da cumplimiento por debajo del 90% en IEC < 48 horas y oportunidad de toma de muestra. Lo primero se ha tratado de subsanar, incluyendo en el lineamiento distrital la obligatoriedad de IEC institucional por la localidad de notificación del caso y respecto a toma de muestra, se tiene dificultad principalmente con los casos de fuera de la ciudad, ya que usualmente llegan remitidos con inicio de la parálisis a más de 15 días.

Tabla 7. Comportamiento de los Indicadores de vigilancia de la Parálisis flácida Aguda en Bogotá D.C. Años 2015-2016.

Indicadores de proceso	CONSOLIDADO 2015	CONSOLIDADO 2016
Número de casos probables de PFA notificados	31	29
Número y porcentaje de localidades que reportaron casos probables	13(65%)	10(50%)
Número de casos probables de PFA que proceden y residen en Bogotá	21	18
Número de casos clasificados como compatibles	0	0
Proporción de PFA por 100.000 menores de 15 años	1,16	1,00
Porcentaje de casos investigados en 48 horas	70%	69%
Porcentaje de casos con una muestra oportuna de heces en los siguientes 14 días de iniciada la parálisis	80%	79%
Porcentaje de muestras de heces que llegan al laboratorio de virología del INS antes de 6 días después de la toma.	100%	100%
Porcentaje de muestras de heces procesadas en el laboratorio en los primeros 14 días luego de su recepción	100%	100%

Indicadores de proceso	CONSOLIDADO 2015	CONSOLIDADO 2016
Número de localidades que realizaron búsqueda activa institucional.	20	20
Indicadores de resultado		
Incidencia	0	0

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2015-2016.

4.2.2 Eventos en Eliminación

Sarampión y Rubéola (SR):

En el año 2015, se realizó la declaración de la eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita, realizada por un comité internacional de expertos durante una reunión en la OPS/OMS a finales de abril, lo cual hace que estas sean la tercera y cuarta enfermedades prevenibles por vacunación que se han eliminado de las Américas, luego de la erradicación regional de la viruela en 1971 y la eliminación de la poliomielitis en 1994.

"Objetivos y metas realmente hacen la diferencia. A finales de abril, la región de las Américas se convirtió en la primera en el mundo en interrumpir la transmisión de la rubéola, eliminando esta enfermedad y el síndrome de rubéola congénita", dijo la Directora General de la OMS Margaret Chan ante las delegaciones de 194 países del mundo[2].

[2] En: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10974%3A2015-directora-general-de-la-oms-felicito-a-las-americas&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

Ilustración 2. Casos confirmados de sarampión por regiones de la OMS. Años 2015 y 2016.

Reported Measles Cases by WHO region 2015, 2016, as of 06 December 2016

2015

WHO region	Member states reported (expected)	Total suspected	Total measles	Clinically confirmed	epidemiological link	Laboratory confirmed	Data received
African Region	41 *(47)*	86984	55263	21111	26163	7989	Dec-16
Region of the Americas	34 *(35)*	18671	210	0	0	210	Dec-16
Eastern Mediterranean Region	21 *(21)*	34654	14053	639	4559	8855	Dec-16
European Region	50 *(53)*	27836	26712	19824	1005	5882	Dec-16
South-East Asia Region	11 *(11)*	114726	90860	64484	22353	4023	Dec-16
Western Pacific Region	27 *(27)*	143289	67756	22337	611	44808	Dec-16
Total	**184 *(194)***	**426160**	**254854**	**128395**	**54691**	**71767**	

2016

WHO region	Member states reported (expected)	Total suspected	Total measles	Clinically confirmed	epidemiological link	Laboratory confirmed	Data received
African Region	42 *(47)*	51791	30246	13575	11557	5114	Dec-16
Region of the Americas	34 *(35)*	10770	65	0	0	65	Dec-16
Eastern Mediterranean Region	20 *(21)*	21193	4609	163	947	3499	Dec-16
European Region	50 *(53)*	4773	3067	263	595	2208	Dec-16
South-East Asia Region	11 *(11)*	88400	63328	50977	11031	1320	Dec-16
Western Pacific Region	27 *(27)*	104193	56194	27758	646	27790	Dec-16
Total	**184 *(194)***	**281120**	**157509**	**92736**	**24776**	**39996**	

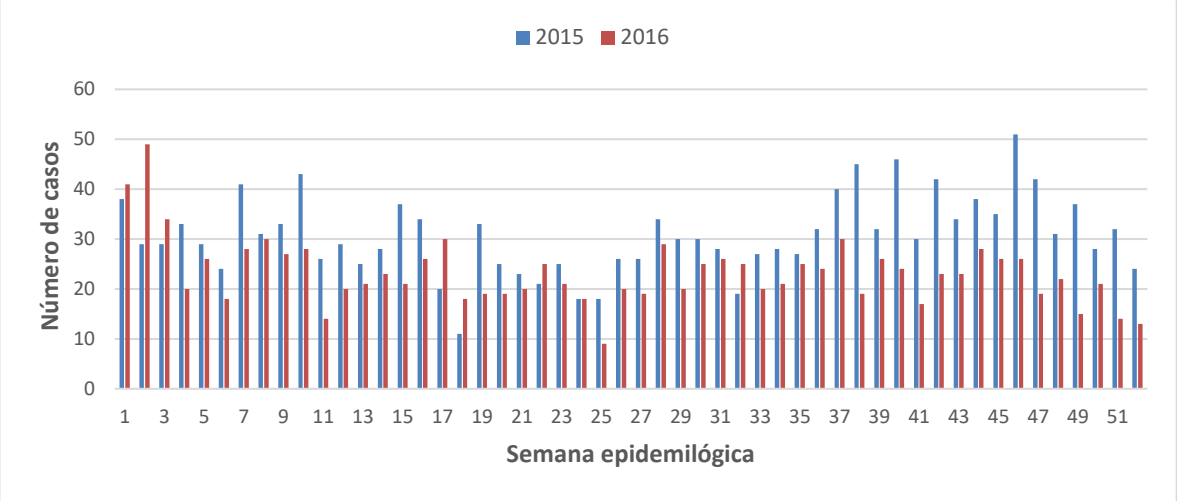
En:http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/

Sin embargo, la certificación de la eliminación del sarampión en la región, sigue presentando un desafío debido a que, en el 2016, 3 países presentaron casos confirmados de sarampión: Estados Unidos (n=62), Canadá (n=11) y Ecuador (n=1).

En relación a la vigilancia integrada del sarampión y la rubeola en el DC, en el año 2016 se notificaron 1205 casos sospechosos, mostrando una disminución del 14%(n=397) de casos notificados respecto al año 2015; del total de la notificación, el 50%(n=599) ingresan por la vigilancia de sarampión y el porcentaje restante por la vigilancia de rubéola, lo cual permite contar con una proporción de notificación distrital de 14,02 casos sospechosos por cada cien mil habitantes, cumpliendo así con este indicador del Plan de eliminación del sarampión y la rubeola[3]; de la misma manera, en tasas brutas, las 19 localidades del D.C cumplen por sí mismas con el indicador de notificación, exceptuando la localidad de Sumapaz, sin embargo se verifica la falta de casos sospechosos notificados mensualmente a través de la estrategia BAI para sarampión y rubeola.

[3] Instituto Nacional de Salud. Manual de Indicadores SVCSP. Pág. 49

Grafico 9.Comportamiento de la notificación integrada de Sarampión y Rubeola. Bogotá DC, Años 2015-2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Del total de casos notificados, el 2,8%(n=40) hace un resultado de IgM dudoso o positivo para sarampión y el 4,8%(n=68) lo hace para la IgM de rubeola.
Del total de casos captados por UPGDs del distrito, el 93%(n=1119) proceden y residen en la ciudad mientras que el porcentaje restante procede de municipios cercanos, siendo Soacha el que concentra el 56%(n=48) de los casos de fuera del D.C, seguido de Mosquera con el 9%(n=8); en relación a la distribución por sexo, los hombres aportan el 55%(n=659) de la notificación distrital y el porcentaje restante corresponde a mujeres.

El comportamiento de la notificación por grupo de edad fue similar al año anterior, en donde el volumen de la notificación se concentró en el grupo de menores de un año con una proporción de notificación de 368 casos por cada 100 mil menores de un año; en el 2016 no se confirmaron casos de sarampión y/o rubeola en el D.C, ni tampoco se reportaron “casos calientes” que ameritaran revisión conjunta con el INS.

Tabla 8. Proporción de notificación de sarampión y rubeola según edad de los casos, Bogotá 2016

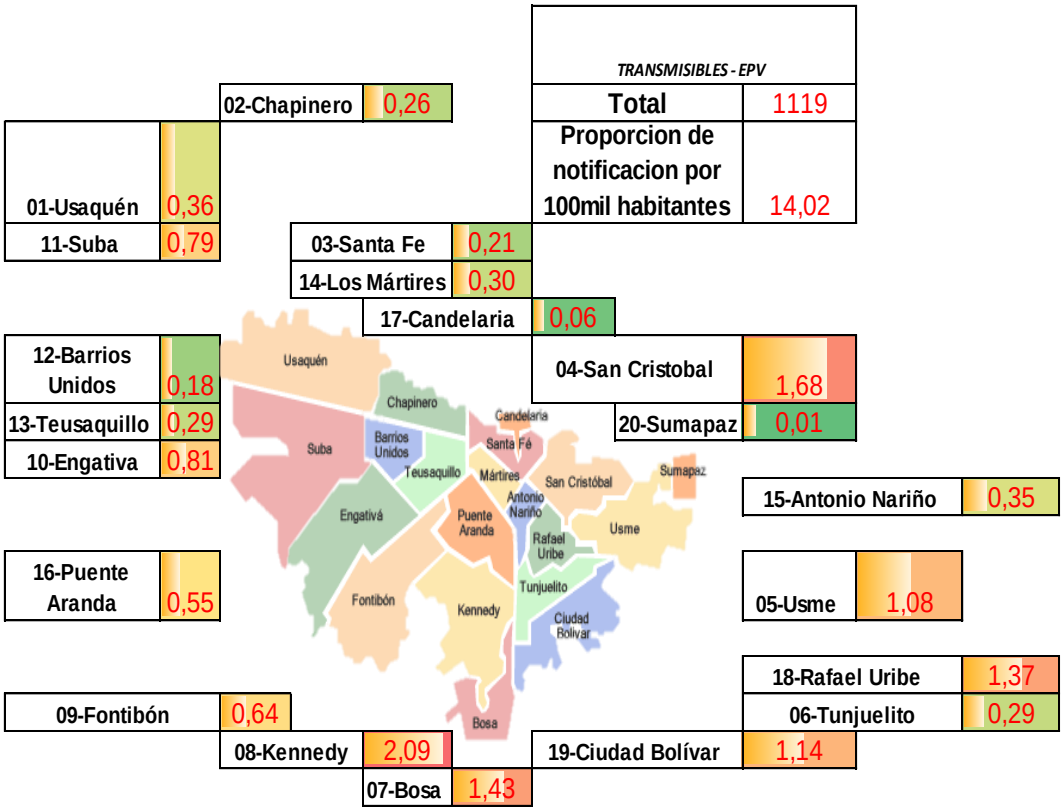
Grupo de edad	Población 2016	Número de casos sospechosos residentes Bogotá DC	Proporción de notificación * 100mil hab	Número de casos sospechosos residentes fuera de Bogotá DC
Menor de 1 año	121692	448	368,14	48
De 1 a 4 años	483758	442	91,37	21
De 5 - 9 años	600078	99	16,50	7
10-14 años	603336	37	6,13	3
15-19 años	637600	18	2,82	1
20-24 años	673222	14	2,08	0
25-29 años	640632	10	1,56	1
30-34 años	656789	15	2,28	2
35-39 años	628185	9	1,43	1
40-44 años	547958	9	1,64	0

Grupo de edad	Población 2016	Número de casos sospechosos residentes Bogotá DC	Proporción de notificación * 100mil hab	Número de casos sospechosos residentes fuera de Bogotá DC
45-49 años	518352	4	0,77	2
50-54 años	497879	7	1,41	0
55-59 años	423052	5	1,18	0
60-64 años	325516	1	0,31	0
65-69 años	241887	1	0,41	0
70-74 años	167928	0	0,00	0
75-79 años	107806	0	0,00	0
80 y más años	104331	0	0,00	0
TOTAL	**7980001**	**1119**	**14,02**	**86**

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

En relación a los indicadores de vigilancia de SR, se ubican por encima del 90% de cumplimiento para el distrito, sin embargo, el indicador de oportunidad de IEC se evidencia por debajo de este porcentaje en localidades como San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Kennedy, Engativá, Suba y Puente Aranda. Durante el mes de marzo de 2016, se tuvo dificultades con el aplicativo SILASP del LSP, lo cual hace que localidades como Engativá, Mártires y Ciudad Bolívar presenten el indicador de oportunidad de radicación de muestras en el LSP <90%. Los demás indicadores de la vigilancia integrada se pueden ver en la tabla anterior.

Grafico 10. Proporción de notificación ajustada de sarampión y rubeola por localidad de residencia, Bogotá D.C 2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Las UPGDs que concentran el 54% de la notificación del evento en la ciudad son en su orden Hospital Universitario San Ignacio 20%(n=245) Fundación Hospital de la Misericordia 20%(n=241), y Clínica Universitaria Colombia 14%(n=172).

Tabla 9. Indicadores de vigilancia integrada del sarampión y rubéola, Bogotá D. C 2016.

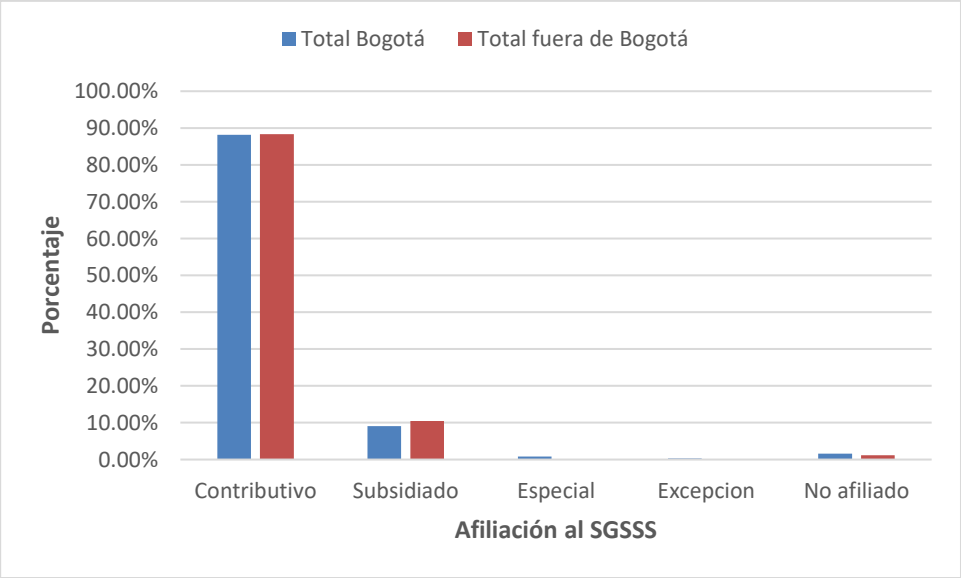
LOCALIDAD	TOTAL CASOS MESS	% DE CASOS CON MUESTRA ADECUADA	% DE CASOS INVESTIGADOS LAS PRIMERAS 48 HORAS	% DE MUESTRAS QUE LLEGAN AL LABORATORIO < DE 5 DIAS A LA TOMA DE LA MUESTRA	% DE CASOS CON RESULTADO < 4 DIAS POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA MUESTRA
USAQUEN	24	100	96	96	100
CHAPINERO	17	82	94	100	93
SANTAFE	17	100	94	100	100
SAN CRISTOBAL	132	95	83	99	100
USME	78	96	87	97	100
TUNJUELITO	21	100	86	100	100
BOSA	110	99	95	97	100
KENNEDY	162	98	81	92	99
FONTIBON	49	100	100	98	100
ENGATIVA	57	100	79	93	98

SUBA	58	97	88	95	98
BARRIOS UNIDOS	13	100	100	100	100
TEUSAQUILLO	22	86	100	100	100
MARTIRES	16	100	100	88	100
ANTONIO NARIÑO	23	100	100	100	100
PUENTE ARANDA	40	95	85	97	100
CANDELARIA	3	100	100	100	100
RAFAEL URIBE	98	98	100	99	99
CIUDAD BOLIVAR	92	97	90	95	100
SUMAPAZ**	1	100	100	100	100
SAN CRISTOBAL	2	100	100	100	100
	1035	**97**	**90**	**96**	**100**

Fuente: MESS- Subdirección VSP-Grupo Eventos prevenibles por vacuna, 2016 (semana epidemiológica 1 a 52)

En cuanto al comportamiento por afiliación al SGSSS el contributivo aportó el 88%(n=987) para residentes de la ciudad y del 88%(n=76) para procedentes de fuera del D.C; el régimen subsidiado aportó el 9,1%(n=102) y 10,4%(n=9) respectivamente para residentes y no residentes del D.C.

Grafico 11. Comportamiento de la notificación de SR según afiliación al SGSSS en Bogotá D.C, 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52

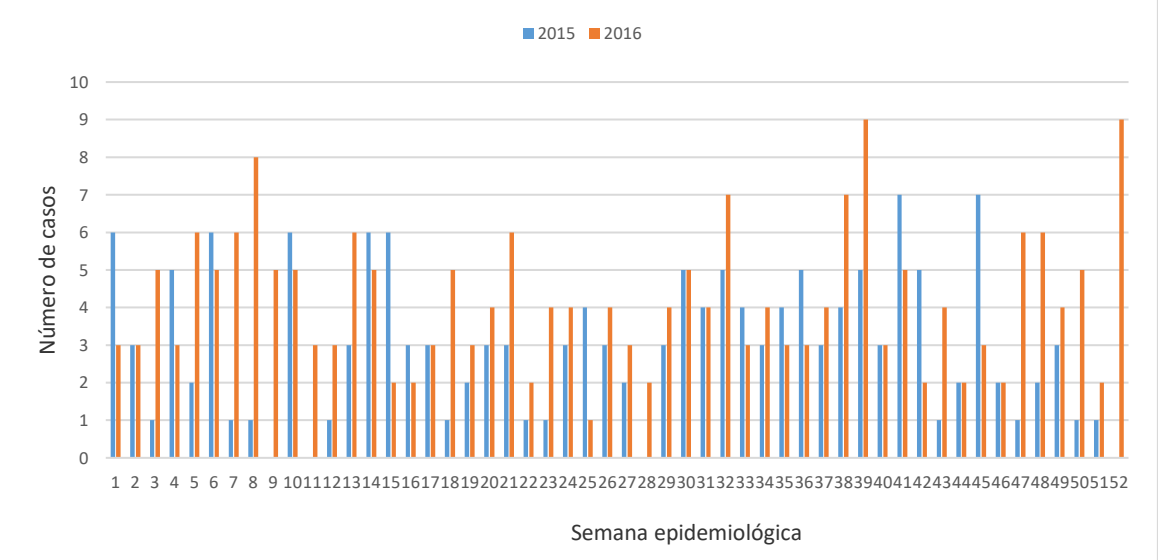
Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

En relación a la vigilancia del Síndrome de Rubeola Congénita, con corte a semana epidemiológica 52 se notificaron 217 casos sospechosos en menores de un año de edad, mostrando un incremento del 12%(n=47) respecto al año 2015; del total de notificados, el 68%(n=148) procedían y residían en la capital, mientras que el porcentaje restante 32% (n=69) correspondió a menores procedentes de otros municipios.

Los casos procedentes de fuera del D.C, corresponden el 8,6%(n=6) al municipio de Yopal, 8,6%(n=6) a Soacha, 7,2%(n=5) a Florencia; del total de casos notificados el 5.0%(n=11) fallecieron antes de cumplir el mes de nacimiento, de estos el 54% (n=6) eran niñas y el restante niños, el 64%(n=7) pertenecientes al régimen contributivo y el 27%(n=3) restante al subsidiado. Los menores fallecidos corresponden a prematuros extremos de entre 14 y 38 semanas de gestación y con peso inferior a 2223 gr, de los cuales el 64% (n=7) con diagnóstico de microcefalia.

La proporción de notificación del distrito se ubica en 17,83 casos por cada 10mil NV, lo cual da cumplimiento a satisfacción con uno de los indicadores del plan de eliminación del SRC; el 100%(n=217) de casos sospechosos notificados se descartaron con resultados de IgM negativo del LSP.

Grafico 12. Comportamiento de la notificación de SRC en Bogotá D. C años 2015 y 2016



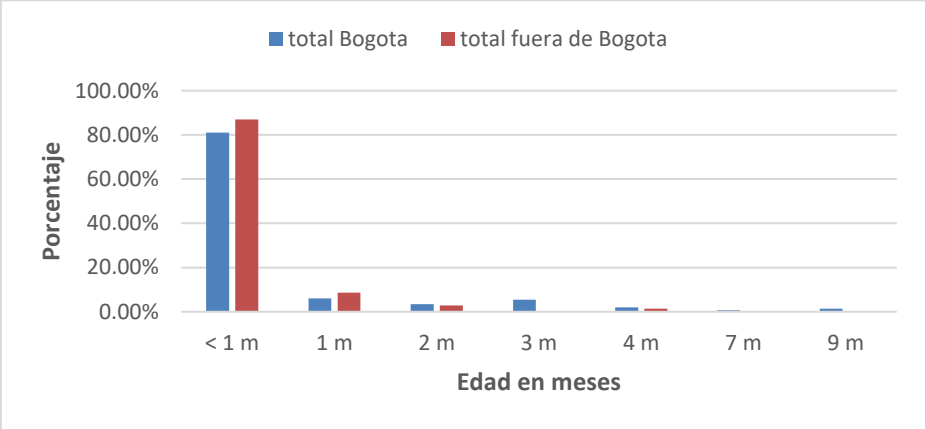
Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016.

En relación a la edad de los casos, más el 81%(n=120 residentes de la ciudad) y el 87% (n=60 no residentes) se capta antes del mes de vida, sin embargo es importante mencionar que el evento usualmente se notifica en una institución diferente a la que realiza la atención del parto, por ello el 24% de los casos se siguen captando por encima del mes de edad; como se ha mencionado

previamente, y a pesar de cumplir con la tasa de notificación esperada para el evento, las dificultades con las especialidades médicas es que no hay apropiación de la definición de caso, ya que se espera que el caso cuente con la triada de malformaciones típicas en rubeola congénita para la notificación, por tanto cardiopatías congénitas complejas sin ningún otro hallazgo clínico se dejan de notificar.

En cuanto al sexo de los casos, el 55% (n=119) corresponden a niños y el porcentaje restante a niñas.

Grafico 13. Comportamiento de la notificación de Síndrome de rubeola congénita en Bogotá DC, según edad simple. Año 2016

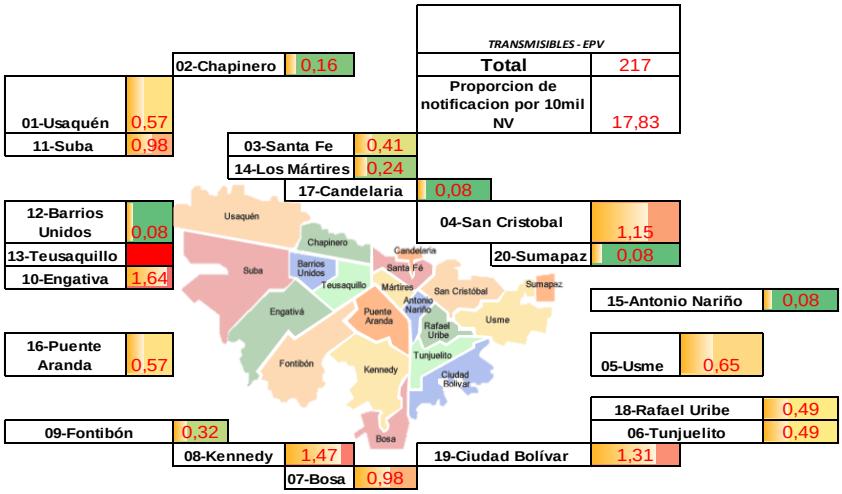


Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

El 95%(n=19) de las localidades del distrito han notificado casos sospechosos, sin embargo, el 60,5% de la notificación se concentra en tres instituciones así: Hospital Universitario San Ignacio 35% (n=76), Hospital Universitario Clínica San Rafael 20%(n=43) y Hospital la Victoria materno infantil 5,5%(n=12).

Durante el año 2016, únicamente la localidad de Teusaquillo no notificó casos sospechosos para SRC; sin embargo, es importante aclarar que las 20 localidades realizan la estrategia BAI para SRC de manera mensual.

Grafico 14. Proporción de notificación ajustada de SRC, por localidad de residencia en Bogotá D.C, 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Los indicadores de la vigilancia del SRC se pueden observar en la siguiente tabla, respecto a los cuales se puede decir que el porcentaje de casos con muestra para aislamiento viral fue más bajo que el reportado en el 2015. Es importante continuar el trabajo con los laboratorios particulares que procesan IgM para rubeola, ya que se cuenta con muestras procesadas fuera del LSP.

Tabla 10. Indicadores de la Vigilancia de Síndrome de rubéola congénita, años 2015-2016

Indicadores de proceso	CONSOLIDADO 2015	CONSOLIDADO 2016
Número de casos sospechosos SRC notificados	179	217
Número y porcentaje de localidades que reportan casos sospechosos de rubeola congénita	13(65%)	19(95%)
Número de casos sospechosos de SRC que proceden y residen en Bogotá	116	148
Porcentaje de casos con muestra de suero	96%	93%
Porcentaje de casos con muestra adecuada para aislamiento viral	80%	71%
Proporción de casos sospechosos de rubeola congénita notificados al Sivigila *10mil NV	9,55	17,83
Proporción de incidencia de rubeola congénita (casos confirmados)	0	0

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52

Tétanos Neonatal

En el año 2016, no se reportaron casos residentes de Tétanos Neonatal, por tal

motivo no se calculan los indicadores diseñados para este evento.

4.2.3 Eventos de Control

Tétanos Accidental

Durante el año 2016 se notificó y confirmó 1 caso de Tétanos accidental con procedencia fuera de Bogotá y residencia en Cundinamarca el cual se confirmó por clínica. Se trató de una paciente de 63 años que reside en zona rural, primaria incompleta, ocupación agricultura quien refiere trauma con objeto punzante (puntilla) en planta de pie derecho 8 días atrás con limitación en la marcha, presencia de celulitis y un día antes de consulta a tercer nivel refiere sensación de parálisis generalizada con posterior deterioro que la lleva al fallecimiento por choque refractario y paro cardio respiratorio. Se clasificó como una muerte prevenible y evitable con demoras en la falta de reconocimiento de signos de alarma o problema, retardo en la decisión en la búsqueda de atención, dificultad en acceso y en la calidad de la atención.

Difteria

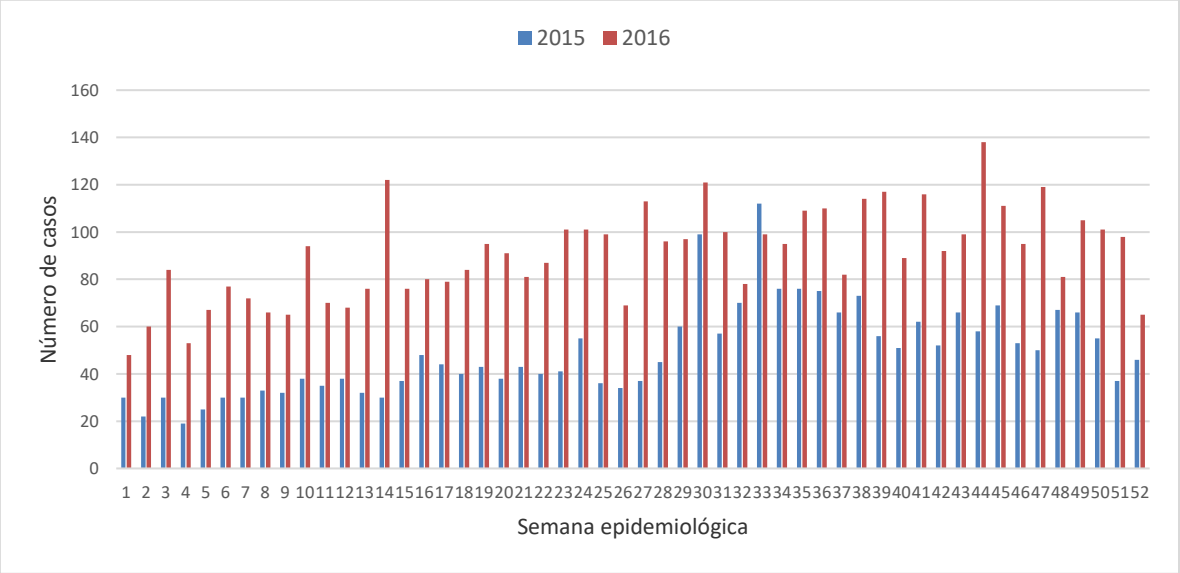
En el año 2016, se reportaron dos casos residentes de Difteria, los cuales fueron descartados porque no cumplían con la definición de caso para este evento.

Parotiditis

En el 2016, se notificaron 4705 casos confirmados por clínica de parotiditis, observándose aumento de la notificación al doble del año 2015 (n=2557), lo cual esta mediado por la presentación de brotes de la enfermedad en instituciones; el 95%(n=4473) de los casos proceden y residen en la ciudad capital; el 63%(n=145) de los casos procedentes de fuera del distrito son del municipio de Soacha, el 37% restante proviene de los municipios de Cota, Chía, La Calera, Madrid, Facatativá, Funza, Mosquera, Villavicencio, Copacabana, Cajicá, Apartado, San Bernardo del Viento, Ibagué, Tenjo y La Mesa entre otros.

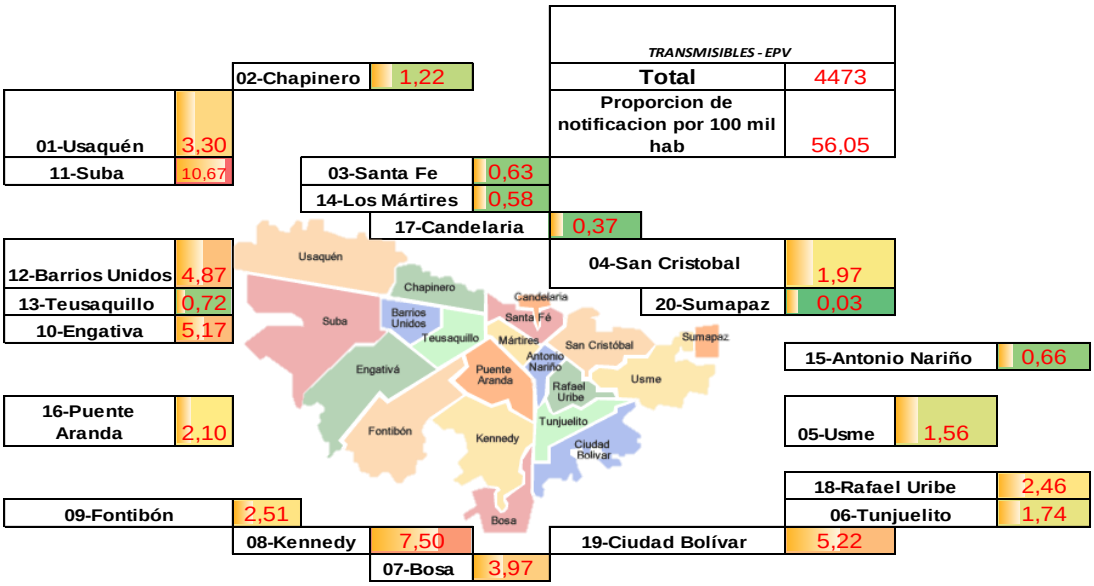
La notificación del evento se concentra en el quinquenio de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años, presentando incidencias superiores a las del D.C de 148 y 104 por cien mil habitantes respectivamente; la proporción de notificación distrital se ubica en 56.05 casos por cien mil habitantes; respecto al sexo de los casos, el 56%(n=2627) son hombres y el porcentaje restante son mujeres.

Grafico 15. Comportamiento de la notificación de parotiditis. Bogotá DC, Años 2015-2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Grafico 16. Proporción de incidencia ajustada de parotiditis por localidad de residencia, Bogotá 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Las mayores incidencias por localidad se ubican en Suba (10,67), Kennedy (7,50) y Ciudad Bolívar (5,22) respectivamente con más de un caso por cada cien mil habitantes de la localidad; es de resaltar que este evento ingresa como confirmado por clínica ya que persiste la dificultad de no contar con pruebas diagnósticas para confirmar el evento por laboratorio, lo cual sería útil especialmente en población que ha sido vacuna con SRP.

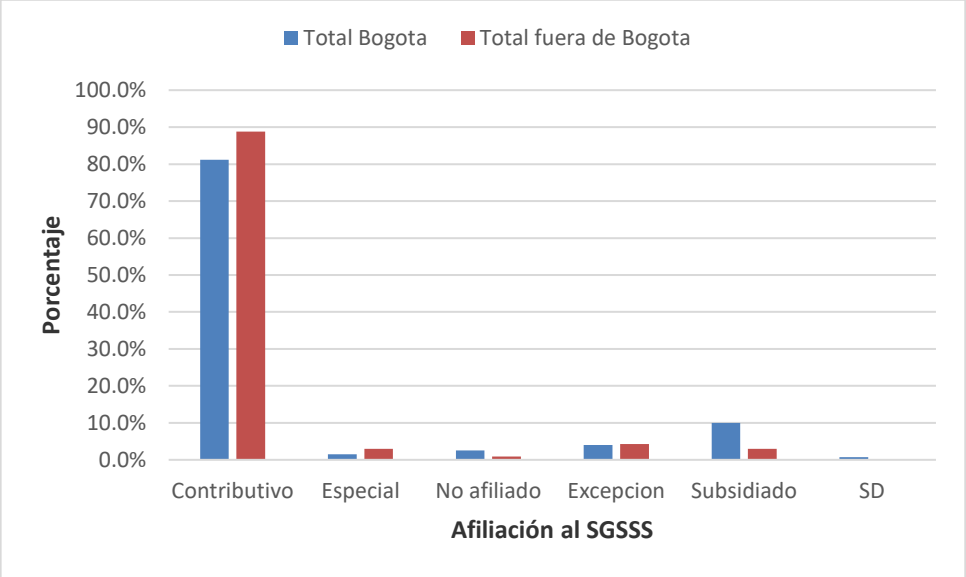
Tabla 11. Proporción de incidencia de parotiditis por grupo de edad en Bogotá D.C Año 2016

Grupo de edad	Población 2016	Número de casos confirmados por clínica en Bogotá DC	Proporción de notificación * 100mil hab	Número de casos confirmados por clínica fuera de Bogotá DC
Menor de 1 año	121692	13	10,68	0
De 1 a 4 años	483758	337	69,66	14
De 5 - 9 años	600078	386	64,32	21
10-14 años	603336	274	45,41	12
15-19 años	637600	661	103,67	37
20-24 años	673222	995	147,80	52
25-29 años	640632	665	103,80	36
30-34 años	656789	311	47,35	17
35-39 años	628185	280	44,57	12
40-44 años	547958	168	30,66	8
45-49 años	518352	106	20,45	3
50-54 años	497879	75	15,06	9
55-59 años	423052	66	15,60	1
60-64 años	325516	36	11,06	6
65-69 años	241887	49	20,26	3
70-74 años	167928	22	13,10	0
75-79 años	107806	9	8,35	0
80 y más años	104331	20	19,17	1
TOTAL	**7980001**	**4473**	**56,05**	**232**

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Según afiliación a seguridad social, el régimen contributivo aportó más del 80%(n=3634) para residentes en Bogotá y 89%(n=206) para no residentes del D.C, situación que se ve favorecida por la gran cantidad de afiliados que tiene este régimen; el régimen subsidiado para los casos de Bogotá aportó un 10%(n=446) de la notificación del evento. Es importante mencionar que del total de casos notificados se captaron 18 gestantes.

Grafico 17. Comportamiento de la notificación de parotiditis por afiliación al SGSSS, Bogotá D.C 2016

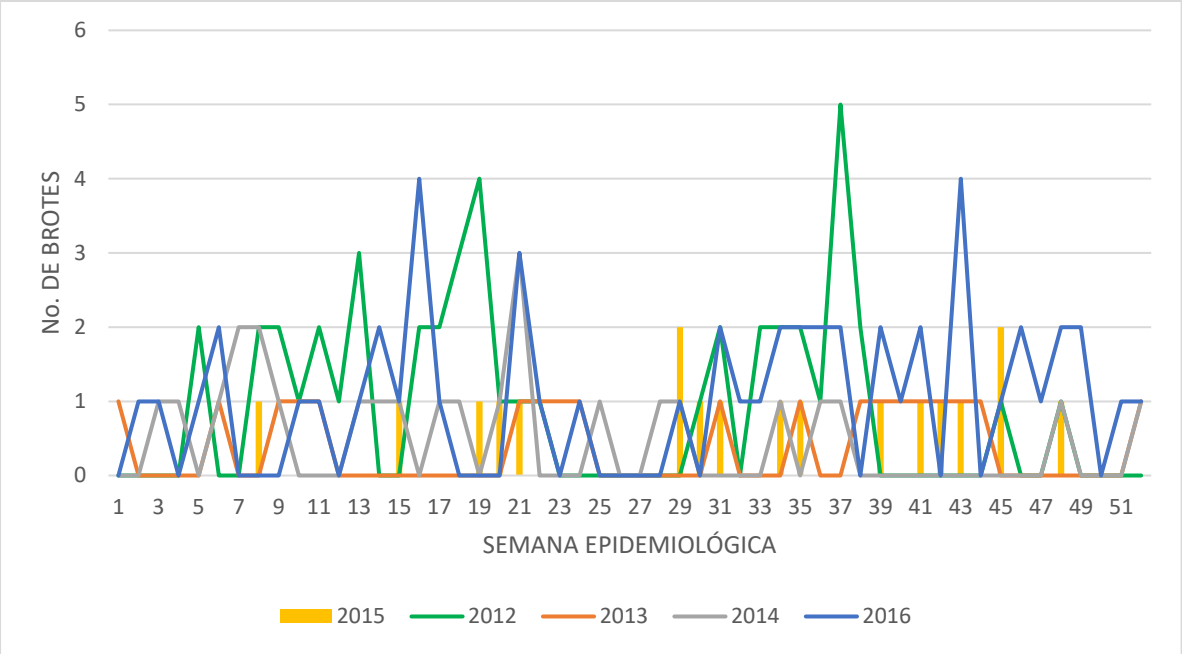


Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Brotes de Parotiditis

Durante el año 2016 las Unidades Comando atendieron un total de 53 brotes de parotiditis, 64% más con respecto al 2015 (n=19), de los cuales el 68% correspondieron a brotes institucionales (n=36), el 19% a brotes familiares (n=10) y el restante 13% correspondieron a brotes empresariales (n=7).

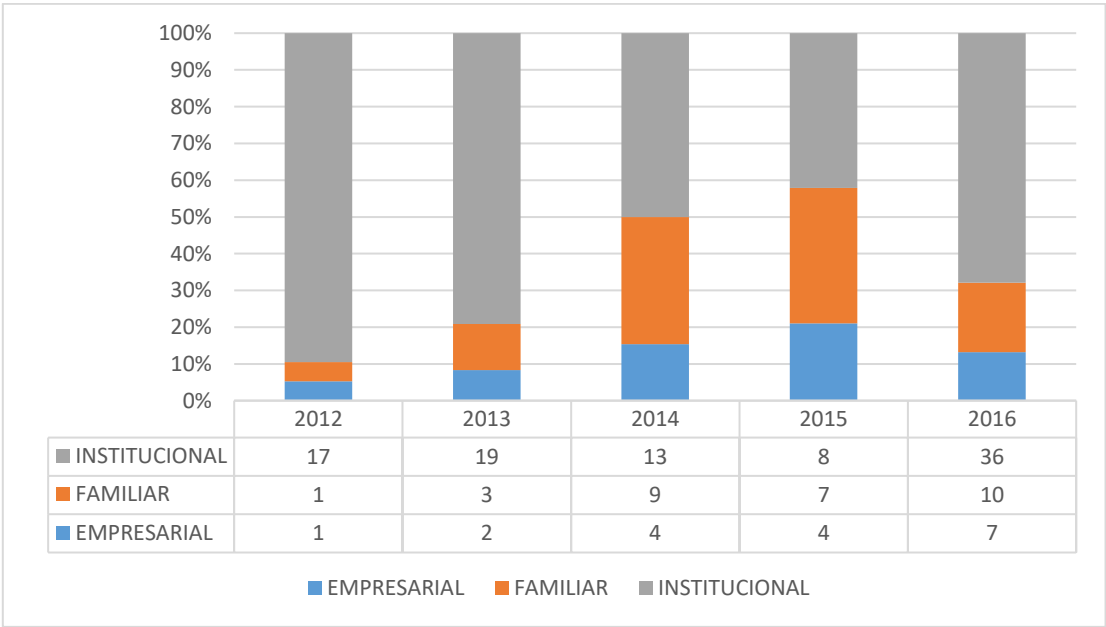
Grafico 18. Numero de Brotes de parotiditis por semana epidemiológica. Bogotá D.C. 2012 a 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

La gráfica nos muestra un pico en semana epidemiológica 16 (n= 4) y otro en semana 43 con igual número de brotes. Sin embargo, vemos que durante la mayoría del año 2016 se mantuvo la constante de 1 o 2 brotes por semana epidemiológica.

Grafico 19. Proporción de Brotes de parotiditis de acuerdo al tipo.Bogotá D.C. 2012 a 2016



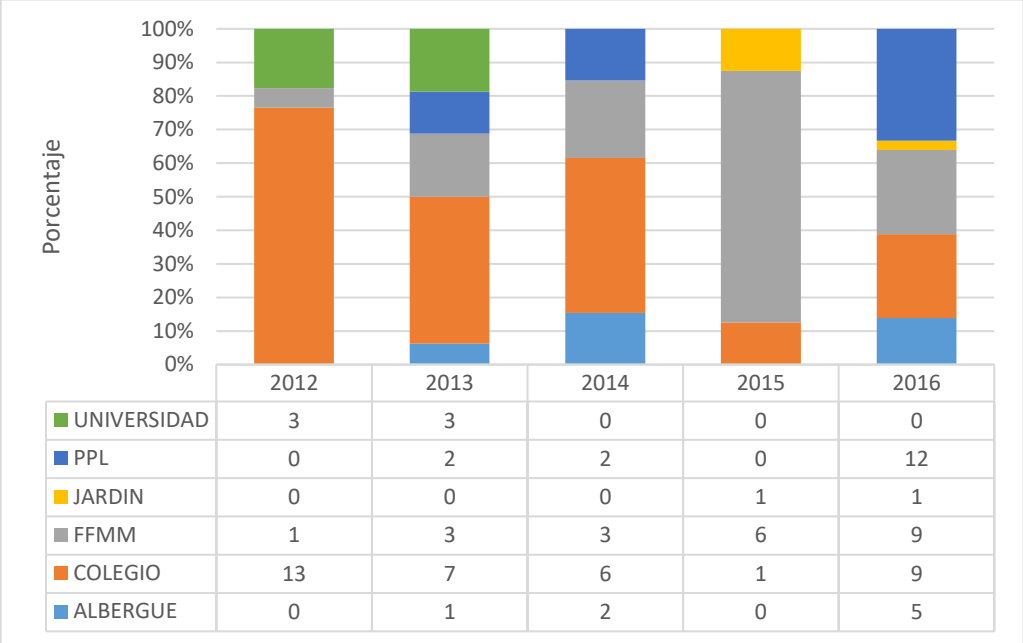
	2012	2013	2014	2015	2016
INSTITUCIONAL	17	19	13	8	36
FAMILIAR	1	3	9	7	10
EMPRESARIAL	1	2	4	4	7

FUENTE: UCSP Nivel Central

Del total de los brotes institucionales de parotiditis notificados durante el 2016 a las UCSP (n=36), el 33% (n= 12) se presentaron en Población privada de la

libertad, 25% (n= 9) en Fuerzas Militares, 25% (n=9) en colegios, 14% (n=5) en albergues y 3%(n=1) en jardines. Al analizar el periodo 2012 a 2016, se evidencia un aumento de brotes de parotiditis en los diferentes establecimientos institucionales, pero llama la atención el aumento de brotes en población privada de la libertad siendo el año 2016 el del mayor número de brotes. Una situación similar se evidencia en los albergues donde aumentó considerablemente el número de brotes con los años inmediatamente anteriores.

Grafico 20. Proporción de Brotes institucionales de parotiditis.Bogotá D.C. 2012 a 2016

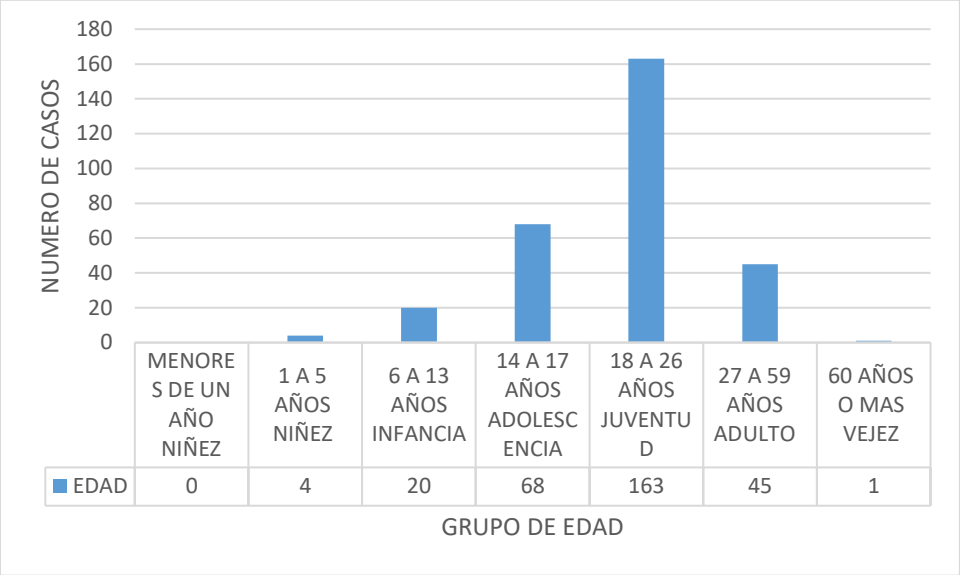


	2012	2013	2014	2015	2016
UNIVERSIDAD	3	3	0	0	0
PPL	0	2	2	0	12
JARDIN	0	0	0	1	1
FFMM	1	3	3	6	9
COLEGIO	13	7	6	1	9
ALBERGUE	0	1	2	0	5

FUENTE: UCSP Nivel Central

Por grupo etáreo las personas afectadas durante estos brotes son predominantemente de edades entre 18 y 26 años de edad con un 54% (n= 163) seguido de los menores de 13 a 17 años con un 23%(n= 68) y finalmente un 14% están entre 27 a 59 años.

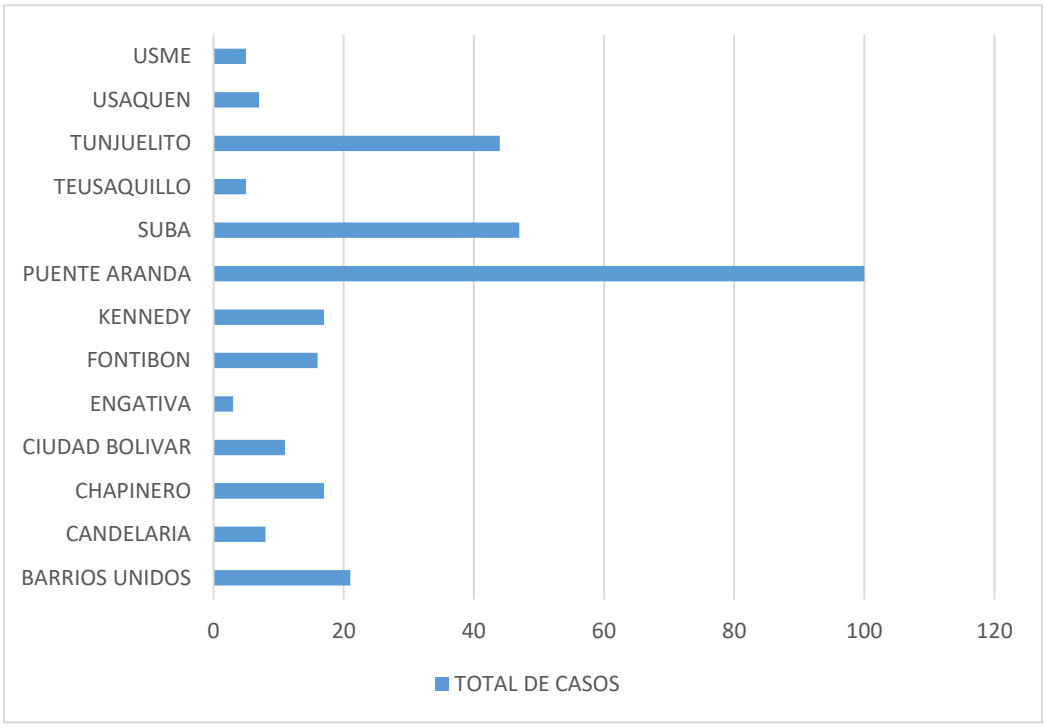
Grafico 21. Numero de casos de varicela asociado a brotes de parotiditis por grupo etareo Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

El número total de casos asociados a brotes de parotiditis en 2016 fue de 301 casos, de los cuales la localidad de Puente Aranda presenta el mayor número de casos (n=100) seguido de Suba (n= 47) y Tunjuelito (n= 45) respectivamente.

Grafico 22. Número de casos de parotiditis asociados a brotes según localidad. Bogotá D.C. 2016

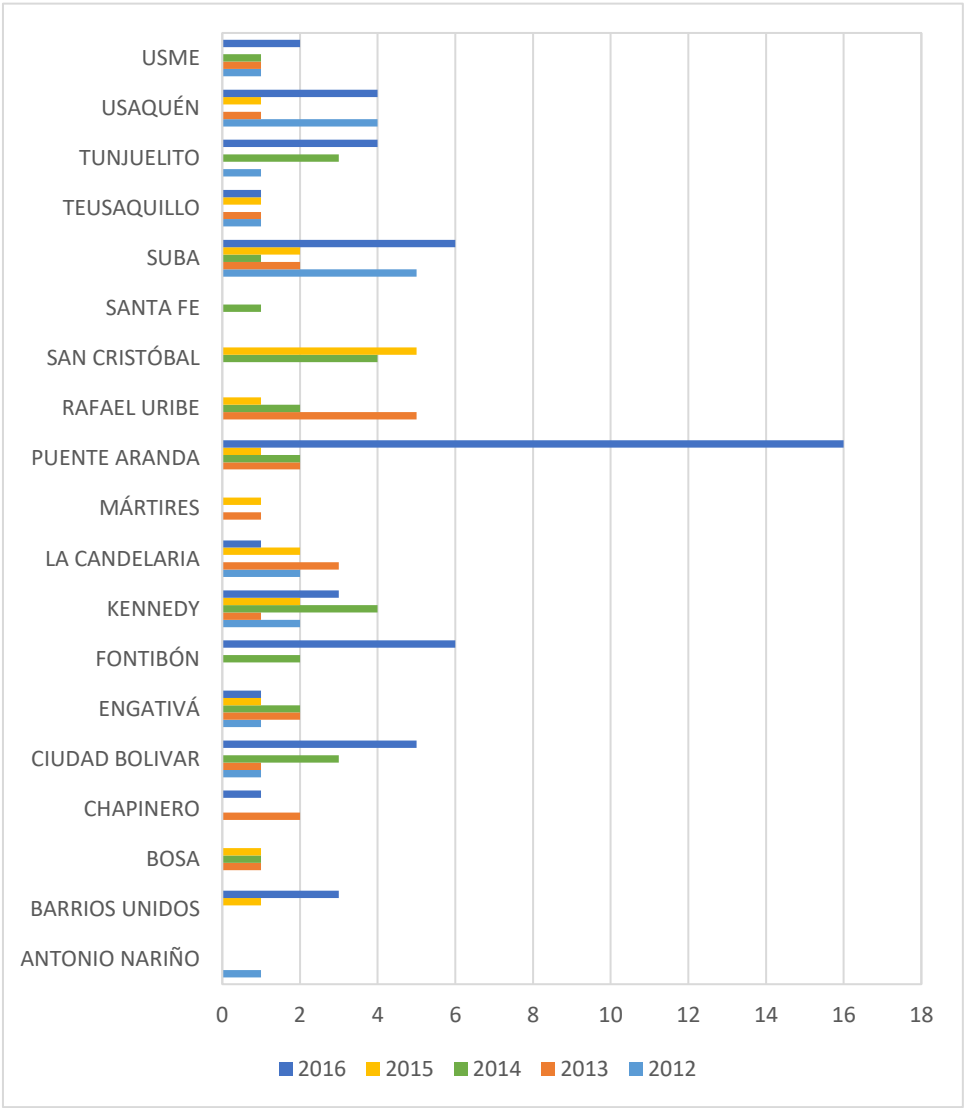


FUENTE: UCSP Nivel Central

Al analizar las localidades que presentaron mayor número de brotes durante el 2016, se encuentra que Puente Aranda ocupa el primer lugar (n=16) seguido de

Suba (n=6) y Tunjuelito y Usaquén con igual número de brotes (n= 4).

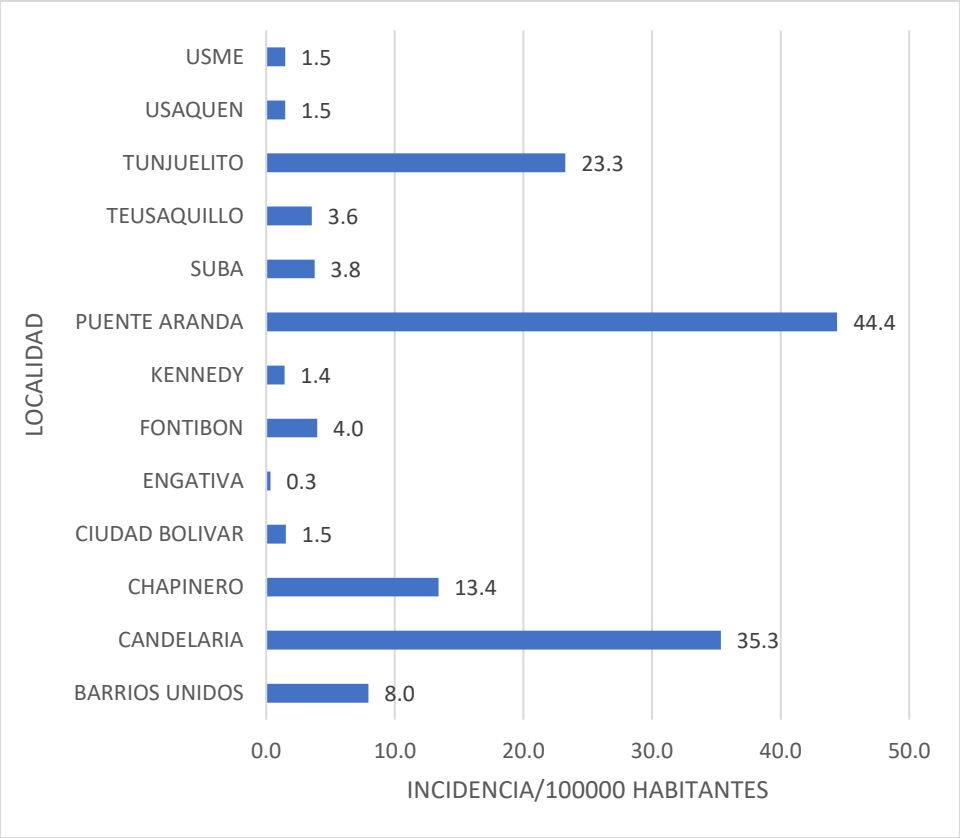
Grafico 23. Numero de Brotes de parotiditis por localidad. Bogotá D.C. 2012 a 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

La Incidencia de parotiditis en el año 2016 en el distrito fue de 3.8/100.000 habitantes, sin embargo en la localidad de Puente Aranda se registra el mayor valor con 44.4 casos/100.000 habitantes, seguido de La Candelaria con 35,3 casos/100.000 habitantes y Tunjuelito con 23,3 casos/100.000 habitantes.

Grafico 24. Incidencia de casos de parotiditis asociado a Brotes de parotiditis por localidad. Bogotá D.C. 2016 (por 100.000 habitantes)



FUENTE: UCSP Nivel Central

Con respecto a los brotes de parotiditis en establecimientos penitenciarios y carcelarios de Bogotá, durante el año 2016 se presentaron 12 brotes en su mayoría concentrados en la localidad de Puente Aranda donde se contabilizaron 10 brotes todos en el establecimiento carcelario La Modelo y dos brotes en la localidad de Tunjuelito en centros de reclusión de menores.

En el caso de los brotes familiares de parotiditis que se presentaron durante el 2016 (n=10), el 68% de los casos (n=10) son personas entre 18 a 59 años.

Durante el año 2016 se registraron un total de 7 brotes empresariales, 43% (n=3) se presentaron en Fontibón y el resto se distribuyeron en las localidades de Engativá, Barrios Unidos, Chapinero y Puente Aranda con un brote por localidad. De acuerdo al número de casos que se presentaron durante estos brotes y su grupo etareo se encontró que el 78% se encontraba entre los 18 a 26 años.

De los factores de riesgos evidenciados durante las investigaciones epidemiológicas de campo se encuentran principalmente: el contacto estrecho, el hacinamiento, la escasa adherencia a protocolos de limpieza y desinfección, ausencia de educación con respecto al hábito de lavado de manos y el compartir alimentos, cigarrillos o elementos de higiene personal como cepillos de dientes, entre otros.

Tabla 12. Comportamiento epidemiológico de los brotes de parotiditis. Bogotá D.C. 2016

CARACTERISTICA		2013	2014	2015	2016
No. DE BROTES		24	26	19	53
	INSTITUCIONAL	19	13	8	36
	FAMILIAR	3	9	7	10
	EMPRESARIAL	2	4	4	7
MEDIANA DE CASOS (Rango)		4 (Mín. 1, Máx. 72)	3 (Mín. 1, Máx. 24)	4 (Mín. 1, Máx. 140)	4 (Mín. 1, Máx. 22)
% DE BROTES CON > 10 CASOS		21% (n=5)	11,5% (n=3)	15,7% (n=3)	21% (n=11)
% CICLO VITAL	**< 1 AÑO**	0%	2%	0%	0%
	NIÑEZ	0%	2%	1%	1%
	INFANCIA	9%	15%	5%	7%
	ADOLESCENCIA	22%	19%	3%	23%
	JUVENTUD	57%	53%	74%	54%
	ADULTO	13%	9%	12%	15%
	VEJEZ	0%	0%	0%	0%

FUENTE: UCSP Nivel Central

Durante el año 2016, las Unidades Comando en Salud Pública recibieron la notificación de 63 brotes de parotiditis, pero solo a 53 se les realizó investigación epidemiológica de campo ya que 10 de ellos fueron fallidos, especialmente porque las direcciones registradas en la ficha de notificación fueron erradas.

INDICADORES	2013	2014	2015	2016
% BROTES CON IEC				
Total de brotes con IEC	24	26	19	53
Total de brotes notificados	24	26	28	63
TOTAL INDICADOR	**100%**	**100%**	**68%**	**84%**

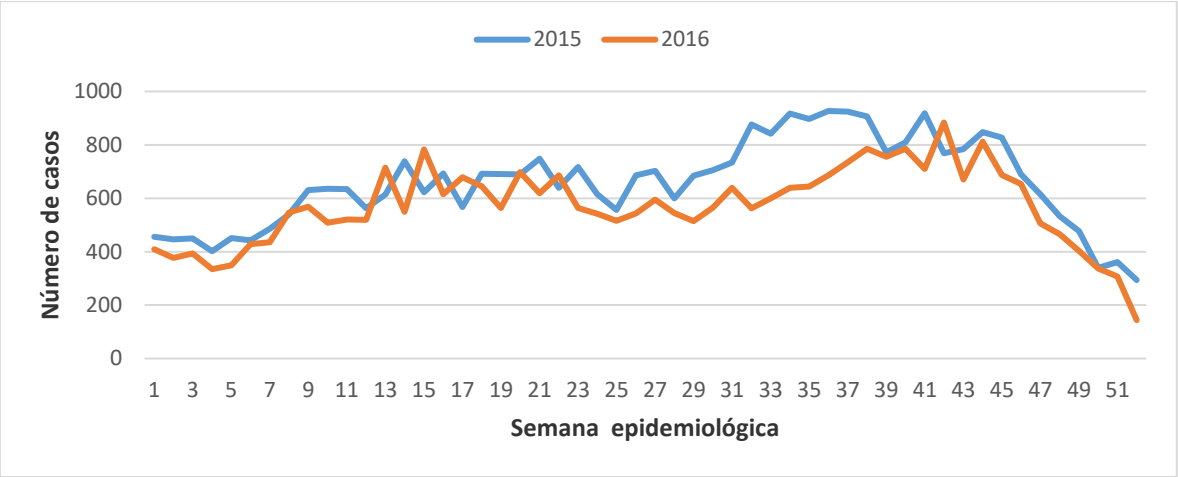
FUENTE: UCSP Nivel Central

Varicela

En 2016 se notificaron a través del Sivigila 29743 casos, evidenciando una disminución del 10%(n=6433) respecto al 2015; la varicela continúa siendo dentro de los eventos prevenibles por vacuna el que presenta la mayor morbilidad ya que a diario se presentan brotes tanto en el ámbito familiar, laboral y escolar, siendo este último escenario en el que se presentan el mayor número de ellos. Del total de casos notificados, el 93%(n=27705) fueron residentes de la ciudad mientras que el porcentaje restante provenían de otras ciudades.

El mayor porcentaje de los casos captados en otros municipios provenían de: Soacha 67%(n=1370), Mosquera 9.6%(n=197), Funza 3,2%(n=66) y Sibaté 3%(n=54).

Grafico 25. Comportamiento de la notificación de Varicela. Bogotá D. C, Años 2015-2016

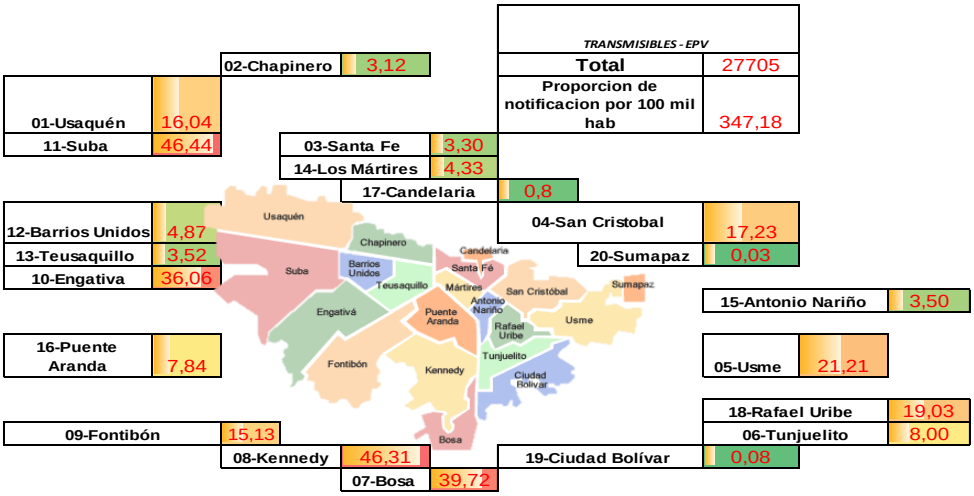


Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

A partir del 1 de julio de 2015, se inicia la vacunación con varicela en el esquema nacional PAI a los niños y niñas que cumplen el año de edad a partir de esa fecha; el impacto de la vacunación será entonces monitoreado a partir de las incidencias del evento en lo sucesivo.

Las 20 localidades del D.C presentan casos confirmados de varicela; las que presentan las mayores incidencias son: Suba, Kennedy, Bosa, Engativá, Ciudad Bolívar, Usme, Rafael Uribe y San Cristóbal

Grafico 26. Incidencia de varicela ajustada por localidad de residencia. Bogotá D.C, año 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

El grupo de edad más afectado continúan siendo los preescolares, con énfasis en el quinquenio de 1 a 4 años de edad con una tasa de notificación cercana a los 1642 casos por cien mil menores del mismo grupo de edad, sin embargo, en todos los grupos de edad, incluso en los mayores de 80 años también se presentan casos.

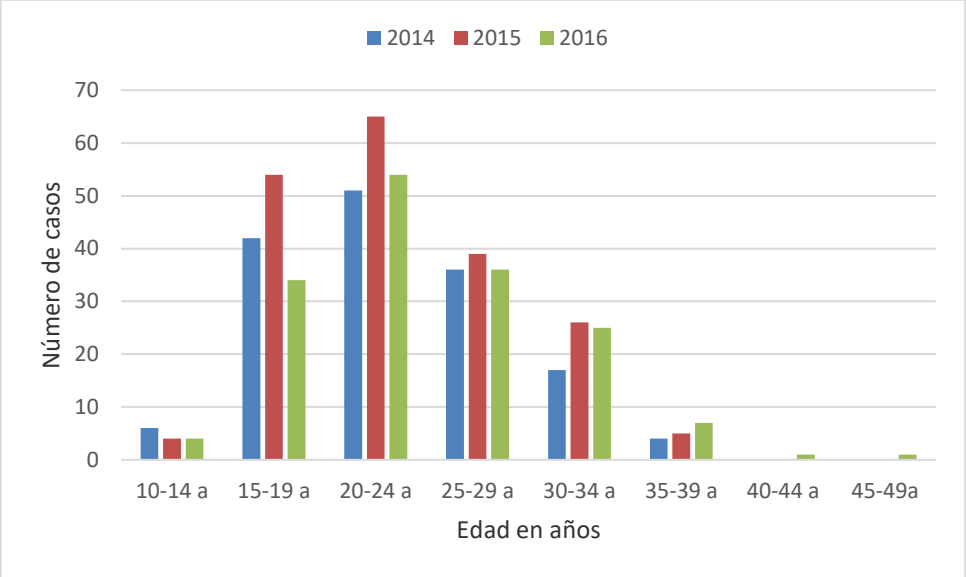
Tabla 13. Proporción de notificación de varicela por grupos de edad en Bogotá D.C 2016

Grupo de edad	Población 2016	Número de casos conf_ clínica en Bogotá DC	Proporción de notificación * 100mil hab	Número de casos conf_ clínica fuera de Bogotá DC
Menor de 1 año	121692	938	770,80	99
De 1 a 4 años	483758	7942	1641,73	504
De 5 - 9 años	600078	7903	1317,00	597
10-14 años	603336	3135	519,61	246
15-19 años	637600	1909	299,40	151
20-24 años	673222	2212	328,57	136
25-29 años	640632	1590	248,19	129
30-34 años	656789	869	132,31	82
35-39 años	628185	545	86,76	42
40-44 años	547958	260	47,45	25
45-49 años	518352	166	32,02	7
50-54 años	497879	106	21,29	11
55-59 años	423052	40	9,46	2
60-64 años	325516	26	7,99	1
65-69 años	241887	28	11,58	1
70-74 años	167928	10	5,95	3
75-79 años	107806	8	7,42	0
80 y más años	104331	18	17,25	2
TOTAL	**7980001**	**27705**	**347,18**	**2038**

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Del total de casos notificados a lo largo de 2016, el 0,5%(n=162) correspondió a gestantes, mostrando una disminución del 9%(n=31) frente a las gestantes con varicela reportadas en el 2015, lastimosamente el aplicativo Sivigila no permite la inclusión de datos adicionales sobre las gestantes que permitan realizar mayor análisis.

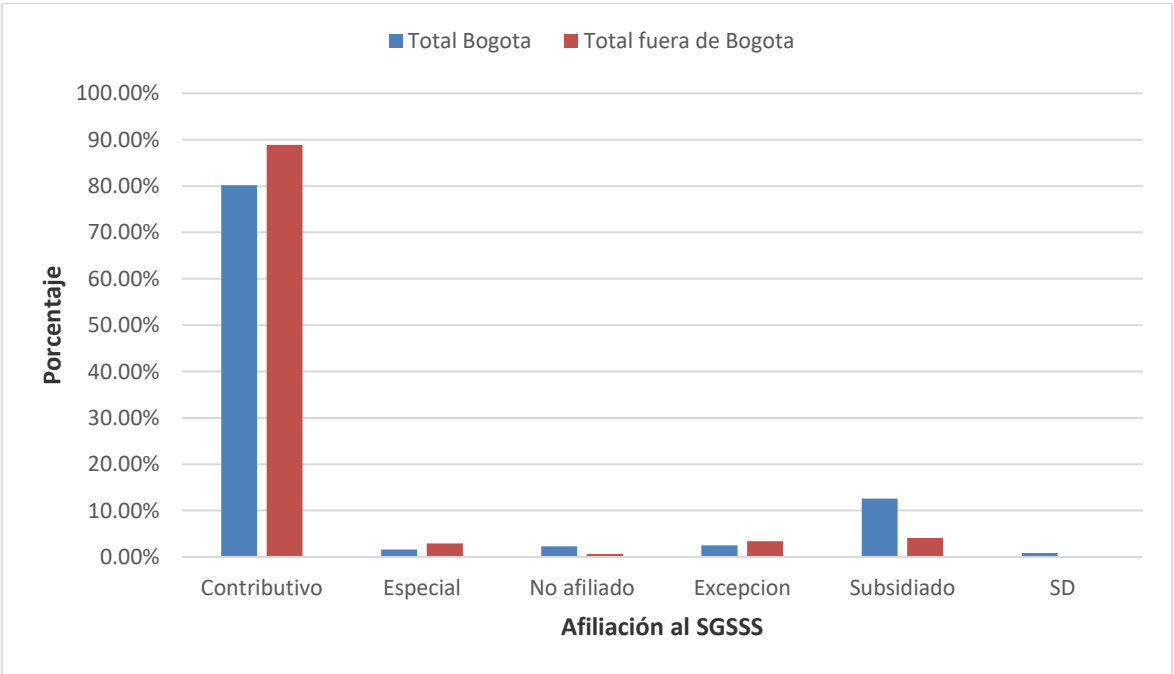
Grafico 27. Número de casos de varicela en gestantes, Bogotá D.C Años 2014 a 2016



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2014-2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el régimen contributivo es quien aportó más del 80% de la notificación (n=22207 residentes en el D.C y n=1811 no residentes), seguido del régimen subsidiado con el 13%(n=3489) para residentes en el D.C y 4%(n=83) para no residentes, los no afiliados constituyen el 2,3% de la notificación en residentes de D.C.

Grafico 28. Proporción de notificación de varicela según afiliación al SGSSS en Bogotá D.C 2016

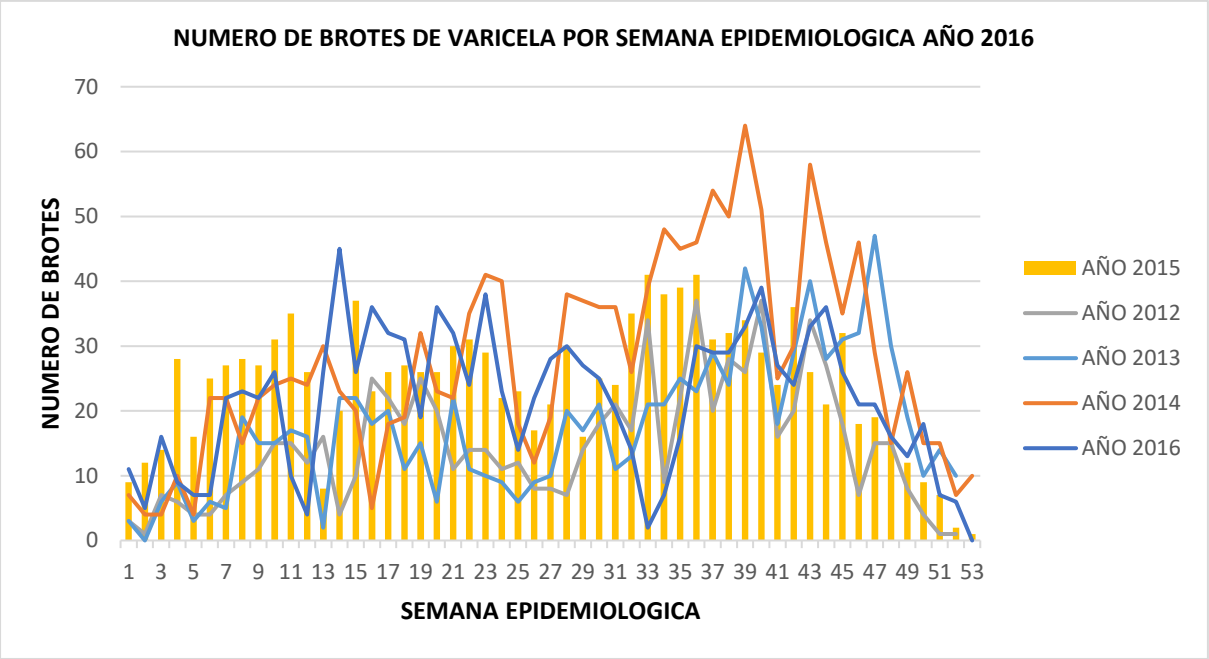


Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

Brotes De Varicela

Durante el año 2016 las Unidades Comando en Salud Pública atendieron un total de 1.143 brotes de varicela, presentando una disminución del 11% respecto al año 2015. De acuerdo al tipo de establecimiento donde ocurrieron, el 51% correspondieron a brotes institucionales (n=585), el 48% a brotes familiares (n=550), el 0.8% correspondieron a brotes empresariales (n=5) y el restante 0.2% son brotes comunitarios (n= 3).

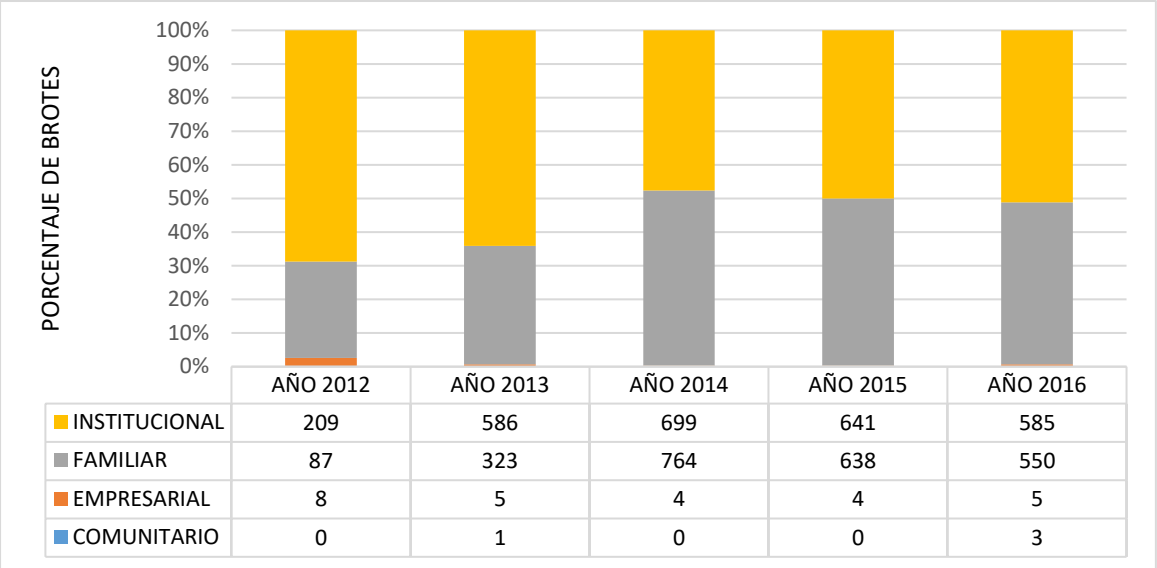
Grafico 29. Brotes de varicela por semana epidemiológica.Bogotá D.C. 2012 a 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

El máximo pico de brotes de varicela en el año 2016, se presentó en la semana epidemiológica (SE) 14. La mayor ocurrencia de estos brotes se empieza a registrar a partir de la semana epidemiológica 14 hasta la 23 durante el primer semestre, y nuevamente vuelven a presentarse aumento de brotes desde la semana 36 a la 40 en el segundo semestre.

Grafico 30. Proporción de Brotes de varicela de acuerdo al tipo.Bogotá D.C. 2012 a 2016

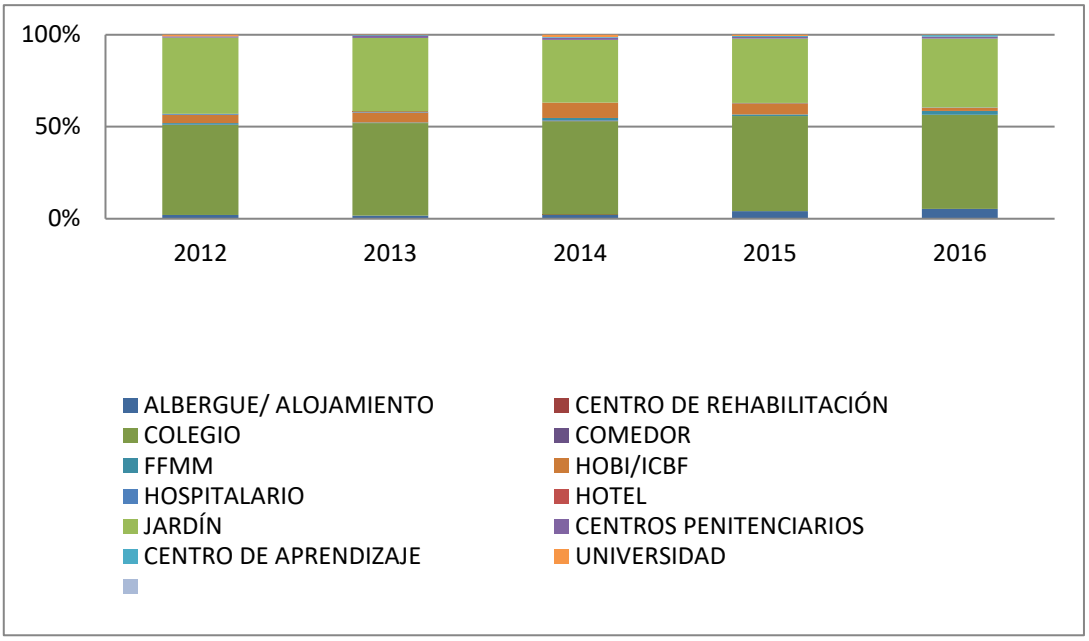


	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
INSTITUCIONAL	209	586	699	641	585
FAMILIAR	87	323	764	638	550
EMPRESARIAL	8	5	4	4	5
COMUNITARIO	0	1	0	0	3

FUENTE: UCSP Nivel Central

Del total de los brotes institucionales de varicela notificados durante el 2016 a las UCSP (n=585), el 51% se presentaron en colegios (n= 300) el 37% en jardines infantiles (n= 219), el 10% (n= 57) en instituciones como centros de reclusión, albergues, establecimientos militares, comedores, centros de protección, entre otros y el 2% restante en Hogares del Bienestar Familiar y Hobis (n=10)

Grafico 31. Proporción de Brotes institucionales de varicela. Bogotá D.C. 2012 a 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Además, del total de estas instituciones, el 4% (n=23) no contaban con adecuadas condiciones de saneamiento básico, y en el 1% (n=6) se encontraron debilidades en hábitos higiénicos. En el 5% (n=28) de los brotes fue necesario

aplicar medida de control consistente en cierre preventivo el cual fue concertado con las directivas de la institución, debido a que la tasa de ataque general superó el 10%.

Tabla 14. Comparación de brotes de varicela en jardines y colegios. Bogotá D.C. 2016

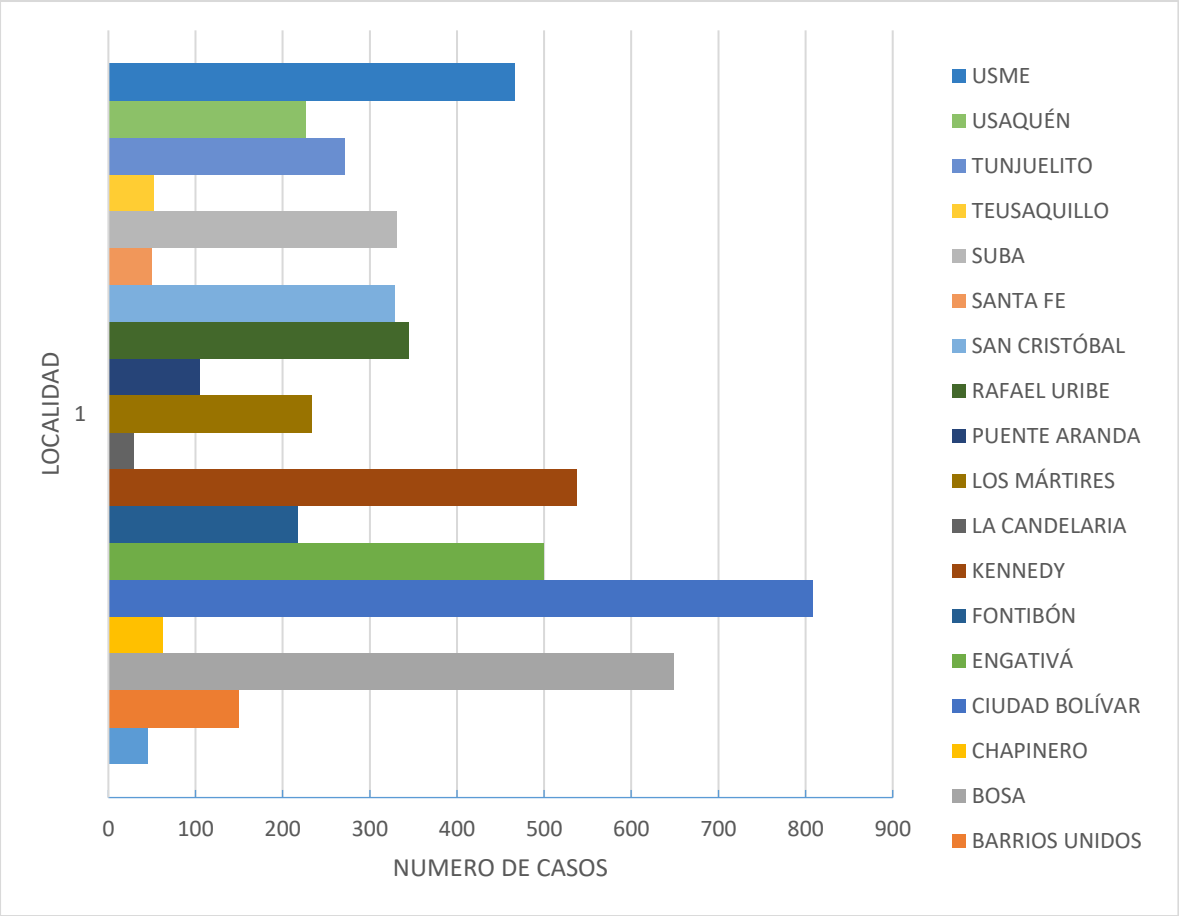
CARACTERISTICA	JARDINES	COLEGIOS
MEDIANA DE CASOS (Rango)	4 (Mín. 1, Máx. 67)	5(Mín. 1, Máx. 54)
% DE BROTES CON > 10 CASOS	16% (n=34)	17% (n=52)
% INSTITUCIONES CON CIERRE PREVENTIVO	6% (n=13)	5% (n=15)

FUENTE: UCSP Nivel Central

Cuando se comparan el número de casos asociados a brotes que se han presentado en jardines y colegios durante el 2016, la mediana de casos es mayor en colegios aun cuando el número máximo de casos es mayor en jardines con respecto a colegios.

Además, se utilizó la medida de cierre preventivo de actividades en el 6% de los brotes en jardines y en el 5% de los brotes en colegios, dicha medida es concertada con la institución y es adoptada de manera voluntaria por la misma.

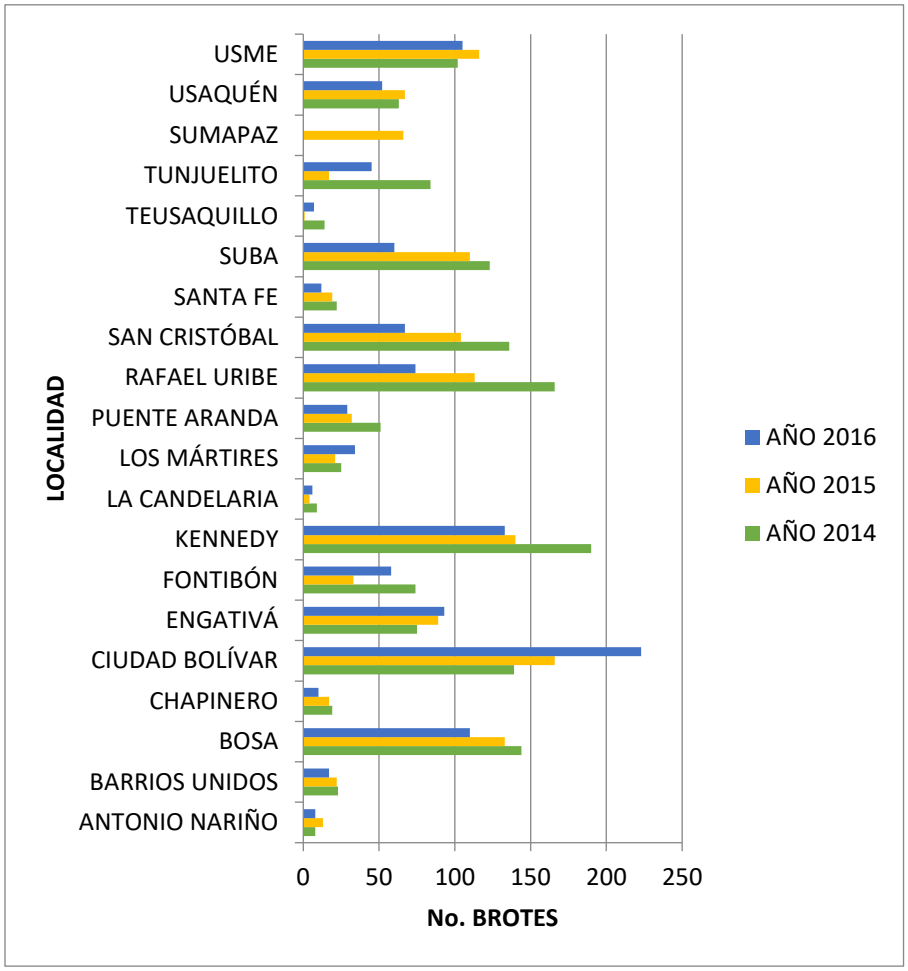
Grafico 32. Número de casos de varicela asociados a brotes según localidad. Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

El número total de casos de varicela asociados a brotes en el Distrito en el año 2016 fue de 5.410 casos, siendo las localidades de Ciudad Bolívar (n=809), Bosa (n=649), Kennedy (n=537), Engativá (n= 500) y Usme (n=466) las que registraron el mayor número de casos**.**

Grafico 33. Numero de Brotes de varicela por localidad. Bogotá D.C. 2012 a 2016



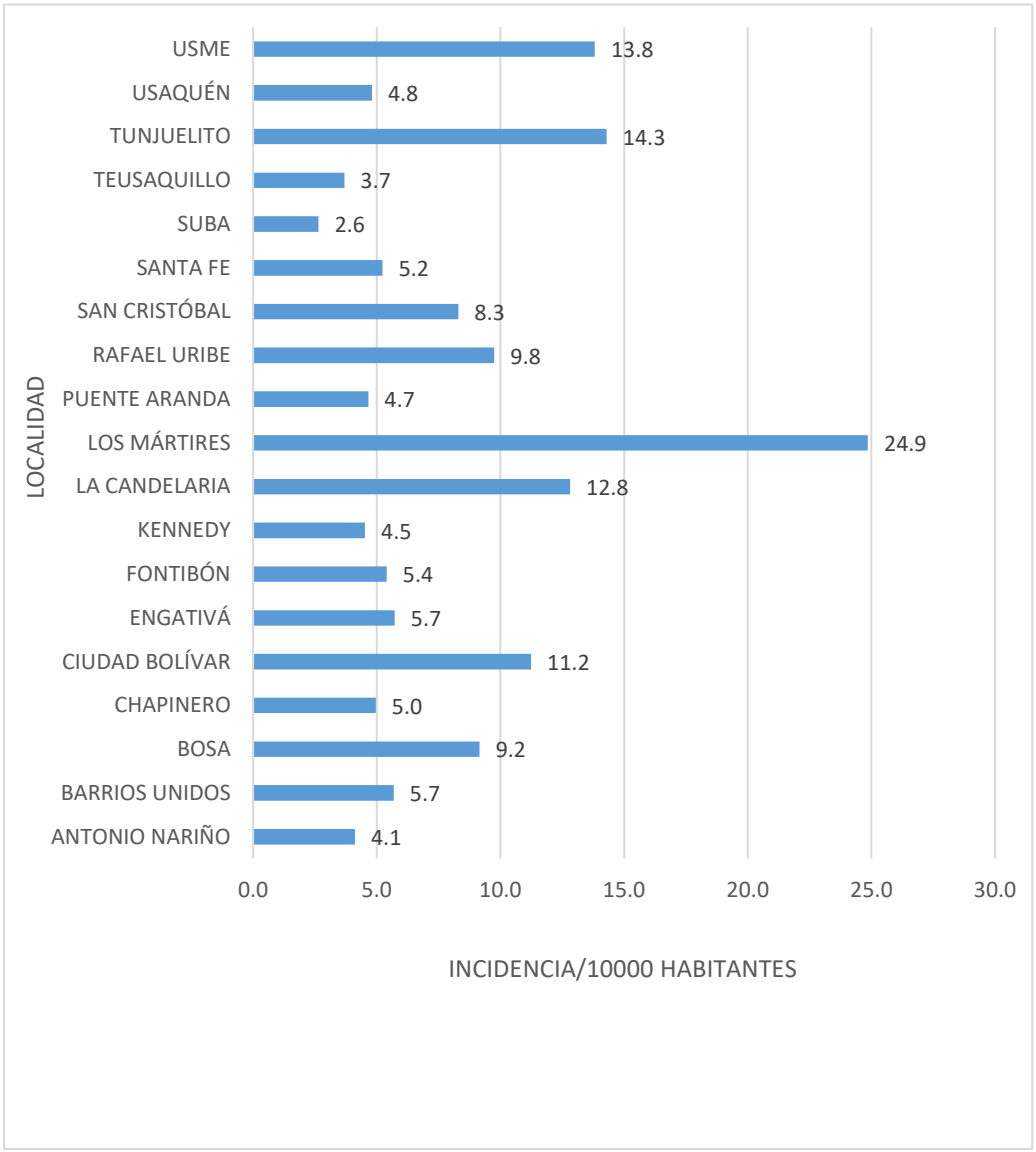
FUENTE: UCSP Nivel Central

Al analizar el número de brotes de varicela por localidad en el Distrito en el año 2016 se encuentra que las cinco localidades donde se presentaron y atendieron el mayor número de brotes fueron en su orden; Ciudad Bolívar (n= 223), Kennedy (n=133), Bosa (n=110), Usme (n=105) y Engativá (n= 93).

Al comparar los años 2015 y 2016 se encuentra que Ciudad Bolívar presentó el mayor número de brotes (n= 166 y n= 223), seguido de la localidad de Kennedy (n= 140 y n= 133) respectivamente.

Al analizar las incidencias de brotes de varicela en el año 2016, se encuentra que las localidades que presentaron las más altas incidencias fueron Los Mártires (24,9 casos por 10.000 habitantes), Tunjuelito (14,3 casos por 10.000 habitantes) y Usme (13,8 casos por 10.000 habitantes), mientras, la incidencia total del Distrito capital con respecto a estos casos asociados a brotes es de 6,8 casos por 10.000 habitantes.

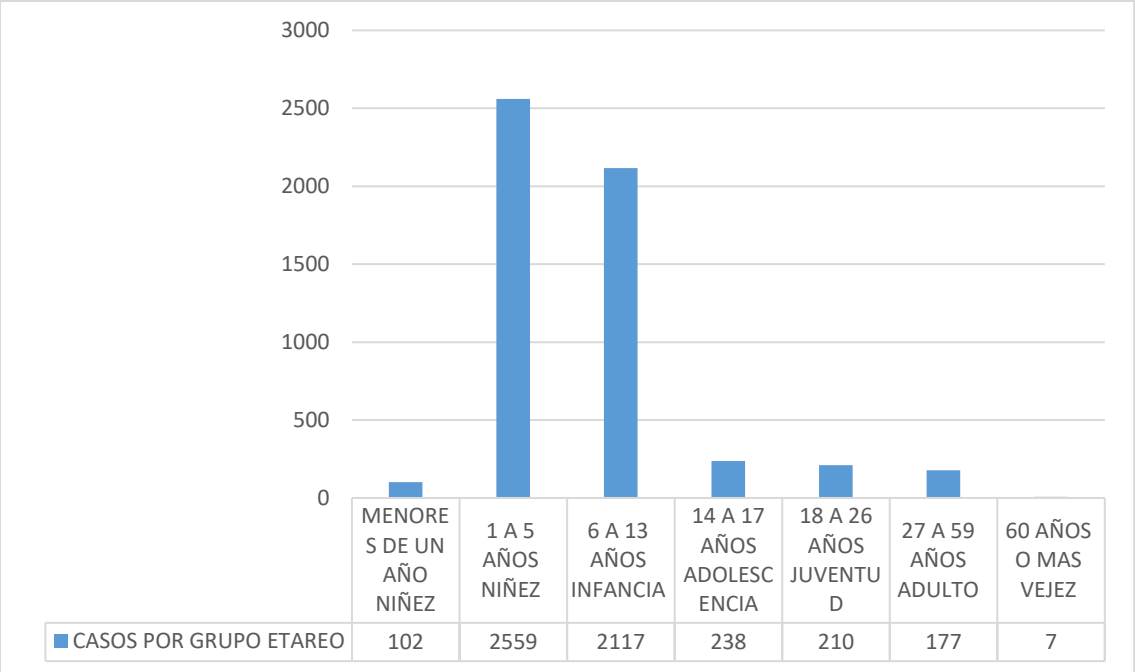
Grafico 34. Incidencia de casos de varicela asociado a Brotes de varicela por localidad. Bogotá D.C. 2016 (por 10.000 habitantes)



FUENTE: UCSP Nivel Central

Al analizar los casos de varicela con respecto al grupo etareo identificados durante estas investigaciones de campo de brotes, se encuentra que el 47% de los casos (n=2.559) corresponde a niños entre 1 y 5 años de edad, el 39% (n=2.117) entre 6 y 13 años de edad.

Grafico 35. Numero de casos de varicela asociado a Brotes de varicela por grupo etareo. Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Durante el año 2016 se registró un total de 5 brotes empresariales: 2 brotes en Chapinero, 1 brote en Usaquén, 1 en Fontibón y otro en Engativá. Según el número de casos y su grupo etáreo donde se presentó el mayor número de brotes se encontró que el 80% afectó a la población entre los 18 a 26 años de edad. El principal factor de riesgo identificado en las Investigaciones epidemiológicas de campo es la asistencia al trabajo mientras las personas se encuentran en periodo de transmisibilidad lo que facilitó la propagación de la enfermedad a personas susceptibles.

En los brotes familiares de varicela en el 2016, se contabilizaron un total de 1.508 casos, de los cuales el 70% presentaron en la población entre el rango de edad entre 1 y 13 años.

Con respecto a los brotes de varicela en establecimientos penitenciarios y carcelarios de Bogotá, durante el año 2016 se presentaron cinco (n=5) brotes en: la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres con un total de 2 casos, Complejo Carcelario y Penitenciario de Bogotá - COMEB La Picota, donde se presentaron dos brotes, el primero con 3 casos y el segundo 2 casos, Establecimiento carcelario Buen Pastor con 6 casos y Establecimiento carcelario La modelo con 1 caso. El todos los brotes fue posible realizar control mediante aislamiento del caso para evitar la propagación de la enfermedad dentro del penal.

Tabla 15. Comportamiento epidemiológico de los brotes de varicela. Bogotá D.C. 2016

CARACTERISTICA		2013	2014	2015	2016
No. DE BROTES		915	1.467	1.283	1.143
% TIPO DE BROTE	**COMUNITARIO**	0,1% (n=1)	0% (n=0)	0,3% (n=4)	0,2% (n=3)
	INSTITUCIONAL	64% (n=586)	48% (n=699)	50% (n=640)	51% (n=585)
	FAMILIAR	35% (n=323)	52% (n=764)	49,7% (n=638)	48% (n= 550)
	EMPRESARIAL	1% (n=5)	0,3% (n=4)	0,3% (n=4)	0,8% (n=5)
MEDIANA DE CASOS (Rango)		4 (Min. 1, Máx.57)	3 (Min. 1, Máx. 69)	3 (Mín. 1, Máx. 91)	3 (Mín. 1, Máx. 67)
% DE BROTES CON > 10 CASOS		18% (n=166)	11% (n=165)	13% (n=167)	9% (n=105)
% CASOS POR CICLO VITAL	**< 1 AÑO**	2%	2%	2%	2%
	NIÑEZ	57%	50%	52%	47%
	INFANCIA	31%	37%	37%	39%
	ADOLESCENCIA	5%	5%	4%	5%
	JUVENTUD	2%	4%	3%	4%
	ADULTO JOVEN	2%	3%	3%	3%
	VEJEZ	0%	0%	0%	1%

FUENTE: UCSP Nivel Central

INDICADORES	2013	2014	2015	2016
% BROTES CON IEC				
Total de brotes con IEC	915	1.467	1.305	1.143
Total de brotes notificados	915	1.467	1.549	1.283
TOTAL INDICADOR	100%	100%	84%	89%

FUENTE: UCSP Nivel Central

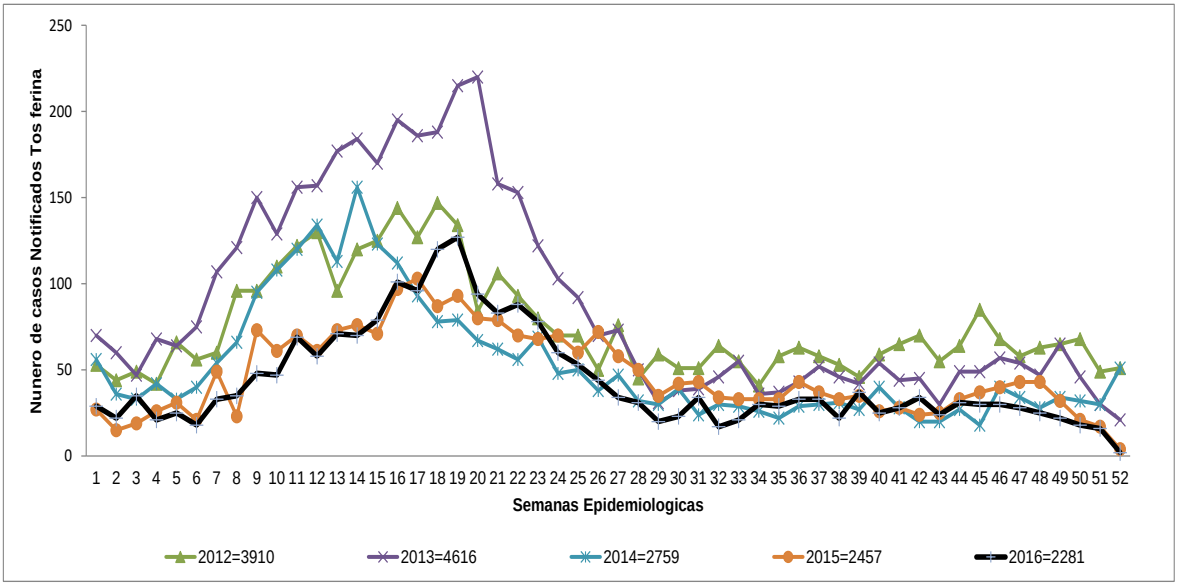
En el año 2016 se notificaron un total de 1.283 brotes de varicela de los cuales 140 fueron fallidos y 1.143 (89%) tuvieron investigación epidemiológica de campo IEC.

Dentro de los motivos más frecuentes para que no se haga efectiva la IEC se encuentran: errores en las direcciones registradas, no se configuran como brote sino que corresponden a casos individuals, no se encuentran personas en el domicilio en las horas de visita a pesar de hacer varios intentos o no se permite hacer la visita.

Tosferina

A corte de semana epidemiológica 52 de 2016, se notificaron a través del sistema de vigilancia 2281 casos probables de Tos ferina; en el año 2015 se notificaron 2457 casos lo cual evidencia una disminución en la notificación de este evento del 7,7%, esta disminución se ha dado desde el año 2013 en el cual se registró la mayor notificación en los últimos 5 años, dada por un cambio en las definiciones clínicas de casos probables en el protocolo de vigilancia en salud publica lo que mejoro la sensibilidad del evento.

Grafico 36. Comportamiento de la notificación de Tos ferina. Bogotá DC, Años 2012 a 2016 a semana epidemiológica 52.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Inmunoprevenibles SDS. Semana 52 2012 a 2016.

La tasa de notificación a semana 52 de 2016 para Bogotá correspondió a 18,2 casos por 100.000 mil habitantes; con una incidencia global de 0,91 casos por 100 mil habitantes, la cual es menor a la reportada en el año 2015, en donde la incidencia fue de 1,34 casos por 100 mil habitantes. El comportamiento epidemiológico del evento en el 2016 se encuentra dentro de los casos esperados según los datos históricos; se esperaba un aumento paulatino de casos entre los años 2015 y 2016 esto dado por el comportamiento de picos cada 3 a 5 años que presenta el evento, en el año 2016 disminuyeron nuevamente los casos. De los casos confirmados en el año 2016 el 86% (63 casos) se presentaron en niños menores de 1 año, en el año 2015 la proporción fue menor 78% (83 casos) siendo los niños menores de 1 año en donde se presenta la mayor carga de la enfermedad; frente a la notificación por localidades, las localidades que muestran el mayor número de casos notificados en el año 2016 son: Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa.

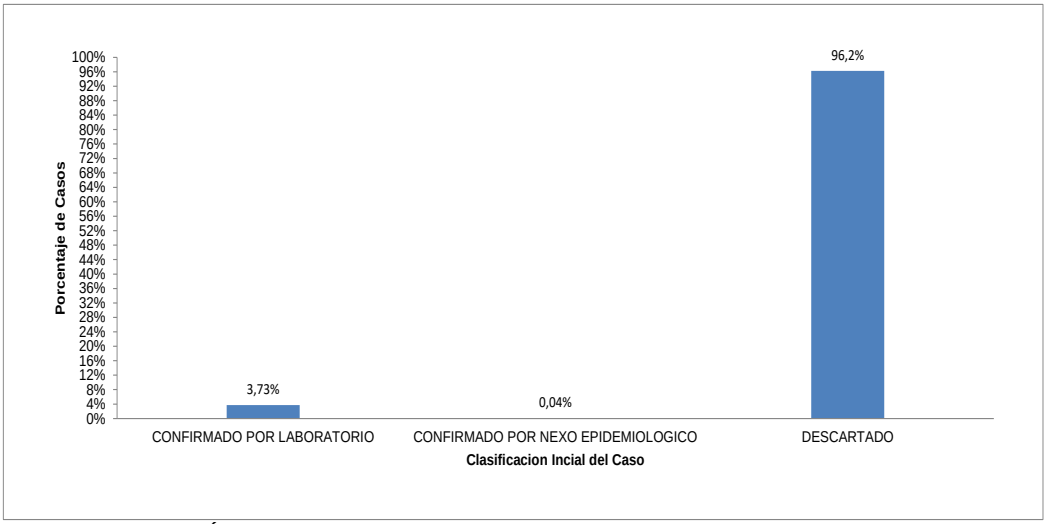
Tabla 16. Tasa de notificación de tosferina por localidad de residencia. Bogotá, 2016 a semana epidemiológica 52.

LOCALIDADES	Población 2016	Casos Notificados	Tasa de notificación *100 mil habitantes
Puente Aranda	225220	49	21,76
Rafael Uribe	353761	88	24,88
Los Mártires	94130	33	35,06
Tunjuelito	189522	48	25,33
Bosa	709039	179	25,25
Chapinero	126951	29	22,84
Ciudad Bolívar	719700	228	31,68
San Cristóbal	396383	146	36,83
Fontibón	403519	63	15,61
Suba	1250734	326	26,06
Usaquén	472908	125	26,43
Kennedy	1187315	275	23,16
Engativá	873243	144	16,49
Santa fe	96534	27	27,97
Usme	337152	144	42,71
La Candelaria	22633	12	53,02
Antonio Nariño	109277	20	18,30
Barrios Unidos	263883	23	8,72
Teusaquillo	140767	32	22,73
Sumapaz	7330	0	0,00
Sin Dirección	0	0	0,00
Fuera de Bogotá	0	290	0,00
TOTAL	**7980001**	**2281**	**18,20**

SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Inmunoprevenibles SDS. Semana 52 2016

Frente a la clasificación inicial de los casos el 99,1% ingresaron como probables, de estos el 96,4% se confirmaron o descartaron por prueba de laboratorio PCR, este diagnóstico de tipo molecular de la tos ferina sensible y especifico le ha permitió al Distrito Capital mantener una vigilancia intensificada del evento en donde después del 2012 año pico se ha observado una estabilización de casos con leve aumento en el 2015 y nuevamente una disminución en el 2016; la positividad en el 2016 fue del 4% frente a 5% en el año 2015 presentándose una disminución de casos positivos del 31,7% (casos positivos año 2015 112, casos positivos 2016 85).

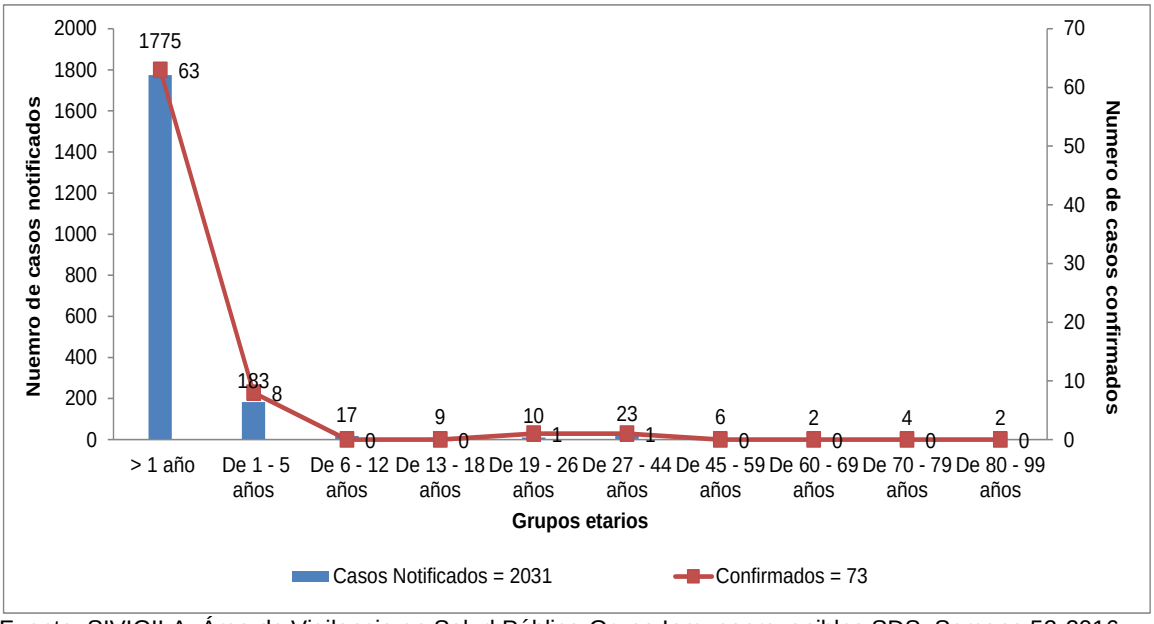
Grafico 37. Porcentaje de casos de tosferina notificados según clasificación del caso, Bogotá 2016 a semana epidemiológica 52.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Inmunoprevenibles SDS. Semana 52 -2016.

La carga de la enfermedad como ha sido su presentación habitual se centra en los niños menores de 1 año; correspondió al 85% con una positividad del 3,2%; es importante establecer que en los menores de 1 año los niños más afectados siguen siendo los menores de 6 meses (80% de los casos en menores de 1 año); frente al año 2015 se observa una disminución de casos positivos en menores de 6 meses del 13,6%; al revisar los antecedentes vacunales de la madres se identifica que el 75% de las gestantes fueron vacunadas con la DPTa; esta información apoya la estrategia de vacunación en gestantes implementada por la Secretaria de Salud de Bogotá desde el año 2012; ya que se ha observado disminución de casos en niños menores de 2 mes desde ese año.

Grafico 38. Distribución de casos de tosferina notificados y confirmados por grupo etario Bogotá 2016 a semana 52.



Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Inmunoprevenibles SDS. Semana 52-2016.

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los casos confirmados y notificados el 71% (1441) de los casos pertenecían al régimen contributivo, 22.4%(452) al régimen subsidiado, 4,4% (90) personas notificadas no cuentan con afiliación al SGSSS.

Tabla 17. Proporción de casos notificados de tos ferina por régimen de seguridad social y asegurador Bogotá a semana 52 2016.

ASEGURADORA	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EXCEPCION	SUBSIDIADO	INDETERMINADO - PENDIENTE	NO ASEGURADO	TOTAL GENERAL	%
CAFESALUD E.P.S. S.A.	261	0	0	7	0	0	268	13%
SANITAS E.P.S. S.A.	253	0	0	1	0	0	254	13%
FAMISANAR E.P.S. LTDA.	244	0	0	1	0	0	245	12%
COMPENSAR E.P.S.	172	0	0	2	0	0	174	9%
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	138	0	0	4	0	0	142	7%
CRUZ BLANCA EPS S.A.	78	0	0	1	0	0	79	4%
NUEVA EPS	76	0	0	0	0	0	76	4%
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S. A.	68	0	0	0	0	0	68	3%
SURA E.P.S	59	0	0	1	0	0	60	3%
DIRECCION DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	0	0	0	0	0	26	26	1%
COOMEVA E.P.S. S.A.	22	0	0	0	0	0	22	1%
FUERZAS MILITARES	0		18	0	0	0	18	1%
COLMENA E.P.S. S.A.	17	0	0	0	0	0	17	1%
CCF DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	0	0	0	13	0	0	13	1%
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA DE GARCIA ROVIRA COOPSAGAR LTDA	0	0	0	7	0	0	7	0%
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	5	0	0	0	0	0	5	0%
FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	1	4	0	0	0	0	5	0%
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S. A.	4	0	0	0	0	0	4	0%
SALUDVIDA	0	0	0	3	0	0	3	0%
COLSEGUROS E.P.S.	3	0	0	0	0	0	3	0%
OTRAS ASEGURADORAS	40	21	-14	412	19	64	542	27%
TOTAL ASEGURADORA	1441	25	4	452	19	90	2031	100%

Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Inmunoprevenibles SDS. Semana 52-2016.

Con relación a la tasa de mortalidad atribuible por tos ferina en menores de 5 años en el año 2016 según información de SIVIGILA y EEVV se reportaron 3 fallecimientos de menores de un año con sospecha de tos ferina; de los cuales 2 se descartaron por PCR y uno fue positivo, un menor de 2 meses residente en Nemocón por lo cual en el distrito capital no se presentaron fallecimientos asociados a Tos ferina; en el año 2015 se reportaron por fuente estadísticas vitales 5 fallecidos con lo cual se observa una disminución del 100% de la

mortalidad por esta causa.

Tabla 18. Casos de mortalidad por Tos ferina y letalidad a semana epidemiológica 24 2016 vs 2015.

	2015					2016				
LOCALIDADES	**Numero de casos probables 2015**	**Casos Confirmados 2015**	**Incidencia 2015**	**Fallecidos 2015**	**Letalidad 2015**	**Numero de casos probables 2016**	**Casos Confirmados 2016**	**Incidencia 2016**	**Fallecidos 2016**	**Letalidad 2016**
SUBA	359	15	1,3	0	0,0%	326	9	0,7	0	0,0%
KENNEDY	311	21	2,0	4	19,0%	278	4	0,3	0	0,0%
CIUDAD BOLIVAR	295	12	1,8	0	0,0%	230	8	1,1	0	0,0%
BOSA	179	9	1,4	0	0,0%	182	7	1,0	0	0,0%
ENGATIVA	153	7	0,8	1	14,3%	145	10	1,1	0	0,0%
SAN CRISTOBAL	155	4	1,0	0	0,0%	149	5	1,3	0	0,0%
USAQUEN	146	4	0,8	0	0,0%	126	6	1,3	0	0,0%
RAFAEL URIBE	107	6	1,6	0	0,0%	89	2	0,6	0	0,0%
FONTIBON	74	6	1,6	0	0,0%	63	3	0,7	0	0,0%
USME	139	7	1,6	0	0,0%	144	7	2,1	0	0,0%
PUENTE ARANDA	40	4	1,5	0	0,0%	52	0	0,0	0	0,0%
BARRIOS UNIDOS	25	0	0,0	0	0,0%	23	2	0,8	0	0,0%
ANTONIO NARIÑO	30	2	1,8	0	0,0%	20	0	0,0	0	0,0%
SANTA FE	32	2	1,8	1	50,0%	27	2	2,1	0	0,0%
TUNJUELITO	42	2	1,0	0	0,0%	49	2	1,1	0	0,0%
CHAPINERO	18	1	0,7	0	0,0%	29	0	0,0	0	0,0%
LOS MARTIRES	45	2	2,0	0	0,0%	33	3	3,2	0	0,0%
TEUSAQUILLO	37	1	0,7	0	0,0%	32	2	1,4	0	0,0%
LA CANDELARIA	14	0	0,0	0	0,0%	13	0	0,0	0	0,0%
SUMAPAZ	0	0	0,0	0	0,0%	1	0	0,0	0	0,0%
Bogota sin direccion	6	1	0,0	0	0,0%	20	1	0,0	0	0,0%
TOTAL	2207	106	1,36	6	5,7%	2031	73	0,91	0	0,0%

Fuente: Sivigila semana 52; Grupo Inmunoprevenibles, EEVV 2015-2016 datos preliminares con corte a Diciembre

Los indicadores de tos ferina se presentan en la tabla

Tabla 19. Indicadores de la vigilancia de tos ferina Bogotá a semana 52 de 2016

INDICADORES DE TOSFERINA	EFINICION OPERATIVA DEL INDICADO	Meta	Valor Indicador 2015	Valor Indicador Periodo 3 2016	Valor Indicador Periodo 6 2016	Valor Indicador Periodo 9 2016	Valor Indicador 2016
Proporcion de incidencia general	Numerador enfermos nuevos del evento x registrados en periodo de tiempo / Denominador poblacon expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo	NA	1,35	0,33	0,49	0,69	0,90
INDICADORES DE TOSFERINA	**EFINICION OPERATIVA DEL INDICADO**	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Proporcion de incidencia en menores de 5 años	Enfermos nuevos del evento x registrados en periodo de tiempo / Denominador. Poblacion expuesta al riesgo de enfermar de esa causa en el periodo (menores de 5 años)	Menos de 1 caso por 100.000 habitantes total y menores a 5 años	14,10	3,31	5,10	7,30	9,78
INDICADORES DE TOSFERINA	**EFINICION OPERATIVA DEL INDICADO**	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Letalidad	Numerador. Defunciones por una causa por registradas en un lugar en periodo de tiempo dado / Denominador. Enfermos de esa causa en ese lugar en tiempo dado	NA	5,70	0,00	0,00	0,00	0,00
INDICADORES DE TOSFERINA	**EFINICION OPERATIVA DEL INDICADO**	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de configuración de casos	Numero de casos del evento confirmados por el laboratorio / Numero de casos del evento descartados por laboratorio / Denominador. El denominador es el numero total de casos notificados como probables o sospechosos del evento	80%	95,20	94,01	97,17	96,79	96,41

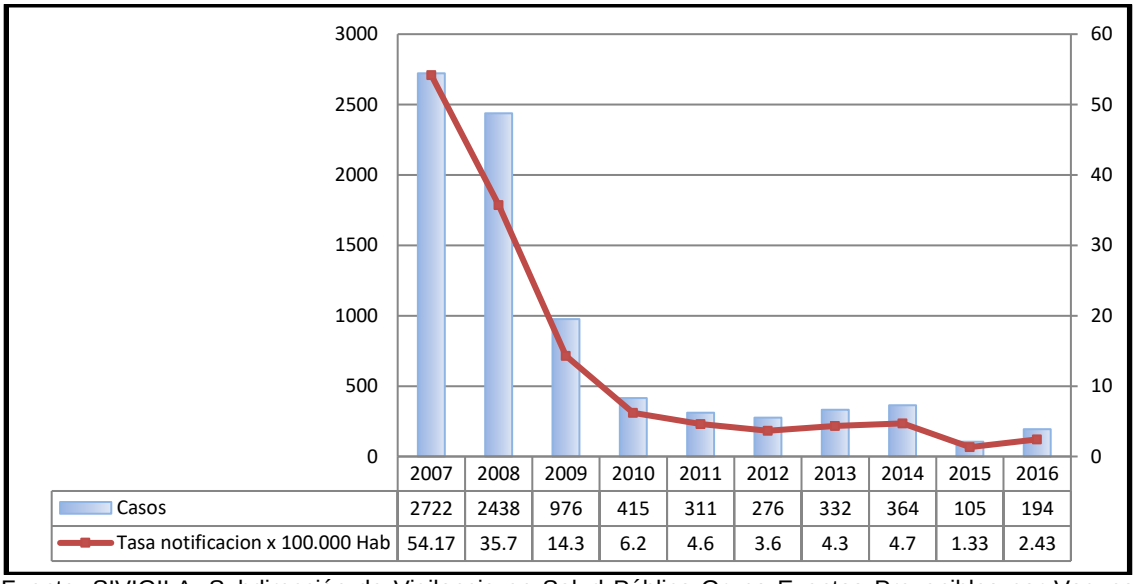
Fuente: SIVIGILA. Área de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Inmunoprevenibles SDS. Semana 52 2016.

Frente a los indicadores de la VSP para Tos ferina en el año 2016 se ha dado una disminución tanto en la notificación como en la confirmación de casos con respecto al año 2015, igualmente la mortalidad disminuyo en un 100%, para los años 2015 y 2016 se esperaba un aumento de casos importante esto dado por el comportamiento de picos epidémicos cada 3 a 5 años siendo el ultimo pico en el año 2012, después de este año se dio una disminución de casos importante, desde el 2014 a 2016 se ha mantenido la incidencia global de tos ferina por debajo de 2 casos lo que refleja que las estrategias de vacunación en gestantes y las coberturas de vacunación del Distrito capital sumado a las actividades de control de VSP han mantenido en control la enfermedad.

Hepatitis A

En el año 2016 se notificaron 194 casos de hepatitis A al SIVIGILA, presentando una tasa notificación de 2.43 casos por 100.000 habitantes. Los cuales se configuraron como confirmados por laboratorio 80.4% (156 casos), confirmados por clínica 16% (31 casos) y el 3.6% (7 casos) corresponde a casos descartados.

Grafico 39. Tasa de notificación por 100.000 habitantes Hepatitis A. Bogotá D.C, 2007 a 2016



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	2722	2438	976	415	311	276	332	364	105	194
Tasa notificacion x 100.000 Hab	54.17	35.7	14.3	6.2	4.6	3.6	4.3	4.7	1.33	2.43

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2007 a 2016

En la gráfica anterior se observa el comportamiento del evento dado por el número de casos y la tasa de notificación por cada 100.000 habitantes durante los años 2007 a 2016, observándose una disminución progresiva en el transcurrir del tiempo, este descenso se relaciona principalmente con la introducción de la vacuna de Hepatitis A, a partir del año 2008 .

El grupo de edad en el cual se concentra el mayor número de casos para el año 2016, se presenta de los 20 a 29 años con 43.3% del total de los casos, seguidos de los 30 a 34 con el 14.4% y 35 a 39 años con 10.3%.

Tabla 20. Tasa de Notificación de Hepatitis A por grupo de edad, Bogotá D.C, año 2016.

Grupo de edad	Población año 2016	Casos	Proporción de notificación *100,000 hab	Casos fuera de Bogotá
Menor de 1 año	121692	0	0,0	0
De 1 a 4 años	483758	4	0,8	1
De 5 - 9 años	600078	5	0,8	2
10-14 años	603336	6	1,0	0
15-19 años	637600	11	1,7	1
20-24 años	673222	41	6,1	6
25-29 años	640632	43	6,7	1
30-34 años	656789	28	4,3	1
35-39 años	628185	20	3,2	0
40-44 años	547958	12	2,2	0
45-49 años	518352	8	1,5	1
50-54 años	497879	10	2,0	1
55-59 años	423052	1	0,2	0
60-64 años	325516	0	0,0	0
65-69 años	241887	3	1,2	0
70-74 años	167928	1	0,6	0
75-79 años	107806	1	0,9	0
80 y más años	104331	0	0,0	0
TOTAL	7980001	194	2,4	14

Fuente: SIVIGILA - Proyección poblacional DANE. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016

La proporción de notificación por localidad de residencia, muestra mayor concentración en las localidades de Chapinero (14.2 casos x 100.000 hab), Santafé (8.3 casos x 100.000 hab), Teusaquillo (7.1 casos x 100.000 hab) comportamiento similar al año 2015.

Tabla 21. Tasa de notificación de Hepatitis A según localidad de residencia, Bogotá D.C, año 2016.

Localidad		Población año 2016	Casos	Proporción de notificación *100,000 hab
1	Usaquén	472908	16	3,4
2	Chapinero	126951	18	14,2
3	Santafé	96534	8	8,3
4	San Cristóbal	396383	6	1,5
5	Usme	337152	1	0,3
6	Tunjuelito	189522	3	1,6
7	Bosa	709039	11	1,6
8	Kennedy	1187315	26	2,2
9	Fontibón	403519	10	2,5
10	Engativà	873243	17	1,9
11	Suba	1250734	37	3,0
12	Barrios Unidos	263883	4	1,5

Localidad		Población año 2016	Casos	Proporción de notificación *100,000 hab
13	Teusaquillo	140767	10	7,1
14	Mártires	94130	2	2,1
15	Antonio Nariño	109277	4	3,7
16	Puente Aranda	225220	10	4,4
17	Candelaria	22633	1	4,4
18	Rafael Uribe	353761	4	1,1
19	Ciudad Bolívar	719700	4	0,6
20	Sumapaz	7330	0	0,0
Sin dato		ND	2	ND
Total		7980001	194	2,4

Fuente: SIVIGILA - Proyección poblacional DANE. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016

En la tabla anterior se presenta la distribución de casos de Hepatitis A por Empresa Administradora de Plan de Beneficios (EAPB) y por tipo de afiliación al régimen de seguridad social en salud, siendo el régimen contributivo el que aporta el mayor número de casos 91.7% (178 casos) notificados de hepatitis A.

Tabla 22. Distribución de casos de Hepatitis A notificados por Régimen de Seguridad Social, Bogotá D.C, año 2016

EAPB	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Otros	Total general
Compensar E.P.S.	41	1	0	0	42
Famisanar E.P.S. Ltda.	40	0	0	0	40
Sanitas E.P.S. S.A.	31	0	0	0	31
Cafesalud E.P.S. S.A.	15	0	0	0	15
Aliansalud	11	0	0	0	11
Nueva Eps	11	0	0	0	11
Salud Total S.A. E.P.S.	8	1	0	0	9
No Afiliado	0	0	6	1	7
Sura E.P.S	6	0	0	0	6
Colsanitas	4	0	0	1	5
Cruz Blanca Eps S.A.	4	0	0	0	4
Capital Salud Eps-S S.A.S.	0	3	0	0	3
Coomeva E.P.S. S.A.	3	0	0	0	3
Capital Salud Epss S.A.S.	0	1	0	0	1
Colpatria S.A Medicina Prepagada	1	0	0	0	1
Fiduprevisora S.A	0	0	0	1	1
Fuerzas Militares	0	0	0	1	1
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.	1	0	0	0	1
Medisalud Compañía Colombiana De Medicina Prepagada S.A.	1	0	0	0	1
S.O.S.Servicio Occidental De Salud Eps. S.A.	1	0	0	0	1

EAPB	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Otros	Total general
Total	178	6	6	4	194

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016

Respecto a la presentación de brotes, por el sistema de urgencias y emergencias se atendieron 9 casos durante el año 2016, los cuales no se configuraron como brotes de hepatitis A al tratarse de casos individuales presentados en vivienda. En la siguiente tabla se registran los casos atendidos.

Tabla 23. Casos presentados y atendidos de hepatitis A, Bogotá D.C, Año 2016.

Lugar del evento	Semana epidemiológica	Número de casos	Localidad
VIVIENDA	8	1	Engativa
	25	1	Ciudad Bolívar
	28	1	Engativa
	37	1	Fontibón
	42	1	Engativa
	43	1	Ciudad Bolívar
	44	1	Engativa
	44	1	Engativa
	50	1	Engativa

Fuente: Base de datos Urgencias y Emergencias. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016

Frente a los indicadores de la vigilancia en Hepatitis A para el año 2016 se presenta una proporción de incidencia de 2.3 casos x cada 100.000 habitantes, en comparación con el año 2015 se presenta un aumento de 87 casos con una proporción de incidencia de 1.3 casos x cada 100.000 habitante. Durante el periodo analizado no se han presentado casos con condición final muerto, por lo tanto, la tasa de letalidad por Hepatitis A se presenta en 0 el indicador.

Por el sistema de urgencias y emergencias ingresaron 9 casos durante el año 2016, los cuales no se configuraron como brotes de hepatitis A por tratarse de casos individuales presentados en vivienda. De estos casos, 3 fueron visitas fallidas, dos por dirección y teléfono errado y uno de ellos por no aceptar la visita. En la siguiente tabla se registran los casos presentados.

Tabla 24. Indicadores de la vigilancia de Hepatitis A, Bogotá D.C, 2014 a 2016

Indicador	Meta	Valor indicador año 2014	Valor indicador año 2015	Valor indicador año 2016
Proporción de incidencia casos Hepatitis A	NA	4,6	1,3	2,3
Letalidad casos Hepatitis A	NA	0	0	0

Fuente: SIVIGILA - Proyección poblacional DANE. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2014 a 2016

Meningitis

Para el año 2016 se notificaron 161 casos de odas las meningitis bacterianas, de los cuales 127 casos eran residentes en Bogotá. Teniendo en cuenta que la vigilancia en Colombia continúa siendo principalmente por las meningitis, del tipo *Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae*, se notificaron 80 casos de estos agentes etiológicos, de los cuales el 83,8% (67casos) tenían residencia en Bogotá, confirmándose 12 casos de meningitis por Haemophilus influenzae, 33 por meningococo y 22 de neumococo.

En las siguientes tablas se presenta el comportamiento de la tasa de notificación por localidad de residencia y según los grupos de edad respectivamente de los casos confirmados de meningitis bacteriana.

Tabla 25. Tasa de notificación de meningitis por localidad de residencia. Semana epidemiológica 1 a la 52. Bogotá D.C, 2016

LOCALIDADES	Población AÑO 2016	M. *Haemophilus influenzae*		M. *meningococcica*		M. *S. pneumoniae*	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1 Usaquén	**472908**	1	0,2	1	0,2	4	0,8
2 Chapinero	**126951**	0	0	0	0,0	0	0,0
3 Santafé	**96534**	0	0	0	0,0	2	2,1
4 San Cristóbal	**396383**	1	0,3	2	0,5	2	0,5
5 Usme	**337152**	1	0,3	1	0,3	0	0,0
6 Tunjuelito	**189522**	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 Bosa	**709039**	1	0,1	6	0,8	1	0,1
8 Kennedy	**1187315**	1	0,1	4	0,3	3	0,3
9 Fontibón	**403519**	0	0	3	0,7	1	0,2
10 Engativá	**873243**	1	0,1	2	0,2	1	0,1
11 Suba	**1250734**	2	0,2	4	0,3	1	0,1
12 Barrios Unidos	**263883**	1	0,4	2	0,8	1	0,4
13 Teusaquillo	**140767**	0	0	1	0,7	0	0,0
14 Mártires	**94130**	0	0	1	1,1	0	0,0

LOCALIDADES	Población AÑO 2016	M. *Haemophilus influenzae*		M. *meningococcica*		M. *S. pneumoniae*	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
15 Antonio Nariño	**109277**	0	0	0	0,0	1	0,9
16 Puente Aranda	**225220**	0	0	1	0,4	0	0,0
17 Candelaria	**22633**	0	0	0	0,0	0	0,0
18 Rafael Uribe	**353761**	1	0,3	3	0,8	1	0,3
19 Ciudad Bolívar	**719700**	2	0,3	2	0,3	4	0,6
20 Sumapaz	**7330**	0	0	0	0,0	0	0,0
FUERA DE BOGOTA		1		3		9	
BOGOTA SIN DIR		0				0	
TOTAL	7980001	13	0,16	36	0,5	31	0,4

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Datos preliminares.

Para los casos residentes en el Distrito, entre el 2015 y 2016 se muestra una tendencia regular, presentando tasas de incidencia para neumococo entre 0.5 y 0.4 casos por 100000 habitantes respectivamente, 0.13 y 0.16 para *Haemophilus influenzae* y 0,4 y 0,5 para meningococo. De acuerdo a las localidades donde se presentaron los casos, se observó una distribución uniforme en todas las localidades.

El comportamiento por grupo de edad, tanto en la meningitis por meningococo (*Neisseria meningitidis*) como la de *Haemophilus influenzae*, muestran tendencia a afectar la población infantil, donde se presentaron más casos en comparación con los otros grupos de edad; mientras que la meningitis por neumococo presenta una distribución homogénea en todos los grupos de edad.

Tabla 26. Tasa de notificación de meningitis por grupo de edad. Semana epidemiológica 1 a la 52. Bogotá D.C, 2016

GRUPO DE EDAD	Población AÑO 2016	M. *Haemophilus influenzae*		M. meningococcica		M. S. pneumoniae		FUERA DE BOGOTA
		Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Menor de 1 año	**121692**	6	4,9	8	6,6	1	0,8	8
De 1 a 4 años	**483758**	1	0,2	6	1,2	1	0,2	6
De 5 - 9 años	**600078**	1	0,2	1	0,2	2	0,3	2
10-14 años	**603336**	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1
15-19 años	**637600**	0	0,0	4	0,6	2	0,3	3
20-24 años	**673222**	0	0,0	2	0,3		0,0	2
25-29 años	**640632**	0	0,0	1	0,2	1	0,2	3
30-34 años	**656789**	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0
35-39 años	**628185**	0	0,0	2	0,3	3	0,5	1
40-44 años	**547958**	0	0,0	2	0,4	2	0,4	1
45-49 años	**518352**	2	0,4	0	0,0		0,0	4
50-54 años	**497879**	0	0,0	2	0,4		0,0	0
55-59 años	**423052**	1	0,2	1	0,2	3	0,7	1
60-64 años	**325516**	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1
65-69 años	**241887**	0	0,0	1	0,4	1	0,4	0

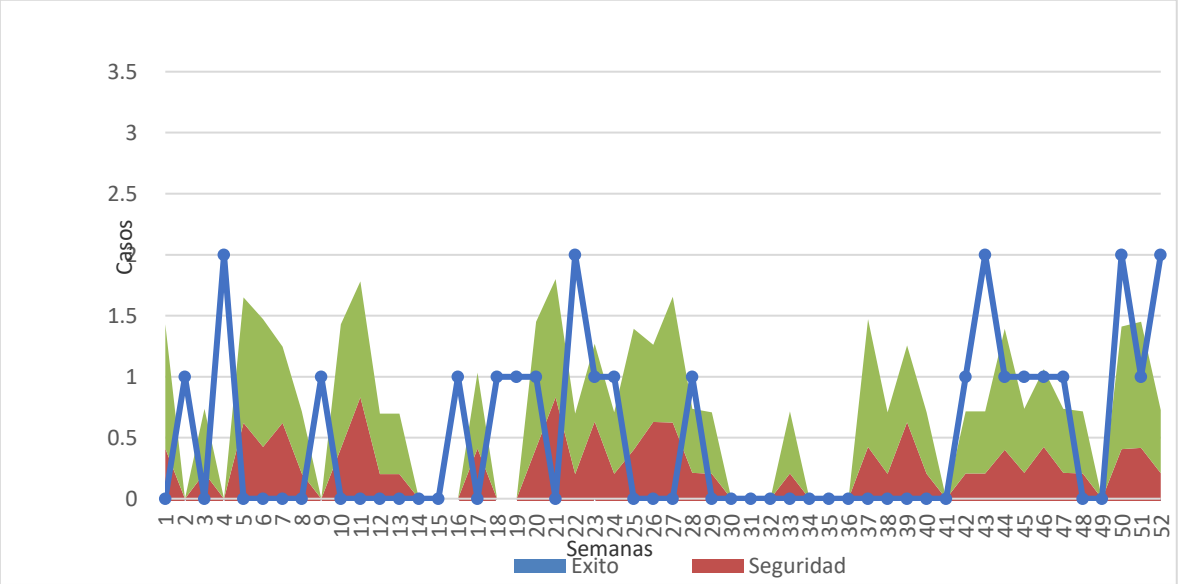
GRUPO DE EDAD	Población AÑO 2016	M. *Haemophilus influenzae*		M. meningococcica		M. S. pneumoniae		FUERA DE BOGOTA
		Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
70-74 años	**167928**	0	0,0	1	0,6	2	1,2	0
75-79 años	**107806**	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0
80 y más años	**104331**	0	0,0	1	1,0		0,0	1
TOTAL	7980001	12	0,2	33	0,4	22	0,3	33

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

Las meningitis por meningococo presentaron un aumento importante en la presentación de casos con respecto al 2015, pasando de 28 casos en el 2015 a 36 en el 2016. En la vigilancia desde el laboratorio, se identificó que el serogrupo C es el de mayor circulación para el 2016 con un 86% de los cultivos aislados (n=14) en comparación con el serogrupo B con 7,14% que había circulado con mayor frecuencia en el año 2014, en el 2015tenía tendencia al aumento. para pasar en el 2016 a 1 sólo aislamiento de *Neisseria meningitidis* (meningococo) para el serogrupo B y uno para el serogrupo Y.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la meningitis meningocóccica entre los años 2011 a 2016, se evidencia que para estos años se presentan picos en las mismas semanas epidemiológicas; sin embargo, es importante tener en cuenta que para el año 2016 se presento un aumento de casos. Para meningitis meningocócica, el éxito es no tener casos, el tener en promedio más de 1,5 casos se considera zona de alarma, lo que indica que todo el año 2016 estuvimos en zona de alarma, sin embargo, este comportamiento se ve influenciado por el aumento de casos en el mismo periodo de 2015.

Grafico 40. Canal Endémico de meningitis por Neisseria meningitidis, Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

Tabla 27. Indicadores de vigilancia de Meningitis, Bogotá D.C, año 2016

INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTR	TERCER TRIMEST	CUART O	CONSOLIDADO ACUMULADO
	CALCULO FINAL	CALCULO FINAL	CALCULO FINAL	ALCULO FINA	CALCULO FINAL
Porcentaje de casos con muestra de sangre o LCR adecuada	87,5	100,0	95,0	82,8	91,3
Incidencia de casos de HIb en menores de cinco años	0,5	0,0	0,5	0,0	1,2
Incidencia de casos de meningitis por neumococo en menores de 5 años	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Incidencia de meningitis por Haemophilusinfluenzae (Hi), Streptococopneumoniae (Spn), Neisseriameningitidis (Nm) en población general.	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
Proporción de meningitis por Haemophilusinfluenzae (Hi), Streptococcuspneumoniae (Spn) y Neisseriameningitidis (Nm) con relación a las meningitis bacterianas en total.	93,8	81,3	89,5	75,0	85,1
Porcentaje de casos configurados	100,0	93,8	73,7	100,0	91,0

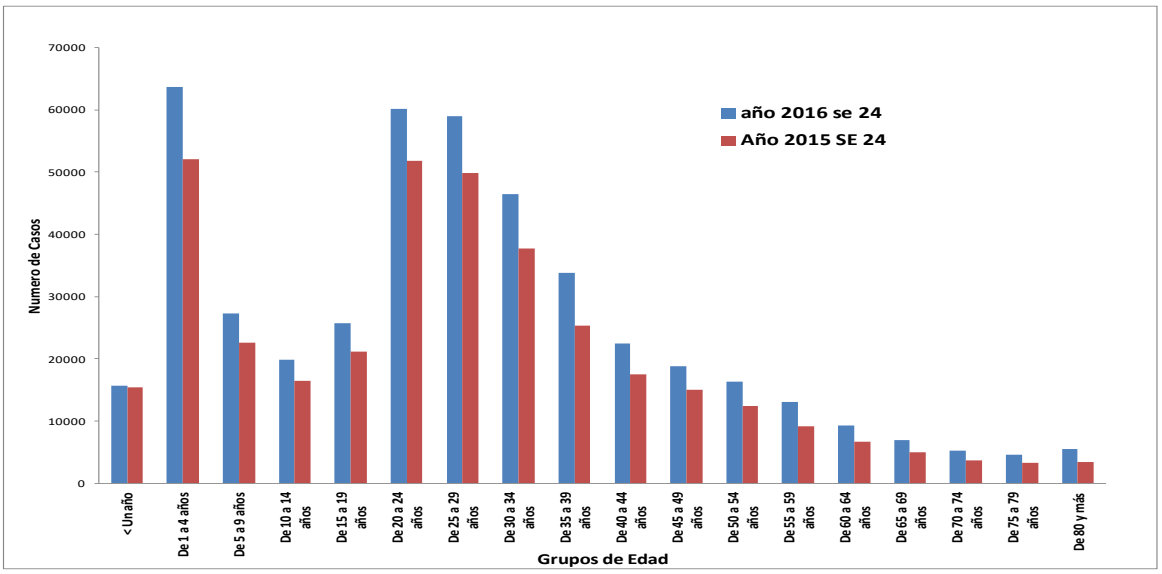
Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

Enfermedad Diarreica Aguda

El seguimiento de la incidencia de la EDA se realiza a través de la notificación colectiva al SIVIGILA, con distribución por grupos etarios, como se observa en la siguiente Gráfica. Los datos consisten en atenciones tanto de los servicios de consulta externa como los servicios de urgencias y hospitalización. En la Gráfica,

se presenta comparativo años 2015 y 2016 donde se observa aumento para todos los grupos de edad principalmente en los menores de 5 años con el 9.3% respecto al año anterior.

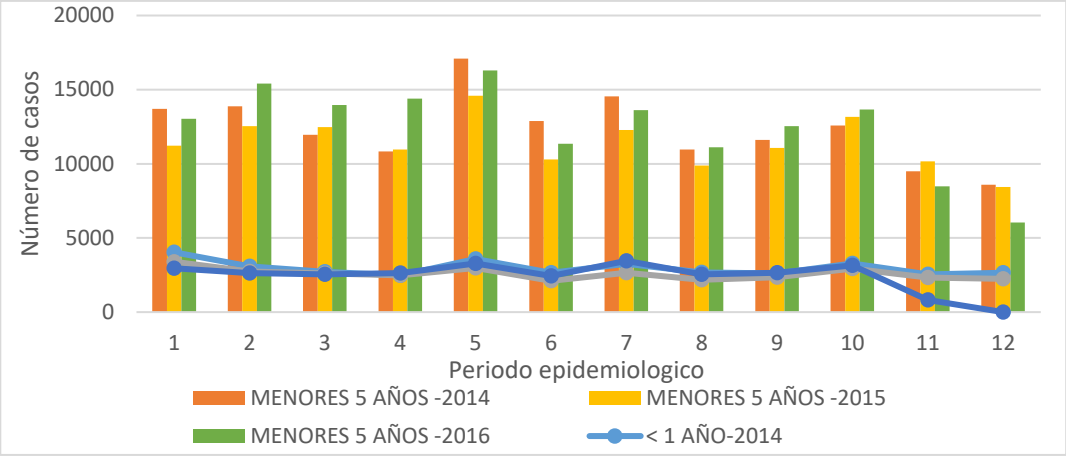
Grafico 41. Comportamiento de la notificación de EDA. Bogotá D.C, Años 2015-2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS.

En la siguiente gráfica se presenta el comportamiento de la notificación para los grupos de menores de un año y de 1 a 5 años, evidenciándose un comportamiento similar en los dos grupos de edad, con variaciones en algunos periodos epidemiológicos, pero sin mostrar un aumento importante en el reporte de casos.

Grafico 42. Comportamiento de la notificación de EDA en menores de 5 años. Bogotá D.C, Año 2014 a 2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS.

De manera integral frente a la EDA se evalúa el indicador trazador de mortalidad por EDA, al cual se realiza seguimiento a través de Estadísticas Vitales. Este indicador para el 2016 aumento respecto al 2015 pasando de 0,2 a 0,5 muertes por 100000 menores de 5 años (1 caso a 3 casos). De estos 3 casos notificados por estadísticas vitales hay uno pendiente por definir causa básica de mortalidad ya que fue enviado a necropsia clínica al Instituto de Medicina Legal; en este análisis se identificaron demoras en el desconocimiento en protocolos y guías de manejo clínico al no evaluar el riesgo frente a comorbilidades que el caso presentaba. Las otras dos mortalidades presentaron demoras desde el desconocimiento del problema por parte del cuidador por inadecuada educación desde la atención primaria en signos de alarma y por falta de promoción y prevención. Las otras demoras son principalmente en la calidad de la atención, tardía remisión a nivel superior, no valoración integral AIEPI entre otras.

Vigilancia centinela de la EDA

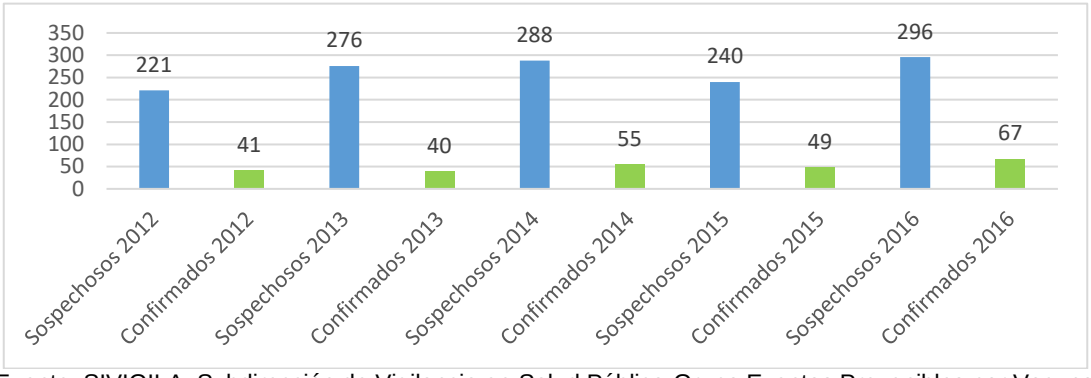
La vigilancia centinela de la EDA incluye la identificación de agentes virales, bacterianos y parasitarios. Estos últimos realizados directamente por la Institución que atiende el caso.

Durante el año 2016, se han notificado al sistema de vigilancia un total de 296 casos que cumplieron con la definición de caso. En comparación con el año inmediatamente anterior se observó un aumento en la notificación del 19% (240 casos 2015), cabe aclarar que la notificación de los casos, en este evento particular no se realiza de manera inmediata, por lo cual aún se encuentra en proceso de revisión, ajuste de los casos, sumado a ello, el INS realiza control de calidad por lo cual es posible que realicen algunos ajustes en la clasificación final. (A la fecha por directriz de INS la base de datos de este evento no se ha cerrado)

En la siguiente Gráfica se presenta el total de casos sospechosos y confirmados en total para los años 2012 a 2016 manteniendo en promedio una notificación

de 264 casos para los 5 años y un promedio de confirmación de 50 casos.

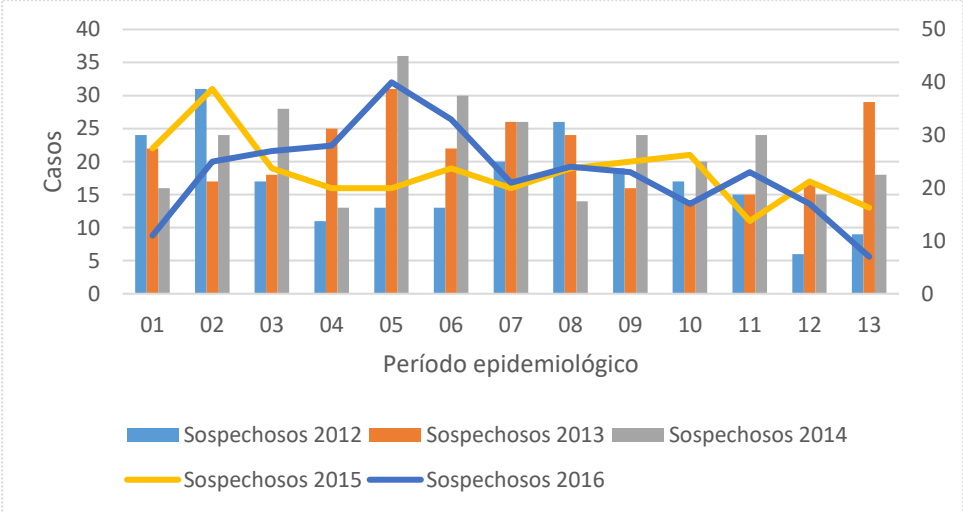
Grafico 43. Casos Notificados y confirmados para la vigilancia centinela de EDA en Bogotá D.C, 2012-2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

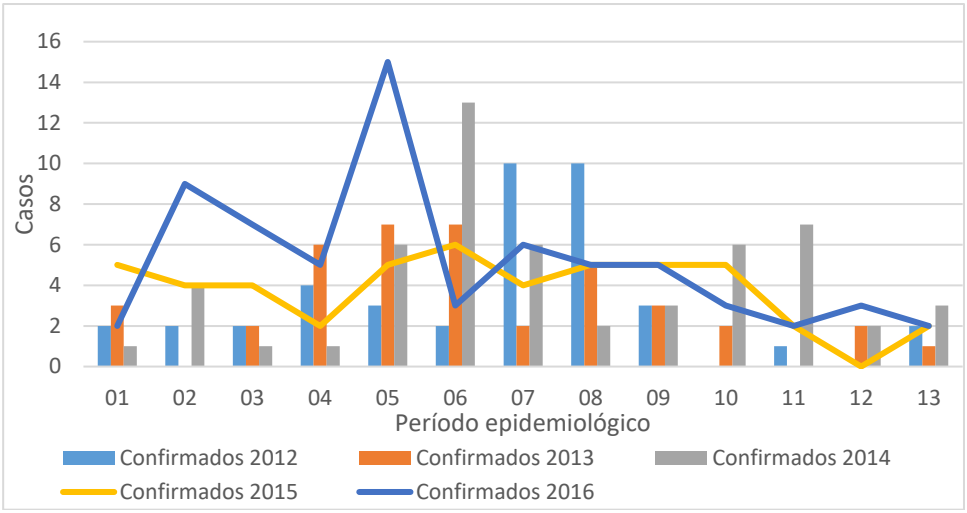
En los siguientes gráficos se muestra el comportamiento de la notificación y confirmación de casos respectivamente a través de la vigilancia de EDA centinela entre los años 2012 a 2016, observándose picos hacia el segundo período epidemiológico para el 2012 y 2015 mientras que para los años 2013, 2014 y 2016 el pico se presentó en el período 5.

Grafico 44. Comportamiento de la notificación de casos sospechosos de EDA. Bogotá D.C, 2012 a 2015.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

Grafico 45. Comportamiento de la notificación de casos confirmados de EDA. Bogotá D.C, 2012 a 2016.

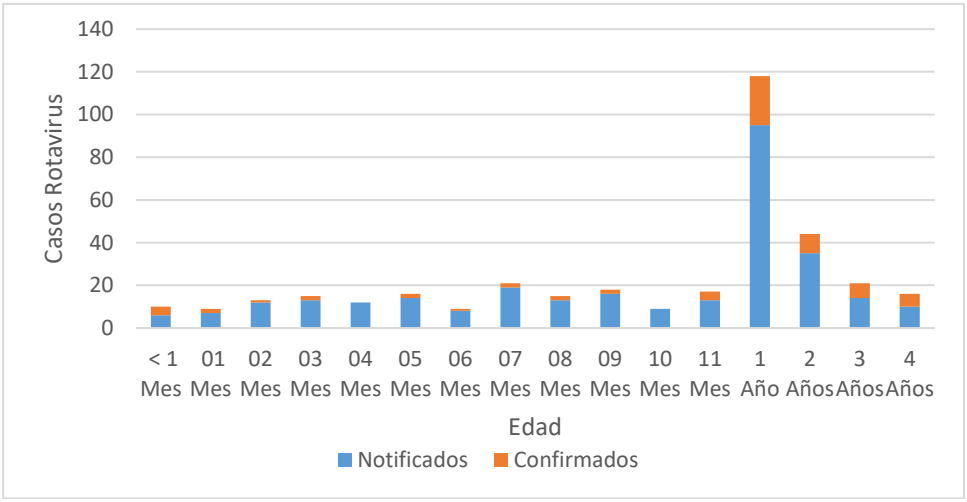


Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

En la siguiente gráfica se presentan los casos notificados y confirmados por grupos de edad, observando predominio de notificación y confirmación en el grupo de 1 año y 2 años.

Vigilancia Centinela de EDA

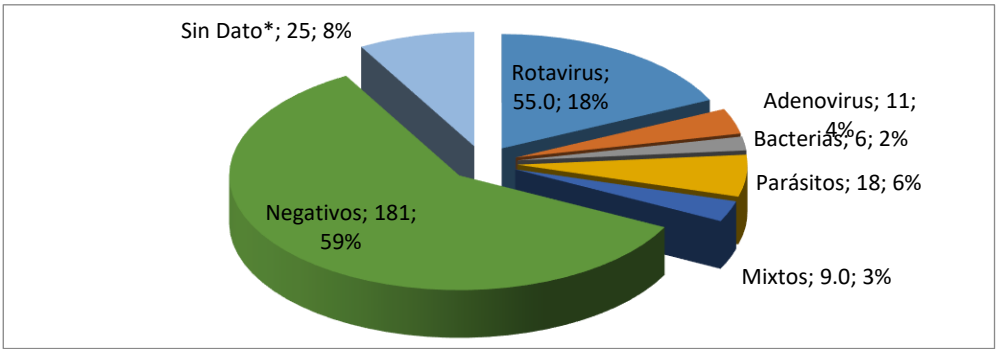
Grafico 46. Casos sospechosos y confirmados de rotavirus en menores de 5 años. Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

La vigilancia centinela del DC contempla la realización de los tres componentes; virus, bacterias y parásitos, en la gráfica xx se contempla los porcentaje de positividad para estos tres componentes, donde el rotavirus se comporta como el agente etiológico más relacionados con la EDA (19%) seguido de parásitos con un 4%, adenovirus con un 3% y de manera asociada el Rotavirus con otros agentes etiológicos, con una positividad del 3%.

Grafico 47. Porcentaje de positividad de agentes etiológicos de la EDA. Bogotá D.C, 2016.



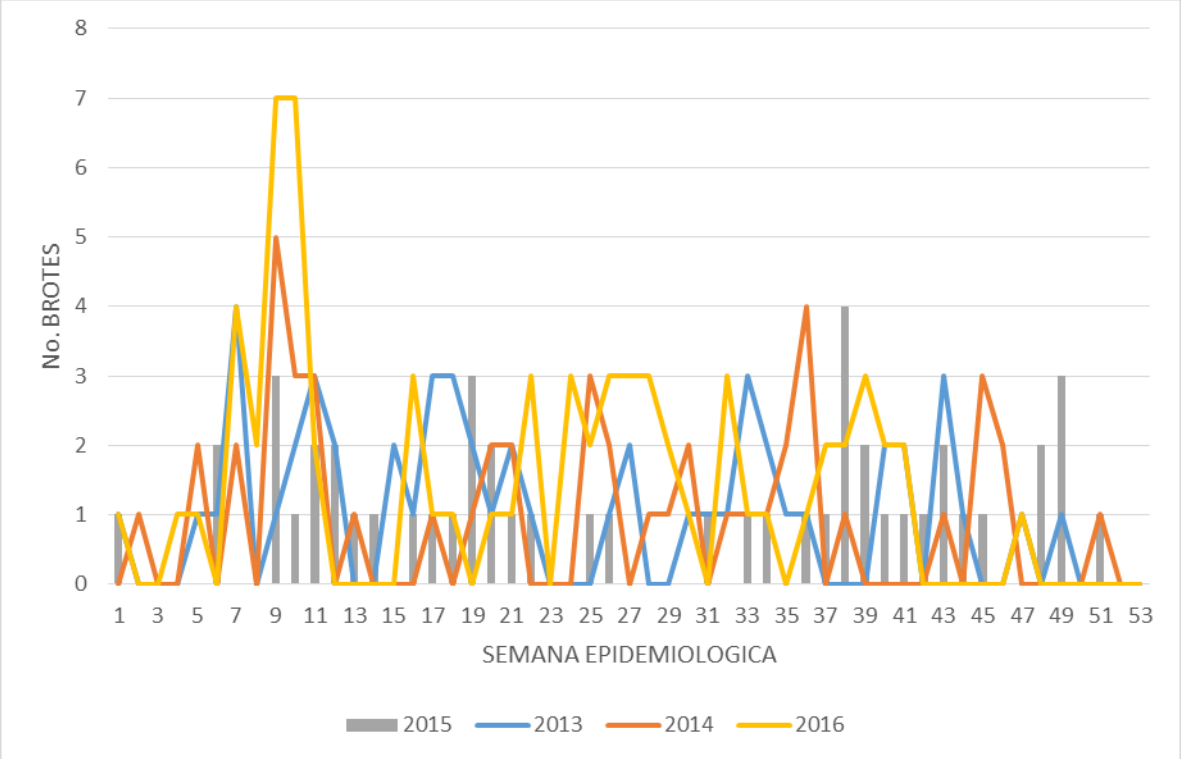
Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS

Brotes de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Durante el año 2016 las Unidades Comando recibieron notificación de 75 brotes de EDA, presentando un aumento del número de brotes de 28.5% más que en el año 2015 (n=50).

En la gráfica se muestra la distribución de brotes de EDA por semana epidemiológica desde el año 2013 a 2016, donde se evidencia un pico entre SE 9 y 10 de 2016

Grafico 48. Numero de Brotes de EDA por semana epidemiológica y tipo de brote. Bogotá D.C. 2013 a 2016



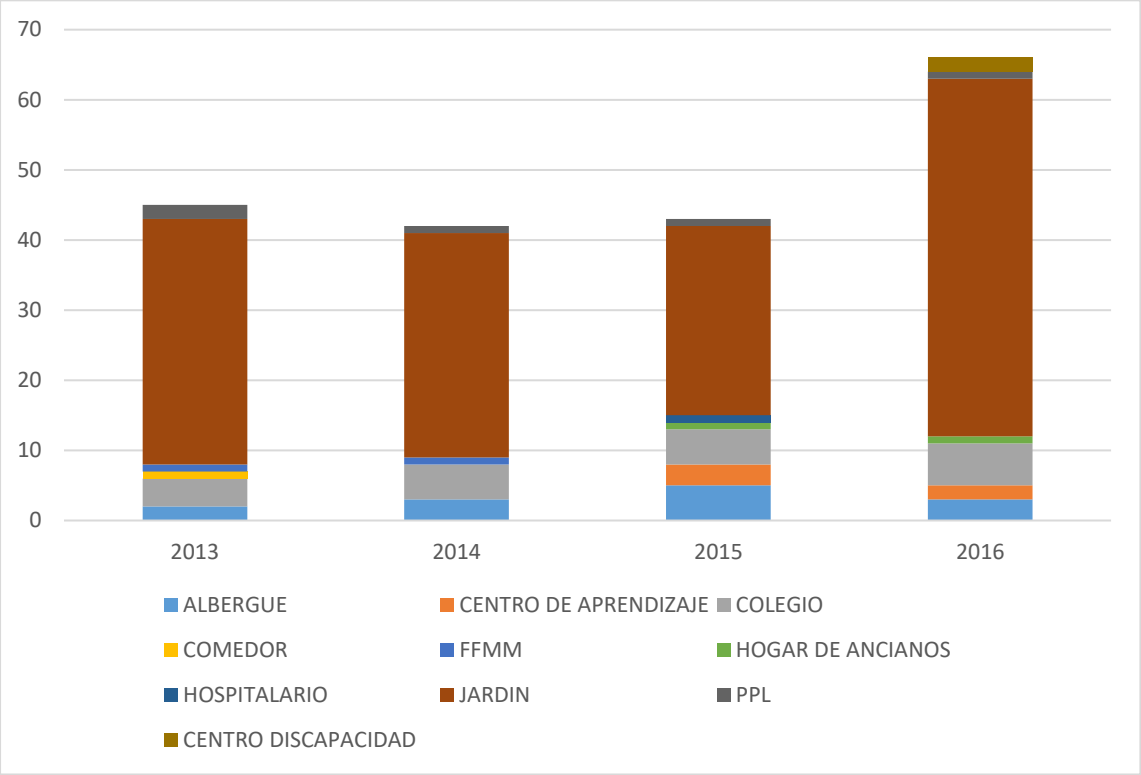
FUENTE: UCSP Nivel Central

De acuerdo al tipo de establecimiento donde se presentaron los brotes de EDA,

el 94% (n= 66) son brotes institucionales, el 3% (n=2) corresponden a brotes familiares y el 1.5% a brotes empresariales (n=1) y comunitarios 1.5% (n=1).

Dentro de los brotes institucionales el 76% corresponden a brotes presentados en jardines infantiles, el 9% se presentó en colegios, el 4.5% en albergues, el 4% en centros de aprendizaje y el 6.5% restante en otros instituciones entre ellas población privada de la libertad, centros de discapacidad, hogares de ancianos, etc.

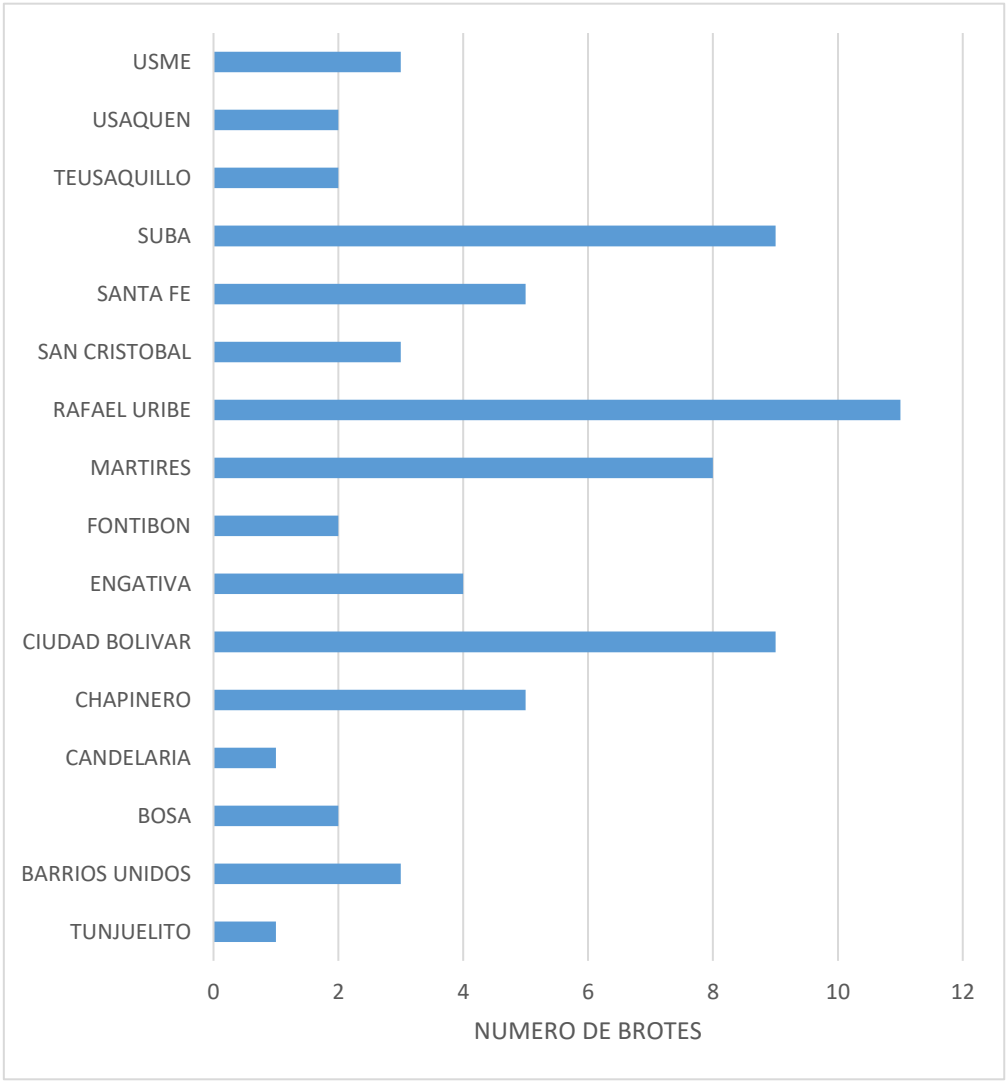
Grafico 49. Proporción de Brotes institucionales de EDA. Bogotá D.C. 2013 -2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Cuando se analizan el número de brotes de acuerdo a la localidad de ocurrencia se encuentra que para el año 2016, las localidades más afectadas fueron: Rafael Uribe (n=11), Ciudad Bolívar y Suba (n=9), y Mártires (n=8).

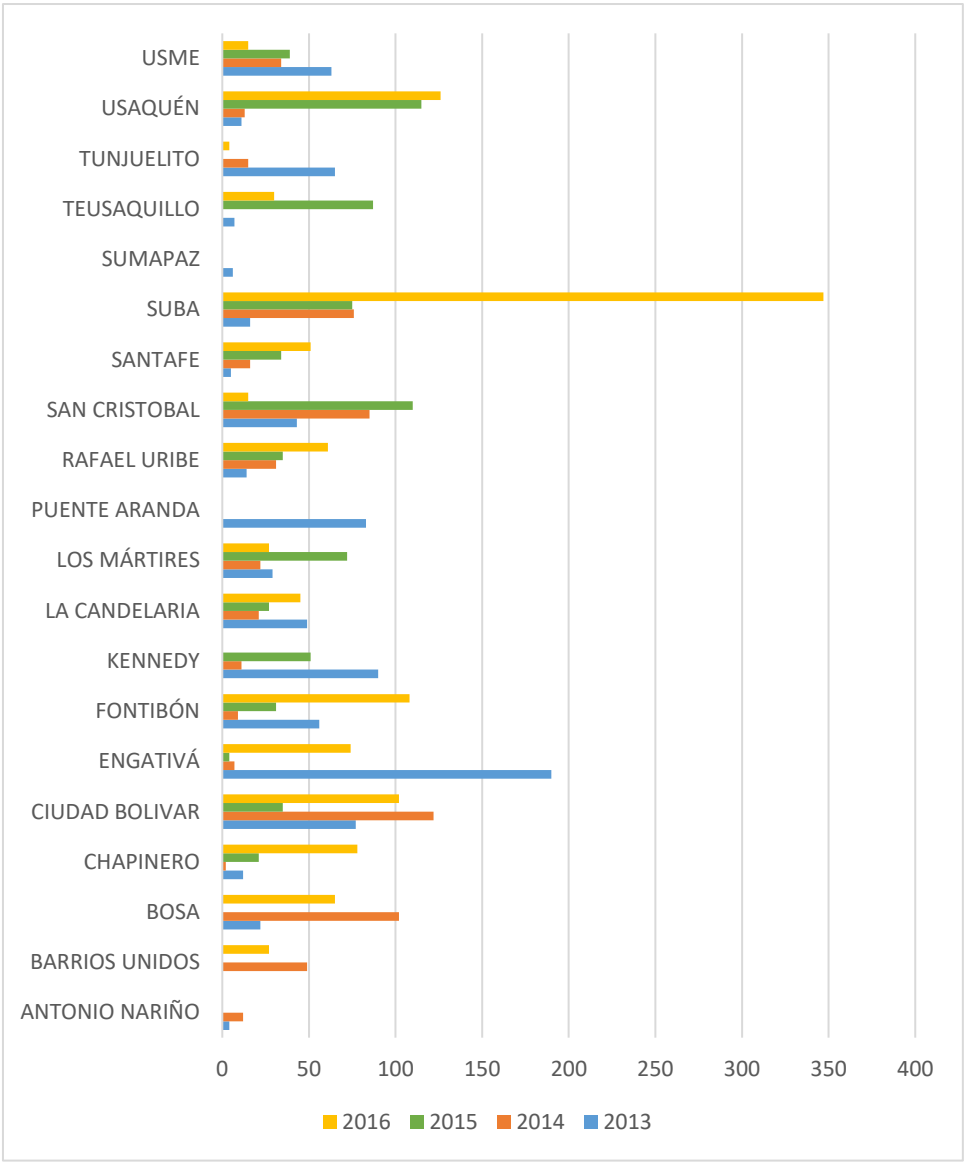
Grafico 50. Número de Brotes de EDA por localidad. Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

En el año 2016 se presentó un total de 1.175 casos asociados a brotes de EDA, y al analizar las localidades con mayor número de casos se encuentra que las más afectadas fueron: Suba (n=347), Usaquén (n=126) y Fontibón (n=108).

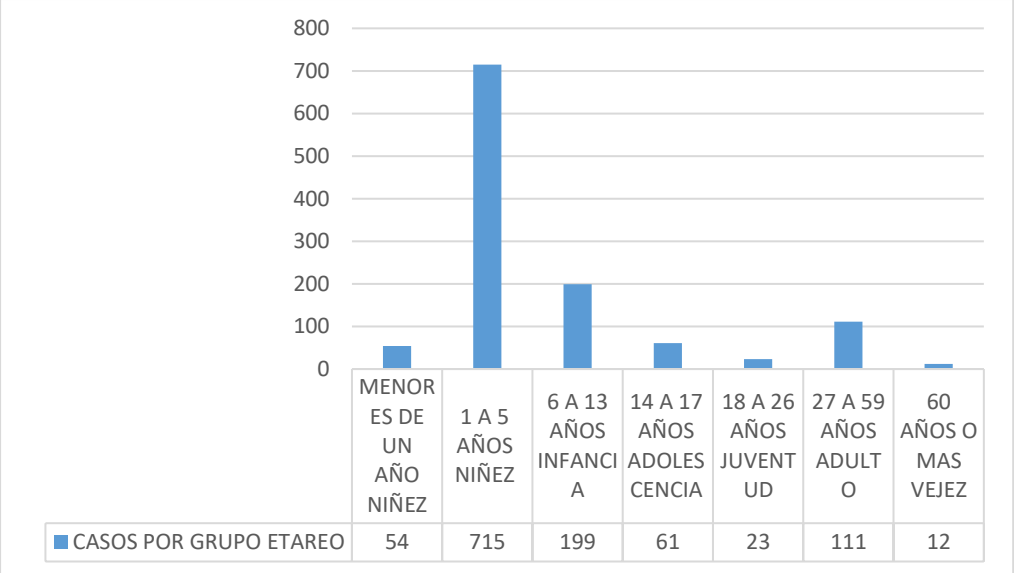
Grafico 51. Numero de casos de EDA asociado a brotes por localidad. Bogotá D.C. 2013 – 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Según la edad de los casos de EDA asociados a brotes se encuentra que el 61% tenían entre 1 y 5 años de edad (n=715), el 17% entre 6 y 13 años (n=199) y un 9% fueron adultos entre 29 y 57 años (n=11), el restante 13% se distribuye en los demás grupos etáreos.

Grafico 52.Casos de EDA asociado a brotes de EDA por grupo etareo. Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

En el 7% (n=5) de los brotes de EDA se realizó cierre preventivo y concertado con la institución por presentar tasa de ataque superior al 10%.

Dentro de los hallazgos encontrados durante las investigaciones epidemiológicas de campo se encuentra que los factores de riesgo más comunes son las bajas adherencias a los protocolos de limpieza y desinfección, ausencia de educación en padres y cuidadores con respecto al hábito de lavado de manos y contaminación cruzada.

Tabla 28. Comportamiento epidemiológico de los brotes de EDA. Bogotá D.C. 2016

CARACTERISTICA		2013	2014	2015	2016
No. DE BROTES		54	49	50	70
% TIPO DE BROTE	**COMUNIDAD**	1	0	0	1
	EMPRESARIAL	3	1	1	1
	FAMILIAR	2	6	5	2
	INSTITUCIONAL	48	42	44	66
MEDIANA DE CASOS (Rango)		10 (Mín. 2, Máx. 105)	10 (Mín. 2, Máx. 67)	8,5 (Mín. 2, Máx. 115)	10(2-121)
% DE BROTES CON > 10 CASOS		50% (n=27)	47% (n=23)	44% (n=22)	40%(n=28)
% CICLO VITAL	**< 1 AÑO**	3%	3%	8%	5% (n=54)
	NIÑEZ	50%	73%	47%	61%(715)
	INFANCIA	10%	10%	24%	17% (n=199)
	ADOLESCENCIA	3%	0%	8%	5% (n=61)
	JUVENTUD	3%	6%	2%	2%(n=23)
	ADULTO	30%	8%	10%	9% (n=111)
	VEJEZ	0%	0%	1%	1%(n=12)

FUENTE: UCSP Nivel Central

En el 2016, las unidades comando en salud pública recibieron notificación de 75 brotes de EDA, pero solo 70 tuvieron investigación epidemiológica de campo, pues 5 de los brotes fueron fallidos.

INDICADORES	2013	2014	2015	2016
% BROTES CON IEC				
Total de brotes con IEC	54	49	50	70
Total de brotes notificados	54	49	54	75
TOTAL INDICADOR	**100%**	**100%**	**93%**	**93%**

FUENTE: UCSP Nivel Central

Vigilancia de Cólera

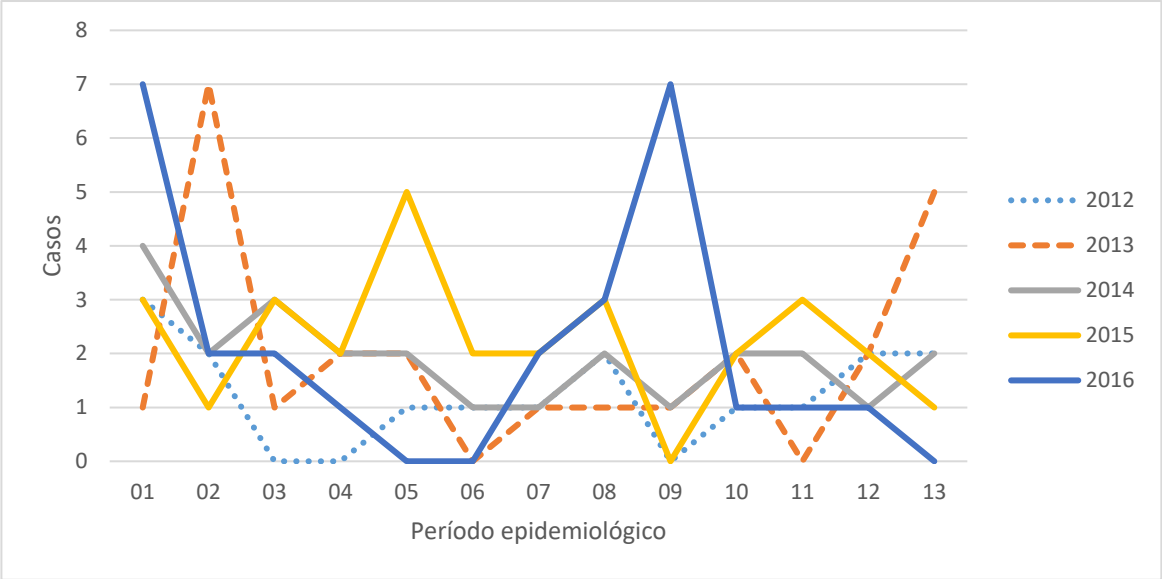
Para el año 2016 no se presentaron casos de Cólera por lo tanto no se presentan indicadores del evento.

Fiebre Tifoidea

Este evento continúa vigilándose de manera integrada dentro de la vigilancia de la EDA y se garantiza que desde el laboratorio se brinde la asesoría correspondiente junto con la recepción de cepas para confirmación del agente y pruebas complementarias.

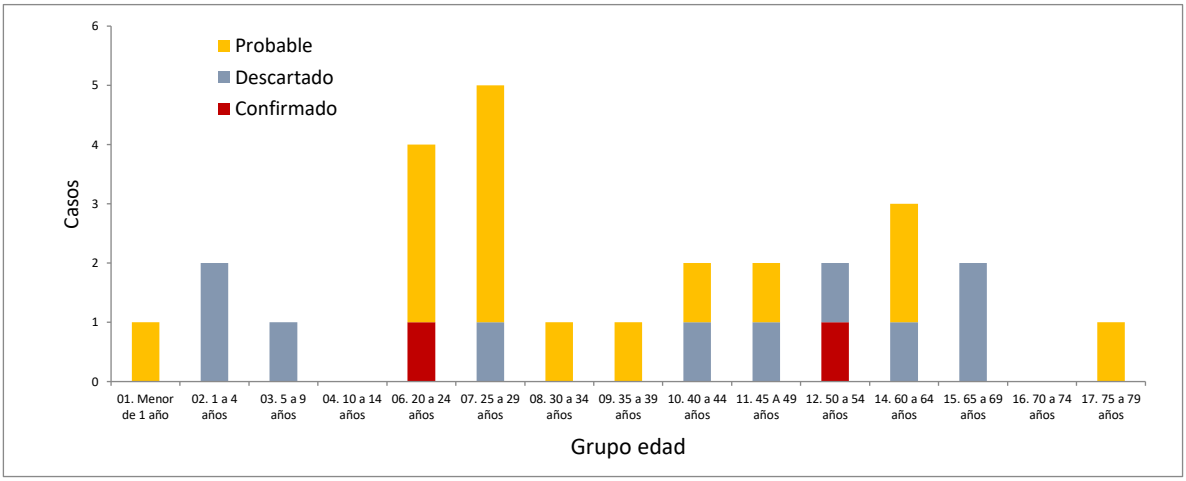
En la siguiente gráfica, se observa los casos por periodo epidemiológico con una notificación irregular a lo largo del año. Llama la atención el aumento de casos en la segunda semana del año, de manera atípica. En la gráfica se observa el comportamiento por grupo de edad siendo el grupo de 25 a 29 años en donde se agruparon la mayoría de los casos notificados. En la revisión de las investigaciones epidemiológicas de campo, se identificó que la mayoría de los casos de fiebre tifoidea, habían realizado algún desplazamiento fuera de la ciudad, especialmente a zonas donde no se cuenta con agua potable, esto constituye un riesgo para adquirir la bacteria. Esta situación no es evidenciada a nivel de las UPGD y por ende no se registra adecuadamente la procedencia en el sistema de vigilancia en Salud Pública.

Grafico 53. Comportamiento de la notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea por período epidemiológico, Bogotá D.C, 2012-2016.



Fuente: SIVIGILA-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna, año 2016, semana epidemiológica 1 a la 52.

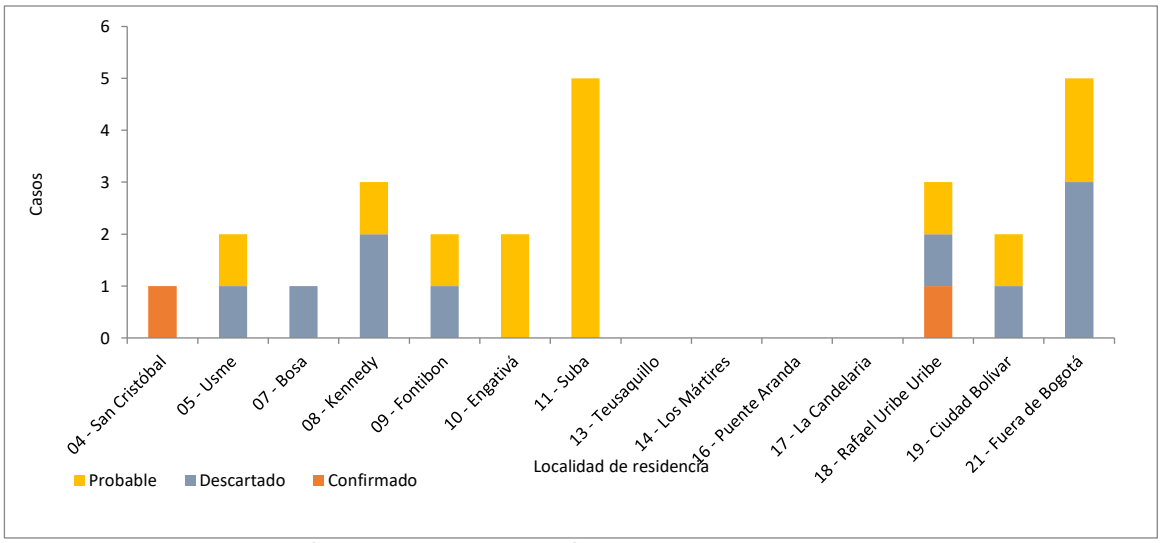
Grafico 54. Comportamiento de la notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupo de edad, Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52.

En la siguiente gráfica se observan los casos por localidad de residencia mostrando una concentracion de casos en las localidades de Suba, Kennedy, Rafael Uribe y un porcentaje importante de casos de procedencia Fuera de Bogotá.

Grafico 55. Casos notificados y confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea por localidad de residencia, Bogotá D.C, 2016.



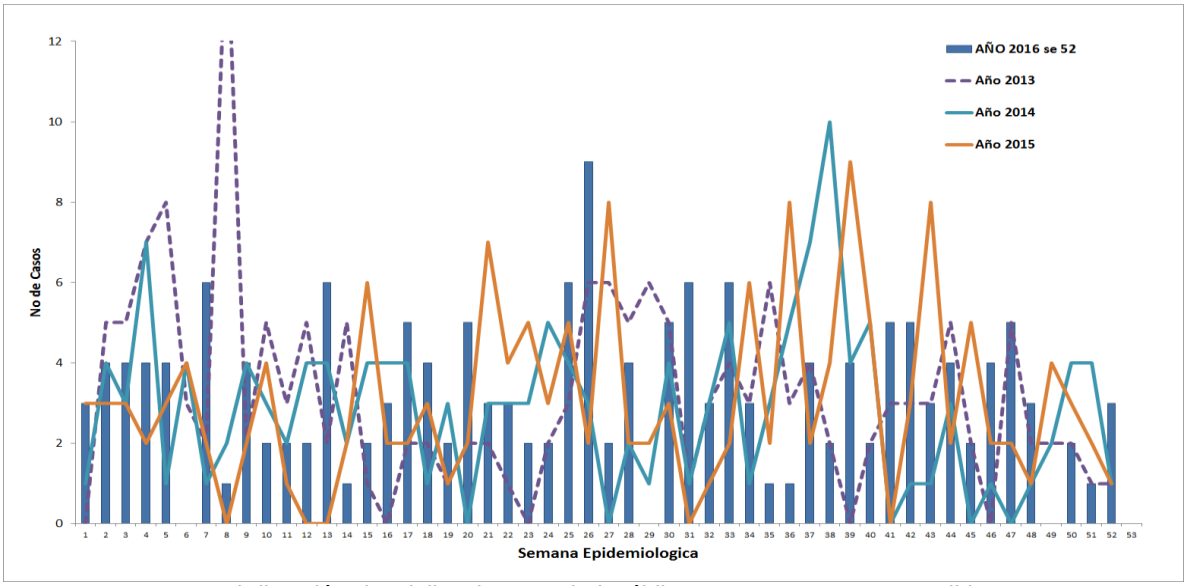
Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, Semana epidemiológica 1 a 52

Eventos Supuestamente Atribuídos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)

El seguimiento de los ESAVI, se realizan a través del protocolo nacional realizándose el ajuste y clasificación de acuerdo a los hallazgos encontrados en la investigación.

Para el periodo de semana epidemiológica 1 a la 52, en el distrito se han notificado 169 casos de ESAVI, de los cuales el 53,2% (n: 90) correspondió a casos hospitalizados mientras que el 46,7% (n=79) restante no requirieron hospitalización para el manejo de su evento. En la siguiente se presenta la distribución de los casos de ESAVI de acuerdo a la semana epidemiológica en la que se notificó el caso; para el año 2016 se ha observado comportamiento irregular en comparación con los años anteriores, con tres aumentos atípicos en las semana 7, 13 y 26.

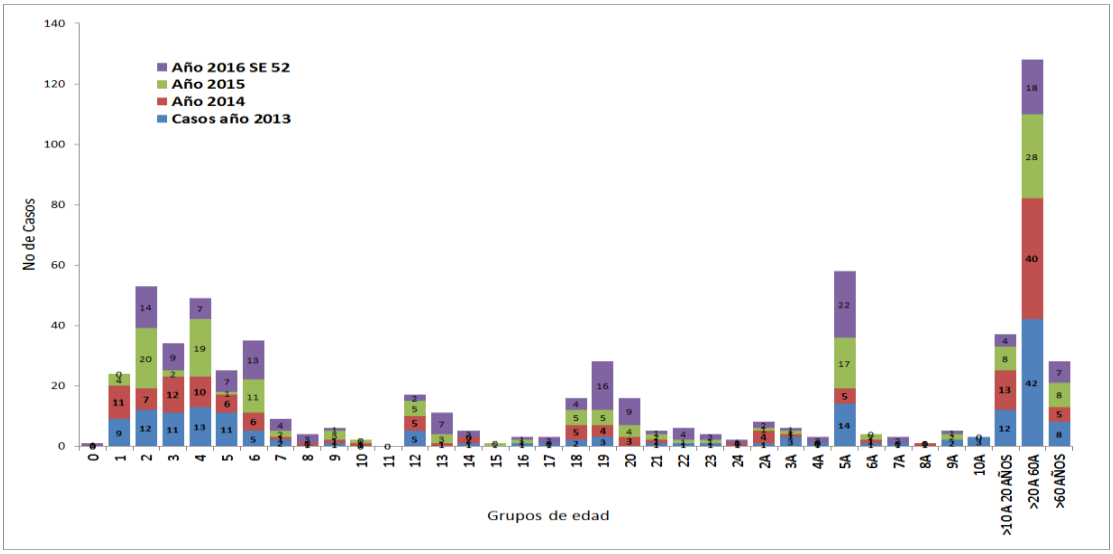
Grafico 56. Distribución de casos de ESAVI por semana epidemiológica, año 2013-2016. Bogotá D.C



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS**.** Año 2016 semana epidemiológica 1 a la 52

Por distribución de edad, las edades que más han reportado casos es el grupo de menores de 1 año y el grupo de 5 años. Para el periodo evaluado se observa de manera específica que el grupo de edad de 2 y 6 meses presenta el mayor número de casos notificados en comparación con los otros grupos. En otros grupos de edad, llama la atención el grupo de 19 y 20 años, el cual ha presentado un aumento en relación con los años anteriores y corresponde a los biológicos del primer refuerzo. Es de resaltar que el protocolo evalúa todos los grupos de edad y todos los biológicos, independiente si se trata de un biológico de costo o del programa PAI.

Grafico 57. Distribución de casos de ESAVI por edad, año 2013-2016, Bogotá, D.C

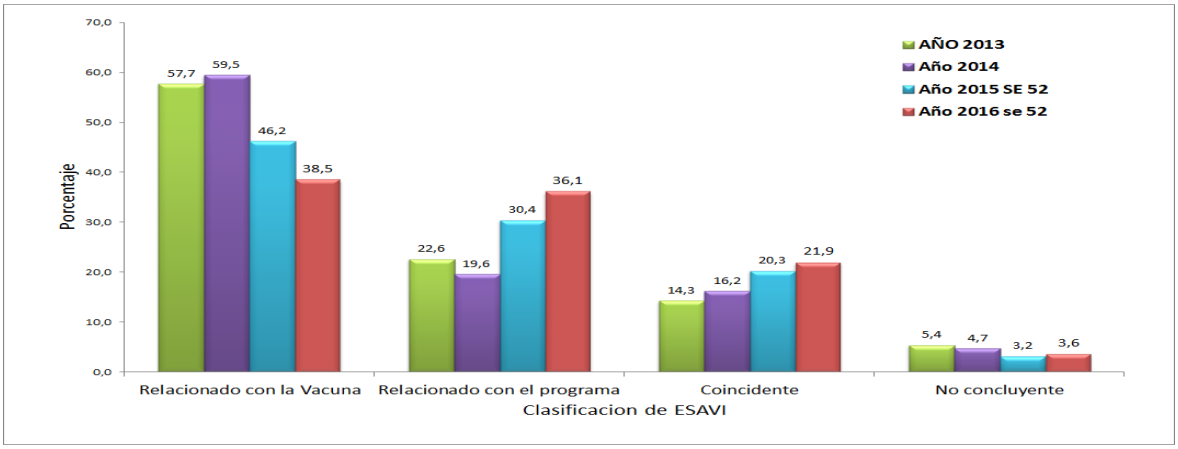


Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS.
NOTA: Los datos de menores de dos años se presentaron en meses.

Respecto a la clasificación final, el 38,5% de los casos han sido relacionados con la vacuna, el 36,1% relacionados con el programa, 21,9 % eventos coincidentes es decir, los pacientes presentaban una patología de base o cursaba con algún proceso infeccioso que coincidió con la vacunación y un 3,6% que se clasifico como no concluyente.

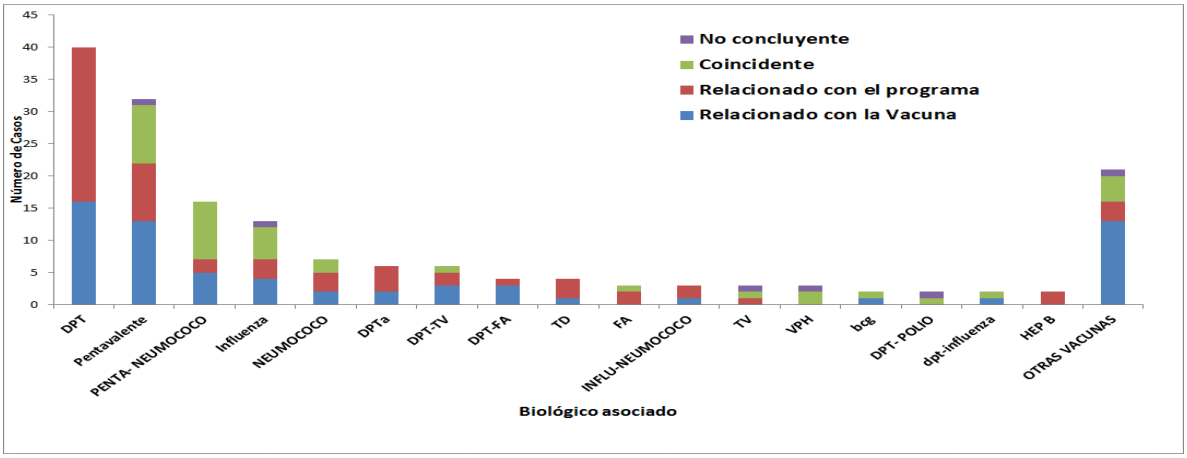
En relación con el biológico involucrado, la DPT seguido de la pentavalente, son los biológicos con el mayor porcentaje de casos de ESAVI aportando un 23,6% y 18,9% de los casos respectivamente, seguido del neumococo asociado a la pentavalente con un 9,4%.

Grafico 58. Clasificación final de casos de ESAVI, años 2013-2016, Bogotá, D.C



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016, hasta semana epidemiológica 1 a la 52

Grafico 59. Principal biologico asociado al ESAVI, año 2016. Bogotá, D.C



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2016 hasta semana epidemiológica 1-52

De acuerdo a los indicadores de la vigilancia, en la siguiente tabla, se presentan los indicadores, donde se evidencia un cumplimiento con la notificación de este evento. El primer indicador se calculó de acuerdo al tiempo transcurrido entre la consulta y la notificación del caso. Adicionalmente, se resalta el indicador de errores programáticos, el cual se encuentra por debajo de la meta, sin embargo, dado la dinámica del proceso de vacunación, el indicador debería ser más exigente y tener valores muy mínimos del mismo.

Tabla 29. Indicadores de la vigilancia de ESAVI, año 2016. Bogotá, D.C

NOMBRE	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			ACUMULADO SEMESTRE		
INDICADOR	NUM	DENOM	INDICADOR	NUM	DENOM	INDICADOR	NUM	DENOM	INDICADOR	NUM	DENOM	INDICADOR	NUM	DENOM	INDICADOR
Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente	31	43	72,1	42	47	89,4	37	41	90,2	33	38	86,8	143	169	84,6
Porcentaje de ESAVI que fueron clasificados	42	43	97,7	47	47	100,0	40	41	97,6	34	38	89,5	163	169	96,4
Proporción de Eventos adversos relacionados con el programa	17	43	39,5	16	47	34,0	18	41	43,9	10	38	26,3	61	169	36,1
Proporción de eventos adversos relacionado con la vacuna	14	43	32,6	20	47	42,6	14	41	34,1	17	38	44,7	65	169	38,5
Proporción de eventos adversos coincidentes	11	43	25,6	11	47	23,4	8	41	19,5	7	38	18,4	37	169	21,9
Proporción de eventos adversos no concluyentes	1	43	2,3	0	47	0,0	1	41	2,4	4	38	10,5	6	169	3,6
Oportunidad en la notificación del evento ESAVI	293	43	6,8	184	47	3,9	39	41	1,0	44	38	1,2	560	169	3,3

Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS**.** Semana epidemiológica 1 a la 52

Discusion

Los eventos prevenibles por vacuna han venido en descenso a medida que se incluye un nuevo biológico en el programa ampliado de inmunizaciones.
Con relación a la Parálisis Flácida, evento en erradicación; aunque se logró cumplir con la meta del indicador: Proporción de casos de PFA en menores de 15 años que se captan y se notifican al sistema, no se puede bajar la guardia y se debe continuar con la vigilancia epidemiológica del evento asegurando la investigación inmediata de casos y la toma oportuna de las muestras de materia fecal.

En cuanto a los eventos en eliminación: Sarampión, Rubeola, se observa a nivel mundial una disminución en la notificación de casos sospechosos con respecto a los años anteriores, tendencia que también se ve en el comportamiento de estos eventos a nivel distrital por lo tanto hay que continuar con la divulgación del protocolo y las alertas presentadas en otros países para no dejar de captar casos sospechosos y notificarlos oportunamente, asimismo asegurar la toma de las tres muestras (hisopado, suero aspirado nasofaríngeo) tanto en Sarampión, Rubeola como en Síndrome de Rubeola congénita.

Los eventos de control, han venido mostrando una tendencia a la disminución, como por ejemplo la hepatitis A, donde la inclusión de la vacuna junto con el mejoramiento de las condiciones de potabilización del agua, han mostrado su efecto en la comunidad. Lo cual se refleja en la disminución progresiva del número de casos año a año. Sin embargo, es importante continuar con el fortalecimiento técnico y la vigilancia rutinaria del evento, para poder tomar acciones ante la presencia de casos.

Las búsquedas activas institucionales (BAI), se han venido constituyendo como una herramienta complementaria al proceso de vigilancia epidemiológica y aunque se ha disminuido el número de casos captado por esta estrategia, ha permitido mantener más sensibilizados a las diferentes instituciones en la

notificación oportuna de eventos prevenibles por vacuna. La BAI se constituye en una de las herramientas claves para la captación de casos de eventos en eliminación y erradicación y aquellos eventos de control que han venido presentado una tendencia decreciente.

Un aspecto importante es el mejoramiento continuo de la calidad de las Investigaciones Epidemiológicas de campo (IEC) en el nivel distrital, de tal manera que se convierten en insumo fundamental de apoyo a los criterios clínico-epidemiológicos en torno a los casos de eventos prevenibles por vacuna.

En relación con las meningitis bacterianas, se presentó un cambio importante en el manejo del evento en el protocolo nacional, agrupando las tres meningitis que tenían priorizadas y dándole paso a una tercera opción donde agruparía los demás agente etiológicos de tipo bacteriano, sin embargo a nivel del protocolo no son claras las acciones individuales y colectivas frente a estos "Otros" agentes etiológicos, sumado a ello las dificultades que se generan en torno al ingreso de los datos al sistema.

Es necesario mantener las estrategias de capacitación y sensibilización, sin importar la vía de realización de la misma, de tal manera que se mantenga y actualice las diferentes definiciones de caso, así como las actividades de salud pública en torno a los casos.

Se resalta el trabajo en equipo realizado a través del plan de salud pública de intervenciones colectivas, por los equipos de vigilancia de las subredes ya que permiten el desarrollo y aplicabilidad de las diferentes acciones individuales y colectivas de los EPV y el mejoramiento continuo de la Vigilancia en salud Pública.

Con relación a la notificación al SIVIGILA de casos probables de Tos ferina en el año 2016 se evidencia la misma tasa de proporción de notificación que la presentada en el año 2015 (18,2 casos notificados por 100 mil habitantes); frente a los casos confirmados se evidencia una leve disminución de positividad la cual fue del 2%; el comportamiento epidemiológico del evento en el 2016 se encuentra dentro de los casos esperados según el comportamiento histórico del evento. Durante el año 2012 en Bogotá, se presentó un pico epidémico en el cual se reportó una incidencia del 9,13 casos por 100 mil habitantes; comportamiento similar en por lo menos 9 países de las Américas; En este año se confirmaron cerca de 680 casos con 23 fallecimientos en menores de 1 año; la literatura médica refiere que la tos ferina presenta episodios epidémicos en promedio cada 3 a 5 años (más comúnmente cada tres o cuatro)[4], frente a ello en el año 2013 se presentó una disminución importante de casos reportándose una incidencia de 3 casos por 100 mil habitantes; esta disminución se mantuvo durante el 2014, donde la incidencia fue menor a 1 caso por 100 mil habitantes (0,7 por 100 mil habitantes).En el año 2015 se reportó un aumento leve de casos con una incidencia global de 1.35 por 100 mil habitantes, se esperaba que el aumento se mantuviera en el año 2016, pero lo que se observo fue nuevamente

[4] [4] OPS, 2005. El control de las enfermedades trasmisibles, decimoctava edición

la disminución de los casos positivos de una manera importante con un 45,2% menos con respecto al 2015 sin reporte de fallecimientos.

El aumento de casos esperado según el comportamiento histórico del evento se dio en el año 2015 pero con muchos menos casos que los reportados en el pico del año 2012; se puede entonces pensar en una posible relación en la estabilización de los casos a la estrategia de vacunación masiva de gestantes la cual reporta desde su implementación en el año 2012 coberturas superiores al 80% y a las coberturas mayores del 90% del esquema regular en menores de 1 año.

En relación con los ESAVI, se observó un aumento en los casos relacionados con el programa, el cual genera la necesidad del fortalecimiento de los programas de vacunación, así como de trabajo con las IPS en relación con el diagnóstico y manejo de los ESAVI. De igual manera se hace necesario capacitaciones permanentes del manejo e investigación de un ESAVI dado principalmente por los cambios e inclusiones de nuevos biológicos en el programa ampliado de inmunización.

En relación con el sistema de vigilancia, se han identificado dificultades relacionadas con la realización de los ajustes, los cuales en algunas ocasiones no se validan cuando se asciende al siguiente nivel de notificación, generando la necesidad de volver a realizarlos y por ende afectando la oportunidad en los mismos.

En los puntos de vacunación, se han observado diversas metodologías para realizar la supervisión del mismo, generando la necesidad de estandarizar los procesos, que permita un abordaje integral.

Brotes:
La varicela, al ser una enfermedad viral altamente contagiosa, que se presenta frecuentemente en niñas y niños en edad pre-escolar y escolar, presenta en la ciudad similar comportamiento al informado por la literatura científica, la cual reporta que el 90% de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años

De acuerdo al Informe del evento Varicela del año 2016 del Instituto Nacional de Salud (INS), durante este año se presentaron un total de 104.701 casos en el nivel nacional, en donde Bogotá reportó el 24.7% de los casos, seguido por Cundinamarca con el 8,4 %, Antioquia con el 8,3 %, Valle del Cuaca con el 7,1 %, Santander con el 5,4 %, Norte de Santander con el 4,4 %, Barranquilla con el 3,8 %, Nariño con el 3,3 %, Córdoba y Huila con el 3,0 %, Tolima con el 2,8 %, Boyacá con el 2,7 %, Atlántico con el 2,4 % y Cartagena con el 2,2 % de los casos concentrando estos cinco Entes Territoriales el 81.5% de los casos notificados a nivel nacional.

Tanto a nivel nacional como en el Distrito Capital se han identificado factores como la convivencia en sitios de confinamiento de personas, el hacinamiento, la falta de ventilación, asistencia a las instituciones durante el periodo de transmisibilidad, la poca educación en lavado de manos los cuales incrementan

el riesgo de propagación de esta enfermedad.

La información que reporta el INS en el informe año 2016 con respecto a los casos de parotiditis notificados a nivel nacional se contabilizan 10216 casos, concentrando el 75,6 % de los casos en Bogotá (43,2 %), Antioquia (7 %), Cundinamarca (5,9 %), Barranquilla (5,6 %), Boyacá (4,8 %) y Norte de Santander (4,6 %).

La información evidenciada durante el análisis de los casos asociados a brotes muestra que tanto a nivel nacional como a nivel del distrito se presentó aumento de brotes en un 60% y 64% respectivamente comparado con el año inmediatamente anterior.

El grupo de edad más afectado fue el de 18 a 26 años, probablemente por la presencia de población joven susceptible que incrementa el riesgo de ocurrencia y propagación en instituciones.

El INS refiere que a corte del XIII período del año 2015, se presentaron un total de 3.154.257 casos a nivel nacional, de todas las edad, que al compararse con el año 2015 (2.830.154 casos), se evidencia un incremento del 11.5% en la notificación de los casos.

En el año 2016 todas las entidades territoriales han notificado casos de enfermedad diarreica aguda. Las entidades territoriales con incidencia mayor a la nacional son: Bogotá, Valle del Cauca, Quindío, Risaralda, Amazonas, Antioquia, Meta, y Barranquilla

Así mismo, para el año en estudio, el mayor número de casos lo notifican el Distrito Capital con un 24,8%, Antioquia con un 14% y Valle del Cauca con un 12.7%, sumando el 51,5% de todos los casos a nivel nacional.

Si bien la anterior información del nivel nacional corresponde al número de casos individuales de EDA, es para el Distrito una ventaja conocer los brotes que por dicha enfermedad se presentaron durante 2015, en donde factores como deficiencias principalmente en hábitos higiénicos como de aspectos de saneamiento básico fueron un factor de riesgo importante en la propagación de la enfermedad.

Conclusiones

El sarampión y rubeola continúan siendo eventos de gran notificación en el DC, igualmente con un número importante de casos con IgM positiva o dudosa en primera muestra, los cuales a la fecha se han descartado con sueros pareados y en su defecto con base en la revisión clínica y epidemiológica de cada caso.

Para el evento de Hepatitis A durante el año 2016 se notificaron 194 casos, esta cifra muestra un aumento del 45.8 % comparado con el mismo periodo de 2015 donde se notificaron 105 casos. Lo anterior relacionado posiblemente a factores de riesgo de manipulación de alimentos y condiciones higiénico sanitarias inadecuadas, los grupos de edad más afectados fueron de los 20 a 29 años.

En las meningitis bacterianas se ve un aumento en el 2016 que puede deberse al cambio en la circulación del serotipo de *Neisseria meningitidis* del B al C que es el que presenta mayor riesgo de brotes, también a la implementación de la circular 033 de 2016 para vigilar las meningitis bacterianas dando orientaciones para las mismas debido al aumento de casos en el primer período epidemiológico del 2016.
En relación al evento parotiditis, se requiere un pronunciamiento desde el INS frente a la posibilidad de procesamiento de muestras de sueros pareados.

Para los EPV como ocurrió en el año 2014 y 2015 se observa dificultades en la actualización de la información en el aplicativo SIVIGILA especialmente en el diligenciamiento de las visitas de campo; por ello es vital fortalecer las acciones de vigilancia en salud pública frente a las intervenciones epidemiológicas de campo y la oportunidad de estas.

Se deben fortalecer las estrategias de capacitación y sensibilización frente a los protocolos de EPV, en especial en este año que se presentaron algunos cambios en las definiciones de caso.

En cuanto a Tos Ferina, en Bogotá a semana epidemiológica 52 año 2016 se observó una disminución importante de casos positivos especialmente en población menor de 6 meses, se esperaba que el 2016 se presentara un ascenso paulatino como ocurrió en el año 2015 pero lo que se ha dado fue una disminución tanto en morbilidad como en mortalidad, a pasar de que el análisis descriptivo de los casos no nos permita establecer una relación causal entre la introducción de la vacunación en gestantes con Dpta en el último trimestre del embarazo y el mantenimiento de adecuadas coberturas de vacunación en menores de 1 año desde la introducción en el 2012 de la vacunación en gestantes se ha mantenido en control el evento sin producirse un aumento en morbilidad y mortalidad importante como se esperaba que ocurriera entre los año 2015 y 2016

Sensibilización a la comunidad sobre eventos pos vacunales con la finalidad de evitar la pérdida de adherencia al programa PAI

La varicela tanto en el nivel nacional como distrital es uno de los eventos que mayor número de casos registra mediante la notificación rutinaria, lo cual además de sensibilizar al personal de salud con respecto a la notificación de la misma, requiere la socialización de los tiempos de incubación como de transmisibilidad de la enfermedad necesarios para establecer incapacidades médicas acordes con los mismos, al igual de la importancia de poder identificar un brote oportunamente, en caso de que el paciente asista a una institución educativa, una empresa, pertenezca a una comunidad carcelaria o militar.

Es necesario que los trabajadores de las instituciones educativas tengan los conocimientos básicos de estas enfermedades transmisibles, de tal forma que puedan notificar oportunamente los brotes y se pueda realizar un control adecuado de los mismos.

Es de vital importancia continuar desarrollando actividades de inspección, vigilancia y control sanitario, que permitan el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico como de las condiciones del entorno, los cuales son críticos para la ocurrencia de brotes de EDA.

Recomendaciones

Crear lineamiento sobre funciones de las EAPB frente a los Eventos Prevenibles por Vacuna.

Continuar fortaleciendo los procesos de vigilancia para la notificación e intervención inmediata de los eventos prevenibles por vacuna, trabajando con grupos y/o asociaciones de profesionales de la salud con el objetivo de sensibilizar en la importancia de notificación de eventos de interés en salud pública buscando estrategias que permitan el fortalecimiento del talento humano encargado de la vigilancia en salud pública de las diferentes IPS-UPGD.

Estandarizar un flujo de información entre los entes territoriales, con la finalidad de retroalimentar el sistema de información especialmente lo relacionado con la intervención epidemiológica de campo y la información de los casos de mortalidad para ello se deben diseñar y difundir directorios de referentes de VSP desde el nivel nacional.

Mantener los procesos de sensibilización en comunidad sobre lavado de manos y demás actividades relacionada con condiciones higiénico-sanitarias coadyuvarán a la disminución de estos eventos.

En relación a meningitis se debe continuar trabajando en la vigilancia del evento y la notificación de todas las meningitis de tipo bacteriano no sólo las 3 priorizadas. Se debe generar estrategias de articulación con las EAPB para la agilización de las profilaxis en pacientes con comorbilidades, gestantes o niños que requieran Rifampicina en solución y no haya disponibilidad de la misma.

Frente a la enfermedad Diarreica Aguda en general, se hace necesario continuar con el fortalecimiento de la vigilancia en las unidades centinela y la intercomunicación con el Laboratorio para mejorar la calidad de la información.

Se ve la necesidad de realizar una vigilancia individual de tipo centinela en EDA con abordaje en población adulta, la cual ha mostrado aumento de la notificación colectiva.

Para el evento de Cólera, es necesario que desde el nivel nacional se desarrollen estrategias para el mantenimiento de la alerta internacional, dado a que han pasado más de tres años, así como la actualización del Plan de Emergencia Sanitaria para Cólera.

Mejoramiento continúo de las coberturas de vacunación en menores de 1 año

Fortalecimiento del diagnóstico por parte del laboratorio de salud publica

Promover el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la Hepatitis A con las aseguradoras y las UPGD buscando confirmar por laboratorio el 100% de los casos notificados, ya que cerca del 80% de los casos se confirmaron por laboratorio y tan solo un 4% se descartaron, los restante se confirmaron clínicamente.

Estandarizar la metodología para la investigación del punto de vacunación.

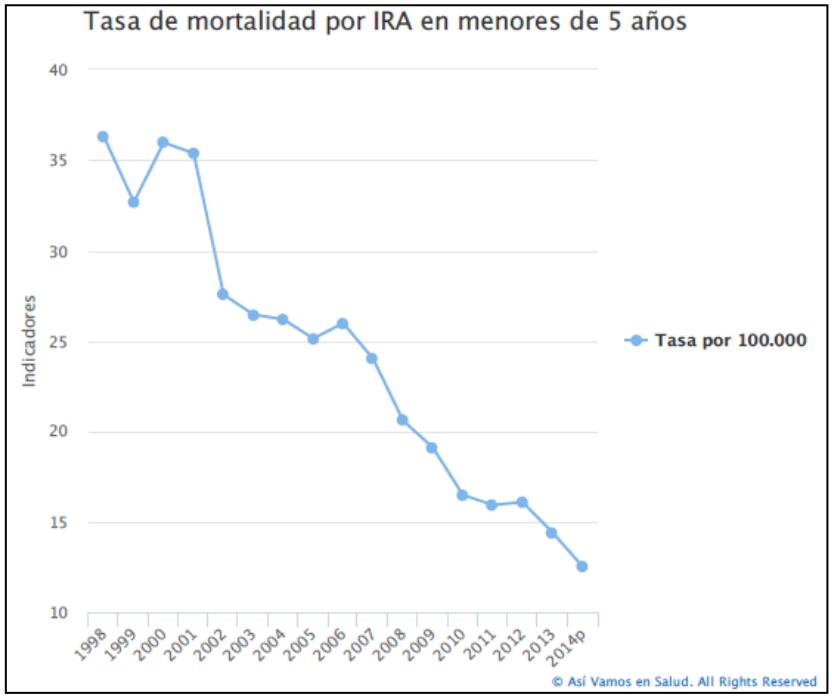
Establecer un flujograma de priorización para la investigación de ESAVI.

Dado el comportamiento histórico de la Tosferina, se esperaba un aumento de casos en el 2016, esto dado por el perfil de circulación que ya se conoce de *Bordetella*, a pesar de que el aumento de casos no se ha dado el área de salud pública de la Secretaria de Salud de Bogotá continua mejorando y reforzando todas las estrategias de control para esta patología: mejoramiento continuo de las cobertura de vacunación en menores de 1 año, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, fortalecimiento del diagnóstico por parte del laboratorio de salud pública, vacunar a todas las mujeres embarazadas desde la semana 26 como estrategia complementaria para impactar la mortalidad en lactantes, publicación de estudio de Medición de la transferencia de anticuerpos pos vacunación DPTa de la madre al hijo que está realizando actualmente la SDS de Bogotá el cual se encuentra en el 2017 en fase de análisis y se espera su publicación en la segunda mitad del año en curso.

4.2. Comportamiento de los eventos de Infección Respiratoria Aguda

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) comprenden un vasto grupo de enfermedades, incluidas las gripas (1). La neumonía es la enfermedad que causa el mayor número de muertes en los menores de cinco años de edad; anualmente mueren más de 2 millones de niños por esta enfermedad en el mundo, siendo responsable de más muertes que el SIDA, la Malaria y Sarampión juntas.

En Colombia para el año 2013, según datos de “Así Vamos en Salud”, se presentó una tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de 14,42 por 100.000 menores de 5 años. Desde 1998 se ha dado un descenso sostenido en el comportamiento de este indicador. A nivel departamental, durante el 2013 los departamentos de Vaupés, Amazonas, Guainía, La Guajira, Guaviare, Chocó, Bolívar, Córdoba y Arauca, presentaron tasas por encima de 20 muertes por 100.000 menores de 5 años. En particular, Vaupés y Amazonas presentaron tasas por encima de 90 muertes por 100.000 menores de 5 años. En contraste Sucre, Risaralda, Antioquia, Huila, Cundinamarca, Norte de Santander, Meta y Quindío presentaron tasas por debajo de 10 muertes por 100.000 menores de 5 años.



Fuente: http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/tasa-de-mortalidad-por-infeccion-respiratoria-aguda-ira-en-menores-de-5

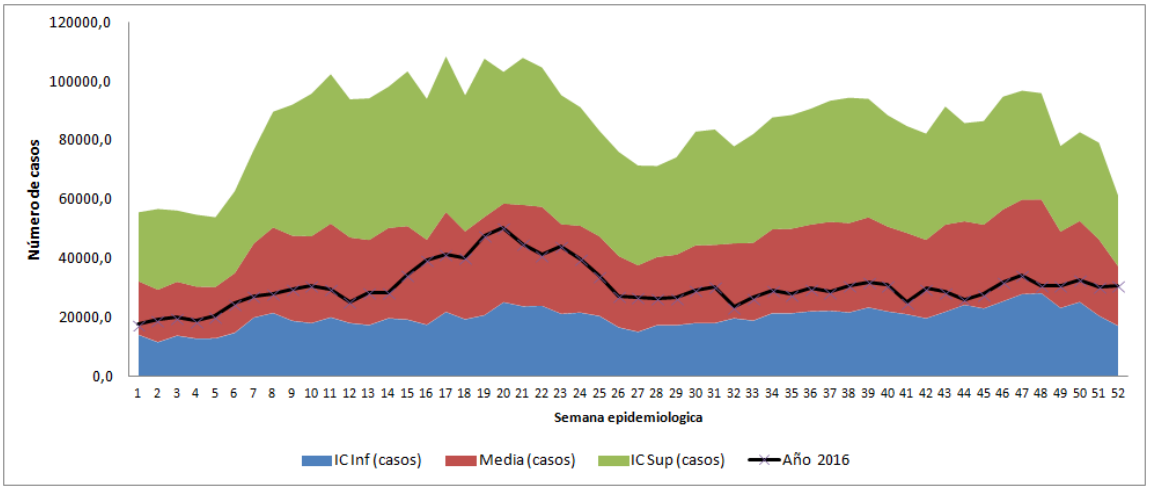
A partir de febrero de 2010 se incluyó en el Plan Ampliado de Inmunizaciones para niños con bajo peso al nacer y niños con factores de riesgo menores de dos años (3), la vacunación contra el Neumococo, responsable de Neumonías en este grupo de edad. Bogotá (que es la "gran ciudad" que presenta menos proporción de menores de cinco años con IRA, según la ENDS) aplica la vacuna a todos los niños nacidos desde octubre de 2008, sin importar si es de bajo peso o no (4).

La vacuna contra el Haemophilus Influenzae, bacteria responsable de la mayoría de los casos de neumonía en el mundo (2), hace parte del esquema de vacunación en Colombia.

Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda

La gripe se contagia de una persona a otra, fundamentalmente por gotas provenientes de las vías respiratorias emitidas al toser o estornudar; el contacto con superficies contaminadas con gotas de las vías respiratorias es otro posible modo de transmisión. La gripe es sumamente contagiosa en especial entre poblaciones institucionalizadas y confinadas y otras reuniones periódicas de grupos como salones de clase.

Grafico 60. Canal endémico de la Infección Respiratoria Aguda en población general. Bogotá D.C, años 2011 a 2015.

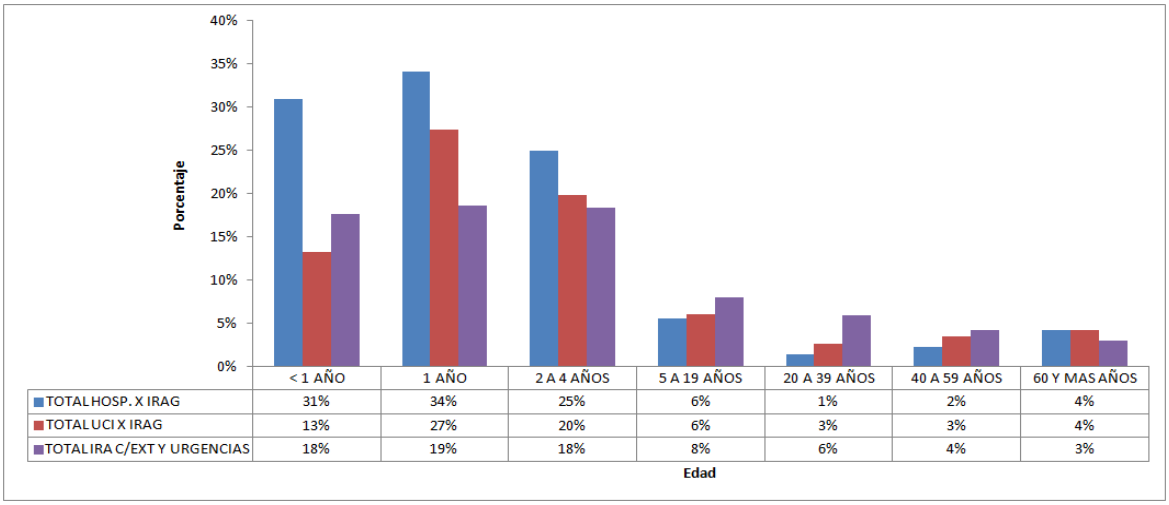


Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

En el grafico, se evidencia que el incremento en las consultas para la morbilidad por IRA en la ciudad de Bogotá, se presenta aproximadamente a partir de la semana epidemiológica 10 (segunda semana del mes de marzo), con un comportamiento sostenido en la notificación de casos hasta la semana epidemiológica 24 (finales de junio); el segundo pico epidemiológico de IRA se presenta aproximadamente a partir de semana epidemiológica 37 (segunda semana de septiembre) a semana epidemiológica 44 (finales de octubre); en el transcurso de 2016, las consultas se ubicaron dentro del promedio presentado en los últimos cinco años.

Durante el año 2016, se atendieron en la ciudad 1.593.747 personas que consultaron por afecciones relacionadas con la infección respiratoria en 811 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), presentando un incremento de casos del 1%(16.124) respecto del año 2015; de éstas, el 33%(518.362) eran menores de cinco años, el 17%(278.164) de 5 a 19 años, el 26%(409.138) de 20 a 39 años, el 15%(239.160) de 40 a 59 años y el 9%(148.923) mayores de 60 años.

Grafico 61. Distribución de la morbilidad por IRA en Bogotá D.C, según servicio que presta la atención del caso, año 2016.



	< 1 AÑO	1 AÑO	2 A 4 AÑOS	5 A 19 AÑOS	20 A 39 AÑOS	40 A 59 AÑOS	60 Y MAS AÑOS
TOTAL HOSP. X IRAG	31%	34%	25%	6%	1%	2%	4%
TOTAL UCI X IRAG	13%	27%	20%	6%	3%	3%	4%
TOTAL IRA C/EXT Y URGENCIAS	18%	19%	18%	8%	6%	4%	3%

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

El 95%(1.515.508) de los casos se atendió en los servicios de consulta externa y urgencias de 811 instituciones prestadoras de salud notificadoras; el 4,5%(72.968) requirieron hospitalización por cuenta de la agudización del cuadro clínico y menos del 0,5%(5.271) requirieron Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) principalmente los menores de cinco años en un 67%(3.528) de los casos. Del total de hospitalizados, el 66%(48.421) fueron menores de cinco años, 10%(7.621) de 5 a 19 años, 6%(4.067) de 20 a 39 años, 5%(3.766) de 40 a 59 años y el 12%(9.093) mayores de 60 años.

Vigilancia Centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

El Distrito Capital, desarrolla esta estrategia de vigilancia a partir de la notificación de cinco unidades centinela así: Unidad de Servicios de Salud (USS) Centro de Especialistas (CES) de Suba, USS El Tunal, USS Kennedy y Tintal, ya que la consulta de pediatría se concentra actualmente en esta sede asistencial, USS Santa Clara y la Fundación Cardio Infantil (FCI).

Durante el año 2016, se notificaron 2149 casos a través de la vigilancia centinela de IRAG, de los cuales el 42%(899) de los casos los notifico FCI, el 25%(533) la USS Tunal, el 14%(301) la USS Kennedy, el 12%(252) el CES de Suba y el 7%(149) la USS Santa Clara; la USS Tintal reporto el 1%(15), ya que como se menciono anteriormente, la consulta de pediatría se está realizando allí desde finales de 2016. El 10%(213) de los casos proceden de 78 municipios entre los que se cuentan: 19%(41) de Soacha, 5%(11) de Zipaquirá, 4%(9) de Chía, 4%(8) de Mosquera y 3%(7) de Cajicá, entre otros.

Tabla 30. Proporción de notificación de IRAG en Bogotá D.C, según localidad de residencia. Año 2016.

	LOCALIDAD	Poblacion 2016	Numero de casos sospechosos en Bogota DC	Proporcion de notificacion * 100mil hab
1	Usaquèn	472908	286	60,48
2	Chapinero	126951	16	12,60
3	Santafe	96534	14	14,50
4	San Cristobal	396383	51	12,87
5	Usme	337152	115	34,11
6	Tunjuelito	189522	76	40,10
7	Bosa	709039	112	15,80
8	Kennedy	1187315	240	20,21
9	Fontibòn	403519	30	7,43
10	Engativà	873243	75	8,59
11	Suba	1250734	458	36,62
12	Barrios Unidos	263883	14	5,31
13	Teusaquillo	140767	24	17,05
14	Màrtires	94130	22	23,37
15	Antonio Nariño	109277	25	22,88
16	Puente Aranda	225220	35	15,54
17	Candelaria	22633	3	13,25
18	Rafael Uribe	353761	101	28,55
19	Ciudad Bolivar	719700	171	23,76
20	Sumapaz	7330	0	0,00
	Bogota		68	
	Fuera de Bogota		213	
	TOTAL	**7980001**	**2149**	**26,93**

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

En relación a la edad, el 65%(1255) de los casos notificados son menores de un año, el 26%(506) de 1 a 4 años, el 2.3%(44) de 5 a 9 años, los demás grupos quinquenales representan menos del 1% de la notificación cada uno; respecto al sexo, el 56%(1197) son hombres y el porcentaje restante mujeres.

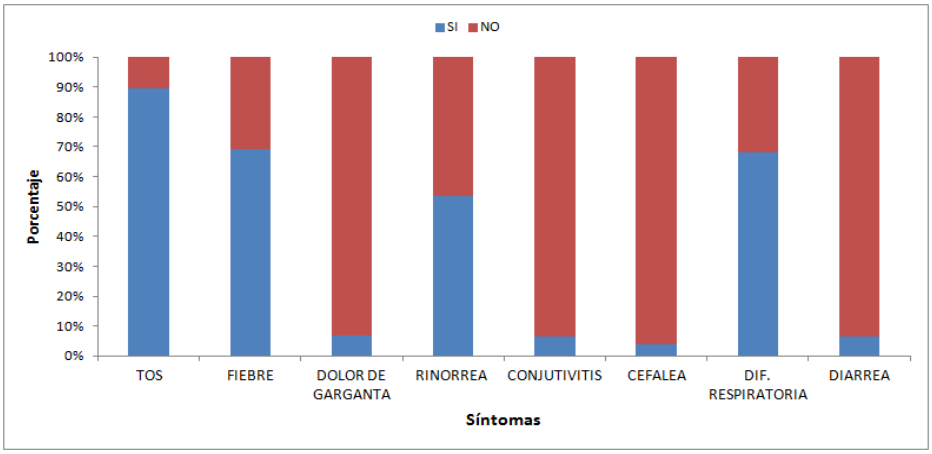
Tabla 31. Proporción de notificación de IRAG en Bogotá D.C, según edad de los casos. Año 2016.

Grupo de edad	Poblacion 2016	Numero de casos sospechosos residentes Bogota DC	Proporcion de notificacion * 100mil hab	Numero de casos sospechosos residentes fuera de Bogota DC
Menor de 1 año	121692	1255	1031,29	105
De 1 a 4 años	483758	506	104,60	61
De 5 - 9 años	600078	44	7,33	13
10-14 años	603336	16	2,65	6
15-19 años	637600	17	2,67	4
20-24 años	673222	15	2,23	1
25-29 años	640632	5	0,78	2
30-34 años	656789	6	0,91	2
35-39 años	628185	5	0,80	2
40-44 años	547958	6	1,09	2
45-49 años	518352	9	1,74	2
50-54 años	497879	9	1,81	2
55-59 años	423052	4	0,95	3
60-64 años	325516	10	3,07	2
65-69 años	241887	6	2,48	1
70 y mas años	167928	23	13,70	5
TOTAL	**7767864**	**1936**	**24,92**	**213**

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

A pesar de estar ubicadas en cinco localidades, las unidades centinela captan casos de IRAG de toda la ciudad, en la tabla se pueden evidenciar las proporciones de notificación para cada una de ellas; respecto a la sintomatología, el 70% de los casos ingresa a la notificación cumpliendo la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia, por cuanto se debe fortalecer la apropiación de la definición por parte de los profesionales en salud que prestan la atención a casos.

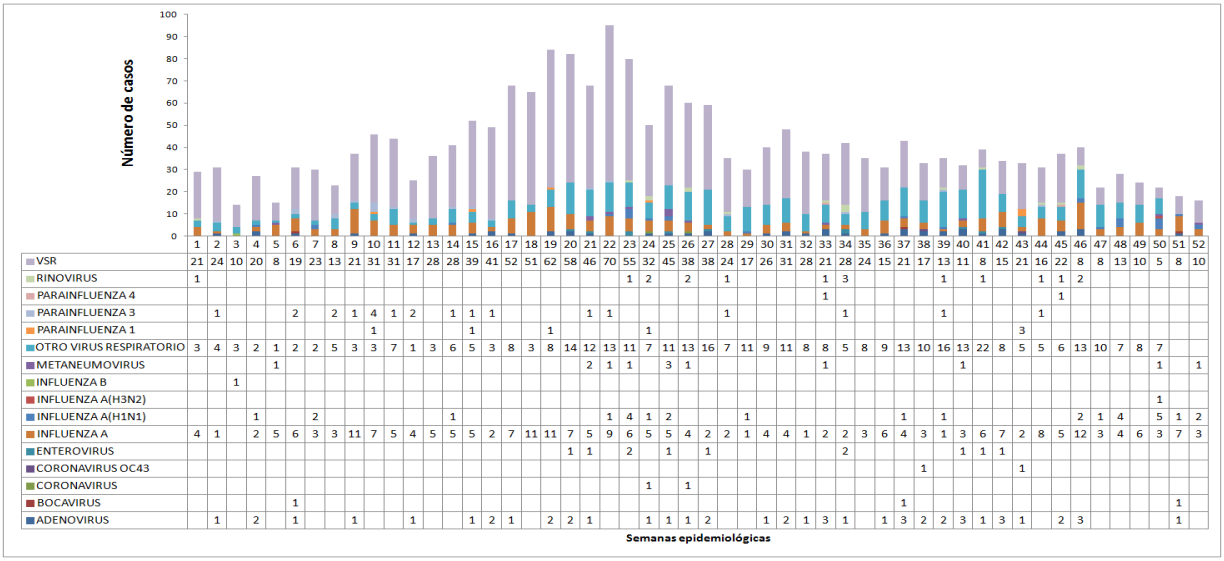
Grafico 62. Distribución de signos y síntomas en los casos de IRAG notificados por las unidades centinela en Bogotá D.C, año 2016.



Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

En 2016, al 62,4% de los casos se les confirmo VSR, el 18% otros virus respiratorios, el 11,3% se confirmo Influenza A, el 2% se confirmo Adenovirus, el 1,4% Influenza A (H1N1), en el 1% se confirmo Parainfluenza 3 y en menos del 1%se encontró Rinovirus, Metaneumovirus, Enterovirus, Parainfluenza 1, Coronavirus y Parainfluenza 4. El grafico muestra la distribución de virus respiratorios semanalmente. El 0,2% de los casos reporta resultado negativo y el 0,6% requirieron revisión por unidad de análisis ya que no se obtuvo muestra de manera oportuna para virus respiratorios, todos ellos se confirman por clínica.

Grafico 63. Distribución de virus identificados a través de la vigilancia centinela de IRAG en Bogotá D.C, año 2016.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
VSR	21	24	10	20	8	19	23	13	21	31	31	17	28	28	39	41	52	51	62	58	46	70	55	32	45	38	38	24	17	26	31	28	21	28	24	15	21	17	13	11	8	15	21	16	22	8	8	13	10	5	8	10
RINOVIRUS	1																						1	2		2		1					1	3					1		1			1	1	2						
PARAINFLUENZA 4																																	1													1						
PARAINFLUENZA 3		1				2		2	1	4	1	2		1	1	1					1	1						1						1				1					1									
PARAINFLUENZA 1										1					1				1					1																			3									
OTRO VIRUS RESPIRATORIO	3	4	3	2	1	2	2	5	3	3	7	1	3	6	5	3	8	3	8	14	12	13	11	7	11	13	16	7	11	9	11	8	8	5	8	9	13	10	16	13	22	8	5	5	6	13	10	7	8	7		
METANEUMOVIRUS					1																2	1	1		3	1							1						1										1		1
INFLUENZA B			1																																																
INFLUENZA A(H3N2)																																																			1		
INFLUENZA A(H1N1)				1			2							1								1	4	1	2				1							1		1						2	1	4		5	1	2
INFLUENZA A	4	1		2	5	6	3	3	11	7	5	4	5	5	5	2	7	11	11	7	5	9	6	5	5	4	2	2	1	4	4	1	2	2	3	6	4	3	1	3	6	7	2	8	5	12	3	4	6	3	7	3
ENTEROVIRUS																				1	1		2		1		1							2							1	1	1									
CORONAVIRUS OC43																																						1					1									
CORONAVIRUS																								1		1																											
BOCAVIRUS						1																															1														1		
ADENOVIRUS		1		2		1			1			1			1	2	1		2	2	1			1	1	1	2			1	2	1	3	1		1	3	2	2	3	1	3	1		2	3				1		

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) inusitada.

Durante el año 2016, se notificaron 758 casos a través de la vigilancia de IRAG inusitado de 78 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el 14%(103) los

reporto la Clínica Universitaria Colombia, el 9%(69) los reportaron el Hospital San Ignacio y el Hospital Infantil de San José respectivamente, el 6%(45) la Fundación Cardio Infantil, el 5%(36) la Clínica Juan N Corpas, y menos del 4% las 73 instituciones restantes. El 15%(113) de los casos proceden de 47 municipios entre los que se cuentan: 25%(28) de Soacha, 9%(10) de Madrid, 4,5%(5) de Funza; los 44 municipios restantes reportan menos del 4%de los casos.

Tabla 32. Proporción de notificación de IRAG inusitado en Bogotá D.C, según localidad de residencia. Año 2016.

LOCALIDAD		Poblacion 2016	Numero de casos sospechosos en Bogota DC	Proporcion de notificacion * 100mil hab
1	Usaquèn	472908	48	10,15
2	Chapinero	126951	18	14,18
3	Santafe	96534	10	10,36
4	San Cristobal	396383	28	7,06
5	Usme	337152	24	7,12
6	Tunjuelito	189522	9	4,75
7	Bosa	709039	54	7,62
8	Kennedy	1187315	90	7,58
9	Fontibòn	403519	34	8,43
10	Engativà	873243	79	9,05
11	Suba	1250734	95	7,60
12	Barrios Unidos	263883	17	6,44
13	Teusaquillo	140767	22	15,63
14	Màrtires	94130	11	11,69
15	Antonio Nariño	109277	4	3,66
16	Puente Aranda	225220	30	13,32
17	Candelaria	22633	1	4,42
18	Rafael Uribe	353761	25	7,07
19	Ciudad Bolivar	719700	46	6,39
20	Sumapaz	7330	0	0,00
Bogota			0	
Fuera de Bogota			113	
TOTAL		**7980001**	**758**	**9,50**

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

En relación a la edad, el 23%(151) de los casos notificados son menores de un año, el 14%(93) de 1 a 4 años, el grupo de 20 a 39 años concentra el 19%(125) el grupo de mayores de 60 años es el 16%(100); respecto al sexo, el 57%(430) son hombres y el porcentaje restante mujeres.

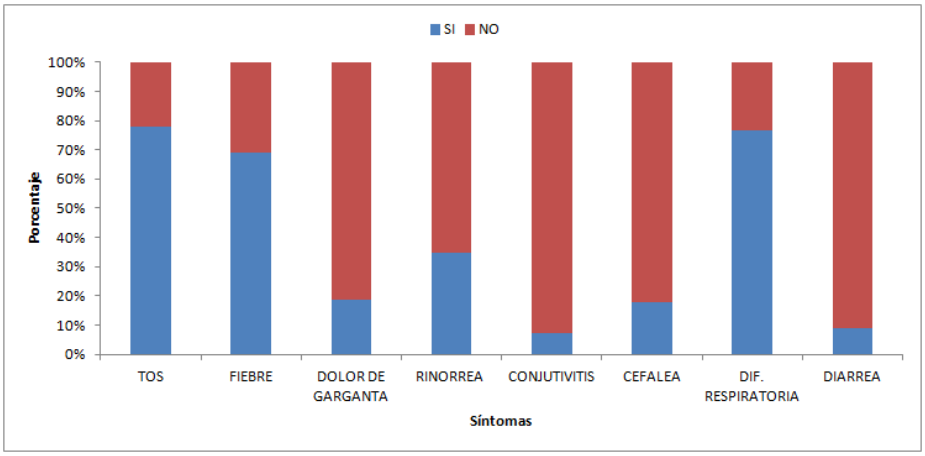
Tabla 33. Proporción de notificación de IRAG inusitado en Bogotá D.C, según edad de los casos. Año 2016.

Grupo de edad	Poblacion 2016	Numero de casos sospechosos residentes Bogota DC	Proporcion de notificacion * 100mil hab	Numero de casos sospechosos residentes fuera de Bogota DC
Menor de 1 año	121692	151	124,08	29
De 1 a 4 años	483758	93	19,22	15
De 5 - 9 años	600078	15	2,50	5
10-14 años	603336	6	0,99	0
15-19 años	637600	18	2,82	3
20-24 años	673222	27	4,01	5
25-29 años	640632	33	5,15	5
30-34 años	656789	33	5,02	7
35-39 años	628185	32	5,09	5
40-44 años	547958	30	5,47	6
45-49 años	518352	34	6,56	10
50-54 años	497879	39	7,83	3
55-59 años	423052	34	8,04	5
60-64 años	325516	23	7,07	4
65-69 años	241887	22	9,10	3
70 y mas años	167928	55	32,75	8
TOTAL	**7767864**	**645**	**8,30**	**113**

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

A pesar que únicamente el 10% de las instituciones de Bogotá reporta casos, se han captado casos de IRAG inusitado de toda la ciudad; respecto a la sintomatología, el 70% de los casos ingresa a la notificación cumpliendo la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia, por cuanto se debe fortalecer la apropiación de la definición por parte de los profesionales en salud que prestan la atención a casos.

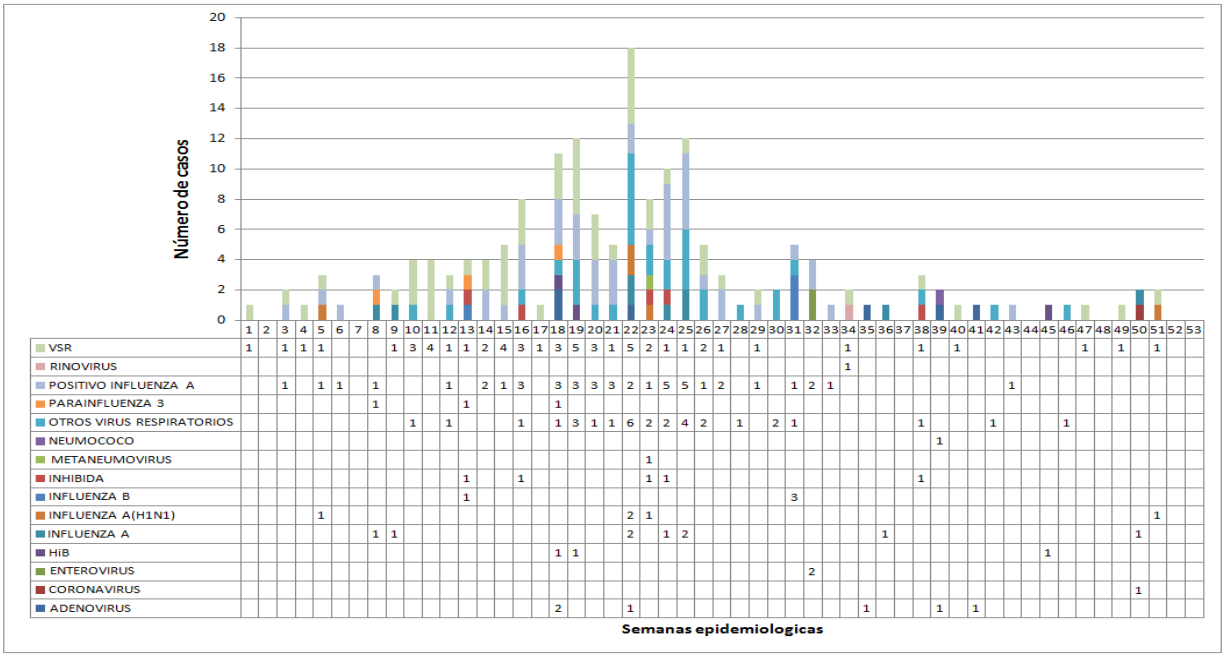
Grafico 64. Distribución de signos y síntomas en los casos de IRAG inusitado notificados en Bogotá D.C, año 2016.



Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

En 2016, al 7% de los casos se les confirmo VSR, el 7% se confirmo Influenza A, el 4% otros virus respiratorios y en menos del 1% se encontró Adenovirus, Influenza B, Rinovirus, Metaneumovirus, Enterovirus, Parainfluenza 3 y Coronavirus. El grafico muestra la distribución de virus respiratorios semanalmente. El 74% de los casos reporta resultado negativo y el 3% requirieron revisión por unidad de análisis ya que no se obtuvo muestra de manera oportuna para virus respiratorios, todos ellos se confirman por clínica.

Grafico 65. Distribución de virus identificados a través de la vigilancia de IRAG inusitado en Bogotá D.C, año 2016.



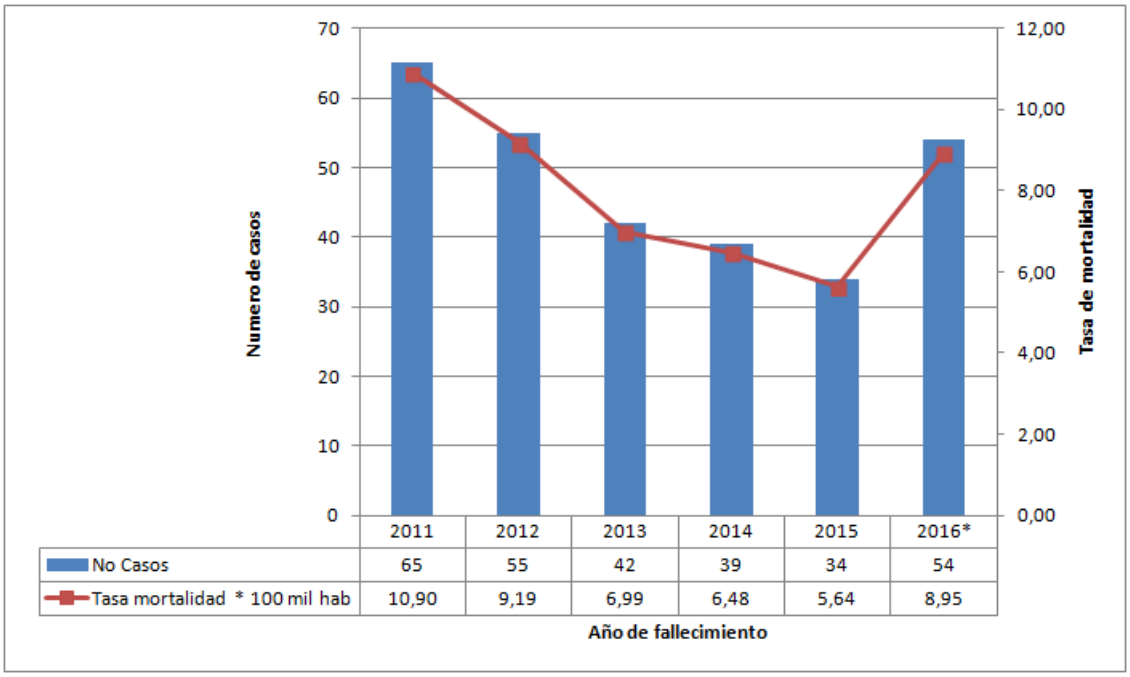
Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA a semana epidemiológica 52 de 2016

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años.

Durante el año 2016, se presentaron 54 muertes por Neumonía en menores de

cinco años, frente a 34 muertes presentadas para el año 2015. Proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 24% en Ciudad Bolívar, 17% en Usme y 15% en Suba; las demás localidades aportan menos del 10% de los casos excepto Chapinero, Santa Fe, Puente Aranda, Candelaria y Sumapaz que no presentan defunciones en menores de 5 años por esta causa.

Grafico 66. Comportamiento de la mortalidad por Neumonía en Bogotá D.C, comparativos años 2011-2016* (datos preliminares).



	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
No Casos	65	55	42	39	34	54
Tasa mortalidad * 100 mil hab	10,90	9,19	6,99	6,48	5,64	8,95

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 69% de los fallecidos se encontraba vinculado al Régimen contributivo, el 26% al subsidiado, el 6% no se encontraba afiliado al sistema.

Tabla 34. Comportamiento de la mortalidad por Neumonía en Bogotá D.C, según afiliación al SGSSS. Año 2016* (datos preliminares)

ENTIDAD ADMINISTRADORA	CONTRIBUTIVO	EXCEPCION	NO ASEGURADO	SUBSIDIADO	TOTAL CASOS POR ASEGURADORA	POBLACION MENOR DE 5 AÑOS	TASA POR 100.000
CAFESALUD	6				6	47.419	12,7
ALINAZALUD	2				2	10.130	19,7
COOMEVA	2				2	8.387	23,8
CRUZ BLANCA	2				2	21.912	9,1
FAMISANAR	3				3	75.875	4,0
NUEVA EPS					0	16.844	0,0
SALUD TOTAL	8				8	48.129	16,6
SANITAS	7				7	50.687	13,8
COMPENSAR	6				6	70.710	8,5
SURA	1				1	18.548	5,4
CAPITAL SALUD				10	10	62.062	16,1
UNICAJAS (CONFACUNDI)				1	1	5.028	0,0
NUEVA EPS-CM				1	1	1.103	0,0
COMPENSAR (RS)					0	2.040	0,0
FAMISANAR (RS)					0	3.483	0,0
COOMEVA-CM				1	1	266	37,6
COLSUBSIDIO				1	1	SIN DATO	0,0
COMPARTA					0	SIN DATO	0,0
CAFESALUD(M)					0	1.975	0,0
FUERZAS MILITARES					0	SIN DATO	0,0
FFD					0	SIN DATO	0,0
SIN AFILIACION			3		3	2.377	0,0
TOTAL	**37**	**0**	**3**	**14**	**54**		

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Lucero (Ciudad Bolívar) con el 11%, Gran Yomasa (Usme) con el 9%, Jerusalén y San Francisco (Ciudad Bolívar) y Tibabuyes y Rincón (Suba) cada una con de ellas aporta el 6% de las defunciones por Neumonía en menores de 5 años en la ciudad. El 57% de la mortalidad por Neumonía en menores de cinco años se ha presentado en niños y el porcentaje restante en niñas, la razón niño/niña es de 0,7.

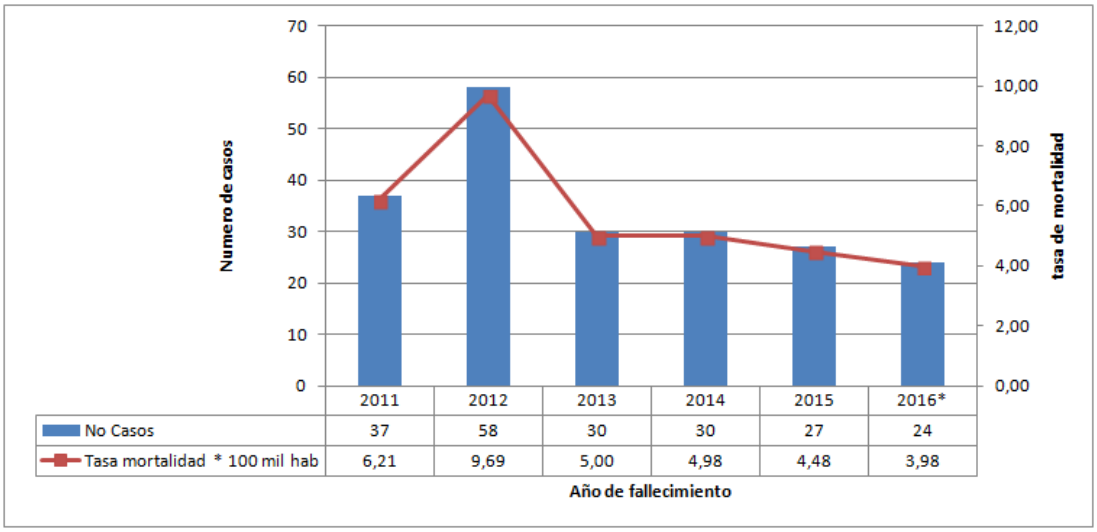
Tabla 35. Comportamiento de la mortalidad por Neumonía en Bogotá por UPZ, Año 2016* (datos preliminares)

LOCALIDAD	UPZ	No DE CASOS	%
ANTONIO NARIÑO	RESTREPO	1	2%
BARRIOS UNIDOS	LOS ANDES	1	2%
BOSA	BOSA CENTRAL	1	2%
	BOSA OCCIDENTAL	1	2%
CIUDAD BOLIVAR	JERUSALEM	3	6%
	LUCERO	6	11%
	SAN FRANCISCO	3	6%
	VEREDA PASQUILLA	1	2%
ENGATIVA	BOYACA REAL	1	2%
	ENGATIVA	1	2%
	MINUTO DE DIOS	1	2%
FONTIBON	FONTIBON	1	2%
	FONTIBON SAN PABLO	1	2%
KENNEDY	BAVARIA	1	2%
	GRAN BRITALIA	1	2%
	PATIO BONITO	1	2%
	TIMIZA	1	2%
	TINTAL NORTE	1	2%
MARTIRES	LA SABANA	1	2%
	SANTA ISABEL	1	2%
RAFAEL URIBE	DIANA TURBAY	1	2%
	QUIROGA	1	2%
SAN CRISTOBAL	LA GLORIA	2	4%
	LOS LIBERTADORES	1	2%
SUBA	CASA BLANCA SUBA	1	2%
	EL RINCON	3	6%
	SUBA	1	2%
	TIBABUYES	3	6%
TEUSAQUILLO	LA ESMERALDA	1	2%
TUNJUELITO	TUNJUELITO	1	2%
USAQUEN	VERBENAL	1	2%
USME	DANUBIO	2	4%
	GRAN YOMASA	5	9%
	LA FLORA	2	4%
TOTAL		**54**	**100%**

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Durante el año 2016, se presentaron 24 muertes por IRA en menores de cinco años, frente a 27 muertes presentadas para el año 2015.Proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 21% en Ciudad Bolívar, 17% en Bosa y Tunjuelito respectivamente y 13% en Usme; las mitad de las localidades del D.C, no presentan casos de mortalidad por IRA.

Grafico 67. Comportamiento de la mortalidad por IRA en Bogotá D.C, comparativo años 2011-2016* (datos preliminares).



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 50% de los fallecidos se encontraba vinculado al régimen contributivo, el 46% al subsidiado, el 4% no se encontraba afiliado al sistema.

Tabla 36. Comportamiento de la mortalidad por IRA en Bogotá D.C, según afiliación al SGSSS. Año 2016* (datos preliminares)

ENTIDAD ADMINISTRADORA	CONTRIBUTIVO	EXCEPCION	NO ASEGURADO	SUBSIDIADO	TOTAL CASOS POR ASEGURADORA	POBLACION MENOR DE 5 AÑOS	TASA POR 100.000
CAFESALUD	2				2	47.419	4,2
ALIANZALUD					0	10.130	0,0
COOMEVA					0	8.387	0,0
CRUZ BLANCA	2				2	21.912	9,1
FAMISANAR					0	75.875	0,0
NUEVA EPS	2				2	16.844	11,9
SALUD TOTAL	3				3	48.129	6,2
SANITAS					0	50.687	0,0
COMPENSAR	3				3	70.710	4,2
SURA					0	18.548	0,0
CAPITAL SALUD				8	8	62.062	12,9
UNICAJAS (COMFACUNDI)				1	1	5.028	0,0
NUEVA EPS-CM					0	1.103	0,0
COMPENSAR (RS)					0	2.040	0,0
FAMISANAR (RS)				1	1	3.483	28,7
COOMEVA-CM					0	266	0,0
COLSUBSIDIO					0	SIN DATO	0,0
COMPARTA				1	1	SIN DATO	0,0
CAFESALUD(M)					0	1.975	0,0
FUERZAS MILITARES					0	SIN DATO	0,0
FFD					0	SIN DATO	0,0
SIN AFILIACION			1		1	2.377	0,0
	12	**0**	**1**	**11**	**24**		

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Bosa central (Bosa), Ismael Perdomo (Ciudad Bolívar) y Comuneros (Usme), cada una con el 8%(n=2) de los casos fallecidos por IRA. La mortalidad por IRA es igual según el sexo, por cuanto la razón niño/niña es de 1.

Tabla 37. Comportamiento de la mortalidad por IRA en Bogotá por UPZ, Año 2016* (datos preliminares)

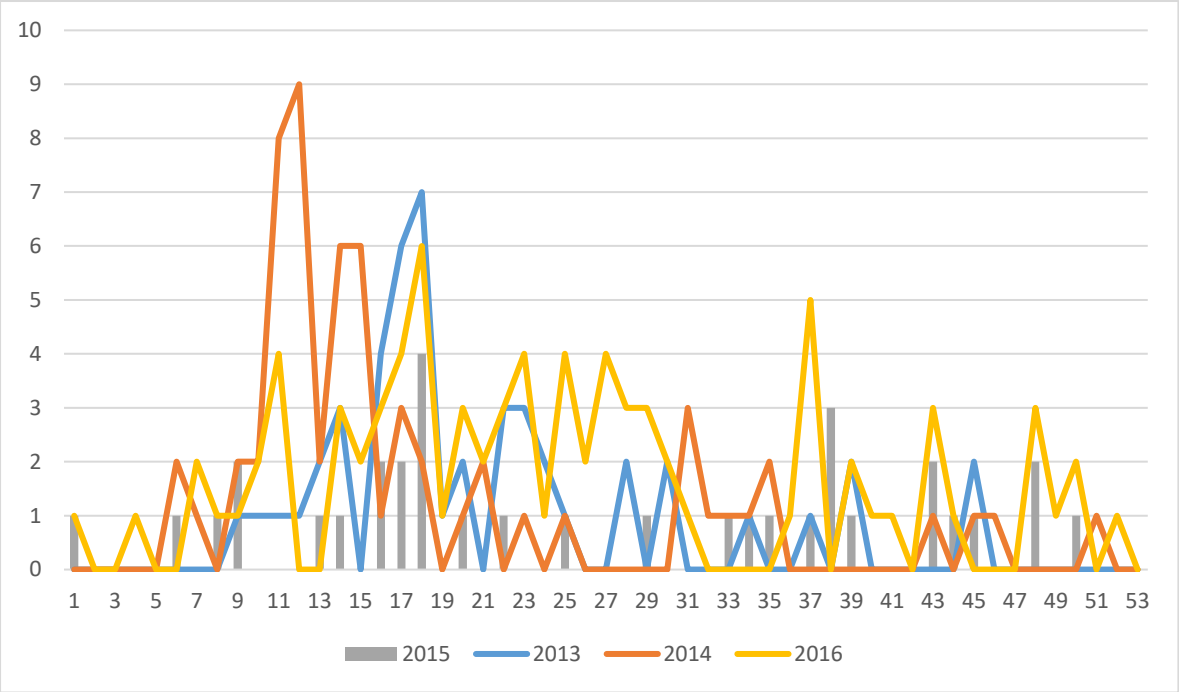
LOCALIDAD	UPZ	NUMERO DE CASOS	%
BOSA	BOSA CENTRAL	2	8%
	BOSA OCCIDENTAL	1	4%
	EL PORVENIR	1	4%
CIUDAD BOLIVAR	EL TESORO	1	4%
	ISMAEL PERDOMO	2	8%
	JERUSALEM	1	4%
	SAN FRANCISCO	1	4%
ENGATIVA	GARCES NAVAS	1	4%
	LAS FERIAS	1	4%
KENNEDY	KENNEDY CENTRAL	1	4%
MARTIRES	LA SABANA	1	4%
PUENTE ARANDA	SAN RAFAEL	1	4%
SAN CRISTOBAL	LOS LIBERTADORES	1	4%
	SAN BLAS	1	4%
SUBA	TIBABUYES	1	4%
TUNJUELITO	TUNJUELITO	1	4%
	VENECIA	3	13%
USME	COMUNEROS	2	8%
	GRAN YOMASA	1	4%
TOTAL		24	100%

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Brotes de Enfermedad Respiratoria Aguda

Durante el año 2016 las Unidades Comando en Salud Publica atendieron un total de 84 brotes de ERA, lo cual representa un aumento del 58% con respecto al 2015. Durante el primer semestre de 2016 se presentó un comportamiento con tendencia al aumento manteniéndose constante entre semana 10 a 27 con un pico máximo en semana epidemiológica (SE) 17, para el segundo semestre se presentó un pico en SE 37 y se mantuvo contante el comportamiento entre SE 39 a 50 correspondiente a los períodos invernales del año, mostrando comportamiento similar que en los años anteriores

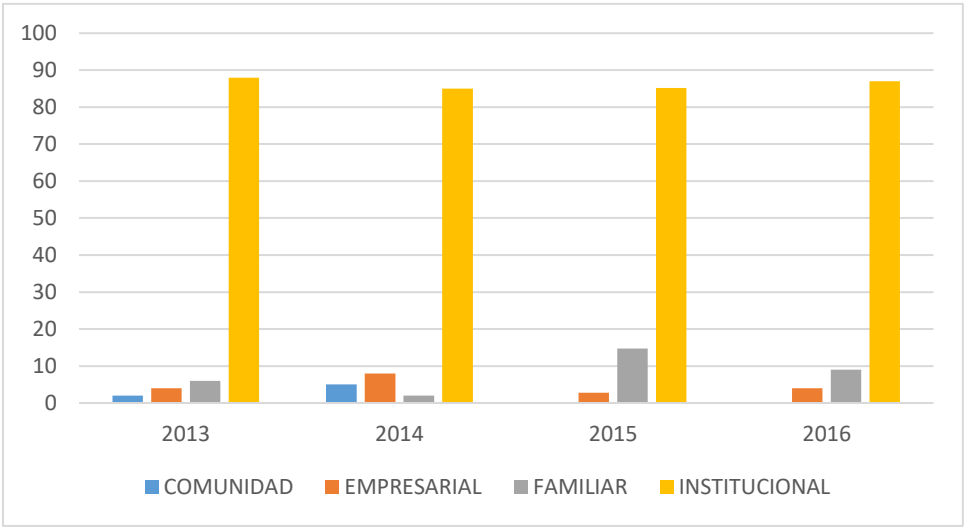
Grafico 68. Numero de Brotes de ERA por semana epidemiológica y tipo de brote. Bogotá D.C. 2013 a 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

De acuerdo al tipo de establecimiento donde se presentaron los brotes de ERA, el 87% correspondieron a brotes institucionales (n=73), el 8% correspondieron a brotes familiares (n=7), y el 5% empresarial (n=4).

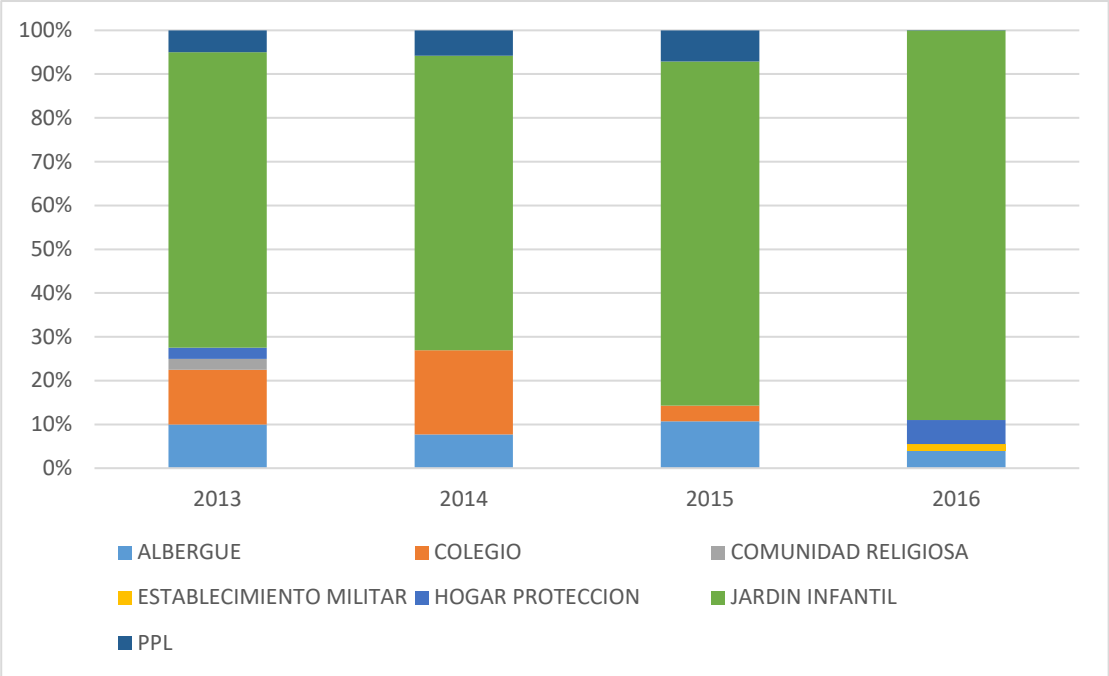
Grafico 69. Proporción de Brotes de varicela de acuerdo al tipo. Bogotá D.C. 2013 a 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Cuando se analizan los brotes institucionales, se encuentra que el 89% se presentaron en jardines infantiles (n=65), el 5.5% en hogares de protección (n=4), 4% en albergues (n=3), y el 1.5% en establecimientos militares (n=1).

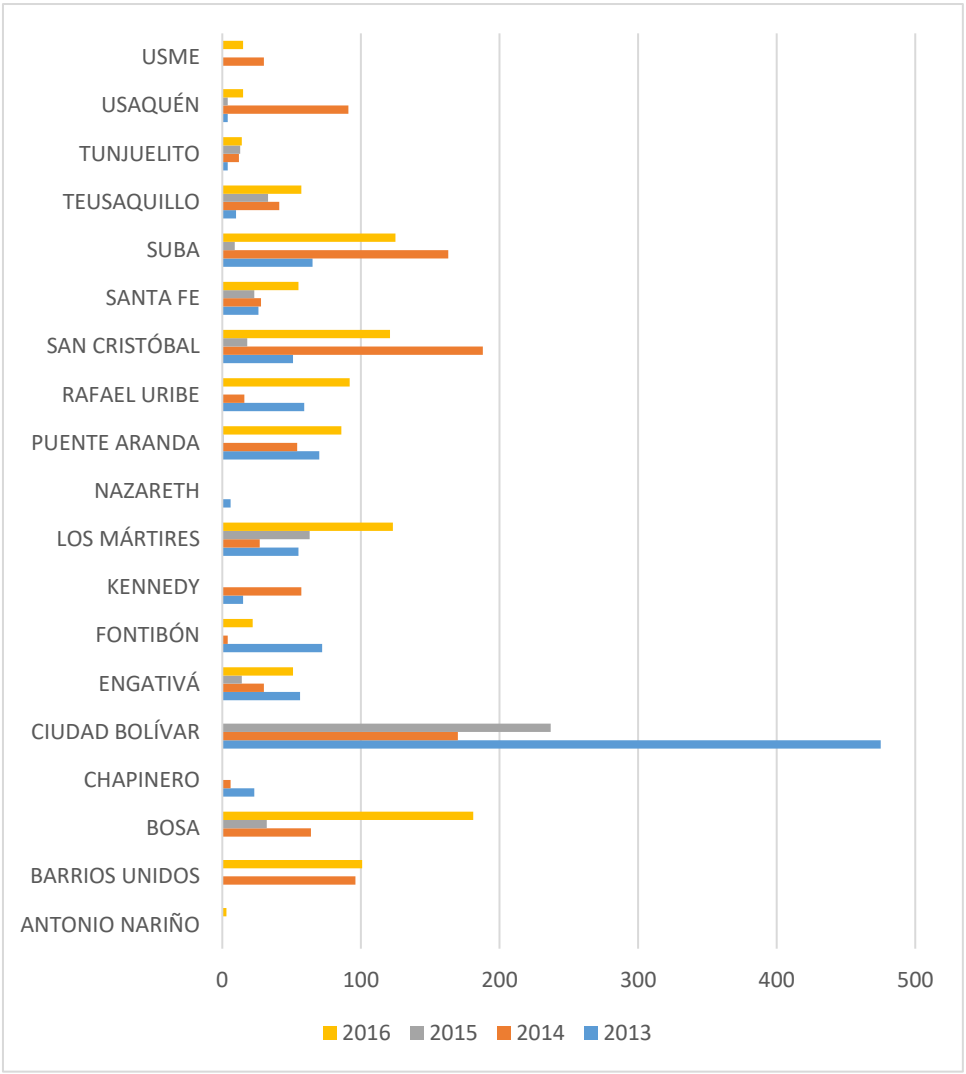
Grafico 70. Proporción de Brotes institucionales de ERA. Bogotá D.C. 2013 – 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

El total de casos de ERA asociados a brotes en el 2016 fue de 1.061 personas superando en un 42% el total de casos del año 2015, donde la localidad de Bosa presentó el mayor número de casos (n=181), seguido de Suba (n=125), Los Mártires (n=123) y San Cristóbal (n=121).

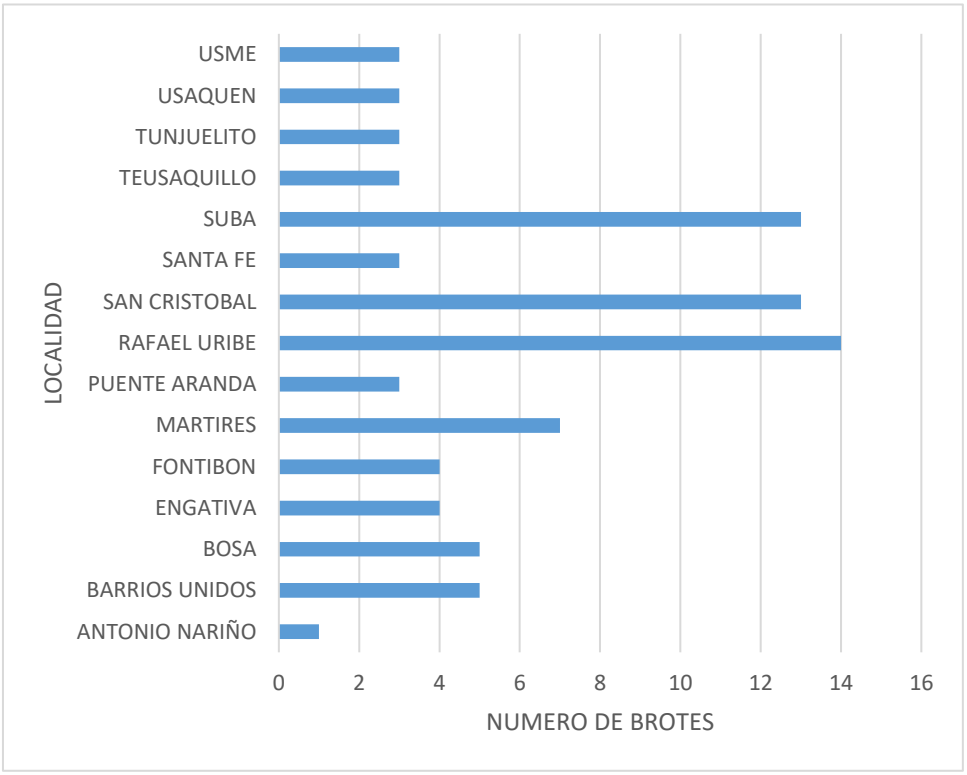
Grafico 71. Numero de casos de ERA asociado a brotes por localidad. Bogotá D.C. 2013 – 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Sin embargo, al analizar el número de brotes de ERA por localidad se encuentra que Rafael Uribe es la localidad con mayor número de brotes (n=14), seguido de Suba y San Cristóbal (n=13) cada uno.

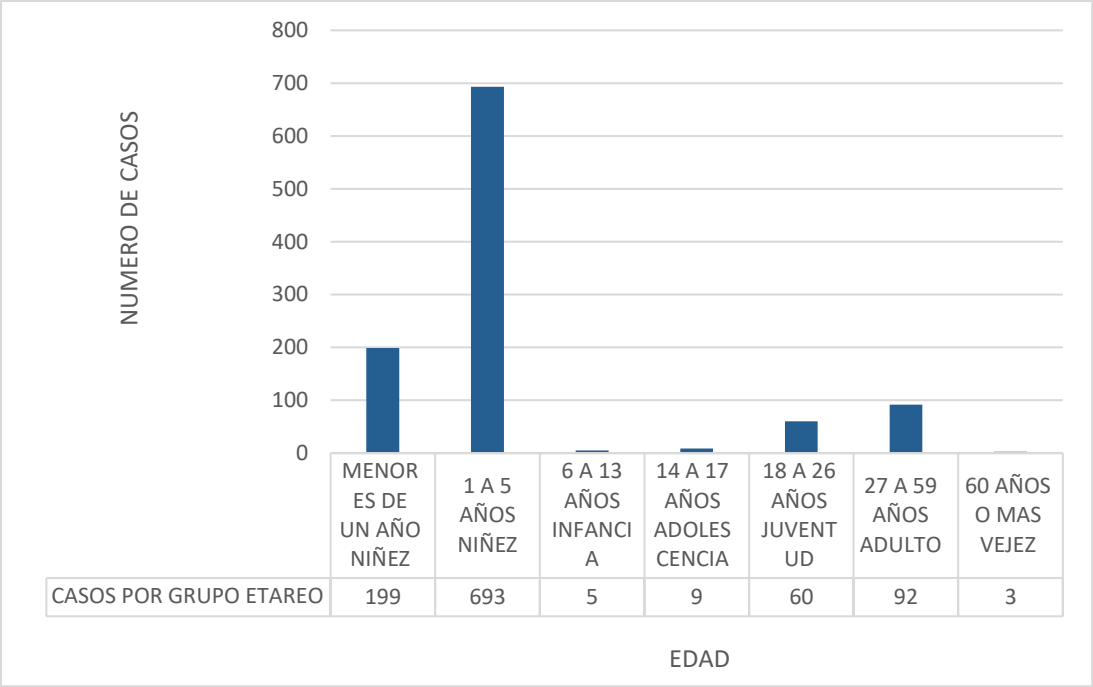
Grafico 72. Numero de Brotes de ERA por localidad. Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

El total de casos asociados a brotes de ERA en el 2016, el grupo etáreo más afectado corresponde en un 84% a menores de 5 años, de estos, el 19% eran menores de un año (n=199) y el 65% tenían entre 1 y 5 años de edad (n=693), el 9% (n=92) son adultos entre 27 a 59 años de edad y el restante porcentaje se distribuye en los demás grupos de edad.

Grafico 73. Numero de casos de ERA asociado a brotes de ERA por grupo etareo, Bogotá D.C. 2016



FUENTE: UCSP Nivel Central

Solo se pudieron tomar muestras en el 11% (n=9). Los resultados de los microorganismos aislados fueron: Virus sincitial respiratorio (n=1), adenovirus (n=1), Virus H1N1 (n=1), neumonías bacterianas no especificadas (n=2), un brote con adenovirus y virus sincitial respiratorio (n=1) y resultado negativo (n=3).

Finalmente, en el 7% de los brotes fue necesario concertar con las instituciones el cese de actividades por superar la tasa de ataque del 10% como medida epidemiológica para cortar la transmisión.

Cuando se analiza la ocurrencia de estos brotes por localidad se debe tener en cuenta la presencia de fuentes fijas y móviles de contaminación ambiental, que aunado a la temporada de lluvias y de bajas temperaturas, incrementan el riesgo de sufrir una enfermedad respiratoria aguda.

Tabla 38. Resumen del Comportamiento epidemiológico de los brotes de ERA. Bogotá D.C. 2016.

CARACTERISTICA		2013	2014	2015	2016
No. DE BROTES		**49**	**61**	**35**	**84**
% TIPO DE BROTE	**COMUNIDAD**	2% (n=1)	5% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)
	EMPRESARIAL	4% (n=2)	8% (n=5)	2,8% (n=1)	5% (n=4)
	FAMILIAR	6% (n=3)	2% (n=1)	14,7% (n=5)	8% (n=7)
	INSTITUCIONAL	88% (n=43)	85% (n=52)	85,2% (n=29)	87% (n=73)
MEDIANA DE CASOS (Rango)		12 (Mín. 1, Máx. 108)	15 (Mín. 2, Máx. 86)	13 (Mín. 1, Máx. 30)	8 (Min. 2, Max.74)
% DE BROTES CON > 10 CASOS		53% (n=26)	63% (n=41)	54,2% (n=19)	38% (n=32)

% CICLO VITAL	**< 1 AÑO**	6%	6%	12%	
	NIÑEZ	73%	56%	70%	
	INFANCIA	2%	11%	4%	
	ADOLESCENCIA	1%	6%	5%	
	JUVENTUD	1%	3%	2%	
	ADULTO	6%	6%	6%	
	VEJEZ	1%	1%	0%	

FUENTE: UCSP Nivel Central

Durante el año 2016 se recibió notificación de 85 brotes de ERA sin embargo solo fueron efectivos 84 a los cuales se les realizó la investigación epidemiológica de campo.

INDICADORES	2013	2014	2015%	2016
% BROTES CON IEC				
Total de brotes con IEC	49	61	35	84
Total de brotes notificados	49	61	36	85
TOTAL INDICADOR	**100%**	**100%**	**97%**	**99%**

FUENTE: UCSP Nivel Central

Discusion

La vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda, continúa siendo de gran importancia para la ciudad, ya que se realiza el seguimiento semanal al comportamiento de la notificación para identificar incrementos en la misma y detectar el comienzo de los picos epidemiológicos.

La morbilidad por IRA se ha presentado usualmente en el promedio de los últimos seis años, sin embargo el hecho de hacer una notificación de mortalidad por IRA en un evento colectivo como lo es la morbilidad, tiende a confundir a los profesionales y eventualmente tiende a no ser un dato real de la situación que ocurre en cada uno de los grupos de edad que se reportan.

La vigilancia centinela, requiere de mayor acompañamiento desde el nivel central, ya que se han percibido fallas desde la identificación adecuada de los casos sospechosos, toda vez que desde la sintomatología reportada no se cumple con la presencia concomitante de fiebre y tos sino solamente en el 70% de los casos; igualmente se debe priorizar la notificación de IRAG sobre ESI, ya que los insumos de laboratorio, como el medio de transporte viral son suministrados por el INS y se debe priorizar el consumo de los mismos principalmente sobre este evento; igualmente se debe fortalecer el ingreso de los resultados de laboratorio por aquellas instituciones que tienen capacidad diagnostica para IFI como son la USS Tunal y la Fundación Cardio-Infantil, esta última con una capacidad diagnostica superior a la técnica establecida actualmente desde el LSP.

Al igual que la vigilancia centinela, la vigilancia de IRAG inusitado requiere de acompañamiento de nivel central, principalmente en lo relacionado a la toma de muestra para virus respiratorios, ya que las muestras algunas veces se inhiben

en el transcurso de la toma y la radicación en el LSP, igualmente en la revisión de la definición de caso, ninguno de ellos cumple con los parámetros de ocupación.

Los reportes corresponden a cuadros clínicos de presentación Inusitada, pero no son trabajadores de salud ni trabajadores del sector porcino/avícola, tampoco cuentan con antecedente de viaje pero si presentan evolución del cuadro en menos de 72 horas requiriendo de UCI y soporte ventilatorio; sin embargo el 75% de los casos presenta resultado negativo para virus, lo cual puede llegar a presentar un reto en la revisión de los cuadros de etiología bacteriana, que a la fecha no se investigan acuciosamente.

En relación a los análisis de mortalidad, y la caracterización de la misma realizada en la ciudad de Bogotá D.C, se encuentra:

Respecto a servicios públicos: el 9% no contaba con alcantarillado, el 6% no contaba con electricidad, el 4% no tenía servicio de gas ni de acueducto.

El 32% de las viviendas se ubica cerca a vías de alto tráfico vehicular, el 25% identifica fuentes contaminantes cerca de la vivienda (humo, polvo o químicos). En el 18% de los casos se fumaba al interior de la vivienda; de las condiciones de la vivienda: el 28% de los casos presentaba poca ventilación, el 13% vivía en hacinamiento, el 12% presentaba humedad.

El 75% de los fallecidos residían en estratos 1 y 2, de los cuales el 35% se encontraba afiliado al régimen contributivo.

El promedio de edad de la madre es 26 años, con un rango entre 14 y 39 años; en el 58% de los casos la ocupación de la madre es el hogar.

En relación a nivel educativo de la madre, el 43% tenía secundaria completa y el 25% primaria completa; el 5% de los casos pertenecía a Grupos Indígenas

El 18% de los padres no conocía signos de alarma, el mismo porcentaje no se transporto fácil al servicio de salud, el 16% tuvo dificultades administrativas y el 10% no busco ayuda de forma oportuna

El 35% de los fallecidos tenía BPN, el promedio de peso al nacer es de 1800gr con un rango entre 670 y 2490gr; el 73% de estos casos son menores de un año.

El 12% eran prematuros e igual porcentaje presentaba alguna anomalía congénita (cardiopatía, retraso del desarrollo, secuelas de toxoplasmosis, entre otras)

El 15% reporta antecedente de desnutrición; el 12% de los menores fallecidos tenía esquema de vacunación incompleto para la edad.

El 60% de los casos consulta dentro de los primeros dos días de iniciados los síntomas, sin embargo el promedio de días entre el inicio de síntomas de los menores y la consulta fue de 4 días, con un rango entre 1 y 30 días.

El 8% había presentado antecedente de Síndrome Broncoobstructivo.

El 28%(22/78) de los casos tuvo muestra, 45%(10/22) fueron positivos (7 VSR, 2 Influenza A (H1N1) y 1 Adenovirus)

La tercera demora represento el 50% de las demoras aplicables a las EAPB, siendo los principales ítems: Deficientes estrategias de demanda inducida (28%), no caracterización de la población afiliada (17%) y no ingreso oportuno a CyD (9%).

La cuarta demora represento el 49% de las demoras aplicables a las IPS, siendo los principales ítems: No adherencia y seguimiento a las guías de manejo medico (22%), Falla en el diligenciamiento de la historia clínica (13%) y no valoración integral de AIEPI y/o no seguimiento adecuado valorando el riesgo (12%)

Respecto al comportamiento de la morbilidad por ERA a nivel nacional, el INS refiere que durante los años 2014, 2015 y 2016 a semana epidemiológica 40 es menor la notificación en las primeras semanas epidemiológicas con un mayor registro hacia mediados del año; el aumento en la notificación se relaciona con las precipitaciones en varias zonas geográficas del país y circulación de agentes etiológicos de origen viral causantes de cuadros de infección respiratoria aguda.

De igual forma, la información de vigilancia centinela de ESI-IRAG a nivel nacional y con corte a semana 52, reporta un promedio semanal de 138,1 casos de los cuales el 85,7 % (4.735) corresponden a pacientes que cumplen con la definición de IRAG y el 14,3 % (789) a pacientes que cumplen con la definición de ESI. Según departamento de notificación y UPGD centinela, en Colombia el mayor número de casos de ESI – IRAG fueron notificados por la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul en Antioquia y la Fundación Cardioinfantil de Bogotá.

En la notificación de casos de ESI se presenta una disminución del 42,2 % (576) casos en comparación con lo notificado durante el año 2015 y Se observa un aumento del 8,3 % (364) casos en la notificación de IRAG con respecto a lo notificado durante el mismo periodo durante el año 2015.

En cuanto a la edad, el 78,1 % (3699) de los casos de IRAG y el 63,2 % (513) de los casos de ESI se notifican en menores de cinco años. Esta misma situación se refleja en el nivel Distrital donde el 65% de los afectados es menor de 5 años. Este comportamiento se asocia principalmente con los meses de bajas temperaturas, pero también a aspectos sociales y demográficos, además presencia de enfermedad de base e incluso anatómicos, que afectan los mecanismos de defensa.

Conclusiones

Se debe corresponder lo expresado en los protocolos de vigilancia vs lo permitido en el aplicativo Sivigila, ya que eventos como IRAG centinela e Inusitado, que de acuerdo al protocolo se pueden ajustar como confirmados por clínica, el

aplicativo no lo permite.

Se está trabajando en el D.C, para mejorar la capacidad diagnostica del LSP, con énfasis en el procesamiento de las pruebas complementarias de biología molecular para la identificación de otros virus, así como la propuesta de implementar la vigilancia del componente bacteriano a partir de los casos de IRAG inusitado.

El INS debe calcular tasas de mortalidad para las diferentes entidades territoriales con base en la información de las EEVV, fuente oficial de nacimientos y defunciones en el país.

Se debe fortalecer la vigilancia de la mortalidad en otros grupos de riesgo como las personas mayores de 60 años.

El abordaje de los brotes de ERA requiere de un trabajo intersectorial por cuanto a que aspectos como las precarias condiciones socioeconómicas, la malnutrición, el bajo nivel educativo, las dificultades para el acceso a los servicios de salud, las bajas coberturas vacunales son también factores de riesgo para la ocurrencia de complicaciones e incluso la muerte ante la presencia de ERA en la población infantil.

Recomnedaciones

Continuar sensibilizando a padres de familia como a cuidadores y docentes, con respeto a las enfermedades transmisibles, la importancia del aislamiento, la intensificación de la limpieza y desinfección de áreas y superficies, y el lavado de manos frecuente en aras de controlar más fácilmente estos brotes.

Realizar vigilancia diaria a los casos de enfermedades transmisibles presentadas en centros de reclusión, batallones y escuelas militares y de la policía nacional, con el objeto de evitar el aumento de casos o de controlar brotes.

Se requiere el trabajo intersectorial con entidades como INPEC así como con Fuerzas Militares para identificar y controlar oportunamente los brotes en esta población confinada y vulnerable.

4.3. Comportamiento de los eventos de Micobacterias.

El año 2016 es un momento decisivo en la lucha contra la tuberculosis (TB), puesto que finalizó el plazo para el cumplimiento de las metas mundiales relativas a la enfermedad establecidas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y es un año de transición: de los ODM a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y de la estrategia Alto a la Tuberculosis a la estrategia Fin de la Tuberculosis.

En el informe mundial de la OPS 2015 para TB se menciona que los avances logrados son importantes: la mortalidad por TB ha descendido en un 47% desde 1990 y casi la totalidad de esa mejora se ha producido a partir del año 2000, cuando se establecieron los ODM. Se estima que el diagnóstico y tratamiento eficaces de la TB han permitido salvar 43 millones de vidas entre 2000 y 2014. La meta establecida en los ODM de frenar y revertir la incidencia de la TB, se ha alcanzado en todo el mundo, en las seis regiones de la OMS y en 16 de los 22 países con mayor carga, en los que se produce el 80% de los casos. A nivel mundial, la incidencia de la TB ha disminuido en un promedio de un 1,5% por año desde 2000 y es actualmente un 18% más baja que en el 2000. En el informe del año 2015 el número mundial de nuevos casos de TB es superior al de años anteriores, pero este incremento no refleja una mayor propagación de la enfermedad sino un aumento y una mejora de los datos obtenidos en los países. A pesar de estos avances y de que casi todos los casos se pueden curar, la TB sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública mundial.

En 2014, 1,5 millones de personas (1,1 millones VIH-negativas y 0,4 millones VIH-positivas) fallecieron a consecuencia de esta enfermedad: 890 000 hombres, 480 000 mujeres y 140 000 niños. La TB es junto con la infección por el VIH, una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Se calcula que la infección por el VIH cobró 1,2 millones de víctimas en 2014, de las cuales 0,4 millones fallecieron a consecuencia de la TB. Se estima que en 2014 enfermaron de TB 9,6 millones de personas: 5,4 millones de hombres, 3,2 millones de mujeres y 1,0 millón de niños. A nivel mundial, el 12% de los 9,6 millones de personas a las que se diagnosticó TB por primera vez en 2014 eran VIH-positivas. Para reducir esta carga es necesario subsanar las deficiencias en la detección y el tratamiento de la enfermedad, corregir los déficits de financiación y elaborar nuevos instrumentos. En 2014 se notificaron a la OMS 6 millones de nuevos casos de TB, una cifra que representa menos de dos tercios (el 63%) de los 9,6 millones estimados de personas que adquirieron la enfermedad. Por tanto, el 37% de los nuevos casos registrados en el mundo no se diagnosticaron o no se notificaron y, por ende, no es posible saber la calidad de la atención que recibieron. De los 480 000 casos estimados de TB multirresistente (TB-MR) que se registraron en 2014, solo una cuarta parte (123 000) fueron detectados y notificados. Aunque el número de pacientes VIH-positivos con TB tratados con antirretrovirales aumentó en 2014 a 392 000 (cifra que equivale al 77% de los casos de TB coinfectados por el VIH que se notificaron), esta cifra solo representa un tercio de los 1,2 millones de personas VIH-positivas que enfermaron de TB en 2014. Todos los casos de TB VIH-positivos son candidatos al tratamiento antirretroviral.

El déficit de financiación para poner en práctica las intervenciones existentes ascendió en 2015 a US$ 1400 millones. La estimación más reciente del déficit anual de financiación para investigación y desarrollo es similar (alrededor de US$ 1300 millones). A partir de 2016, el objetivo será poner fin a la epidemia mundial de TB mediante la aplicación de la estrategia Fin a la Tuberculosis. Esta estrategia, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014 y cuyas metas están relacionadas con los ODS recientemente adoptados, debe servir como modelo para que de aquí a 2030, los países reduzcan la mortalidad por TB en un 90% con respecto al nivel de 2015, el número de nuevos casos descienda en un 80% y ninguna familia deba hacer frente a costos catastróficos debidos a la TB.

A nivel mundial, la prevalencia de la TB en 2015 fue un 42% inferior a la de 1990. La meta de reducirla a la mitad con respecto a 1990 se logró en tres regiones de la OMS (Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental), así como en nueve países con alta carga: Brasil, Camboya, China, Etiopía, Filipinas, India, Myanmar, Uganda y Viet Nam. La meta de reducir la tasa de mortalidad por TB en 2015 a la mitad de la existente en 1990 se ha alcanzado en cuatro regiones de la OMS: Américas, Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental, así como en 11 países con alta carga: Brasil, Camboya, China, Etiopía, Filipinas, India, Myanmar, Pakistán, Uganda, Viet Nam y Zimbabwe. Las tres metas fijadas para 2015 relativas a la incidencia, la prevalencia y la mortalidad se lograron en nueve países con alta carga: Brasil, Camboya, China, Etiopía, Filipinas, India, Myanmar, Uganda y Viet Nam. Notificación de casos de TB y resultados del tratamiento.

A nivel mundial, la tasa de éxito terapéutico en las personas con diagnóstico reciente de TB fue del 86% en 2013, nivel que se ha mantenido desde 2005. Las tasas de éxito terapéutico deben mejorar en las regiones de las Américas y de Europa (en 2013 fueron del 75% en ambas regiones).

Tuberculosis farmacorresistente

Se calcula que el 3,3% de los nuevos casos mundiales de TB y el 20% de los tratados anteriormente tienen TB-MR, cifras que han cambiado poco en los últimos años. La cifra estimada de fallecidos por TB-MR en 2014 fue de 190 000. nunca se habían realizado tantas pruebas de detección de la farmacorresistencia como en 2014: se sometieron a estas pruebas el 58% de los pacientes tratados con anterioridad y el 12% de los nuevos casos, porcentajes superiores al 17% y el 8,5%, respectivamente, que se registraron en 2013. Esta mejora se debe, en parte, al empleo de pruebas moleculares rápidas. El número de casos detectados en todo el mundo (123 000) representa solo el 41% de la estimación mundial y solo el 26% de los 480 000 casos incidentes de TB-MR que, según las estimaciones, hubo en 2014. La región con mayores deficiencias en cuanto a la detección es la del Pacífico Occidental, en la que solo se detectó el 19% de los casos notificados que según las estimaciones tendrían TB-MR (en China, este porcentaje fue del 11%). En el año 2014, 111 000 personas empezaron a tomar tratamientos contra la TB-MR, cifra que supone un aumento del 14% con respecto a 2013; el 90% de los casos notificados de TB-MR o TB resistente a la rifampicina empezaron a recibir tratamiento. Esta proporción fue superior al 90%

en 15 de los 27 países con alta carga de TB-MR, así como en las regiones de Europa y de las Américas. A nivel mundial, solo se trató con éxito al 50% de los pacientes con TB-MR. Sin embargo, la meta establecida para 2015 de tratar con éxito al 75% o más de los pacientes con TB-MR se ha alcanzado en 43 de los 127 países y territorios que informaron de sus resultados en la cohorte de 2012, entre ellos tres con alta carga de TB-MR (Estonia, Etiopía y Myanmar). En el año 2015 se han notificado casos de TB ultrarresistente (TB-XR) en 105 países. Se calcula que el 9,7% de los casos de TB-MR tienen TB-XR.

Las muertes de casos de TB asociada al VIH alcanzaron un máximo de 570 000 en 2004 y descendieron hasta 390 000 en 2014 (reducción del 32%). En 2014 se realizaron pruebas de detección de la infección por VIH al 51% de los casos notificados de TB. Este porcentaje representa un ligero aumento con respecto al 49% de 2013. En la Región de África se registró el porcentaje más elevado (79%). El número de casos VIH-positivos a los que se administró profilaxis con isoniazida alcanzó los 933 000 en 2014, lo cual representa un aumento de alrededor del 60% con respecto a 2013.

En la región de las Américas y el Caribe se estimaron 32.000 casos de TB/VIH y se notificaron 21.885 (68%); de las cuales se estimaron 6.000 muertes de personas con TB/VIH; el 12% de los pacientes nuevos con Tuberculosis eran VIH, con relación al éxito de tratamiento en la cohorte TB/VIH del 2014 este fue del 56% (3)

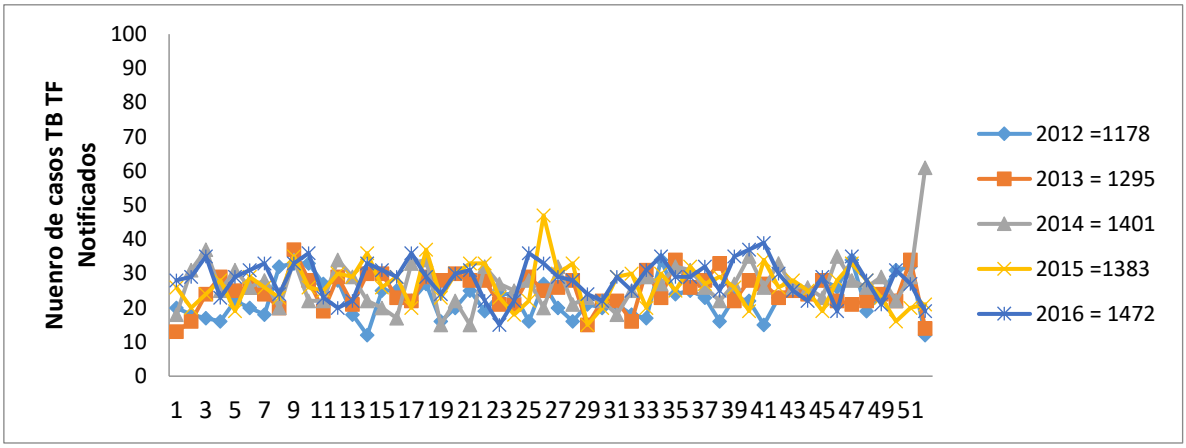
En Colombia, el número de casos de TB todas las formas reportado en 2015 a OMS fue de 12.749 (1), de los cuales 11.011 conocían su estado serológico para VIH, correspondiente al 86,4% del total de los pacientes con TB. De estos, 1.587 (14,4%) fueron reportados con coinfección TB/VIH, y el 60,6% en tenia terapia antirretroviral (TAR), el éxito de tratamiento en la cohorte de TB/VIH del 2014 fue del 54% (Datos no publicados del Programa de Tuberculosis, Ministerio de Salud y Protección Social).

Tuberculosis

Comportamiento de la Tuberculosis Todas las Formas Tuberculosis

Con relación a la notificación al SIVIGILA de TB TF a semana 52 de 2016 se notificaron 1472 casos de los cuales 1203 son residentes del Distrito Capital, se observa un aumento con respectó al año anterior del 6.25% en donde se notificaron 1383 casos, se identifica que en los últimos 5 años se ha presentado un ligero aumento de casos año tras año; el año 2016 es el año con mayor número de casos diagnosticados de los últimos 5 años.

Grafico 74. Distribución de casos notificados de Tuberculosos todas las formas a la semana 52 de 2016.



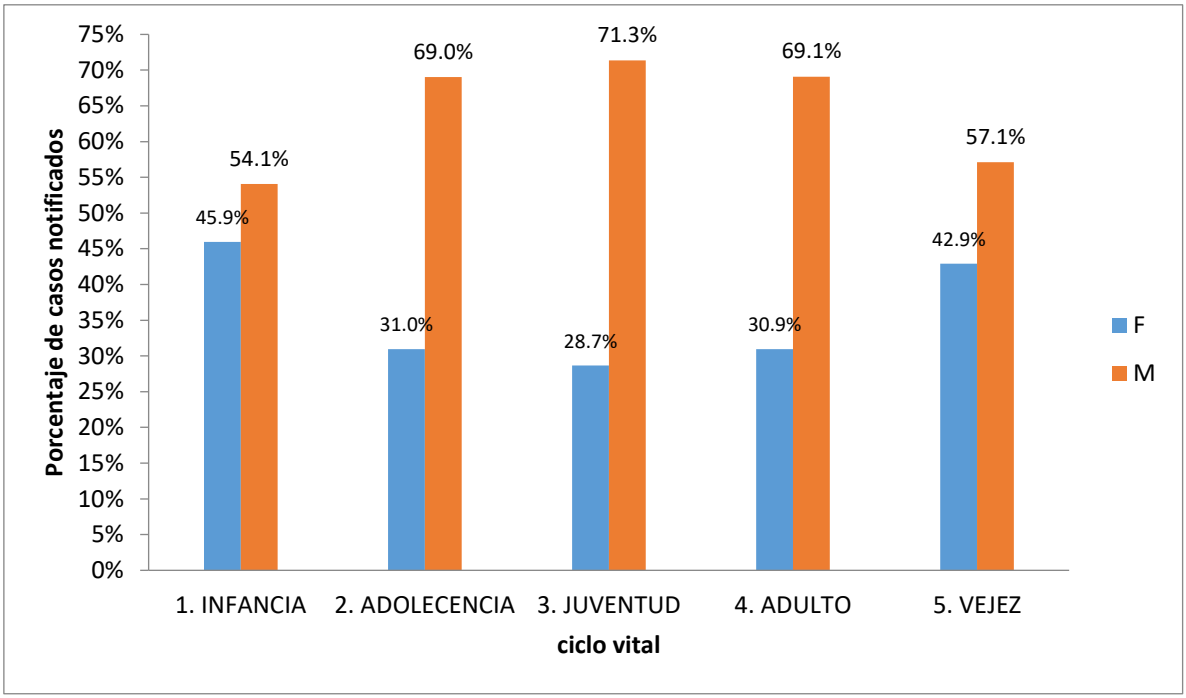
Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

La carga de la enfermedad se presenta de manera habitual en los hombres; en el año 2016 el 65% de los casos de TB todas las formas se dieron en el sexo masculino, por cada mujer enferma hay dos hombres con TB, (porcentaje de TB en mujeres 35%), esta se concentra en la población adulta y adulta mayor en donde se presenta el 73,3% de los casos. En el ciclo vital juventud se reportaron 171 casos (14,2%), el 40% de los casos son pacientes en los cuales se identificó coinfección TB/VIH dándose en este grupo la mayor carga de coinfección.

Respecto a los casos de TB en mujeres desde el 2012 se ha observado que aportan entre el 35 y 40% de los casos, datos que concuerdan con los registros de la OMS en donde para el año 2014 se reportaron en el mundo 9,6 millones de personas con Tuberculosis: 5,4 millones de hombres, 3,2 millones de mujeres y 1,0 millón de niños.[5]En los niños se presentaron 37 casos lo que representa el 3.1% asociado principalmente a formas extrapulmonares.

[5] http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1

Grafico 75. Distribución porcentual de casos de Tuberculosis Todas las Formas (TF) por ciclo vital y sexo, Bogotá a semana 52 de 2016.



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

Con relación a los casos por ciclo vital en el año 2015 se observa una mayor notificación en personas adultos en ambos sexos (461) 64,2% seguidas de la vejez (307) casos con 28,6% y jóvenes con el 17% (185 casos)

Proporción de TB Todas las formas

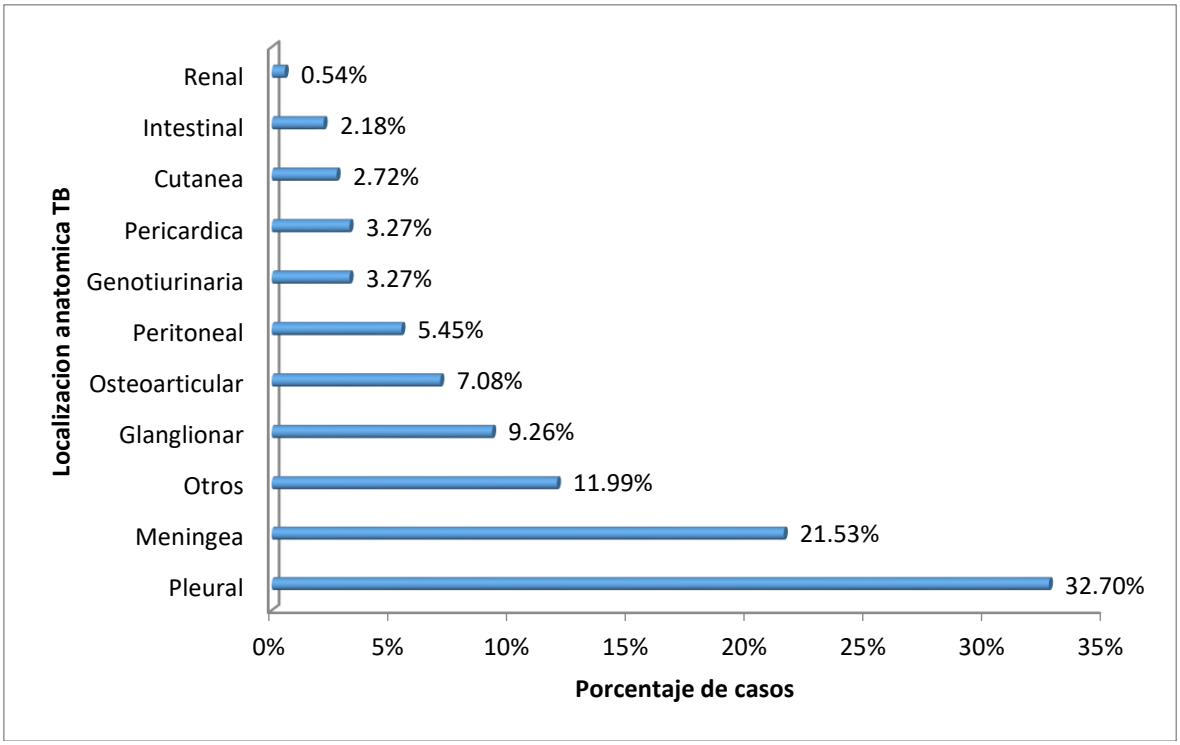
Tabla 39. Porcentaje de casos según tipo de TB Bogotá a semana 52 de 2016

Tipo Tuberculosis	No Casos	%
TB EXTRAPULMONAR	288	24%
TB MENINGEA	79	7%
TB PULMONAR	836	69%
Total general	1203	100%

Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

De los 1203 casos confirmados para Tuberculosis todas las formas, el 69% corresponden a TB pulmonares, de estas el 49,1% son Tuberculosis bacilíferas formas que perpetúan la trasmisión, 24% corresponden a otras TB extra pulmonares y el 7% fueron diagnosticados como TB meníngea, para esta forma de TB se observa una disminución frente al año inmediatamente anterior con 106 casos y una proporción del 10%.

Grafico 76. Casos de Tuberculosis extra pulmonar según localización anatómica, Bogotá a semana 52 de 2016



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

En cuanto a las formas extrapulmonares en el año 2016 se notificaron 367 casos, en primer lugar corresponden a TB pleurales que aportan el 32,7%; la segunda localización anatómica más frecuente es la TB meníngea con el 21.5%. Para esta forma de TB no se registraron casos en menores de 5 años residentes en la ciudad de Bogotá, esto dado por las coberturas útiles del biológico BCG.

La TB extrapulmonar es la que se asocia con mayor mortalidad presentándose en mayor proporción en los adultos con el 37,9%; además es la localización anatómica que presenta mayor asociación con VIH aportando 34% de los casos.

Tabla 40. Distribución de casos de Tuberculosis Todas las formas según lugar de residencia, por entidad territorial a semana 52 de 2016.

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	TB EXTRAPULMONAR	TB MENINGEA	TB PULMONAR	TOTAL	%
AMAZONAS	2	1	0	3	0,2
ANTIOQUIA	1	0	3	4	0,3
ARAUCA	2	0	4	6	0,4
BARRANQUILLA	0	0	1	1	0,1
BOGOTA	288	79	836	1203	81,7
BOYACA	6	3	12	21	1,4
CALDAS	2	0	1	3	0,2
CAQUETA	1	1	4	6	0,4
CARTAGENA	0	0	1	1	0,1
CASANARE	3	1	6	10	0,7
CAUCA	0	0	1	1	0,1
CESAR	0	0	1	1	0,1

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	TB EXTRAPULMONAR	TB MENINGEA	TB PULMONAR	TOTAL	%
CHOCO	2	1	2	5	0,3
CUNDINAMARCA	38	11	81	130	8,8
EXTERIOR	0	0	1	1	0,1
GUAVIARE	0	1	5	6	0,4
HUILA	1	0	4	5	0,3
META	5	0	20	25	1,7
NARIÑO	0	0	1	1	0,1
PUTUMAYO	0	0	3	3	0,2
RISARALDA	0	0	1	1	0,1
SAN ANDRES	1	0	0	1	0,1
SANTANDER	0	1	1	2	0,1
STA MARTA D.E.	1	0	0	1	0,1
TOLIMA	5	2	16	23	1,6
VALLE	0	0	3	3	0,2
VICHADA	0	1	2	3	0,2
BOLIVAR	1	0	0	1	0,1
Total general	462	0	1010	1472	100,0

Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

De los casos notificados en Bogotá en el año 2016, el 81,7% de los pacientes residían en la ciudad, el 8.8% en Cundinamarca, y el 9,5% restante residían en otras entidades territoriales como Boyacá, Tolima y Meta.

Tabla 41. Distribución de casos de Tuberculosis Todas las Formas según loc de residencia, Bogotá a semana 52 de 2016.

Localidad	TB EXTRAPULMONAR	%	TB MENINGEA	% 2	TB PULMONAR	% 3	TOTAL TF	% 4
ANTONIO NARI¥O	8	2.2	2	2.0	17	1.7	27	1.8
BARRIOS UNIDOS	11	3.1	1	1.0	23	2.3	35	2.4
BOSA	19	5.3	4	3.9	62	6.1	85	5.8
CHAPINERO	9	2.5	0	0.0	17	1.7	26	1.8
CIUDAD BOLIVAR	21	5.8	5	4.9	80	7.9	106	7.2
ENGATIVA	41	11.4	9	8.8	79	7.8	129	8.8
FONTIBON	14	3.9	5	4.9	33	3.3	52	3.5
KENNEDY	31	8.6	12	11.8	90	8.9	133	9.0
LA CANDELARIA	2	0.6	1	1.0	14	1.4	17	1.2
LOS MARTIRES	0	0.0	3	2.9	40	4.0	43	2.9
PUENTE ARANDA	18	5.0	3	2.9	40	4.0	61	4.1
RAFAEL URIBE	14	3.9	7	6.9	54	5.3	75	5.1
SAN CRISTOBAL	12	3.3	8	7.8	54	5.3	74	5.0
SANTA FE	13	3.6	1	1.0	26	2.6	40	2.7
SUBA	31	8.6	12	11.8	88	8.7	131	8.9
TEUSAQUILLO	5	1.4	4	3.9	17	1.7	26	1.8
TUNJUELITO	2	0.6	1	1.0	19	1.9	22	1.5
USAQUEN	19	5.3	2	2.0	39	3.9	60	4.1
USME	13	3.6	2	2.0	28	2.8	43	2.9
FUERA DE BOGOTA	75	20.8	20	19.6	174	17.2	269	18.3
SIN DIRECCION DE RESIDENCIA	2	0.6	0	0.0	16	1.6	18	1.2
Total general	360	100.0	102	100.0	1010	100.0	1472	100.0
cuartil 75%	**TB EXTRAPULMONAR**		**TB EXTRA MENINGEA**		**TB PULMONAR**		**TB TF**	
	20.50		7.00		62.00		85.00	

Fuente: Base SIVIGILA Distrital a semana 52 de 2016

En cuanto a la distribución de los casos en Bogotá en el año de 2016, el 43% residen en las localidades de Kennedy, Suba, Engativá y Ciudad Bolívar; frente a la incidencia Bogotá registro una proporción de incidencia de 14,4 casos por 100.000 mil habitantes, las localidades de mayor incidencia corresponden a zonas de alta vulnerabilidad social como lo son la localidades de la zona centro oriente: los Mártires (38,2 casos por 100 mil hab), Santa Fe (38,2 casos por 100 mil hab), Puente Aranda (7,7 casos por 100 mil hab) y Antonio Nariño con una incidencia del 21.04 casos por 100 mil habitantes.

Tabla 42. Distribución de casos de Tuberculosis Todas las Formas según afiliación al SGSSS, Bogotá a semana 52 de 2016.

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		Total Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
CONTRIBUTIVO	242	72.9%	0	0.0%	467	55.9%	709	58.9%
ESPECIAL	15	4.5%	5	14.3%	16	1.9%	36	3.0%
SUBSIDIADO	56	16.9%	25	71.4%	268	32.1%	349	29.0%
NO ASEGURADO	14	4.2%	5	14.3%	73	8.7%	92	7.6%
EXCEPCIÓN	3	0.9%	0	0.0%	7	0.8%	10	0.8%
PENDIENTE	2	0.6%	0	0.0%	5	0.6%	7	0.6%
Total general	332	100.0%	35	100.0%	836	100.0%	1203	100.0%

Fuente: Base SIVIGILA Distrital a semana 52 de 2016

Para el año 2016, de los pacientes diagnosticados en UPGD´s de Bogotá, se encuentran en el régimen contributivo en el 59% (709), seguido del subsidiado con un 29% (349) y el no afiliado aporta un 7,6% (92); es importante establecer que a pesar que en el SIVIGILA se observe una mayor proporción de casos en el régimen contributivo; cuando se calcula las tasas específicas de casos con diagnóstico de TB frente a la población afiliada a cada régimen de aseguramiento se identifica que se enferman más los usuarios de régimen subsidiado y los no asegurados. En el año 2016 la tasa según el régimen de afiliación fue para subsidiado de 28,2 casos, no afiliados 22,4 casos y en el régimen contributivo de 11,8 casos por 100. 000 habitantes. (Población por aseguramiento suministrara por el área de aseguramiento de la SDS).

Tabla 43. Realización de Baciloscopia (coloración de Zielh Neelsen) y resultado según tipo de TB -TF, Bogotá a semana 52 de 2016.

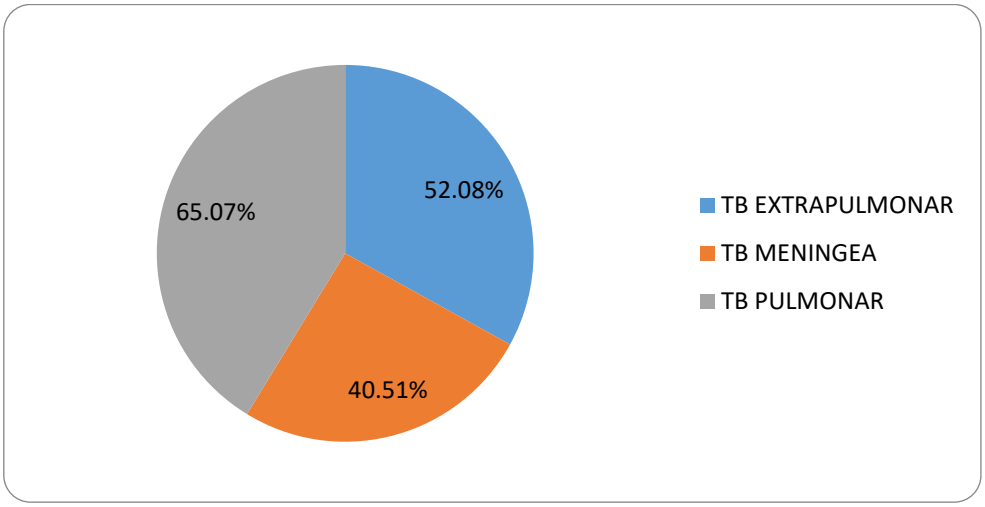
Realización de Baciloscopia	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		Total Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
No Se realizo	141	49.0%	37	46.8%	86	10.3%	264	21.9%
Se Realizo	147	51.0%	42	53.2%	750	89.7%	939	78.1%
Total general	288	100.0%	79	100.0%	836	100.0%	1203	100.0%
Resultado BK	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		Total Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
+	8	2.8%	1	1.3%	190	22.7%	199	16.5%
++	3	1.0%	0	0.0%	122	14.6%	125	10.4%
+++	4	1.4%	0	0.0%	98	11.7%	102	8.5%
Negativo	273	94.8%	78	98.7%	426	51.0%	777	64.6%
Total general	288	100.0%	79	100.0%	836	100.0%	1203	100.0%

Fuente: Base SIVIGILA Distrital a semana 52 de 2016

De los 1203 casos notificados en el SIVIGILA residentes en Bogotá de Tuberculosis en el año 2016, 78,1% (939) cuentan con información sobre realización de Baciloscopia en diferentes muestras como son esputo y líquidos extra pulmonares; con relación a las TB extrapulmonares, cerca del 51% se les realizó baciloscopia, de las cuales solo el 4,3% fueron positivas; en las formas extrapulmonares especialmente la TB meníngea que son de difícil diagnóstico,

es imperativo la realización de cultivo y uso de pruebas moleculares; en los 1203 casos notificados se identificó que en el 16,1% (194) se reportó realización de pruebas moleculares para identificaciónEn este sentido, con estos resultados se confirma la importancia que tiene la realización del cultivo y las pruebas moleculares para el diagnóstico de la TB, ya que las baciloscopias solo tienen una sensibilidad del 70% frente al cultivo y la PCR donde es superior al 90%

Grafico 77. Realización de Cultivo según tipo de tuberculosis, Bogotá a semana 52 de 2016.



Fuente: Bogotá Sivigila Distrital TB a la semana 52 de 2016.

Del total de casos notificados (1203), al 60% (726) se les realizo cultivo, , en enTB todas las formas, de estos casos, en mayor frecuencia en TB pulmonar con el 65% (544).En las TB extrapulmonares el 100% de los casos deberían tener cultivo, para el periodo evaluado solo cuentan con este el 50% de estos casos; frente a esta indicación es claro el incumplimiento de este requerimiento mínimo, este indicador debe superar el 70%

Tabla 44. Realización de Histopatología en TB extra pulmonar, Bogotá a semana 52 de 2016.

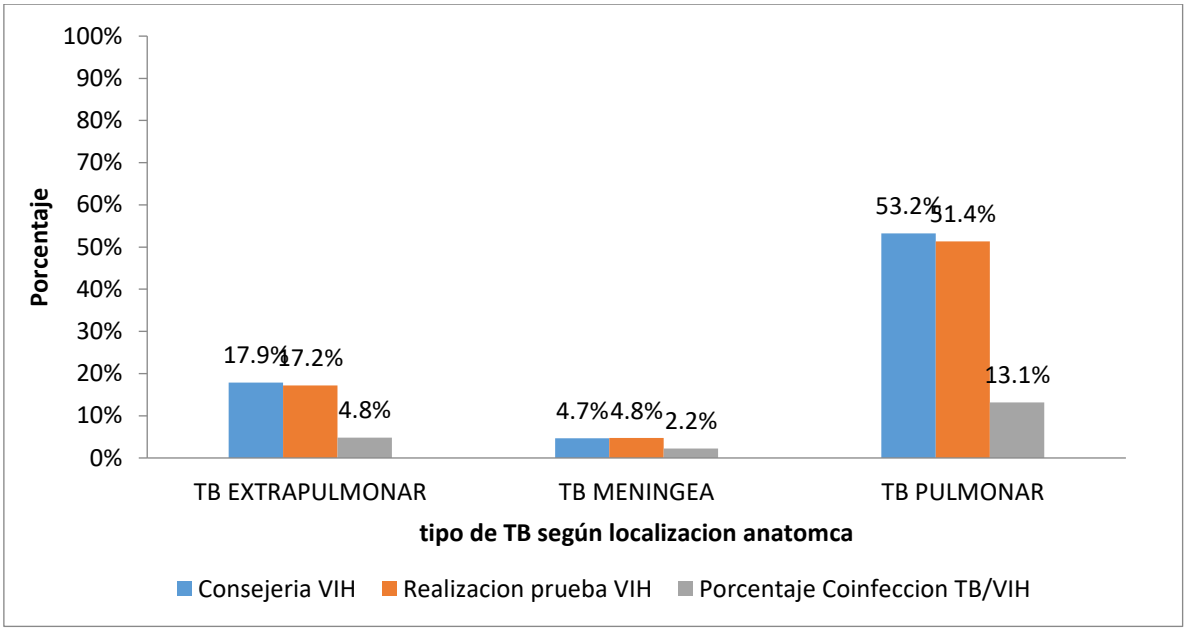
	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA			
Realización de Histopatología	Casos	%	Casos	%	Total Casos	%
No Se realizo	169	66.21%	74	66.21%	243	66.21%
Se Realizo	119	33.79%	5	33.79%	124	33.79%
Total general	288	100.00%	79	100.00%	367	0.00%

Fuente: Bogotá Sivigila Distrital TB a semana 52 de 2016.

Para los casos de TB extra pulmonar se observa un importante porcentaje de casos confirmados por pruebas histopatológicas 34% (124 casos).

Coinfección TB/VIH

Grafico 78. Porcentaje de casos de Tuberculosis Todas las formas con cumplimiento de consejería, Realización de prueba VIH y porcentaje de coinfección Bogotá a semana 52 de 2016.



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2015

Del total de casos notificados como coinfección TB/VIH, el 89% tenían diagnóstico previo de VIH, en la cohorte de paciente TB sin coinfección el 76% de los pacientes accedieron a la consejería para VIH, siendo los pacientes con tuberculosis pulmonar los de mayor proporción, con el 53%; frente a la realización de la prueba de VIH de las personas que recibieron la consejería el 93.2% realizaron la prueba.;

Con relación al conocimiento del estado de VIH en los pacientes de TB, se evidencia que el 20% (243 casos) de los pacientes con alguna forma de TB tienen coinfección con VIH; es importante precisar que las acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH tienen como acción central canalizar al 100% de los pacientes diagnosticados con TB a la realización de las pruebas de VIH; el indicador de proporción de coinfección TB/VIH históricamente siempre se ha reportado en acenso siendo Bogotá la ciudad con la mayor coinfección en el país, en los últimos tres años la coinfección ha sido de: 2013 20,1%, 2014 24,8% y 2015 27%, en el año 2016 se reporta una disminución de este indicador en un 22% con un aumento en el acceso a la prueba de VIH del 20% con respecto al año 2015.

Tabla 45. Proporción de coinfección Tuberculosis TB/VIH según localidad de residencia, Bogotá a semana 52 de 2016

Localidad	N° de Casos Coinfección TB/VIH	N° de Casos TB	% Coinfección TB / VIH
ANTONIO NARI¥O	6	27	22%
BARRIOS UNIDOS	10	35	29%
BOSA	13	85	15%
CHAPINERO	7	26	27%
CIUDAD BOLIVAR	22	106	21%
ENGATIVA	24	129	19%
FONTIBON	10	52	19%

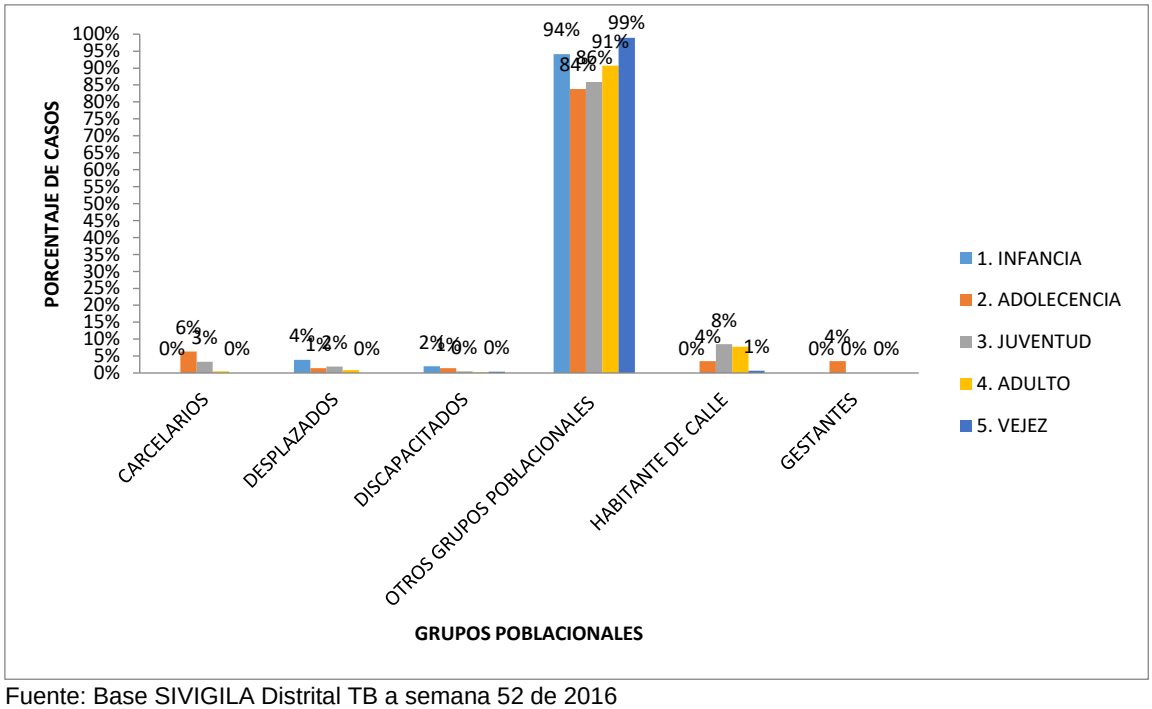
Localidad	N° de Casos Coinfección TB/VIH	N° de Casos TB	% Coinfección TB / VIH
KENNEDY	23	133	17%
LA CANDELARIA	10	17	59%
LOS MARTIRES	13	43	30%
PUENTE ARANDA	11	61	18%
RAFAEL URIBE	15	75	20%
SAN CRISTOBAL	12	74	16%
SANTA FE	7	40	18%
SUBA	22	131	17%
TEUSAQUILLO	6	26	23%
TUNJUELITO	6	22	27%
SIN DIRECCION DE RESIDENCIA	5	18	28%
USAQUEN	14	60	23%
USME	7	43	16%
TOTAL	**243**	**1203**	**20%**

Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 2016

Las localidades con mayor proporción de coinfección TB/VIH en el 2016 que se encuentran por encima del percentil 75 (coinfección menor o igual a 27%) son: La Candelaria, Tunjuelito, Los Mártires, Barrios Unidos y Chapinero; se observa que la coinfección TB/VIH se concentra en la zona Centro Oriente de la ciudad en donde se ubican las zonas de mayor concentración de habitantes de calle y otras poblaciones vulnerables como los LGTBI, igualmente, según datos del programa de VIH corresponden a las localidades con incidencias mayores de VIH.

Tuberculosis en poblaciones vulnerables

Grafico 79. Proporción de casos de Tuberculosis Todas las formas por grupos poblacionales por ciclos vitales a semana 52 de 2016.

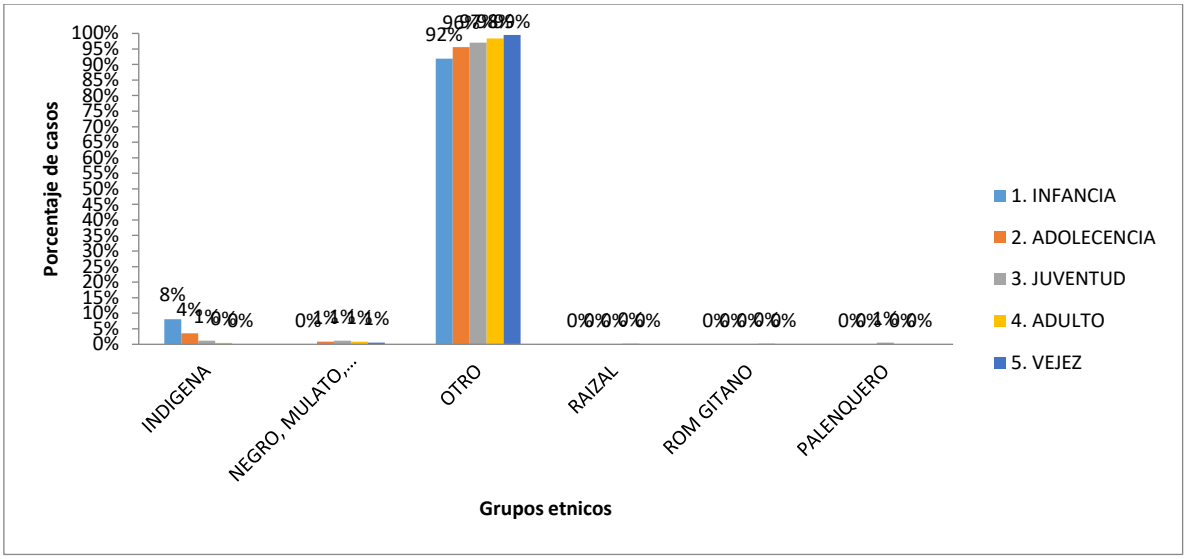


Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

Dentro de las poblaciones vulnerables notificadas al SIVIGILA en el año 2016; se evidenciaron 72 casos de TB en ciudadanos habitantes de calle en los ciclos vitales juventud, adultos y adolescentes, representando el 6%, con una proporción de coinfección del 43%. En población privada de la libertad se reportaron 17 casos en los cuales se presenta una proporción de coinfección del 29% (5 casos), de estos cinco casos con VIH, de los cuales tres fallecieron a causa de la coinfección; en población desplazada, se notificaron 11 casos; otros grupos poblacionales en los que se presentaron casos fueron personas en condición de discapacidad (7 casos), se reportaron 4 casos en gestantes, una de ellas con VIH con su recién nacido también diagnosticado con TB.

Pertenencia Étnica

Grafico 80. Proporción de casos de Tuberculosis Todas las formas por grupos étnicos por ciclos vitales año a semana 52 de 2016.



Fuente: Base SIVIGILA Distrital TB a semana 52 de 2016

A semana 52 de 2016, se notificaron 11 casos en población indígena asociados a los pueblos indígenas Embera Katio y Chami en el cual entre diciembre de 2015 y el primer trimestre de 2016 se reportó brote de tuberculosis en hogar de paso de Ciudad Bolívar, este asociado con casos en paga diarios de la zona Santa Fe. En población negra o afrocolombiana se presentaron 9 casos, en población ROM 1 caso y en población palenquera 1 caso.

Mortalidad por Tuberculosis

Con relación a las mortalidades asociadas a tuberculosis en el año 2016 se notificaron 228 casos con condición final fallecido residentes en Bogotá lo que representa el 19% de los casos; de estos casos el 68% (155) corresponden a formas pulmonares; 32% TB extrapulmonar (73) y 11% con 26 fallecimientos a TB Meníngea. En cuanto al sexo, el 74% de los casos (168) corresponden al sexo masculino; frente a los ciclos vitales se presentaron 2 casos en niños asociados a TB; en la población adulta y joven se registra el mayor número de fallecimientos. De los 228 casos reportados como fallecidos 67 casos

presentaban coinfección TB/VIH para proporción del 29%; al verificar las causas básicas consignadas en la base SIVIGILA 60 casos reportan como causa básica de muerte una forma de tuberculosis, para una letalidad del 5%

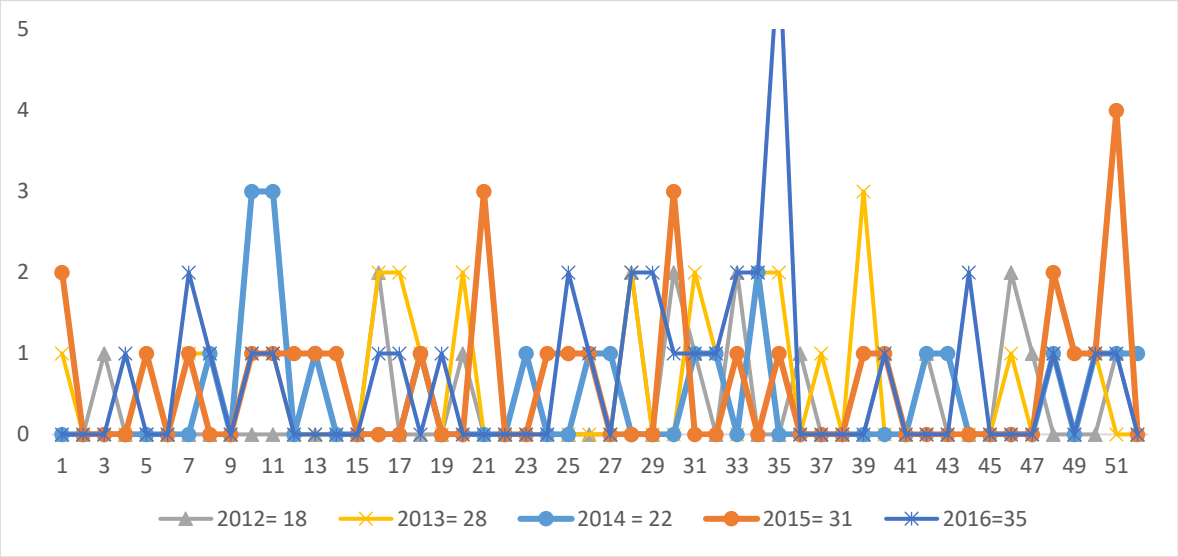
Tabla 46. Distribución de casos de TB – Todas las formas con condición final muerto según ciclo vital, Bogotá a semana 52 de 2016.

Ciclo Vital	TB EXTRAPULMONAR		TB MENINGEA		TB PULMONAR		TOTAL	
	Casos	%	Casos2	%	Casos3	%3	Total Casos	%2
1. INFANCIA	1	2,1%	0	0,0%	1	0,6%	2	0,9%
2. ADOLECENCIA	1	2,1%	2	7,7%	2	1,3%	5	2,2%
3. JUVENTUD	5	10,6%	1	3,8%	21	13,5%	27	11,8%
4. ADULTO	17	36,2%	8	30,8%	57	36,8%	82	36,0%
5. VEJEZ	23	48,9%	15	57,7%	74	47,7%	112	49,1%
Total general	47	100,0%	26	100,0%	155	100,0%	228	100,0%

Fuente: Bogotá Sivigila Distrital TB a semana 52 de 2016

Tuberculosis Farmacorresistente

Grafico 81. Comportamiento de la notificación Tuberculosis Farmacorresistente por semana epidemiológica, año2016



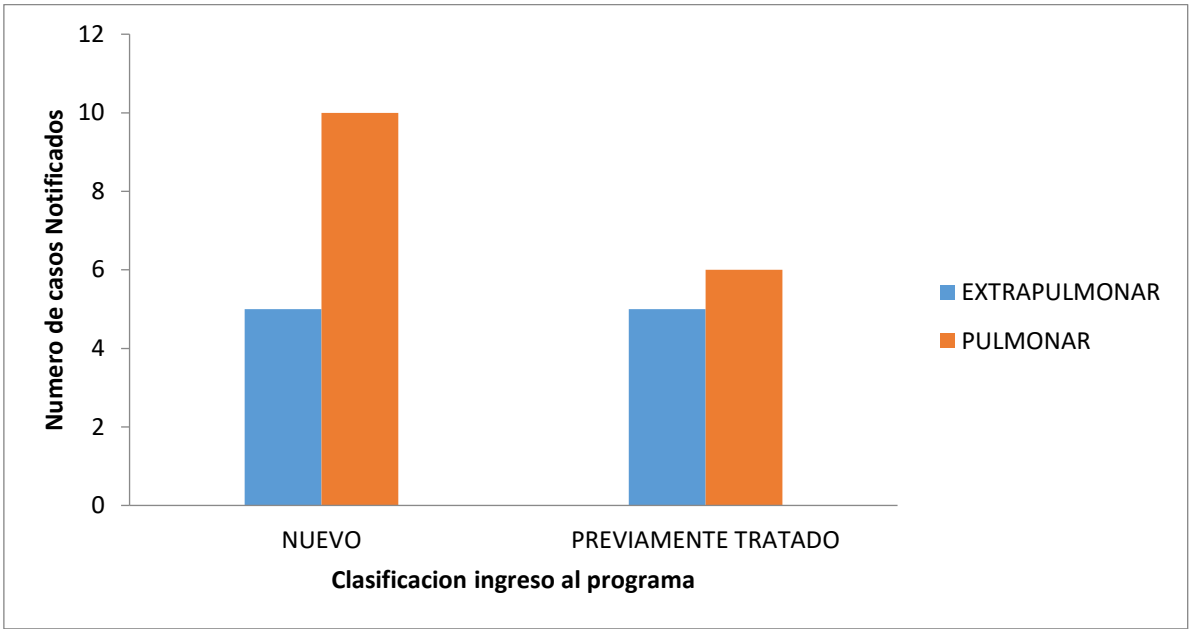
Fuente: Bogotá Sivigila Distrital TB Farmacorresistente a semana 52 de 2016.

En cuanto a la notificación del evento 825 TB farmacorresistente , el año 2016 correspondió al año de mayor notificación desde que se inició el proceso de notificación independiente de TB todas las formas, se observa un aumento del 11,4% con respecto al año 2015 en el cual se diagnosticaron 31 casos, esto es explicado por el mayor acceso a las pruebas de diagnóstico por bilogía molecular; la ciudad de Bogotá cuenta en este momento con 12 equipos Genexpert y Genotype en la Universidad Nacional y el LSP de la secretaria Distrital de Salud. En estos equipos se realizaron aproximadamente 2503 pruebas según información del programa de control de la TB.

Para el diagnostico es evidente la utilización de estas pruebas como apoyo en la

confirmación rápida de resistencias, de los 35 casos notificados, 17 reportaron pruebas de PCR, es decir que el 48% de los casos se confirmaron con pruebas moleculares; de los 35 casos notificados 26 son residentes de la ciudad de Bogotá; siendo la tuberculosis pulmonar la forma anatómica más frecuente con el 61.5% de los casos (16 casos)

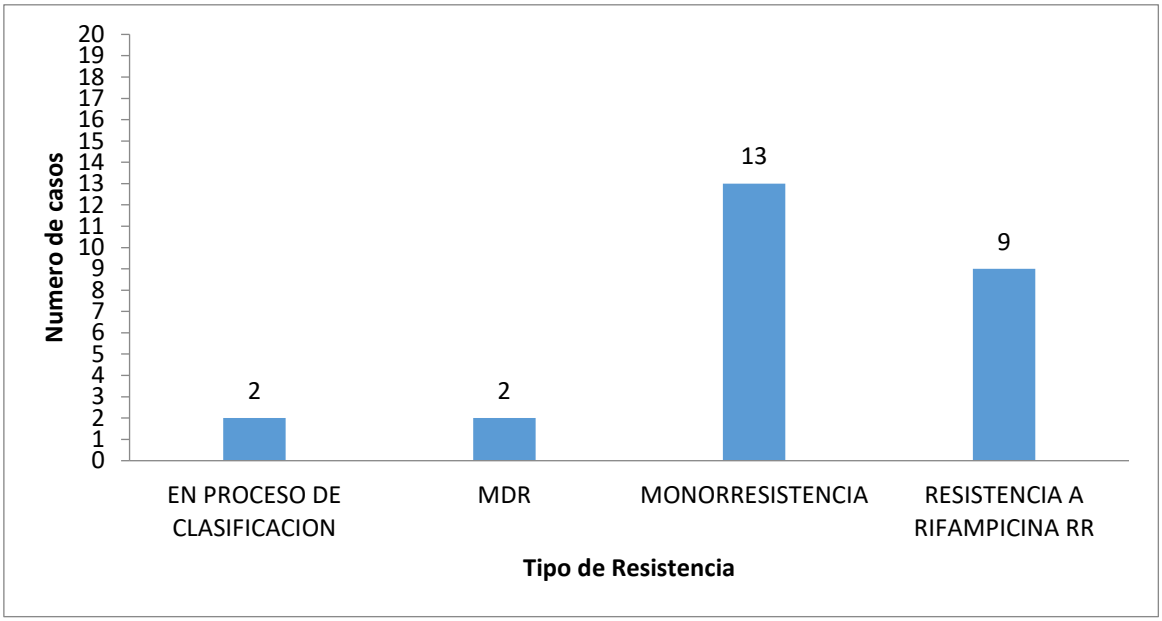
Grafico 82. Casos de TB Farmacorresiste según ingreso al programa a semana 52 de 2016



Fuente: Bogotá Sivigila TB Farmacorresistente a semana 52 de 2016.

En el año 2016 se identificó que el 61% de los casos reportados correspondieron a formas pulmonares y que el 58% fueron casos nuevos, es decir antes no tuvieron contacto con tratamiento para la TB, esto es preocupante ya que de novó estos pacientes tuvieron contacto con cepas ya resistentes. En el año 2015 se observa una proporción similar de casos nuevos 58.3%; de los casos previamente tratados (11) el 81% corresponden a pacientes que han tomado medicamentos de primera línea, 2 casos corresponden a TB FR en pacientes que tienen como antecedente consumo de medicamentos de segunda línea, es decir tratamiento previos de farmacorresistencia, adicionalmente, de los 11 casos previamente tratados el 55% corresponde a pacientes recuperados después de perdida en el seguimiento

Grafico 83. Casos TB FR según clasificación microbiológica de la resistencia a semana epidemiológica 52 de 2016



Fuente: Sivigila TB Farmacorresistente a semana 52 de 2016.

En cuanto al perfil de resistencia de estos casos encontramos que la resistencia más frecuente es la monorresistencia a isoniazida con 13 casos, seguido de los pacientes resistentes RR (resistencia a rifampicina) con 9 casos; estos casos RR ya deben iniciar fármacos de segunda línea y clínicamente son tratados como casos MDR; ya que la resistencia a rifampicina es la más importante, pues este medicamento es en si la base del tratamiento de la TB convencional o sensible. Para el periodo analizado se reportaron 2 casos de TB MDR en la cual se combina la resistencia a isoniazida y a rifampicina, estos pacientes como los RR deben iniciar tratamientos con fármacos de segunda línea, el tratamiento de estas TB tiene una duración mínima de 24 meses con aproximadamente 8 antibióticos diferentes uno de ellos inyectable, por esta razón, los pacientes con estas resistencias son de difícil adherencia, además se suma que la proporción de coinfección de TB/VIH en casos de TB FR es del 30% lo que aún dificulta mas el tratamiento de las dos patologías

Tabla 47. Distribución de Casos de TB FR por localidades de residencia a semana 52 de 2016

Localidad de residencia	Número de casos	%
BOSA	1	2,9%
CIUDAD BOLIVAR	1	2,9%
ENGATIVA	2	5,7%
SAN CRISTOBAL	5	14,3%
SUBA	1	2,9%
KENNEDY	2	5,7%
SANTA FE	3	8,6%
FONTIBON	3	8,6%
FUERA DE BOGOTA	9	25,7%
USAQUEN	2	5,7%

USME	2	5,7%
LA CANDELARIA	1	2,9%
MARTIRES	2	5,7%
ANTONIO NARIÑO	1	2,9%
Total general	35	100,0%

Fuente: Sivigila TB Farmacorresistente a semana 52 de 2016.

De los casos de TB FR notificados en la ciudad 26 casos residen en Bogotá, estando en primer lugar la localidad San Cristóbal, donde residen 5 casos (14.3%).

Con relación a las comorbilidades asociadas, el 65% de los casos reportaron alguna siendo la más frecuente la coinfección TB/VIH presentándose en el 30%; otra comorbilidad importante reportada fue la desnutrición con el 23%.En cuanto a los factores de riesgo, el 12% de los casos reportaron presencia de algún factor siendo el más importante farmacodependencia con el 50%

Tabla 48. Indicadores tuberculosis todas las formas a semana 52 de 2016

Indicador	Meta	Valor Indicador 2015	Valor Indicador Periodo 3 2016	Valor Indicador Periodo 6 2016	Valor Indicador Periodo 9 2016	Valor Indicador 2016
Proporcion de casos de TB segun clasificacion de ingreso NUEVO	NA	92%	90%	89%	90%	91%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Proporcion de casos de TB segun clasificacion PREVIAMENTE TRATADOS	NA	8%	9.7%	10.5%	9.6%	9.3%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Proporcion de casos de TB segun clasificacion de ingreso RECAIDAS	NA	2%	2.3%	1.8%	1.7%	1.7%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Proporcion de casos de TB segun clasificacion de ingreso PACIENTE TRATAMIENTO DESPUES DE PERDIDA AL SEGUIMIENTO	NA	4%	4.9%	5.0%	4.4%	4.0%

Indicador	Meta	Valor Indicador 2015	Valor Indicador Periodo 3 2016	Valor Indicador Periodo 6 2016	Valor Indicador Periodo 9 2016	Valor Indicador 2016
Proporcion de casos de TB segun clasificacion de ingreso FRACASOS	NA	0%	0.6%	0.5%	0.3%	0.4%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de TB PULMONAR	NA	65%	71.4%	72.0%	69.8%	69.5%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de MENINGITIS TUBERCULOSA	NA	10%	5.5%	5.3%	6.5%	7.0%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Prorcentaje de casos de TB EXTRAPULMONAR	NA	25%	23.1%	22.7%	23.6%	23.9%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB TODAS LAS FORMAS	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	13.6	3.8	7.8	11.5	14.4
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB PULMONAR	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	8.3	2.5	5.0	7.3	9.5
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB EXTRAPULMONAR	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	3.2	0.8	1.4	2.2	3.1
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE MENINGITIS TUBERCULOSA	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	1.5	0.3	0.7	1.1	1.3
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB TODAS LAS FORMAS SEXO MASCULINO	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	18.1	2.5	5.3	7.7	9.8
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB TODAS LAS FORMAS SEXO FEMENINO	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	8.2	4.7	4.4	4.8	4.6
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB TODAS LAS FORMAS EN < DE 15 AÑOS	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	1.4	0.3	0.5	0.9	1.4
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
INCIDENCIA DE TB TODAS LAS FORMAS EN > DE 15 AÑOS	A 2015 DISMINUIR LA INCIDENCIA EN UN 50% CON RESPECTO A LA INCIDENCIA DE 1990	18.1	4.6	9.2	13.7	17.9

Indicador	Meta	Valor Indicador 2015	Valor Indicador Periodo 3 2016	Valor Indicador Periodo 6 2016	Valor Indicador Periodo 9 2016	Valor Indicador 2016
Porcentaje de casos antes tratados a los cuales se les realizo cultivo	NA	39%	66.7%	63.6%	65.2%	67.0%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos clasificados como recaidas a los cuales se les realizo cultivo	NA	53%	28.6%	36.4%	43.8%	50.0%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos clasificados como PACIENTE TRATAMIENTO DESPUES DE PERDIDA AL SEGUIMIENTO a los cuales se les realizo cultivo	NA	33%	86.7%	74.2%	75.6%	72.9%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos clasificados como fracasos a los cuales se les realizo cultivo	NA	25%	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de tuberculosis que presentaron condición final muerte		16%	24.7%	21.5%	20.7%	19.0%
porcentaje de casos que presentaron tuberculosis como causa básica de muerte		6%	6%	6%	6%	5%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de coinfección TB /VIH-Sida	< 5%	27%	24.0%	20.1%	20.0%	20.2%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de coinfección TB pulmonar /VIH-Sida	< 5%	15%	22.7%	18.5%	18.0%	18.9%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de coinfección TB Extrapulmonar /VIH-Sida	< 5%	7%	33.8%	29.8%	31.2%	29.5%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de coinfección TB Meningea /VIH-Sida	< 5%	6%	35.3%	30.3%	30.0%	34.2%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Tasa de coinfección TB /VIH-Sida		3.7	0.9	1.6	2.3	3.0
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos de meningitis tuberculosa con antecendente de vacunación con BCG en menores de 5 años		0%	0%	0%	0%	0%
Indicador	**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de correlación información Sivigila y Programa de Control de la tuberculosis	> 90%	98%	98.0	98.0	98%	99%

Tabla 49. Indicadores TB Farmacorresistente a semana epidemiológica 52 de 2016

Indicador	Numerador	Denominador	Valor Indicador 2015	Valor Indicador Periodo 3 2016	Valor Indicador Periodo 6 2016	Valor Indicador Periodo 9 2016	Valor Indicador 2016
Porcentaje de casos por entidad territorial de residencia y clasificación inicial del caso	Total casos de TB FR Confirmados por laboratorio	Total casos notificados de TB FR	96.6	83.3	91.7	93.1	91.4
	Total casos de TB FR Confirmados por clinica	Total casos notificados de TB FR	6.0	16.7	8.3	6.9	8.6
	Total casos de TB FR Confirmados por nexo	Total casos notificados de TB FR	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente que presentaron condición final muerte y causa básica de muerte	Número total de casos de TB FR que presentaron condición final Vivo	Total casos notificados de TB FR	82.6	50.0	72.7	73.9	76.9
	Número total de casos de TB FR que presentaron condición final muerte	Total casos notificados de TB FR	17.4	50.0	27.3	26.1	23.1
Porcentaje de casos de TB farmacorresistente de acuerdo a tipo de tuberculosis.	Total de casos confirmados de TB FR pulmonar	Total de casos notificados de TB FR todas las formas	73.9	66.7	54.5	65.2	61.5
	Total de casos confirmados de TB FR extrapulmonar	Total de casos notificados de TB FR todas las formas	26.1	33.3	45.5	34.8	38.5
Porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente de acuerdo al antecedente de tratamiento al ingresar al programa de control de tuberculosis	Total de casos de TB FR nuevos	Total de casos de TB FR notificados	56.5	33.3	45.5	60.9	57.7
	Total de casos de TB FR previamente tratados	Total de casos de TB FR notificados	43.5	66.7	54.5	39.1	42.3
Porcentaje de casos de TB FR de acuerdo al antecedente de tratamiento y tipo de resistencia	Total de casos nuevos con TB monorresistente	Total de casos nuevos TB FR notificados	69.2	100.0	80.0	64.3	66.7
	Total de casos nuevos con TB MDR	Total de casos nuevos TB FR notificados	23.1	0.0	0.0	7.1	6.7
	Total de casos nuevos con TB polirresistente	Total de casos nuevos TB FR notificados	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	Total de casos nuevos con TB XDR	Total de casos nuevos TB FR notificados	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Total de casos previamente tratados con TB monorresistente	Total de casos previamente tratados TB FR notificados	50.0	25.0	16.7	22.2	27.3
	Total de casos previamente tratados con TB MDR	Total de casos previamente tratados TB FR notificados	30.0	25.0	16.7	11.1	9.1
	Total de casos previamente tratados con TB polirresistente	Total de casos previamente tratados TB FR notificados	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Total de casos previamente tratados con TB XDR	Total de casos previamente tratados TB FR notificados	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Proporción de casos de TB FR con presencia de factores de riesgo y coomorbilidades general	Total de casos de TB FR notificado con presencia de factores de riesgo	Total de casos notificados de TB FR todas las formas	**47.8**	**50.0**	**45.5**	**47.8**	**46.2**
	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	Total de casos notificados de TB FR todas las formas	**60.9**	**50.0**	**54.5**	**60.9**	**65.4**
	Total de casos de TB FR notificados por factor de riesgo contacto con paciente farmacorresistente	Total de casos de TB FR notificado con precencia de factores de riesgo	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**
	Total de casos de TB FR notificados por factor de riesgo farmacodependencia	Total de casos de TB FR notificado con precencia de factores de riesgo	**27.3**	**33.3**	**40.0**	**45.5**	**50.0**
	Total de casos de TB FR notificados por factor de riesgo otros factores inmunosupresores	Total de casos de TB FR notificado con precencia de factores de riesgo	**36.4**	**66.7**	**40.0**	**27.3**	**25.0**
	Total de casos de TB FR notificados por factor de riesgo Tratamiento irregular por más de un mes	Total de casos de TB FR notificado con precencia de factores de riesgo	**36.4**	**0.0**	**0.0**	**9.1**	**8.3**
	Total de casos de TB FR notificados por factor de riesgo menos3med	Total de casos de TB FR notificado con precencia de factores de riesgo	**9.1**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**
	Total de casos de TB FR notificados por factor de riesgo otro_fr	Total de casos de TB FR notificado con precencia de factores de riesgo	**18.2**	**33.3**	**20.0**	**27.3**	**50.0**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades diabetes	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**7.1**	**33.3**	**16.7**	**14.3**	**11.8**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades e_renal	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**7.1**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**5.9**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades epoc	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**7.1**	**0.0**	**0.0**	**14.3**	**17.6**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades cancer	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**7.1**	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**0.0**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades artritis	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**0.0**	**0.0**	**16.7**	**7.1**	**5.9**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades desnutr	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**28.6**	**0.0**	**16.7**	**42.9**	**35.3**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades vih	Total de casos de TB FR notificado con presencia de coomorbilidades	**42.9**	**100.0**	**100.0**	**57.1**	**52.9**
	Total de casos de TB FR notificados por coormobilidades otr_coom	Total de casos de TB FR notificado con presencia de	**7.1**	**0.0**	**16.7**	**21.4**	**17.6**
Porcentaje de coinfección TB FR /VIH-SIDA	Numerador: sumatoria del total de casos de TB FR que reportaron coinfección TB/VIH + total de casos que reportaron como comorbilidad VIH/SIDA(diagnóstico previo)	Total de casos de TB FR	**26.1**	**33.3**	**27.3**	**21.7**	**26.9**

Discusión

Los casos de Tuberculosis ingresan al SIVIGILA como confirmados por laboratorio, por clínica o por nexo epidemiológico; en el año 2016 se identifica que el 64% de los casos fueron confirmados por laboratorio, el 35% confirmados por clínica y el 0.16% confirmados por nexo epidemiológico, la confirmación por laboratorio aumento con relación al año 2015 en el cual fue del 62% se identifica que el año 2016 ha sido el año en el cual la prueba de PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) se ha usado en mayor proporción; al 24% de los casos confirmados por laboratorio se les realizo esta prueba siendo positiva, la prueba

más comercializada en la ciudad es el Genexpert prueba de biología molecular recomendada por la OMS desde el año 2013 la cual ha permitido acortar el tiempo para diagnosticar cepas resistentes a los medicamentos de la TB de semanas a sólo unas pocas horas.

Frente a los casos confirmados por clínica que corresponden a pacientes paucibacilar, para el año 2016 se observó en los indicadores de acceso a cultivo que solo al 50% de los casos se les realizo, aunque este porcentaje es superior al reportado en los últimos años (2015 40,2%) aun está lejos de su cumplimiento el cual corresponde al 100%; igualmente la realización del cultivo en los casos previamente tratados ha mejorado con respecto al año 2015 al pasar del 6% al 49% en el año 2016, pero es preocupante si vemos los casos recuperados después de pérdida del seguimiento en donde solo al 73% se les solicito cultivo; aún se identifica en el SIVIGILA el ingreso de casos sin la realización de pruebas confirmatorias microbiológicas los clínicos avalan pruebas como reportes positivos de ADA o radiografía de tórax obviando la búsqueda del bacilo lo que genera sub registros, tratamientos iniciados sin certeza suficiente del diagnóstico diferencial pudiendo ocasionar no solo a los pacientes posibles eventos adversos sino sobre costos al sistema de salud.

Es importante garantizar la realización de la baciloscopia específicamente en los casos donde se sospecha TB pulmonar, dado que corresponde a una prueba rápida, reproducible, sencilla y tamiz para el diagnóstico de la Tuberculosis, sin embargo la gran limitación de la baciloscopia es su relativamente baja sensibilidad, que hace que la gran mayoría de los casos que se detectan por esta técnica estén en estadios ya avanzados de la enfermedad, por ello es importante la utilización de nuevas tecnologías como lo son las PCR en tiempo real las cuales tienen una alta sensibilidad y especificidad en muestras de esputo, en la última recomendación de la OPS se recomienda como prueba de oro para el diagnóstico de TB en pacientes con VIH la realización de pruebas moleculares. En los datos epidemiológicos de Bogotá se evidencia el creciente uso de esta tecnología, según datos del LSP de Bogotá y el programa de control de la TB existen actualmente en la red de salud de la Ciudad 12 equipos de PCR genexpert realizando aproximadamente 2500 pruebas

Con relación a la condición de ingreso de los pacientes al programa de control de la Tuberculosis se identifica que el 9,3% de los casos ya han tenido contacto con medicamentos anti TB, el 4% de los casos corresponden a pacientes recuperados después de pérdida del seguimiento o abandonos, estos abandonos se presentan principalmente en población vulnerable como habitantes de calle y población privada de la libertad, frente a la atención en salud de estos pacientes previamente tratados, se identifica que solo el 72% acceden a realización de cultivo y es mínimo los casos a los cuales se les realiza pruebas de susceptibilidad para fármacos anti TB

Frente al manejo clínico de la tuberculosis y la mortalidad por TB es importante no olvidar que la TB es una de las principales patologías reemergentes en la última década, esta información es concordante con lo que se publica en la Guía para la Tuberculosis para médicos especialistas en donde se presenta el riesgo relativo (RR) de diversos factores de riesgo de padecer tuberculosis, dentro de

los que se ubica en primer lugar la infección por VIH con un RR de 50 a 100 veces más y una probabilidad de muerte del 50 veces, neoplasias solidas de 1 a 36 veces más, fármacos inmunosupresores de 2 a 12 veces más entre otros factores.6 Esto lo refleja la información de los fallecimientos por TB en donde en el año 2016 el 29% de los fallecidos que fueron notificados por TB tenían coinfección con VIH; en los datos de Bogotá se refleja un aumento sostenido del porcentaje de coinfección TB/VIH presentándose en el año 2015 la mayor proporción de los últimos 5 años 26%; el año 2016 es el año en el cual por primera vez desde que se calcula el indicador de proporción de coinfección ha disminuido al pasar a un 21% presentado una disminución porcentual del 19% aunque disminuyo aún es muy alta siendo la más alta del país.

Colombia en el año 2016 preliminarmente reporto una coinfección de 15,8%, esto puede estar explicado por las dificultades que tienen que pasar los pacientes con VIH para acceder a programas de VIH en donde se realice una búsqueda juiciosa de TB y otros oportunistas, en los análisis de mortalidad de coinfección TB/VIH realizados en el año 2016, se identificó una baja implementación de acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH y dificultades en el acceso a retrovirales de los pacientes por barreras administrativas, igualmente la disminución de casos de coinfección puede estar influenciado por el mejoramiento en el cruce y validación de la información de las bases del SIVIGILA TB, VIH y programa, estas bases se están cruzando de manera periódica lo que permitió que en el año 2016 disminuyera de manera importante los casos de TB con condición VIH desconocido el cual fue del 7,3%; frente a la coinfección.

Adicionalmente, es importante precisar que el 89% de los casos que reportaron TB en 2016 tenían VIH previo lo cual refleja la pobre implementación en los programas de VIH de acciones como tamizaje en cada consulta de búsqueda de TB latente y activa y el acceso a profilaxis con isoniazida. Para frenar la TB en los paciente con VIH y otras patologías crónicas se requiere de un abordaje integral no solo del sector salud sino con la participación de otros actores tanto públicos como privados, por ello es necesario fortalecer la coyuntura actual en la cual la atención se centra en una APS renovada en donde tanto los servicios de salud como toda las instituciones gubernamentales plantean reconocer y articularse desde el territorio para apoyar a este tipo de población en su proceso de alcanzar un estado de bienestar optimo; frente a este reconocimiento de determinantes sociales de tipo estructural, proximal e intermedios se reconocen estudios que concuerdan con la disminución de la mortalidad por tuberculosis, “cuando en Inglaterra comienza a descender coincidiendo con las luchas obreras por mayores salarios, reducción de jornada, mayor control del trabajo femenino e infantil”.7.

En el año 2016 la OPS publico el estudio Determinantes de la tuberculosis en los

[6] José A. Caminero Luna, Op. cit., p. 50...

[7] Ángeles Maestro, *La clase obrera paga con su salud la crisis capitalista*, citado en San Martin, H (1984) La Crisis Mundial de la Salud, p. 126

países de América Latina y el Caribe[8] , del cual se concluyó que en el 2010, la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana y Mycobacterium tuberculosis y la presencia de tuberculosis multirresistente en los pacientes previamente tratados mostraron una correlación positiva con la morbilidad por tuberculosis y una correlación negativa con el progreso del saneamiento básico y la cobertura de los servicios de agua; esta observación revela un aumento de la morbilidad por tuberculosis asociado con las dos primeras variables y una disminución de la morbilidad que se asocia con las dos últimas. Con respecto a la mortalidad por tuberculosis, la población indígena y los casos de tuberculosis multirresistente en los pacientes previamente tratados revelaron una correlación positiva. Por el contrario, el alfabetismo en las mujeres, el saneamiento básico, la cobertura de los servicios de agua y el estado nutricional se asociaron negativamente con la mortalidad, lo cual indica que al mejorar los cuatro últimos determinantes se puede obtener una disminución de la mortalidad por tuberculosis; los resultados de este estudio respaldan las iniciativas intersectoriales que asocian los determinantes sociales, económicos, ambientales y de los servicios de salud a la estrategia alto a la Tuberculosis. En la ciudad de Bogotá es evidente que los casos de TB reportados en el 2016 en su mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, personas con bajos ingresos o ingresos irregulares que carecen de trabajos formales y aunque tiene aseguramiento el acceso a los servicios de salud se ve limitado por sus dificultades sociales; es por ello que la transversalidad de transmisibles se debe fortalecer frente al reconocimiento de los determinantes sociales de tipo proximal e intermedio de cada comunidad con la finalidad que desde este reconocimiento se puedan incidir en aquellos determinantes de tipo estructural como las políticas públicas en salud que finalmente son las que llegan a impactar en las comunidades.

Los progresos frente al diagnóstico y tratamiento de los pacientes multirresistente siguen siendo lentos; Bogotá inicio con la notificación de este evento en el segundo semestre de 2012 notificándose 18 casos; en el año 2013 se reportaron al SIVIGILA 25 casos, en el 2014 se notificaron 22 casos; en el año 2015 se reportaron 30, el año 2016 ha presentado el mayor número de casos de TB FR 35; se identificó un aumento de casos RR 9 lo que evidencia un aumentó frente al diagnóstico oportuno y el acceso a pruebas de sensibilidad a fármacos antituberculosos especialmente en los pacientes previamente tratados correspondiente al 50% pero en los pacientes con VIH solo llega al 20%; a la fecha Bogotá cuenta con una red privada de laboratorios que permite el acceso a estas pruebas y un equipo de gene xpert en la red pública con lo que se espera aumente el diagnostico de TB en VIH y otros casos de posibles TB paucibacilares e identifiquemos más casos con resistencia en pacientes previamente tratados y con factores de riesgo; con relación a la información de este evento según el informe de TB mundial del año 2015 se estimó que 480 000 personas contrajeron TB MDR, se calcula que un 9,0% de los pacientes con TB-MR tenían TB ultrarresistente[9]

[8] Bergonzoli G, Castellanos LG, Rodríguez R, Garcia LM. Determinants of tuberculosis in countries of Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(2):101–5.

[9] Informe mundial TB 2015 Organización mundial de la salud p 214

Frente a la coinfección TB/VIH en el año 2016 en los casos que se reportó coinfección TB/VIH se estableció que el 89% de los casos ya tenían un diagnóstico previo de VIH; en los pacientes que debutaron con coinfección TB/VIH se identificó un acceso a la prueba de VIH del 76% lo que refleja una mayor articulación entre los programas de TB y de VIH, esto podría explicar la disminución importante que se ha dado en la proporción de coinfección en el año 2016. Estos avances son importantes pero aun no alcanzamos la meta de que el 100% de personas con TB sean tamizados para VIH

Frente a la concordancia de la información entre el programa de TB y el SIVIGILA en el 2016 se identificó una concordancia superior al 90% en el número de casos y variables trazadoras como la coinfección TB/VIH y la condición de ingreso al programa con lo cual se identifica un avance importante en la depuración de las fuentes de información y en el cálculo de indicadores.

Conclusiones

La TB pulmonar continúa siendo el tipo de TB que se presenta con mayor frecuencia en la población, por lo cual se requiere garantizar la realización de la prueba tamiz en este caso de la baciloscopia a todos los sintomáticos respiratorios, y las acciones individuales y colectivas para minimizar la trasmisión de persona a persona; es importante masificar el uso de las pruebas moleculares rápidas para la identificación de TB en pacientes paucibacilares especialmente en VIH

Los casos notificados en el SIVIGILA como TB con condición final muerte obedecen en su gran mayoría a casos en donde la causa básica de muerte no es la TB sino a otros estados patológicos por ello la importancia de continuar con el espacio de análisis de mortalidad, en el SIVIGILA se identifica una letalidad del 5%, igualmente se identificó que la mortalidad por coinfección fue del 30%

Frente a la presentación de la tuberculosis en grupos de riesgo como los indígenas y los habitantes de calle se identificó un aumento de casos en habitantes de calle, se reportaron 72 casos lo que representa el 6% de los casos frente el 6,7% reportado para en el 2015; por ello es necesario continuar con actividades de búsqueda activa en estas poblaciones, procesos de educación y sensibilización de la patología.

Con relación a la coinfección por TB VIH se evidencio un aumento en la realización de la consejería y la prueba de VIH con una disminución importante en la proporción de coinfección TB/VIH, frente a esto es importante fortalecer la articulación entre estos sistemas de vigilancia y los programas.

Se identifica una disminución de los casos recuperados después de pérdida del seguimiento o abandonos con respecto en el 2015 en un 20%, esto dado por una mejor validación de la información frente al uso de tratamientos previos anti TB.

Recomendaciones

Continuar con la implementación de los dos proyectos de cooperación internación con el fondo mundial y la OPS los cuales han fortalecido el talento humano tanto local como distrital y han fortalecido el sistema de información

Fortalecimiento del sistema de información del programa de TB frente a los cruces de información con el SIVIGILA VIH y TB.

Fortalecer las unidades de análisis por o con TB y TB/VIH frente a mejorar el análisis de la información que permita identificar un diagnóstico desde los determinantes sociales de los pacientes con TB y coinfección TB/VIH

Mejorar el estudio de contactos y la sistematización de esta información como insumo para las acciones en lo local

Diseñar en conjunto con el programa acciones priorizadas y diferenciales en grupos vulnerables especialmente en la población indígena y habitantes de calle

El cultivo corresponde al método diagnostico Gold Estándar en TB, sin embargo una de las desventajas es el tiempo en que tarda el microorganismo en crecer, por lo tanto es necesario contar con métodos automatizados en diferentes puntos de atención a nivel Distrital que permitan fácilmente realizar el diagnóstico acortando el tiempo para el inicio del tratamiento como lo son las pruebas moleculares PCR.

Es importante fortalecer la articulación del programa de TB y VIH, ya que año tras año se observa el aumento en la proporción de coinfección y el gran peso de la coinfección en la mortalidad de los pacientes; en Bogotá el 30% de los casos que fallecen con TB tiene coinfección TB/VIH

Fortalecer la socialización de los protocolos de vigilancia a nivel local, ya que se evidencia desconocimiento del flujo de información de VSP, acciones del programa de trasmisibles y algoritmos diagnósticos para TB pulmonar y extrapulmonar.

Frente al evento de notificación 825 de TB farmacoresistente es necesario fortalecer la socialización de este ya que hay desconocimiento del tema en el personal de vigilancia en salud pública y en el área clínica.

Los indicadores de TB FR que se reportan por el sistema de vigilancia en salud pública son demasiado extensos, algunos no son muy claros por lo cual hay desconocimiento de estos por parte de los entes territoriales.

Lepra

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, un bacilo acidorresistente. Afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos. La lepra es una

enfermedad curable. Si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. Desde 1995, la OMS proporciona gratuitamente a todos los enfermos leprosos del mundo el tratamiento multimedicamentoso, que es una opción curativa simple, aunque muy eficaz, para todos los tipos de lepra.

La eliminación mundial de la lepra como problema de salud pública (es decir, una tasa de prevalencia mundial de menos de 1 caso por 10 000 habitantes) se alcanzó en el año 2000. A lo largo de los últimos 20 años, se ha tratado con el tratamiento multimedicamentoso a más de 16 millones de pacientes con lepra.

La detección de todos los casos en cada comunidad y la compleción del tratamiento multimedicamentoso prescrito eran los principios básicos de la *Estrategia mundial mejorada para reducir la carga de morbilidad debida a la lepra: 2011-2015*. La OMS ha presentado en 2016 una nueva estrategia mundial —la *Estrategia Mundial contra la Lepra 2016-2020: avancemos rápidamente hacia un mundo sin lepra*— cuyo objetivo es reforzar las medidas de control de la enfermedad y evitar las discapacidades, sobre todo entre los niños afectados de los países endémicos.

Esta estrategia hace hincapié en la necesidad de mantener los conocimientos especializados y aumentar el número de personal capacitado para atender esta enfermedad con el fin de mejorar la participación de los afectados en los servicios de atención a la lepra y reducir las deformidades visibles, así como la estigmatización relacionada con la enfermedad.

De acuerdo con los informes oficiales recibidos de 121 países de todas las regiones de la OMS, excepto Europa, la prevalencia mundial de la lepra a finales de 2014 era de 175 554 casos (0,24 casos por 10 000). El número de nuevos casos notificados en el mundo en 2014 fue de 213 899 (0,3 por 10 000 personas), frente a los 215 656 de 2013 y los 232 857 de 2012.

Según los informes oficiales procedentes de 103 países de 5 regiones de la OMS, la prevalencia mundial de la lepra registrada a finales de 2013 fue de 180 618 casos, mientras que el número de casos nuevos notificados en el mundo ese mismo año fue de 215 656, en comparación con 232 857 en 2012 y 226 626 en 2011.

El número de nuevos casos indica el grado de continuación de la transmisión de la infección en la comunidad. Las estadísticas mundiales revelan que 200 808 (94%) de los nuevos casos se notificaron en 13 países con más de 1000 nuevos casos cada uno, y que en el resto del mundo solo se notificó el 6% restante.

En Colombia: A partir de 1985 el país introdujo la poliquimioterapia para el tratamiento farmacológico de; la Lepra, cumpliendo globalmente con la meta de eliminación como problema de Salud Pública en 1997, con una prevalencia registrada de 0,8 x 10.000 habitantes; así mismo, desde hace más de 10 años ha presentado tasas por debajo de la meta de eliminación. La detección de casos nuevos de lepra mostró una disminución en los años 2009 y 2010, sin embargo,

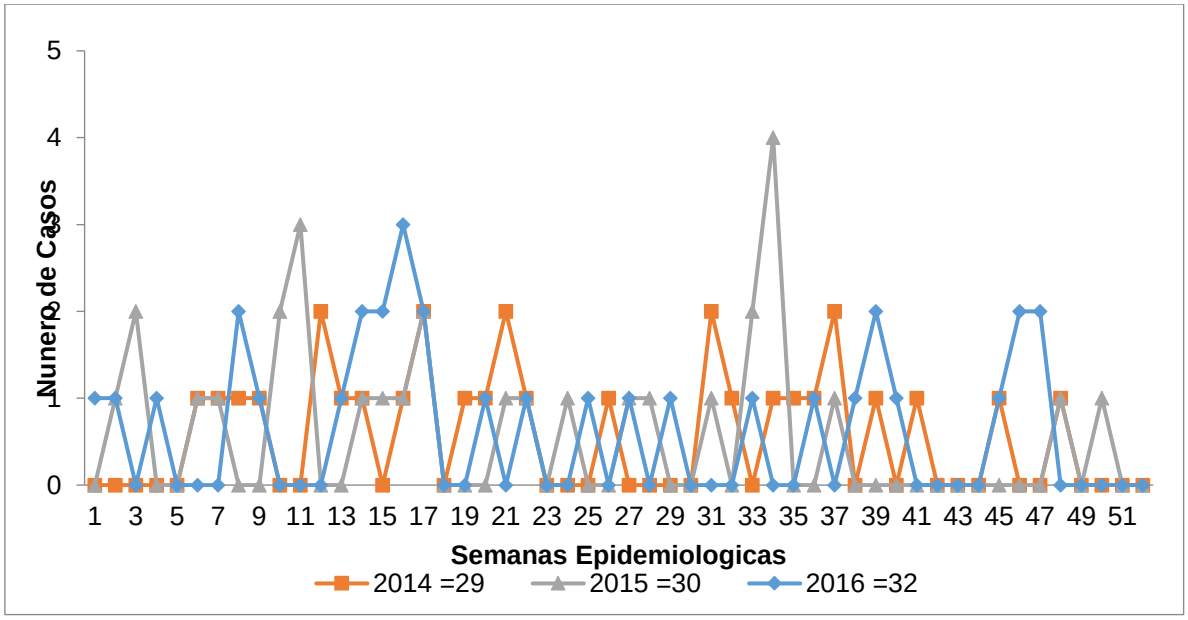
en el año 2011 y 2012 se observa un incremento con 434 casos en 2011 y 363 casos dato preliminar del 2012 notificados.

En el año 2016 se notificaron al SIVIGILA 345 casos de lepra, de los cuales el 76,5 % fueron confirmado por laboratorio y el 23,5 % por clínica; en cuanto a la clasificación inicial de los casos se tiene que el 88,7 % corresponde a nuevos casos detectados y el 6,4 % como reingreso abandono recuperado y 17 el 4,9 % como recidiva; La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 es de 0,7 casos por 100 000 habitantes. De los 345 casos, el 25% corresponde a lepra paucibacilar; de estos, se registran 19 casos con grado dos de discapacidad y el 61,8 % corresponde a lepra multibacilar registrando 70 casos con grado uno de discapacidad y 43 casos con grado dos. Al momento de la notificación, 132 casos (38%) registran algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío
El departamento de Cesar registró la mayor tasa de detección de casos nuevos para el país con 3,2 casos por 100000 habitantes seguido por Vichada con 2,7 casos por 100000 habitantes.

Colombia en el año 2014 ingresa al monitoreo de fase de eliminación de la lepra por lo cual se deben intensificar las actividades de búsqueda activa y notificación de casos de lepra

Resultados.

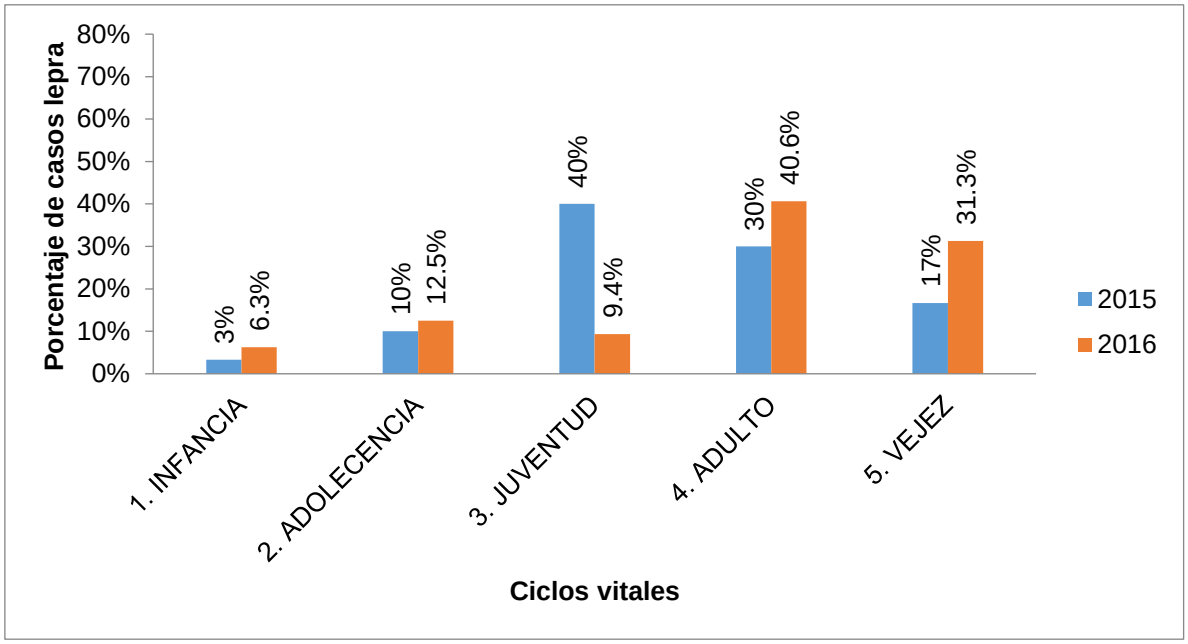
Grafico 84. Distribución de casos notificados de Lepra a semana epidemiológica 52 año 2016



Fuente: Base de datos Sivigila Lepra a semana epidemiológica 52 de 2016

Con relación a lepra en el año 2016 se notificaron 32 casos, evidenciando un aumento del 6,6% con relación al año 2015, en la cual se notificaron 30 casos de los 32 casos notificados 18 residen en la ciudad de Bogotá

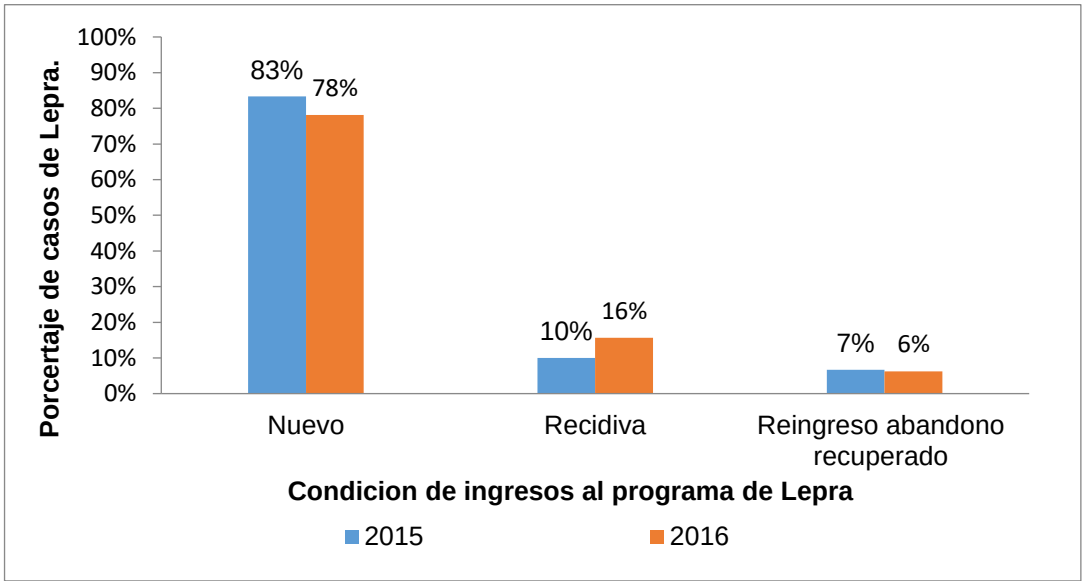
Grafico 85. Distribución de los casos notificados de lepra por Sexo y ciclo vital a semana 52 de 2016.



Fuente: Base de datos Sivigila Lepra a semana epidemiológica 52 de 2016

De los 18 casos residentes en Bogotá en el 2016, se presentaron 4 casos en mujeres representando el 22%; con relación al sexo masculino se identificaron 14 casos para una proporción del 82%; en cuanto a los ciclos vitales se observa un aumento de casos en el ciclo vital adulto con respecto al año 2015 al pasar del 30% al 40% en el 2016; se identificaron casos en todos los ciclos vitales, en el 2014 no se notificaron casos en niños ni adolescentes.

Grafico 86. Casos de lepra según ingreso al programa SIVIGILA a semana 52 de 2016



Fuente: Base de datos Sivigila Lepra a semana epidemiológica 52 de 2016

De los casos notificados en el año 2016 el 78% (12) de los casos

correspondieron a casos nuevos, presentándose una incidencia en Bogotá de 0,15 por 100 mil habitantes, el 22% (4 casos) fueron reportados como recidivas y se notificaron dos casos de reingreso después de abandonar el tratamiento esto se debe al esfuerzo que realizo el programa y el área de vigilancia en salud pública para clasificar mejor los casos ya que se les exigió que para la notificación de recidivas se debe contar con biopsia; en el año 2015 la incidencia correspondió a 0.18 casos por 100. 000 mil habitantes; en los últimos 5 años en Distrito Capital ha tenido incidencias por debajo de un 1 caso por 10. 000 mil casos cumpliendo la meta de eliminación.

Frente a la prevalencia según base del programa de control de la lepra en el 2016, 21 pacientes se encontraban en tratamiento para una prevalencia de 0,22 casos por 10.000 habitantes.

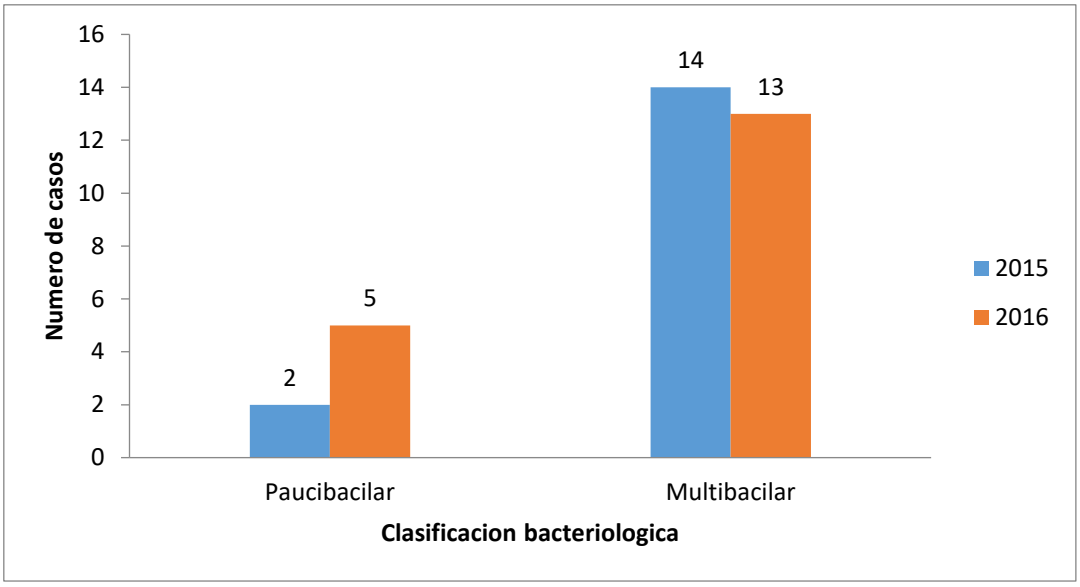
Tabla 50. Distribución de casos de Lepra según ocupación a semana epidemiológica 52 de 2016

Ocupación	Casos 2015	% Part 2015	Casos 2016	% Part 2016
Estudiante	2	6,7%	3	9,4%
Personas dedicadas a oficios varios	10	33,3%	11	34,4%
Conductores de camionetas y vehículos livianos	0	0,0%	2	6,3%
Cesante o sin ocupación o desempleado	4	13,3%	5	15,6%
obreros	5	16,7%	3	9,4%
Músicos, cantantes y bailarines callejeros, de cabaret y afines	1	3,3%	0	0,0%
Auxiliares de enfermería y odontología	1	3,3%	0	0,0%
Soldados de las fuerzas militares	2	6,7%	1	3,1%
Lavadores de vehículos, ventanas y afines	1	3,3%	0	0,0%
Niñeras y cuidadoras infantiles	1	3,3%	0	0,0%
Analistas y agentes financieros	1	3,3%	0	0,0%
Arquitectos, ingenieros y afines, no clasificados bajo otros epígrafes	0	0,0%	2	6,3%
Agricultores	2	6,7%	4	12,5%
Vigilantes		0,0%	1	3,1%
Total general	30	100,0%	32	100,0 %

Fuente: Base de datos SIVIGILA a semana epidemiológica 52 de 2016.

Al revisar las diferentes ocupaciones de los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá, se observa que el 34% (11) corresponden a personas dedicadas oficios varios es decir trabajos informales, seguidas por las personas sin ocupación o cesantes con 5 casos y 15,6%. En general se evidencian labores no calificadas y catalogadas en el código nacional de ocupaciones (CON – 70), descrito por el Ministerio de Trabajo y SENA como nivel de preparación C, el cual refleja un limitado proceso formativo en los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá. Este tipo de ocupaciones en las cuales se realiza esfuerzo físico puede llegar a causar lesiones y discapacidad en este tipo de pacientes.

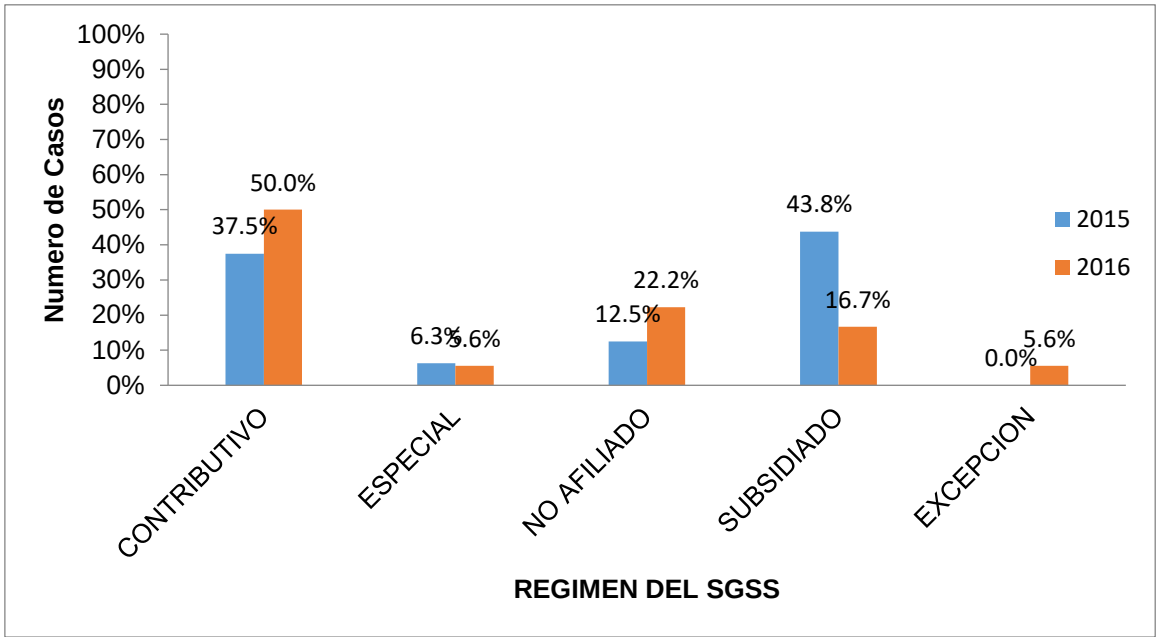
Grafico 87. Casos de lepra según clasificación bacteriológica a semana 52 de 2016.



Fuente: Base de datos Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2016

En cuanto a la clasificación bacteriológica de los 18 casos residentes en Bogotá en el año 2016 el 72% (13) fueron clasificados como multibacilares, 5 casos fueron reportados como paucibacilares; en este sentido la baciloscopia y la biopsia de piel son de gran importancia ya que la biopsia permite la detección de las formas paucibacilares que son de difícil diagnóstico es por ello la necesidad de realizar este laboratorio; frente a esto a pesar que la detección de casos en Bogotá es baja, se identifica que en su mayoría los casos diagnosticados son multibacilares lo que refleja baja sospecha clínica y diagnósticos tardíos muchas veces cuando se presentan secuelas relacionadas con discapacidad.

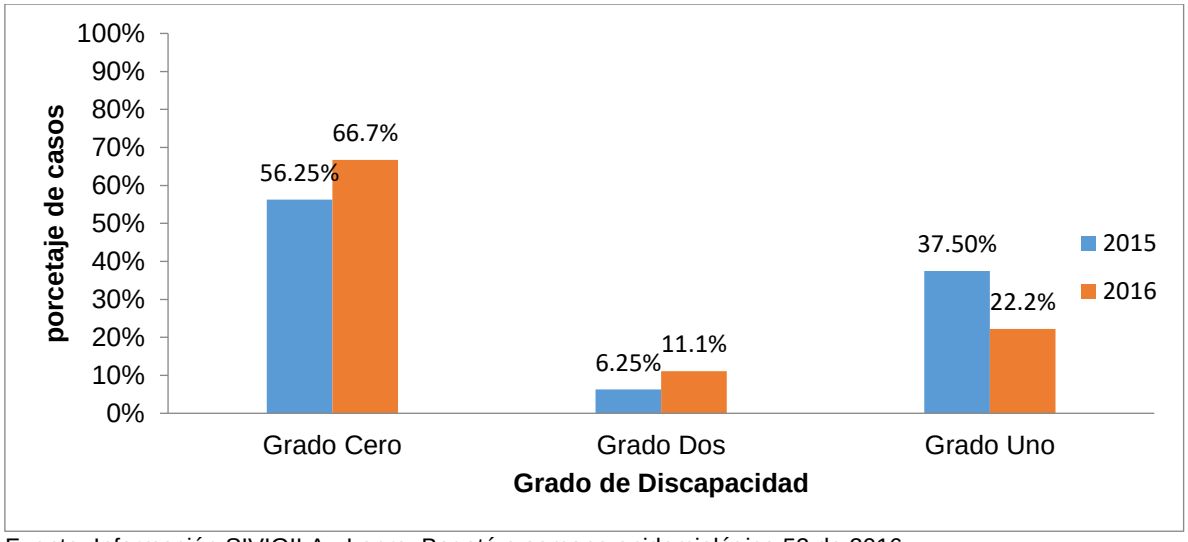
Grafico 88. Casos de lepra según Régimen de Aseguramiento a semana 52 de 2016



Fuente: Base de datos SIVIGILA a semana epidemiológica 52 de 2015

El 50% de los casos se encuentra en el régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con 43,8% y el no afiliado con el 22,2%.

Grafico 89. Casos nuevos de lepra según máximo grado de discapacidad a semana epidemiológica 52 de 2016



Fuente: Información SIVIGILA - Lepra, Bogotá a semana epidemiológica 52 de 2016

Con relación a la información notificada en el aplicativo SIVIGILA el grado de discapacidad de los casos de Lepra, se presentó así: el 66,7% se clasificaron sin discapacidad, el 22% con grado de discapacidad 1 y con discapacidad grado 2 se notificaron 2 casos para un 11%, según el informe mundial del año 2015 aproximadamente el 25% de los pacientes que son diagnosticados ya tienen una discapacidad grado II, lo que indica que tienen condiciones que no podrán modificarse durante su tratamiento. Esto hace imperativo un plan de prevención

que sea reconocido a nivel nacional y pueda implementarse de manera oportuna, ya que la discapacidad asociada a otros factores como el nivel socioeconómico y la edad, pueden potencializar el grado de alteraciones en los pacientes.

Tabla 51. Distribución de casos de lepra según residencia a semana 52 de 2015 - 2016.

LUGAR DE RESIDENCIA	CASOS 2015	CASOS 2016
ANTONIO NARIÑO	0	1
BOGOTA SIN DIRECCION	0	1
BOSA	2	2
CIUDAD BOLIVAR	2	2
FONTIBON	1	1
KENNEDY	1	2
LOS MARTIRES	1	1
PUENTE ARANDA	2	1
SAN CRISTOBAL	0	1
SANTA FE	2	1
SUBA	2	2
TUNJUELITO	2	0
USAQUEN	0	2
USME	1	1
FUERA DE BOGOTA	14	14
TOTAL GENERAL	30	32

Fuente: Información SIVIGILA - Lepra, Bogotá Semana 52 de 2016.

Frente a las localidades de residencia de los 32 casos notificados en el 2016, 18 residen en las diferentes localidades de Bogotá, 14 casos son residentes de otras entidades territoriales.

Tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la fecha de la consulta médica

El 100% de los casos consulto al servicio médico en un tiempo superior a 4 meses posterior al inicio de los síntomas.

Intervenciones Realizadas

Dentro de las intervenciones colectivas de salud pública en casos de Lepra, se ubica la investigación epidemiológica de campo (IEC), donde se establece el estado vacunal de los convivientes y se canaliza para la valoración neurología, oftálmica y dermatológica, con el fin de detectar nuevos casos de forma oportuna; Las IEC realizadas fueron de los 18 casos que viven en Bogotá

Tabla 52. Indicadores de la vigilancia de Lepra

Indicador		Meta	Valor Indicador 2015	Valor Indicador Periodo 3 2016	Valor Indicador Periodo 6 2016	Valor Indicador Periodo 9 2016	Valor Indicador 2016
Proporción de casos de Lepra según clasificacion de ingreso al programa de control de Lepra	Proporcion de casos de lepra nuevos		83%	86%	89%	85%	78%
	Proporcion de recidivas de Lepra		10%	0%	5%	12%	16%
Indicador		**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Tasa de deteccion de casos nuevos	Numero de casos Nuevos de Lepra sobre la poblacion		0,32	0,08	0,21	0,28	0,31
Indicador		**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Casos nuevos detectados de acuerdo al sexo y la edad	Numero de casos Nuevos de Lepra en Hombres sobre la poblacion		0,21	0,08	0,18	0,21	0,23
	Numero de casos Nuevos de Lepra en Mujeres sobre la poblacion		0,15	0,00	0,05	0,05	0,07
	Numero de casos Nuevos de Lepra en < 15 años sobre la poblacion		0,05	0,00	0,05	0,05	0,05
	Numero de casos Nuevos de Lepra en > 15 años sobre la poblacion		0,22	0,05	0,13	0,15	0,18
Indicador		**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos nuevos según clasificacion Bacteriologica	Total de casos nuevos de lepra con clasificacion inicial como paucibacilar sobre el total de casos nuevos de Lepra	Aumentar la captación de casos paucibacilares	14%	67%	33%	30%	33%
	Total de casos nuevos de lepra con clasificacion inicial como Multibacilar sobre el total de casos nuevos Lepra		86%	33%	67%	70%	67%
Indicador		**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad	Casos nuevos detectados en el periodo con grado de discapacidad 1 sobre casos nuevos detectados en el periodo	Aumentar a 80% los casos nuevos detectados sin discapacidad	28%	9%	14%	19%	17%
	Casos nuevos detectados en el periodo con grado de discapacidad 2 sobre casos nuevos detectados en el periodo		50%	6%	12%	11%	12%
Indicador		**Meta**	**Valor Indicador 2015**	**Valor Indicador Periodo 3 2016**	**Valor Indicador Periodo 6 2016**	**Valor Indicador Periodo 9 2016**	**Valor Indicador 2016**
Tasa de discapacidad grado dos	Numero de casos nuevos de Lepra que presenta grado de discapacidad dos causa por Lepra detectadas en el periodo sobre la problacion de Bogota		0,00	0,03	0,10	0,13	0,16

Discusión

La lepra se constituye aun como una enfermedad de gran interés en salud pública dado la discapacidad que genera y en consecuencia el costo social y económico. Por lo tanto es imperativo diagnosticar la lepra en sus inicios clínicos con el fin de prevenir cualquier grado de discapacidad. No obstante se evidencia según la información registrada en SIVIGILA que los pacientes acuden al médico en su gran medida de manera tardía desde el inicio de los síntomas, esto dado por un desconocimiento tanto en población general como en los profesionales de la salud de los signos y síntomas en piel y nervios periféricos en los inicios de la infección, al revisar el grado de discapacidad al momento del diagnóstico en los casos nuevos se evidencian 2 pacientes con grado máximo de discapacidad, lo cual permite cuestionarse sobre la fecha de inicio de síntomas, dado que si se hubiesen identificado a tiempo los síntomas no se tendrían casos con grados de discapacidad uno o dos.

Los hallazgos de la información presentada, respecto al comportamiento de la Lepra por sexo, coincide con el de otras partes del mundo donde se registra mayor número de casos en los hombres que en las mujeres.

No se puede desconocer la implicación social, psicológica y económica que tiene un caso de lepra, en personas cuya ocupación el hogar y oficios poco calificados (oficios varios) debido a que las incapacidades dificultan su labor también porque el mismo desempeño de esta puede llevar a mayores incapacidades (mutilaciones y quemaduras); por ello es indispensable brindarles la educación adecuada sobre prevención de accidentes, rehabilitación, adecuación de herramientas de trabajo y de ser posible reubicación laboral.[2]

La clasificación bacteriológica de los casos nuevos en su mayoría multibacilares nos aleja de las metas de eliminación; ya qué detrás de casos multibacilares hay más casos no identificados; el estudio de convivientes se define como conviviente: aquella persona que reside intra domiciliariamente con el caso índice (paciente con enfermedad de Hansen) por un período igual o superior a seis meses; debe incluirse niños, así no cumplan esta consideración.[3] no se ha venido realizando de la manera adecuada .ya que hay un desconocimiento en el personal de salud especialmente de cómo realizar el examen físico buscando síntomas en piel y sistema nervioso periférico

Conclusiones

La relación por sexo de los casos de Lepra para el periodo reportado muestra una tendencia marcada en los hombres.
En general se evidencian labores no calificadas, el cual refleja un limitado proceso formativo en los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá, esto

implica acciones educativas en autocuidado a estos paciente pare prevenir discapacidades.
Los casos de lepra se ubican en población económicamente activa y en personas en el ciclo adultos en los cuales se han reportado grados de discapacidad 1 y 2.
Los casos notificados de lepra en El año 2016 consultaron al médico de manera tardía ya que el 100% de los cosas consulto después de 6 meses de iniciar los síntomas.

Recomendaciones

Es importante consolidar y dar la importancia a las visitas de campo ya que hay una baja proporción de visitas realizadas en el tiempo establecido y con un estudio inadecuado de convivientes.

4.4. Comportamiento de los eventos de Factores de Riesgo Ambiental

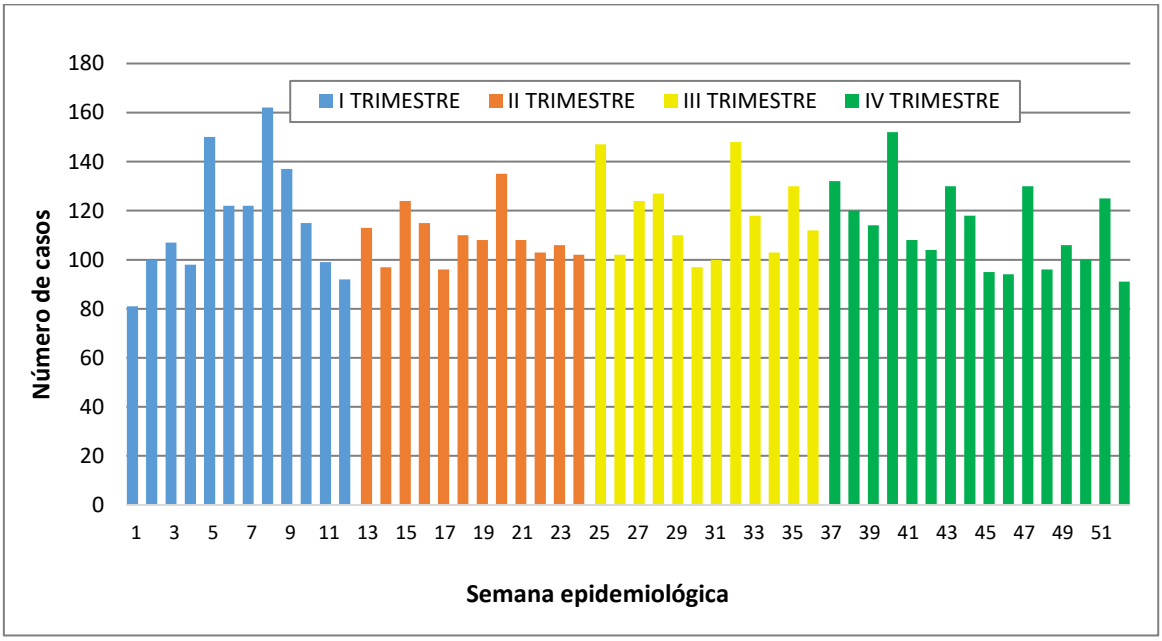
Intoxicaciones

Morbilidad

Durante el año 2016 se notificaron en el SIVIGILA 6.201 casos de intoxicación aguda por sustancias químicas. En el proceso de depuración de la base de datos se identificaron y retiraron los registros ajustados (n=19: 2 descartados y 17 por error de digitación), registros con fecha de inicio de síntomas del año anterior (n=4), registros de notificación de UPGD fuera de Bogotá, D.C (n=111) y registros repetidos (n=132). De Esta forma, no se tuvieron en cuenta 266 registros, quedando un total de 5.935 registros válidos para el presente análisis.

La distribución de las 5935 intoxicaciones notificadas durante el año 2016 de acuerdo con la semana epidemiológica se muestra a continuación. Se observa que las semanas con mayor notificación de casos fueron las semanas 8, 40 y 5 con 162, 152 y 150 casos respectivamente. El trimestre con mayor notificación fue el IV trimestre con 1815 casos.

Grafico 90. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas, según semana epidemiológica y trimestre. Bogotá, D.C., año 2016.

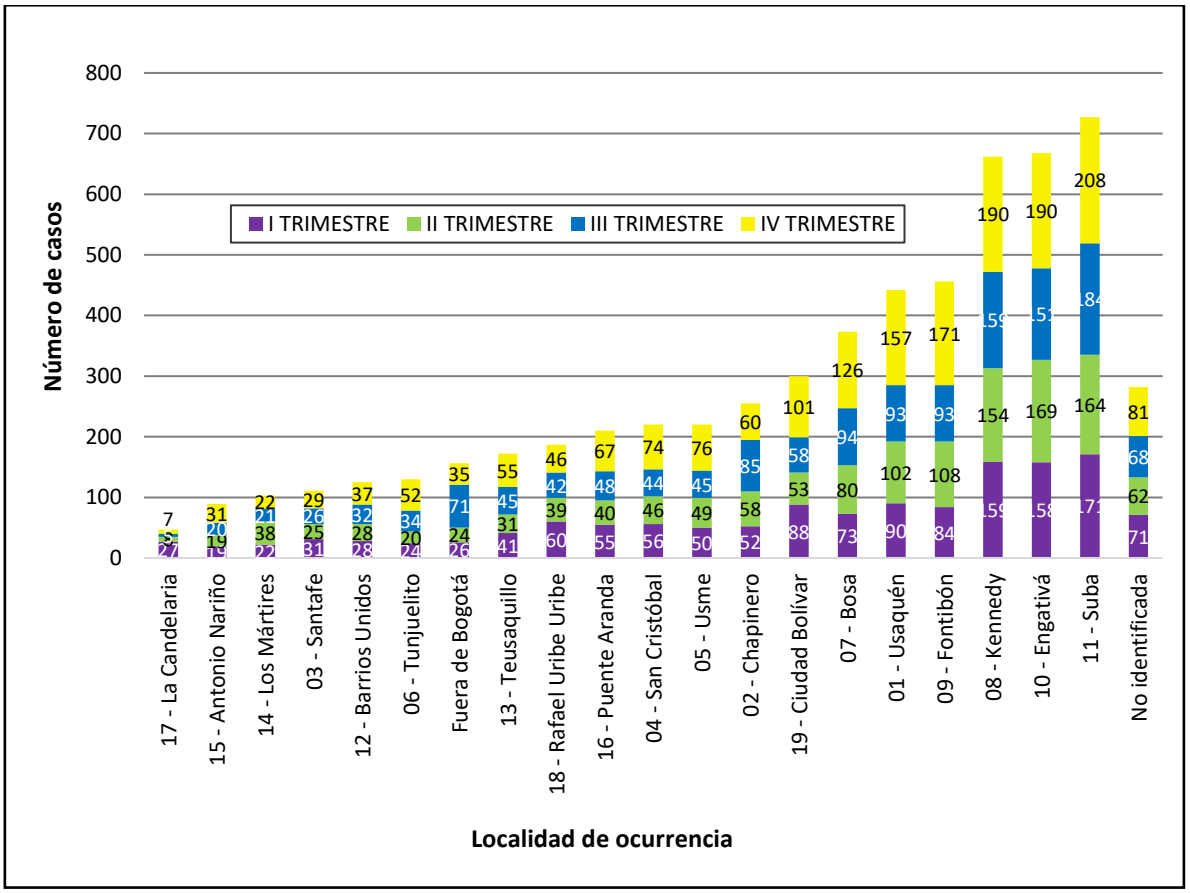


Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

De acuerdo con la distribución de casos según la localidad de ocurrencia, Suba fue la localidad que más aportó al total de intoxicaciones reportadas durante el año de 2016, con el 12,25% (n=727) de los casos, seguida de la localidad de Engativá con el 11,26% (n=668) y Kennedy con el 11,15% (n=662). La distribución por localidad de ocurrencia y por trimestre se muestra a continuación

(gráfica 2) incluyendo los 282 casos cuya localidad de ocurrencia no fue especificada.

Grafico 91. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas, según localidad de ocurrencia y trimestre. Bogotá, D.C., año 2016.



Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10Grafico 92/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

En el año 2016 se observa que el 39,7% (n=2357) de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas están relacionadas con la exposición a medicamentos, seguido por el 30,4% correspondiente a sustancias psicoactivas (n=1807) y el 12,7% al grupo denominado otras sustancias químicas. El mismo comportamiento se evidencia al observar las tasas de incidencia, siendo los medicamentos el grupo de sustancias con la mayor tasa de incidencia con el 29,5% de los casos de intoxicación por cada 100.000 habitantes. La tasa de incidencia general fue de 74,4 intoxicados por cada 100.000 habitantes.

Tabla 53. Tasas de incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas reportadas al SIVIGILA. Bogotá D.C., año 2016.

GRUPO DE SUSTANCIA	F	M	TOTAL	% ABSOLUTO	% ACUMULADO	Tasa de incidencia X 100.000 habitantes
MEDICAMENTOS	1371	986	2357	39,71%	39,71%	29,54
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	542	1265	1807	30,45%	70,16%	22,64
OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	414	341	755	12,72%	82,88%	9,46
PLAGUICIDAS	242	246	488	8,22%	91,10%	6,12
GASES	190	84	274	4,62%	95,72%	3,43
SOLVENTES	93	86	179	3,02%	98,74%	2,24
METANOL	22	21	43	0,72%	99,46%	0,54
METALES	4	28	32	0,54%	100,00%	0,40
TOTAL	2878	3057	5935	100,00%		74,4

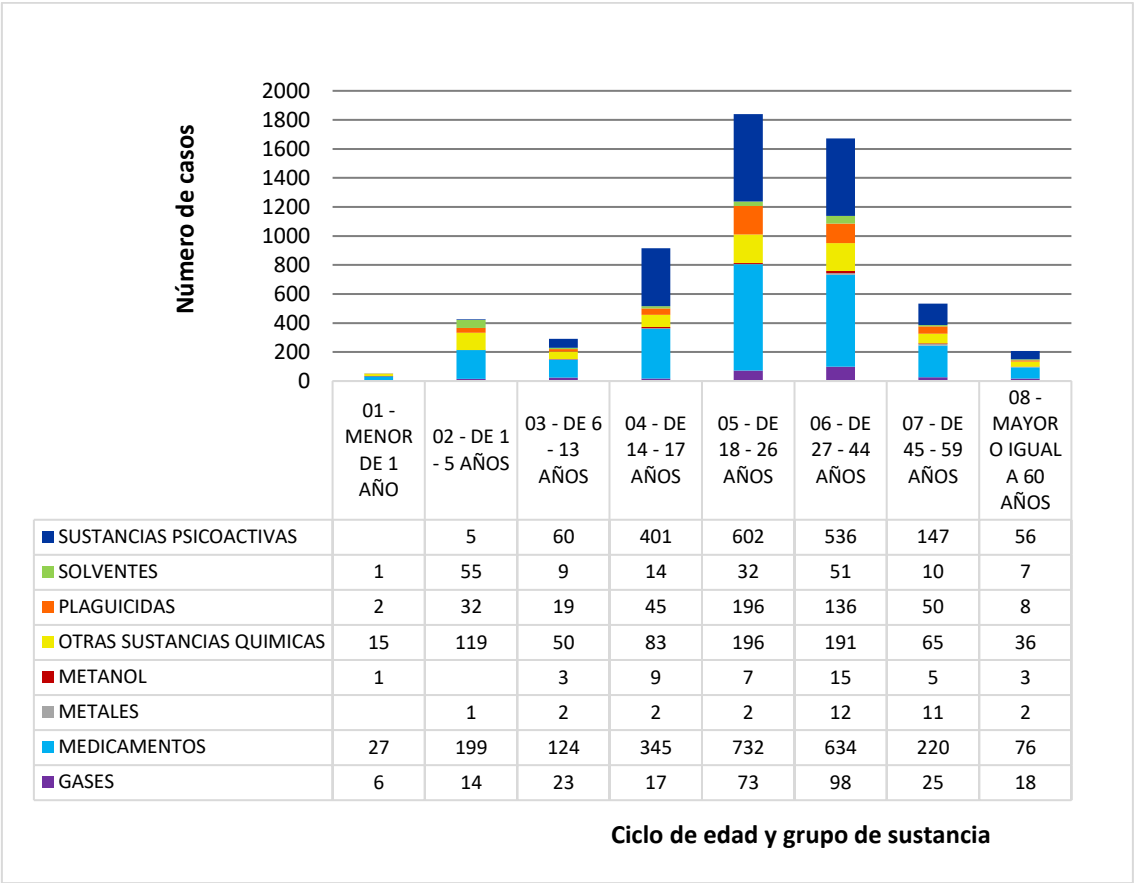
Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

El 77% (n=4571) de los intoxicados corresponden a la afiliación en salud al régimen contributivo, mientras que el 7,1% de éstos no contaban con afiliación alguna (n=420). El 38,3% (n=2273) de los casos se presentó en personas con formación básica secundaria, seguido del 13,3% (n=790) en personas con formación universitaria e individuos con básica primaria con el 11,5% (n=680). En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia de eventos de intoxicación se registró en personas solteras con el 71,6% (n=4248) de los casos, seguido de quienes viven en unión libre con el 13,1% (n=775) de los casos. La menor proporción se presentó en los sujetos viudos con el 0,7% (n=44).

La distribución por sexo de los casos fue del 51,1% (n=3057) en hombres y el 48,5% restante en mujeres (n=2878).

Respecto a la edad de los casos de intoxicación por sustancias químicas, el promedio fue de 26,4±15,2 con edades entre 1 y 92 años, siendo más frecuentes en los grupos de edad de 18 a 26 años con el 31,0% (n=1840), seguido del grupo de edad de 27 a 44 años con el 28,2% (n=1673)).

Grafico 93. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas según ciclo de edad y grupo de sustancia, D.C., año 2016.



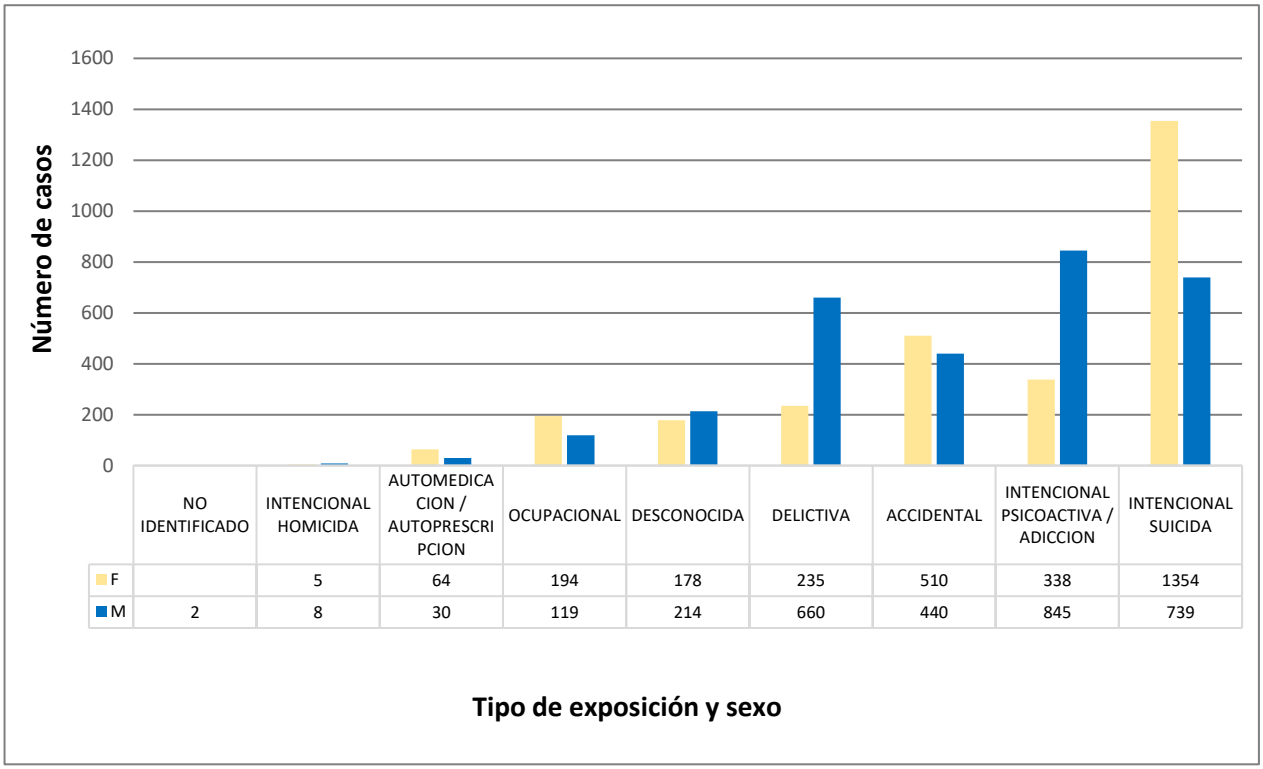
	01 - MENOR DE 1 AÑO	02 - DE 1 - 5 AÑOS	03 - DE 6 - 13 AÑOS	04 - DE 14 - 17 AÑOS	05 - DE 18 - 26 AÑOS	06 - DE 27 - 44 AÑOS	07 - DE 45 - 59 AÑOS	08 - MAYOR O IGUAL A 60 AÑOS
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		5	60	401	602	536	147	56
SOLVENTES	1	55	9	14	32	51	10	7
PLAGUICIDAS	2	32	19	45	196	136	50	8
OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	15	119	50	83	196	191	65	36
METANOL	1		3	9	7	15	5	3
METALES		1	2	2	2	12	11	2
MEDICAMENTOS	27	199	124	345	732	634	220	76
GASES	6	14	23	17	73	98	25	18

Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

El 28,4% de las intoxicaciones con sustancias químicas en el 2016 correspondió a niños menores de edad (n=1683) y el 8,0% (n=477) a niños entre 0 y 5 años, de los cuales, el 10% correspondía a niños menores de 1 año (n=47). Entre el total de los casos de intoxicación en niños entre 0 y 5 años, el 95,8% se presentó por exposición accidental (n=457), el 47,4% estuvo relacionado con medicamentos (n=226), el 28,1% con el denominado grupo de “otras sustancias químicas”, y el 11,7% con solventes (n=56), grupos de sustancias en los cuales se identificaron productos tales como hipoclorito, desengrasantes, thinner, varsol, entre otros.

Al analizar las intoxicaciones por tipo de exposición, la principal causa corresponde a la intencional suicida con el 35,3% (n=2093), seguida por la exposición intencional psicoactiva/adictiva con el 19,9% (n=1183) y la exposición accidental con el 16,0% de los casos (n=950), seguida por la delictiva con el 15,1% de los eventos (n=895).

Grafico 94. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas según tipo de exposición y sexo, Bogotá, D.C., año 2016.



	NO IDENTIFICADO	INTENCIONAL HOMICIDA	AUTOMEDICACION / AUTOPRESCRIPCION	OCUPACIONAL	DESCONOCIDA	DELICTIVA	ACCIDENTAL	INTENCIONAL PSICOACTIVA / ADICCION	INTENCIONAL SUICIDA
F		5	64	194	178	235	510	338	1354
M	2	8	30	119	214	660	440	845	739

Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

De las 2093 intoxicaciones con intencionalidad suicida, el 70,1% está relacionado con medicamentos (n=1467), el 17,9% con plaguicidas (n=375) y el 8,2% con el grupo denominado otras sustancias químicas (n=171). Entre los 1467 de intencionalidad suicida relacionadas con medicamentos, el 13,8% corresponden al consumo de acetaminofén (n=203), el 10,0% a consumo de amitriptilina (n=146), el 7,6% a benzodiacepinas (n=111) y el 7,2% al consumo de mezclas de medicamentos (n=106). Las intoxicaciones con intencionalidad suicida se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino con el 64,7% (n=1354) mientras que en el masculino corresponden al 35,3% (n=739).

En relación con las intoxicaciones con intencionalidad psicoactiva/adictiva (n=1183), el 93,7% (n=1108) corresponden al grupo de sustancias psicoactivas seguido por el 4,0% de medicamentos (n=47). Respecto al producto involucrado en la intoxicación, el 29,9% corresponde a marihuana (n=343), el 20,6% a alcohol etílico y el 13,9% (n=164) a cocaína. Las intoxicaciones con intencionalidad psicoactiva se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino con el 71,4% (n=845) mientras que en el femenino corresponden al 28,6% (n=338).

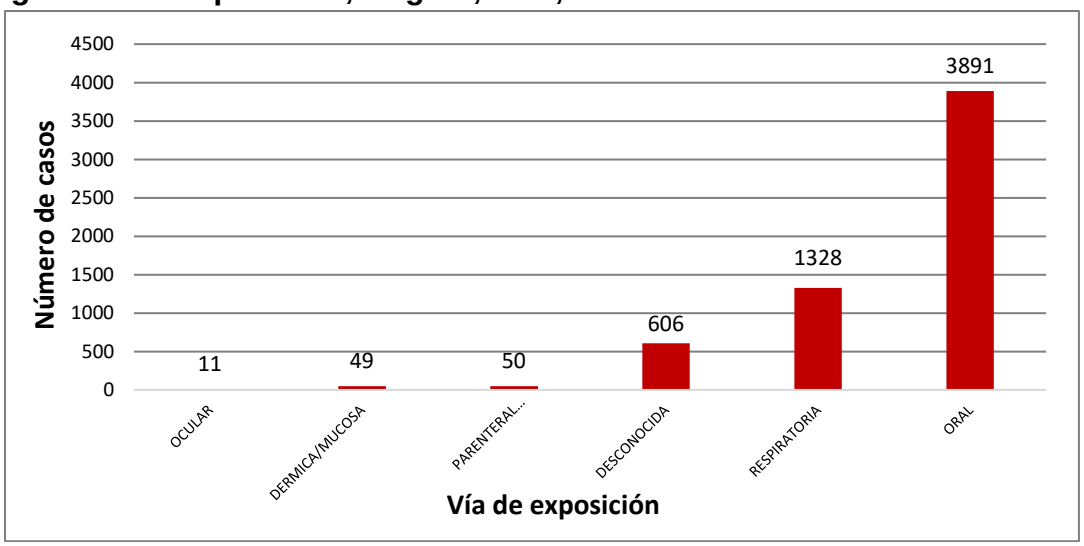
En cuanto a las intoxicaciones por exposición accidental (n=950), las principales sustancias vinculadas son el hipoclorito de sodio con el 8,8% (n= 84), el monóxido de carbono 6,4% (n=61) y acetaminofén con el 6,0% (n=57). Las intoxicaciones de tipo accidental se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino con el 53,7% (n=510) mientras que en el masculino corresponden al 46,3% (n=440).

Con respecto al total de intoxicaciones por exposición delictiva notificadas en el 2016 (n=895), el 41,8% de las intoxicaciones estuvo relacionado con productos no identificados (n=374), seguido por las benzodiacepinas en el 34,3% de los casos (n=307). Las intoxicaciones de tipo delictivo se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino con el 73,7% (n=510), mientras que en el femenino corresponden al 26,3% (n=235).

El comportamiento de las intoxicaciones por grupo de sustancia versus tipo de exposición indican que de los 488 casos de intoxicación por plaguicidas, el 76,8% corresponden a intencionalidad suicida (n=375), seguido por la exposición accidental con el 15,4% (n=75) y exposición ocupacional con el 5,9% de los casos (n=29). El producto más utilizado es el rodenticida con el 54,5% de los intoxicados sin tener en cuenta el tipo de exposición (n=266).

Respecto a la vía de exposición implicada en las intoxicaciones por sustancias químicas notificadas durante el año 2016, la mayoría de los casos se presentó por vía oral con el 65,6% (n=3891), seguida por la vía respiratoria con el 22,4% (n=1328) y por vía desconocida con el 10,2% (n=604); las vías oculares, dérmicas y parenterales tuvieron reducida participación.

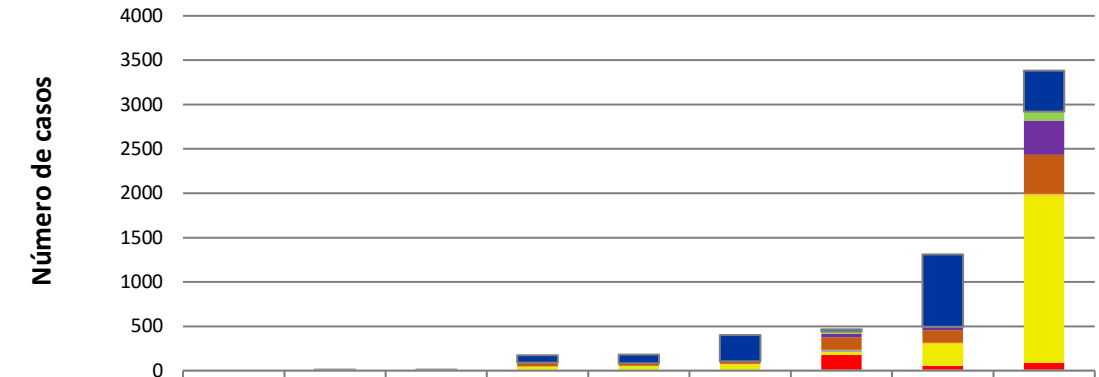
Grafico 95. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas según vía de exposición, Bogotá, D.C., año 2016.



Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

En cuanto a los lugares donde se presentaron las intoxicaciones, el 57,0% (n=3383) de los casos ocurrieron en el hogar, seguido por el 22,1% (n=1309) de los casos en vía pública (gráfica 6). De las intoxicaciones ocurridas en el hogar, el 57,85% (n=1957) corresponde a intoxicaciones con intencionalidad suicida, seguida del 21,46% (n=726) accidentales.

Grafico 96. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas según lugar de exposición, Bogotá, D.C., año 2016.



	NO IDENTIFICADO	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO	ESTABLECIMIENTO MILITAR	ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	ESTABLECIMIENTO COMERCIAL	BARES/TABERNAS/ DISCOTECAS	LUGAR DE TRABAJO	VIA PUBLICA/ PARQUE	HOGAR
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		3	2	84	97	296	25	814	461
SOLVENTES			1	3	3	3	27	7	104
PLAGUICIDAS				2	5		41	32	385
OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS		1	1	39	19	25	139	143	437
METANOL				2	2	9	1	10	21
METALES					2		24	1	7
MEDICAMENTOS		5	7	41	48	68	31	246	1880
GASES				3	4		179	56	88

Lugar de exposición y grupo de sustancia

Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

El 42,4% de los casos de intoxicaciones con sustancias químicas en el año 2016, fueron atendidos de forma ambulatoria (n=2516) y el 57,6% (n=3419) de los casos requirieron hospitalización, tomando muestras toxicológicas en 983 pacientes, correspondiente al 16,6% de los casos.

En cuanto a la clasificación inicial del caso se observa que el 89.1% de los eventos fueron confirmados por clínica (n=5290), seguido del 10,7% confirmado por laboratorio (n=633) y el 0,2% restante por nexo epidemiológico (n=12). A su vez, de los 43 casos de metanol, 5 ingresaron confirmados por laboratorio y 38 por clínica.

Tabla 54. Distribución de las intoxicaciones por sustancias químicas según clasificación inicial del caso y grupo de sustancia. Bogotá D.C., año 2016

GRUPO DE SUSTANCIA	CLASIFICACION INICIAL DEL CASO			Total
	CONFIRMADO CLINICA	CONFIRMADO LABORATORIO	CONFIRMADO NEXO EPIDEMIOLOGICO	
GASES	262	5	7	274
MEDICAMENTOS	2144	212	1	2357
METALES	27	5	0	32
METANOL	38	5	0	43
OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	747	7	1	755
PLAGUICIDAS	481	5	2	488
SOLVENTES	176	3	0	179
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1415	391	1	1807
Total	**5290**	**633**	**12**	**5935**

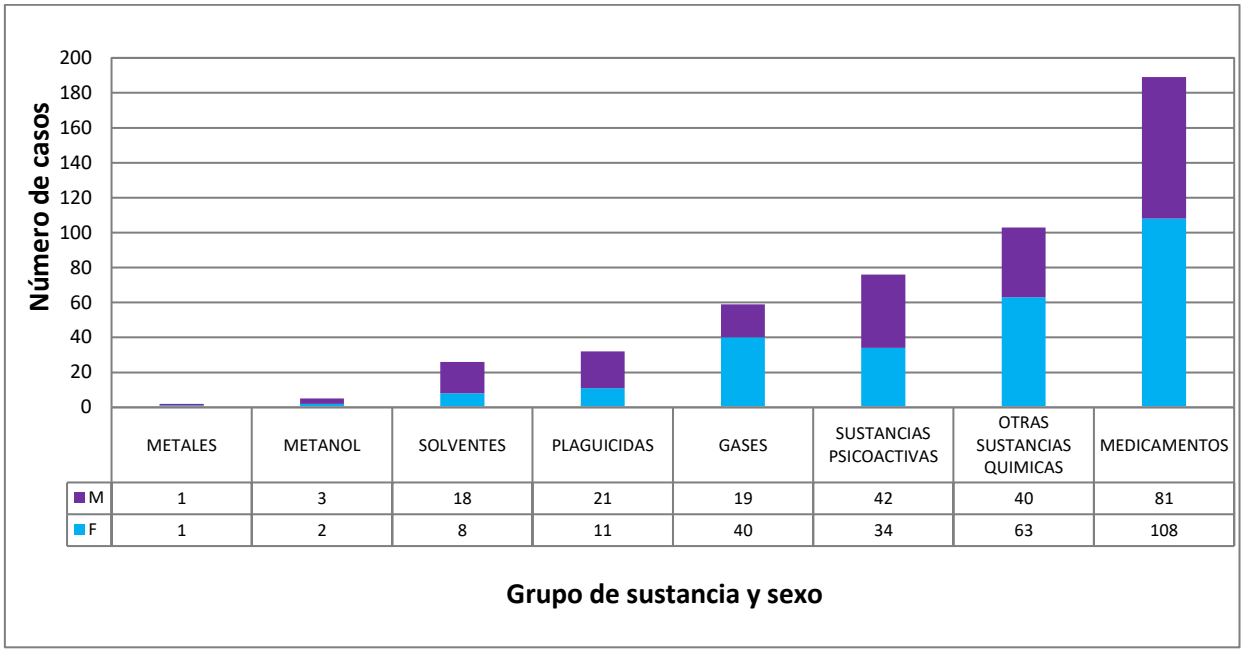
Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

Del total de notificaciones de intoxicación por sustancias químicas en el año 2016, se identificaron 184 casos reincidentes (3,1%), los cuales estuvieron relacionados principalmente con intencionalidad suicida. Entre los 184 casos, el 56,5% reincide en intoxicación con sustancias psicoactivas (n=104), seguido del 25,5% de reincidentes por intoxicación con medicamentos (n=47).

Alertas epidemiológicas

Durante el año 2016 se notificaron 492 casos como alertas epidemiológicas (8,3% del total de 5935 casos de intoxicaciones). Estas alertas estuvieron relacionadas principalmente con medicamentos, en el 38,4% de los casos; seguidas por las denominadas otras sustancias químicas, en el 20,9% de los casos y por sustancias psicoactivas, en el 15,4% de los casos.

Grafico 97. Distribución de alertas de intoxicaciones por sustancias químicas, según grupo de sustancias y sexo. Bogotá D.C., año 2016

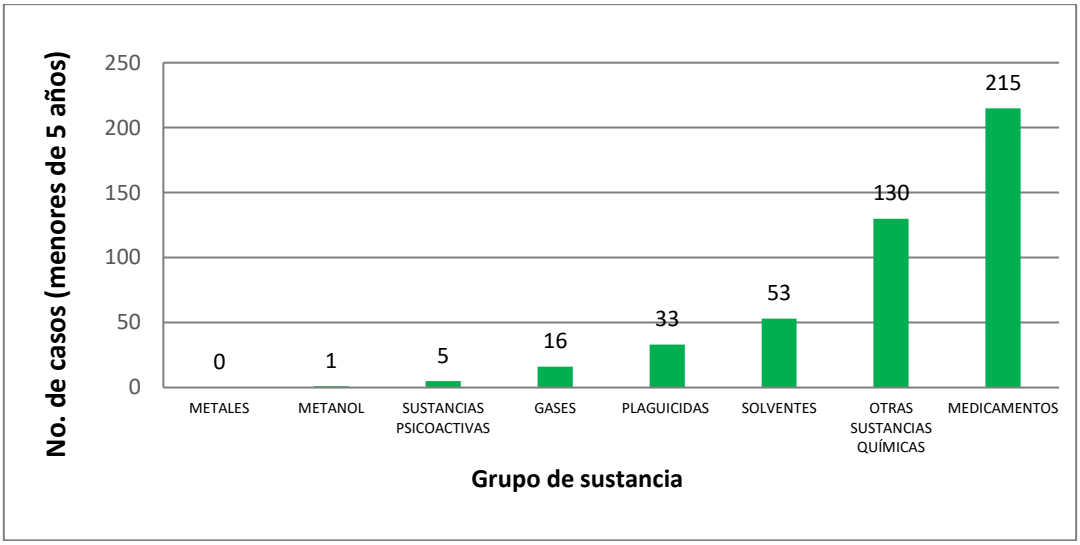


	METALES	METANOL	SOLVENTES	PLAGUICIDAS	GASES	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	MEDICAMENTOS
M	1	3	18	21	19	42	40	81
F	1	2	8	11	40	34	63	108

Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

Durante el periodo analizado, se notificaron 146 alertas en menores de 5 años; sin embargo, al verificar frente a la variable edad, se encontraron en total 453 registros que debieron ser notificados como alerta, con un faltante de 307 casos. De esos 453 casos, el 47,5% corresponde a intoxicación con medicamentos (n=215), seguido por el grupo denominado otras sustancias químicas con el 28,7% (n=130).

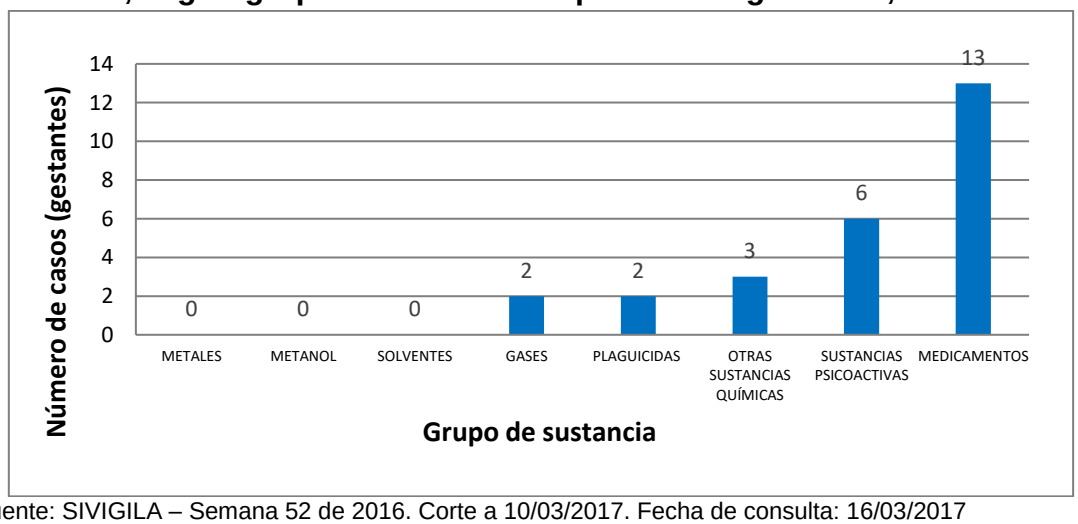
Grafico 98. Distribución de intoxicaciones por sustancias químicas en menores de 5 años, según grupo de sustancias química. Bogotá D.C., año 2016



Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

En el año 2016 se notificaron 25 alertas de intoxicación por sustancias químicas en gestantes; sin embargo, al verificar frente a la variable de grupo poblacional "gestante", se evidenció que en total debieron notificarse 26 casos, lo que constituye un reporte del 96,2%. De esos 26 casos, el 50 % estuvo relacionado con medicamentos (n=13), seguido por sustancias psicoactivas con el 23,1%, son las sustancias más frecuentes en este grupo prioritario (n=6) (gráfica 9).

Grafico 99. Distribución de intoxicaciones por sustancias químicas en gestantes, según grupo de sustancias química. Bogotá D.C., año 2016



Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

En los 26 casos de intoxicación aguda con sustancias químicas en mujeres en estado de embarazo, el 65,4% se dieron con intencionalidad suicida (n=17) seguido por la intencionalidad psicoactiva con el 19,2% (n=5).

Mortalidad

Mortalidades notificadas en SIVIGILA

Durante el año 2016 se notificaron en el SIVIGILA 17 mortalidades por intoxicación con sustancias químicas, las cuales se relacionan en la siguiente tabla.

Tabla 55. Mortalidades por intoxicación con sustancias químicas. Bogotá D.C, año 2016

Mes de defunción	Fecha defunción	Sexo	Edad	Nombre del Producto	Grupo de sustancia ajustado	Tipo de exposición	Caso descartado
Enero	15/01/2016	F	40	Fluoro acetato de sodio	Plaguicidas	Desconocida	
Febrero	2/02/2016	M	17	Alcohol etílico	Sustancias psicoactivas	Intencional psicoactiva	X
Febrero	24/02/2016	F	25	Paraquat	Plaguicidas	Intencional suicida	
Abril	27/04/2016	M	67	Licor adulterado con metanol	Metanol	Desconocida	X
Mayo	9/05/2016	F	24	Cianuro	Otras sustancias	Intencional suicida	
Julio	3/07/2016	F	48	Rituximab	Medicamentos	Desconocida	
Julio	14/07/2016	M	47	Morfina	Medicamentos	Intencional suicida	
Julio	27/07/2016	M	44	Raticida	Plaguicidas	Intencional suicida	
Julio	30/07/2016	F	19	Metformina	Medicamentos	Intencional suicida	
Agosto	16/08/2016	M	15	Múltiples medicamentos	Medicamentos	Intencional suicida	
Agosto	28/08/2016	M	3	Tramadol	Medicamentos	Accidental	
Octubre	12/10/2016	F	9	Metoclopramida	Medicamentos	Accidental	X
Octubre	15/10/2016	M	26	Cianuro	Otras sustancias	Intencional suicida	
Octubre	16/10/2016	M	31	Gramoxone	Plaguicidas	Intencional suicida	
Noviembre	29/11/2016	F	47	Alcohol industrial	Metanol	Accidental	
Diciembre	10/12/2016	M	40	Quetiapina	Medicamentos	Intencional suicida	
Diciembre	22/12/2016	F	37	Ceftazidima	Medicamentos	Intencional suicida	

Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

Mortalidades descartadas.

De los 17 fallecimientos notificados, 3 fueron descartados como mortalidades por intoxicación con sustancias químicas, según las conclusiones de las unidades de análisis realizadas, y según reportes toxicológicos y de necropsias médico legales. En estos eventos, aunque existió el consumo de alguna sustancia química, ésta no explica de forma suficiente o directa el fallecimiento; es decir que se identificaron otras circunstancias que probablemente explican la muerte. Estos casos son:

- Menor de 9 años de sexo femenino con antecedente de encefalopatía orgánica con dilatación ventricular, sospecha estenosis acueductal y tumor cerebral interrogado, a quien se le suministró, por presentar cefalea y emesis, una dosis de metoclopramida dentro de lo recomendado para la edad. No cuenta con reporte de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses por su procedencia.

- Menor de 17 años de sexo masculino, quien fallece como consecuencia de Trauma Cráneo Encefálico (TCE) sufrido después de haber ingerido alcohol etílico. A la fecha de realización del presente informe, no se cuenta con resultado de necropsia por cuanto el requerimiento fue trasladado a la Fiscalía por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Adulto mayor de 67 años de edad quien fallece después de consumir bebidas alcohólicas, con causa probable de muerte: "descompensación metabólica de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial" inducida por la no adherencia al manejo médico ni farmacológico y agravada por la elevada ingesta de alcohol. Aunque no puede descartarse la intoxicación aguda por alcohol etílico ni la subaguda por metanol (reporte de necropsia), el deceso del paciente se debe probablemente a la confluencia de varios factores (DM II y HTA, sin adherencia a tratamiento, obeso, consumidor regular de bebidas alcohólicas).

Mortalidades confirmadas.

- Caso 1. Paciente de 40 años con Historia Clínica (HC) de ingestión fluoro acetato de sodio en aparente conducta suicida. Atendida en primera instancia por el Hospital San Rafael de Fusagasugá y remitida a Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de la Clínica Cafam de Bogotá. Ninguna de las dos prestadoras, registran notas relacionadas con la situación que rodeó el evento, su composición familiar ni aspectos psicosociales. No se registran notas por piscología o psiquiatría, ni se estableció contacto con acompañante. No se realizó Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), ni autopsia verbal. Tampoco hay registro de consultas previas al episodio (excepto una en 2013 por aparente infección de vías urinarias. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 2. Paciente de 48 años con antecedente no bien documentado por HC ni por información de la familia, de trastorno afectivo que, aunque pudo ser identificado oportunamente (aparentemente estuvo en tratamiento de una crisis 15 años antes), no tuvo manejo farmacológico, ni seguimiento psicoterapéutico continuo lo que posiblemente fue favorecido por un débil apoyo social. Finalmente, al parecer el cuadro se exacerba por la patología orgánica (aparentemente autoinmune, probablemente inducida por medicamentos - polifarmacia) desencadenando la decisión de duplicar la dosis de los medicamentos formulados (por lo menos clonazepam).

  La unidad de análisis no profundiza en determinantes: Por una parte, hay un desconocimiento o minimización del cuadro mental de la paciente, tanto por parte de la misma como por parte de la familia; aparentemente la señora no contaba

con un fuerte apoyo social por las características de su entorno familiar. Con relación a la parte asistencial, la fragmentación de la asistencia tanto por especialidades, como por puntos de atención, no favorece el conocimiento integral de la historia del paciente, resultando en que cada profesional cuenta con información parcial y, por tanto, el manejo y el estudio se enfoca en el último motivo de consulta. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 3. Paciente de 24 años quien ingresa a la Clínica Colombia llevada por personal de Atención Pre hospitalaria (APH) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) quienes, de acuerdo con lo registrado en la HC, la encontraron en la vía pública. Aunque de acuerdo con la misma fuente el motivo de consulta al ingreso es que la paciente "Ingirió Cianuro posterior a discusión con la pareja", esto no es ratificado ni ampliado posteriormente en la HC. La paciente fallece pocos minutos después de su ingreso. Por HC de prestador previo, la paciente fue valorada en diferentes oportunidades por Odontología y Medicina. Por esta última registra desde 2013 antecedente de violación, del cual no se registra situaciones distintas a 2 consultas para solicitud de exámenes (de los que no se conoce más). No hay registro sobre valoración por psicología ni remisión a programas. La Unidad de Análisis no cuenta con IEC ni autopsia verbal que permita identificar claramente el entorno familiar y social de la paciente. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 4. Paciente de 15 años con intoxicación medicamentosa (polifarmacia) en relación con conducta suicida; se identifican francas demoras en la captación, al tratarse de un paciente con alto riesgo (antecedentes enfermedad mental, suicidio en la familia, escaso apoyo familiar y social).

- Caso 5. Paciente de 31 años remitido de San José de Guaviare por Intoxicación con Gramoxone como resultado de conducta suicida. No se estableció contacto con acompañantes; no se cuenta con IEC ni autopsia verbal. La información es insuficiente para hacer análisis de determinantes y demoras. Por HC clínica el caso se define como intoxicación por plaguicida.

- Caso 6. Paciente de 40 años con HC antigua de Trastorno Afectivo Bipolar en tratamiento por Clínica de la Paz (documentado desde 2009), quien fue remitido a la Clínica del Bosque por intoxicación autoinflingida con medicamentos psiquiátricos. Aunque el paciente registra consultas periódicas, se identifica falta de seguimiento a su patología de base, aspecto que es incluido en el plan de mejora de la clínica. De acuerdo con el reporte pericial “los hallazgos, así como la información aportada por la autoridad y la historia clínica orientan a una causa de muerte debida a intoxicación por medicamentos (Quetiapina), por lo cual se solicitan estudios toxicológicos para determinar la sustancia”. De acuerdo con estos últimos, en la muestra de sangre analizada no se detectó etanol ni metanol; en la muestra de humor vítreo se encontró una concentración menor de 15 mg de etanol / 100 mL de humor vítreo, teniendo en cuenta que este resultado no es equivalente a alcoholemia y no se detectó metanol.

- Caso 7. Paciente de 25 años con HC de intoxicación con Paraquat, remitida desde San José del Guaviare al Hospital de la Samaritana. No se cuenta con información suficiente. Se estima que, de acuerdo con la información aportada por profesional del Hospital, la paciente tenía conflictos socio-familiares, particularmente con su pareja; sin embargo, esto no es incluido en el formato. Aunque se registra

consumo accidental, no es clara la intencionalidad. Es clara la demora generada por la distancia geográfica. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 8. Paciente de 47 años. De acuerdo con HC de último prestador, paciente con posible intoxicación por opiode con intención suicida, quien refirió, previo a su deceso, ser VIH positivo; adicionalmente en el transcurso de su permanencia se cuestionó Neumonía. No se cuenta con IEC ni autopsia verbal. A la fecha no se ha documentado el posible VIH para análisis. No se cuenta con elementos suficientes para un adecuado análisis de caso. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 9. Paciente de 19 años quien ingresa por consumo de Metformina en relación con conducta suicida. No se cuenta con elementos suficientes para el análisis de determinantes ni demoras. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 10. Paciente 26 años llevado por hermano por consumo de Cianuro. No se cuenta con elementos suficientes para análisis de determinantes ni de demoras, excepto por la identificación de la falta del antídoto al momento de la atención, aspecto que fue incluido en el plan de mejora. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 11. Según HC paciente (47 años) institucionalizada por farmacodependencia que ingresa por intoxicación con metanol (fuente de información no clara; no se recogió información orientada a aclarar la situación ni ubicación de la paciente). No se cuenta con elementos suficientes para análisis de determinantes ni demoras. El caso es bastante complejo por la ausencia de contactos y la dificultad para establecer la situación previa de la paciente. Por HC atendido se trata de intoxicación por metanol; se desconoce la intencionalidad. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 12. Paciente de 37 años ingresa al Hospital Occidente de Kennedy por aparente intoxicación medicamentosa. De acuerdo con la documentación revisada, el deceso ocurre probablemente como consecuencia de intoxicación accidental con medicamentos (antigripal), los que, de acuerdo con la IEC, aparentemente fueron consumidos de forma no controlada. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Caso 13. Paciente de 44 años que ingresa sin signos vitales, pupilas midriáticas no reactivas, lesiones en mucosas y antecedentes de haber ingerido una sustancia raticida y de problemas psicosociales (con ideación suicida), cuya causa presuntiva de muerte es confirmada por medicina legal. A la fecha de elaboración del presente informe, este caso no cuenta con reporte toxicológico ni de necropsia por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

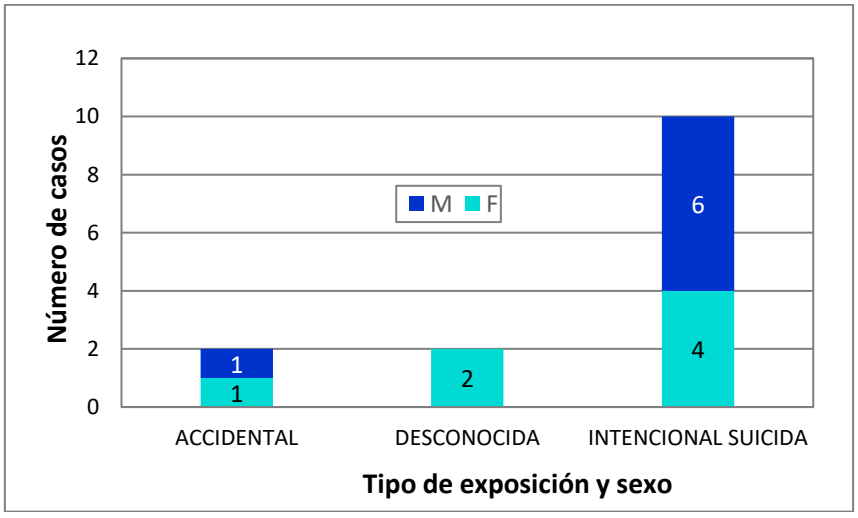
- Caso 14. Paciente nacido en Cartagena, de 3 años de edad, con HC de intoxicación medicamentosa aparentemente accidental. No se identifican demoras; sin embargo, es importante mencionar que el núcleo familiar del menor, estaba constituido por la madre (cabeza de familia) y una hermana de 6 años. De acuerdo con el reporte pericial "Causa de muerte: intoxicación por tramadol. Manera de muerte: posiblemente accidental, lo cual debe ser establecido por la autoridad con los hallazgos de la investigación judicial".

Los 14 casos confirmados de mortalidad por intoxicación con sustancias químicas se distribuyeron de manera igual por sexo (n=7).

La edad mínima de los fallecidos fue de 3 años, mientras que la máxima fue de 48 años; 2 de los casos correspondieron a menores de edad: 1 caso en niño de 3 años y otro caso en niño de 15 años. Según grupo de edad, la mayor proporción de casos se ubicó en el grupo de edad comprendido entre los 27 y 44 años con 5 casos (35,7%), seguido del grupo de edad de 18 a 26 años con 4 casos (28,6%).

El grupo de sustancias que estuvo implicado en la mayoría de los casos fue el de medicamentos, en 7 de las 14 mortalidades, seguido por el de plaguicidas con 4 casos. El 71,4% (n=10) de las muertes se dieron por exposición con intencionalidad suicida con mayor proporción de mujeres (gráfica 10), mientras que en 2 casos no fue identificado el tipo de exposición.

Grafico 100. Distribución de fallecidos por intoxicaciones con sustancias químicas según tipo de exposición y sexo, Bogotá, D.C., año 2016



Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

Los 14 fallecimientos corresponden a una tasa de mortalidad general de 1,75 fallecidos por cada 100.000 habitantes:

$$(14/7.980.001)*100.000=1,75$$

La tasa de mortalidad más alta se presentó en intoxicación por medicamentos, con 7 fallecimientos, en su mayoría por exposición con intencionalidad suicida

(n=5)

(7/7.980.001)*100.000=0,88

En segundo lugar, se ubicó la tasa de mortalidad en intoxicación por plaguicidas según se indica en la tabla 4.

Tabla 56. Tasa de mortalidad de intoxicaciones por grupo de sustancia, Bogotá D.C, año 2016

GRUPO DE SUSTANCIA	NÚMERO DE FALLECIDOS	TASA DE MORTALIDAD X 100.000 HABITANTES
METANOL	1	0,01
PLAGUICIDAS	4	0,50
MEDICAMENTOS	7	0,88
OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	2	0,25
TOTAL	14	1,75

Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

Por su parte, las 14 mortalidades representan una tasa de letalidad general de 0,24 fallecidos por cada cien intoxicados.

(14/5.935)*100= 0,24

La tasa de letalidad más alta se presentó en intoxicación por metanol: de los 43 casos de intoxicación, la condición final para 1 de ellos fue la de muerto (tipo de exposición accidental), obteniéndose una tasa de letalidad de 2,33 muertos por cada 100 intoxicados por metanol.

(1/43)*100= 2,33

En segundo lugar se ubicó la tasa de letalidad en intoxicación aguda por plaguicidas.

Tabla 57. Tasa de letalidad de intoxicaciones por grupo de sustancia, Bogotá D.C, año 2016

GRUPO DE SUSTANCIA	NÚMERO DE FALLECIDOS	NÚMERO DE INTOXICADOS	TASA DE LETALIDAD X 100 INTOXICADOS
METANOL	1	43	2,33
OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	2	755	0,26
PLAGUICIDAS	4	488	0,82
MEDICAMENTOS	7	2357	0,30
TOTAL	14	5935	0,24

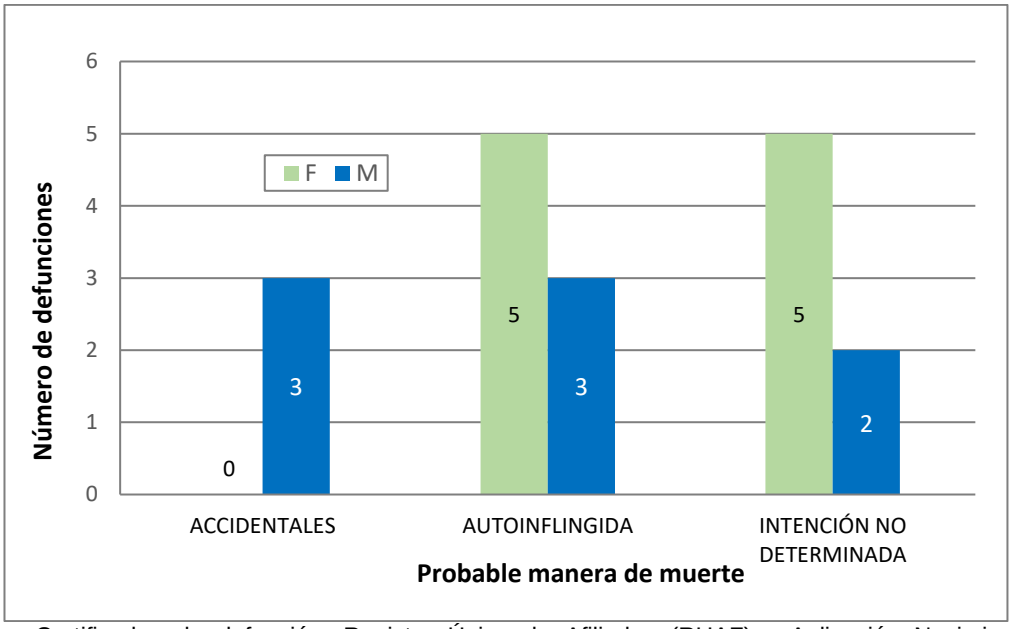
Fuente: SIVIGILA – Semana 52 de 2016. Corte a 10/03/2017. Fecha de consulta: 16/03/2017

Mortalidades - estadísticas vitales

Mediante consulta de los certificados de defunción de la Aplicación Nacimientos y Defunciones del Registro Único de Afiliados (RUAF), se identificaron 19 registros de defunciones asociadas con intoxicaciones con sustancias químicas,

de las cuales 18 no se encontraban notificadas en SIVIGILA. El 61,1% de estas defunciones (n=11) corresponden a fallecidos de sexo masculino. El comportamiento de los fallecimientos de acuerdo con la probable manera de muerte en relación al sexo se presenta a continuación.

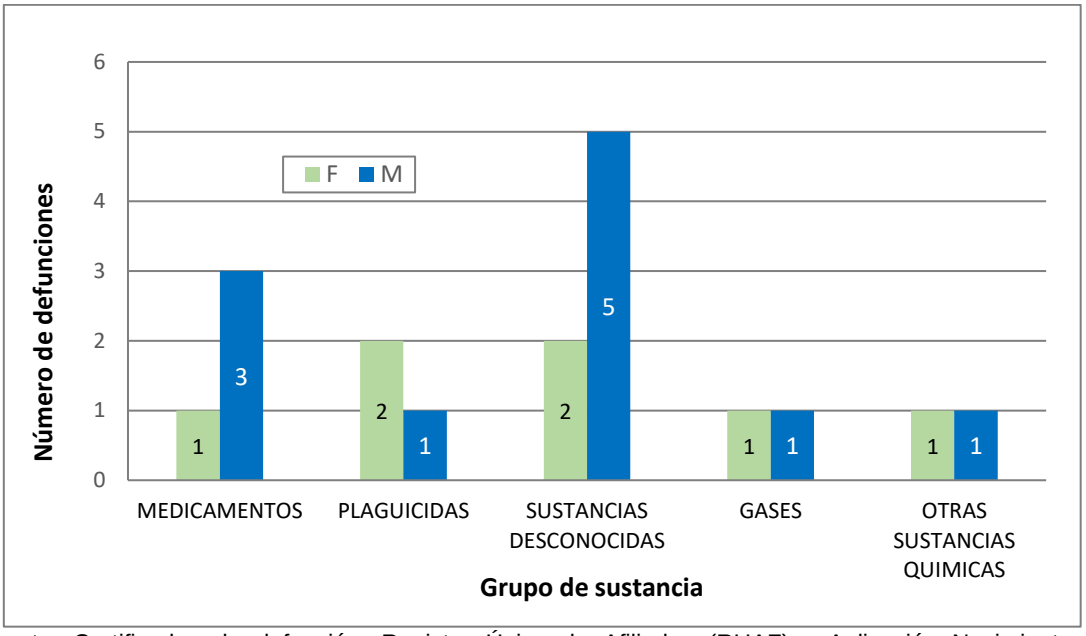
Grafico 101. Distribución de defunciones reportadas en RUAF, según probable manera de muerte y sexo. Bogotá, D.C., año 2016.



Fuente: Certificados de defunción. Registro Único de Afiliados (RUAF) - Aplicación Nacimientos y Defunciones, enero-septiembre 2016.

El promedio de edad en estos fallecimientos es de 38,3 años, siendo de 31,1 años para mujeres y 42,1 años para los hombres. Las sustancias implicadas en estos fallecimientos corresponden en un 38,9% (n=7) a sustancias desconocidas, 22,2% (n=4) a medicamentos, 16,7% (n=3) a sustancias plaguicidas y el porcentaje restante se distribuye en otras sustancias químicas (gráfica 12).

Grafico 102. Distribución de defunciones reportadas en el RUAF, según grupo de sustancia implicado. Bogotá D.C., 2016.



Fuente: Certificados de defunción. Registro Único de Afiliados (RUAF) - Aplicación Nacimientos y Defunciones, enero-septiembre 2016.

Discusión

Los casos de intoxicación por sustancias químicas notificados en el SIVIGILA durante el año 2016 corresponden a personas con una amplia distribución en edad, según lo indica el valor mínimo y máximo de la variable; sin embargo, se observa que los casos se concentran en población principalmente joven, siendo el grupo de edad entre 18 y 26 años, el que reunió la mayoría de los casos, y el grupo de entre 18 y 44 años, el que sumó cerca del 60% de todas las intoxicaciones.

En cuanto a la variable sexo, esta no muestra diferencias importantes con respecto al total de los casos de intoxicaciones notificados; sin embargo, la exploración del comportamiento del evento según el sexo y el tipo de exposición muestra diferencias notables, encontrándose que en las intoxicaciones con intencionalidad suicida y accidental predomina el sexo femenino, mientras que las intoxicaciones con exposición de tipo delictivo y con intencionalidad psicoactiva/adicción se presentan mayoritariamente en hombres ($p<0,005$). Estos resultados podrían explicarse por las diferencias de roles sociales que actuarían como determinantes en la ocurrencia del evento.

En comparación con el año anterior, el año 2016 muestra un comportamiento similar en cuanto a los tres primeros grupos de sustancias involucrados en las intoxicaciones: medicamentos, sustancias psicoactivas y otras sustancias químicas. El grupo de medicamentos continúa representando el mayor porcentaje de intoxicaciones y la tasa de incidencia más alta, con una ligera disminución de esta última, pasando de 33,09 a 29,54 casos por cada 100.000 habitantes. Este grupo también representa el mayor número de casos a nivel nacional (7). Por su parte, los grupos solventes, metales y metanol también

corresponden a las sustancias con menor tasa de incidencia en el 2016, al igual que lo sucedido en el año anterior (8).

Se observa con preocupación que los benzodiacepinas son el fármaco implicado con mayor frecuencia en las intoxicaciones con medicamentos. Estos medicamentos están sujetos a control especial y deben cumplir condiciones particulares para su comercialización, según la Resolución 1478 de 2006, lo cual podría sugerir que el control no es efectivo y existe una desviación en su uso. Los benzodiacepinas son utilizadas principalmente en intencionalidades delictivas, para lograr estados de indefensión y cometer delitos sexuales o hurtos

La no existencia de un Fondo Rotatorio de Estupefacientes en Bogotá, D.C. (contrario a lo que sucede en otras ciudades) y de los recetarios oficiales en los cuales los médicos deben prescribir estos medicamentos de control especial, pueden estar incidiendo en las deficiencias del control en la prescripción y dispensación de los mismos.

Por otra parte, aunque existe un bajo número de casos de intoxicación por automedicación/auto prescripción de medicamentos (n=94), esto podría explicarse por barreras de acceso a los servicios de salud que incidirían en que la comunidad siga indicaciones de personal no médico, o por la influencia de la era de la información que estimula la consulta y selección de tratamientos fármaco terapéuticos en fuentes no apropiadas.

Durante el año 2016, los intentos suicidas se constituyeron en el principal tipo de exposición relacionado con las intoxicaciones por sustancias químicas, agrupando el 35,3% del total de las intoxicaciones, con una ligera disminución frente al porcentaje evidenciado en el año 2015 (38,13%), y presentándose en adultos jóvenes y adolescentes, siendo mujeres en su mayoría, incluyendo gestantes. Las sustancias más utilizadas con fines suicidas son en su orden los medicamentos, los plaguicidas y las contenidas en el grupo de “otras sustancias químicas”, comportamiento idéntico al registrado en el 2015. (8)

Entre las intoxicaciones con intencionalidad suicida, relacionadas con medicamentos, el acetaminofén es el fármaco más utilizado, seguido por la amitriptilina. El primero de ellos corresponde a un medicamento de venta libre y de fácil adquisición por el público en general, mientras que la amitriptilina es un medicamento del grupo de los antidepresivos tricíclicos utilizado en el tratamiento de la depresión mayor, con efectos adversos conocidos, como el de inducir ideación suicida, situación a considerar en el caso de los pacientes con depresión que tienen prescrito este medicamento, y en su importancia en el comportamiento de las intoxicaciones relacionadas.

Con respecto a las intoxicaciones con fines delictivos (n=895), se observa que en un 41,8% no se identificó el producto implicado, lo cual en principio puede obedecer naturalmente a la incapacidad de la víctima para identificar el producto o la sustancia; no obstante, surge inquietud frente a la capacidad técnica y operativa del prestador de servicios de salud, ya que en 518 de estas intoxicaciones (57,9%) no se tomaron y procesaron muestras toxicológicas.

Las benzodiacepinas ocuparon el segundo lugar como el producto más utilizado

con fines delictivos, en el 34,3% de los casos (n=307). Al respecto se retoma lo considerado anteriormente sobre estos medicamentos, situación que reafirma las posibles debilidades en el control especial de su uso, o en el desvío con fines no terapéuticos, y que también pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas para su identificación en laboratorio.

Entre el total de intoxicaciones notificadas en el SIVIGILA en el año 2016, solo se presentó la confirmación por laboratorio en el 10.7 % de los casos (n=633), lo que podría sugerir que no existe capacidad instalada en los laboratorios clínicos para realizar las pruebas de toxicología, y que el procedimiento médico se guía principalmente por la anamnesis del caso y el tratamiento de los signos/síntomas asociados a la intoxicación, sin que se cuente con el apoyo diagnóstico.

Por otra parte, el comportamiento de las intoxicaciones según el lugar de ocurrencia muestra una tendencia similar a la registrada en el año 2015 (8), siendo el hogar el sitio donde se presentaron la mayoría de los eventos (n=3383). De estos casos, un poco más de la mitad corresponden a intoxicaciones por medicamentos, mientras que el grupo de “otras sustancias químicas” estuvo relacionado con cerca del 13% de los casos. Al respecto, 6 de cada 10 casos de intoxicaciones en el hogar ocurrieron con intencionalidad suicida, hecho que radica posiblemente en la escogencia de la vivienda como el sitio propicio para las exposiciones auto infligidas, con fácil y rápido acceso a una gran variedad de sustancias químicas.

En relación con las intoxicaciones en niños entre 0 y 5 años, un poco más del 70% de los casos estuvieron relacionados con medicamentos y productos del denominado grupo “otras sustancias químicas”, en exposiciones principalmente accidentales en el hogar. En las intoxicaciones correspondientes a otras sustancias químicas estuvieron involucrados en su mayoría productos de limpieza y desinfección en el hogar, así como productos para la construcción. Esta situación sugiere presuntas negligencias en los cuidados de los menores y deficiencias en la restricción al alcance de medicamentos por parte de ellos, así como problemas de almacenamiento y uso seguro de productos para el hogar.

Es así como el espacio de la vivienda se constituye en el ámbito en el que de manera prioritaria deben dirigirse las acciones en salud pública para reforzar las capacidades en las familias, padres, cuidadores y adultos en general en la prevención y mitigación de los efectos en salud por exposición a sustancias químicas.

Frente a la notificación de alertas epidemiológicas se observaron aparentes inconsistencias en su registro; aunque todas las intoxicaciones en menores de 5 años deben ser clasificadas y notificadas como alertas, tan solo se registraron 146 casos frente a los 453 que debieron notificarse según análisis de la variable edad. De manera similar, aunque en menor proporción, se presentó un sub registro en la notificación de alertas en gestantes

Con respecto al comportamiento de la mortalidad, las intoxicaciones por medicamentos registraron la tasa específica más alta. Así mismo, se muestra una tasa de letalidad general baja, con 0,24 fallecidos por cada 100 intoxicados, con un muy leve aumento frente a la tasa registrada en el 2015 (0,22 fallecidos)

(8) y con metanol como el grupo de sustancias con la mayor tasa de letalidad específica.

El comportamiento en la letalidad puede sugerir exposiciones a dosis sub letales de las sustancias químicas implicadas, tratándose de casos leves o moderados, situación que a su vez podría estar relacionada con cerca del 40% de los casos que no requirieron hospitalización y con la mejora en la atención oportuna en los servicios de salud, evitando la muerte en los casos graves de intoxicación.

Los registros de fuentes de información de estadísticas vitales reflejan situaciones de sub registro de mortalidades que no ingresan al SIVIGILA; en particular, en aquellas defunciones en vía pública o sobre las que se sospecha de muerte violenta y que son atendidas por cuerpos de policía judicial y trasladados para la práctica de necropsias médico legales, más aún cuando el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no es actualmente una UPGD dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Así mismo, no es ajeno a las situaciones de sub registro, el hecho de que se presenten casos de intoxicaciones en los cuales los afectados no consultan con los servicios de salud, particularmente eventos relacionados con exposiciones psicoactivas en adultos y jóvenes o accidentales en menores de 5 años.

Estas situaciones se traducen en dificultades para obtener una mayor aproximación al comportamiento actual y real de la morbilidad y mortalidad asociada a las intoxicaciones con sustancias químicas.

Por último, la revisión de los registros de los casos notificados en SIVIGILA indica que se siguen presentando deficiencias en la identificación y clasificación de productos o grupos de sustancias químicas y otra serie de fallas en la calidad del dato, lo cual advierte la necesidad de reforzar las actividades de realimentación, capacitación y seguimiento a las UPGD con el fin de mejorar la calidad en la notificación.

Conclusiones

La intoxicación por sustancias químicas sigue representando un importante problema de salud pública, no solo por la morbi-mortalidad asociada, sino por su condición de evitable en la mayoría de casos.

Los casos de intoxicación por sustancias químicas notificados en el año 2016 se presentaron principalmente en población joven, sin diferencias en su distribución general por sexo.

Los medicamentos, las sustancias psicoactivas y las denominadas “otras sustancias químicas” fueron en su orden las que en mayor proporción estuvieron involucradas con las intoxicaciones por sustancias químicas.

El tipo de exposición identificado con mayor frecuencia fue el de intencionalidad suicida (principalmente asociada al uso de medicamentos), seguido por el de intencionalidad psicoactiva/adictiva (asociada primordialmente con marihuana), exposición accidental (relacionada en su mayoría con hipoclorito de sodio) y

exposición delictiva (asociada con el uso de sustancias desconocidas y benzodiacepinas).

Los casos de intoxicación con intencionalidad suicida se dan principalmente en mujeres y los casos de intoxicación con intencionalidad delictiva y con finalidad psicoactiva se dan con mayor frecuencia en hombres.

La mayoría de las intoxicaciones con sustancias químicas ocurrieron en los hogares, principalmente con exposición de tipo intencional suicida y con medicamentos como el grupo de sustancias implicado con mayor frecuencia.

Las alertas epidemiológicas notificadas en el periodo estuvieron relacionadas en su mayoría con medicamentos, tanto en menores de 5 años, como en gestantes. En los menores de 5 años, se evidenció fallas en la notificación y los productos involucrados con mayor frecuencia fueron en su orden acetaminofén, varsol e hipoclorito de sodio.

La mortalidad por intoxicación con sustancias químicas se distribuyó de manera igual por sexo; el grupo de sustancias que representó el mayor número de mortalidades fue el de medicamentos y el tipo de exposición más frecuente fue el de intencionalidad suicida. La tasa de mortalidad más alta se presentó para las intoxicaciones con medicamentos, mientras que la tasa de letalidad mayor se registró en intoxicación con metanol.

Los casos de mortalidad captados a través del sistema de estadísticas vitales denotan sub registro de casos que no ingresan al SIVIGILA y que corresponden a fallecimientos en los que se sospecha de muerte violenta, intervenidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Se continúan identificando fallas de clasificación del evento frente a la ocurrencia de intoxicaciones por sustancias químicas y calidad en algunos registros del SIVIGILA.

Recomendaciones

Armonizar los enfoques de la vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas y de los subsistemas de vigilancia epidemiológica relacionados, a saber: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE), Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM) y Farmacovigilancia. Esto permitiría trascender la identificación de la sustancia y el mecanismo de su daño para conjuntamente avanzar en el análisis de los determinantes sociales de la salud, particularmente, aquellas intoxicaciones con intencionalidad suicida en población joven y adulta.

Implementar campañas educativas en temas de uso racional de medicamentos, dirigidas al personal de salud (sobre todo a prescriptores), pacientes (tratados con amitriptilina o benzodiacepinas) y sus familiares con el fin de propender por

que los pacientes no cuenten con cantidades importantes de esos medicamentos y se evite la desviación en su uso y el alcance de niños y adolescentes.

Reforzar las acciones de capacitación y seguimiento a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD); en aspectos tales como la divulgación del protocolo nacional de intoxicaciones por sustancias químicas y la clasificación y notificación inmediata de alertas de intoxicaciones en menores de 5 años.

Instaurar el Fondo Rotatorio de Estupefacientes en Bogotá, D.C., mejorar la vigilancia y control de los establecimientos farmacéuticos que comercializan benzodiacepinas y desarrollar acciones con instancias de policía judicial, como estrategias para evitar el desvío o uso delictivo de las benzodiacepinas.

Consolidar el desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela en intoxicación por benzodiacepinas en las tres UPGD de mayor notificación, trabajando conjuntamente con el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.

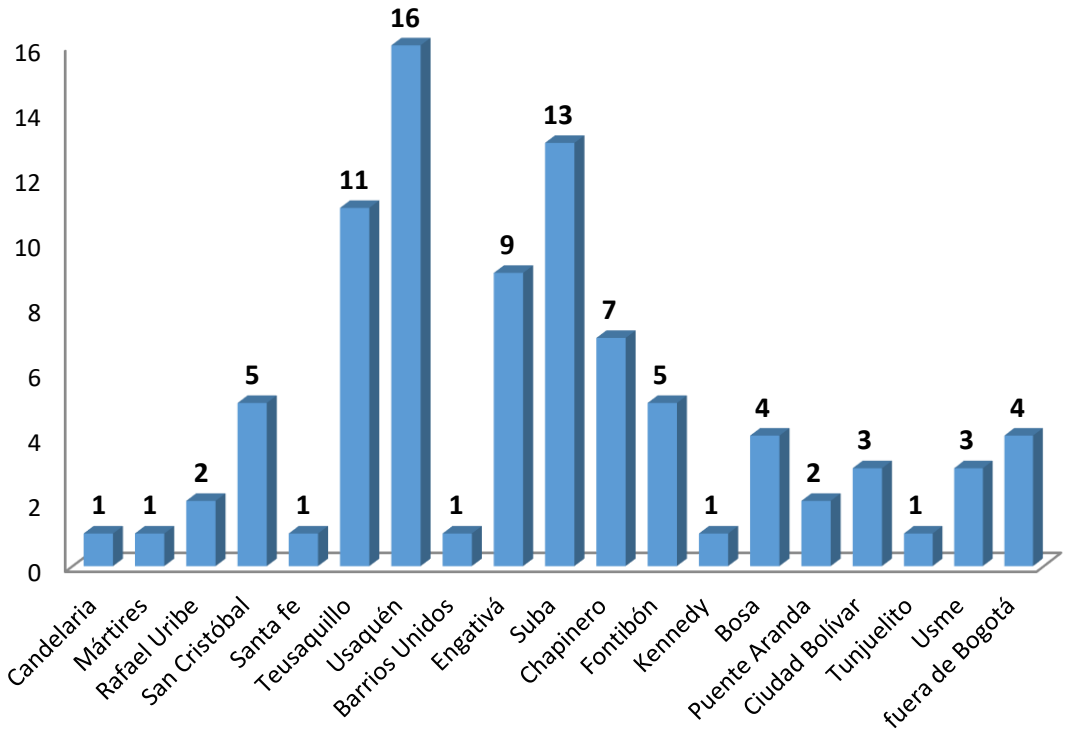
Desarrollar acciones de información, comunicación y educación en salud que promuevan en la comunidad general el autocuidado, el uso seguro de medicamentos y la identificación y control de condiciones de peligro que favorecen las intoxicaciones con sustancias químicas.

Priorizar acciones en salud pública, dirigidas a la prevención y mitigación de los efectos por intoxicaciones con sustancias químicas en espacios de vida tales como el de vivienda (manejo seguro de medicamentos e intoxicaciones accidentales con productos de higiene doméstica y de construcción en menores de edad), el educativo (intoxicaciones accidentales con gases y “otras sustancias químicas” e intoxicaciones con intencionalidad psicoactiva y suicida) y el laboral (intoxicaciones con solventes, plaguicidas, gases, “otras sustancias químicas”, metanol y metales).

Enfermedades Transmitidas por Alimentos

En el año 2016 en 18 localidades del Distrito Capital, ocurrieron 90 brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) con 1.881 personas involucradas de los cuales el 95% fueron confirmados por clínica (n=1783), el 4% por nexo epidemiológico (n=80) y el 1% por laboratorio (n=18).

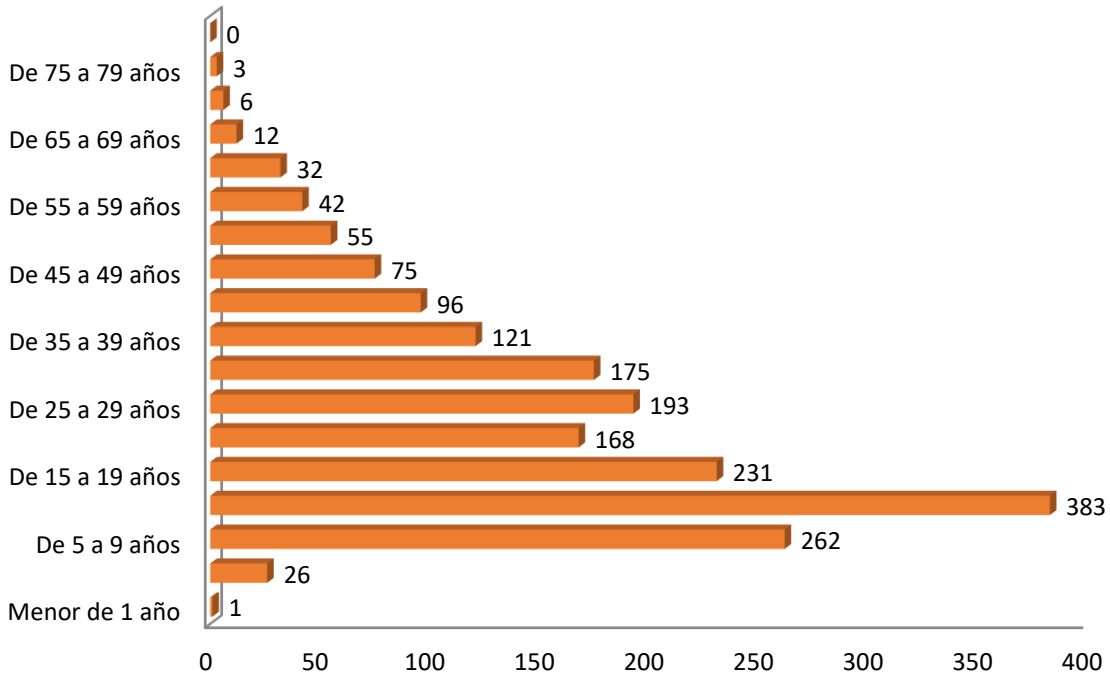
Grafico 103. Distribución de brotes de ETA, por localidad de ocurrencia, Bogotá D.C., año 2016.



Fuente: Base SIVIGILA Distrital año 2016

De los casos notificados en los 90 brotes de ETA la mayoría se registraron en el grupo de edad de 10 a 14 años con el 20% de los casos (n=383), seguido del grupo de edad de 5 a 9 años con un 14% (n=262) y en tercer lugar el grupo de 15 a 19 años con el 12% (n=231), (figura 1).

Grafico 104. Distribución de brotes de ETA, de acuerdo a los grupos de edad afectados, Bogotá D.C., año 2016.

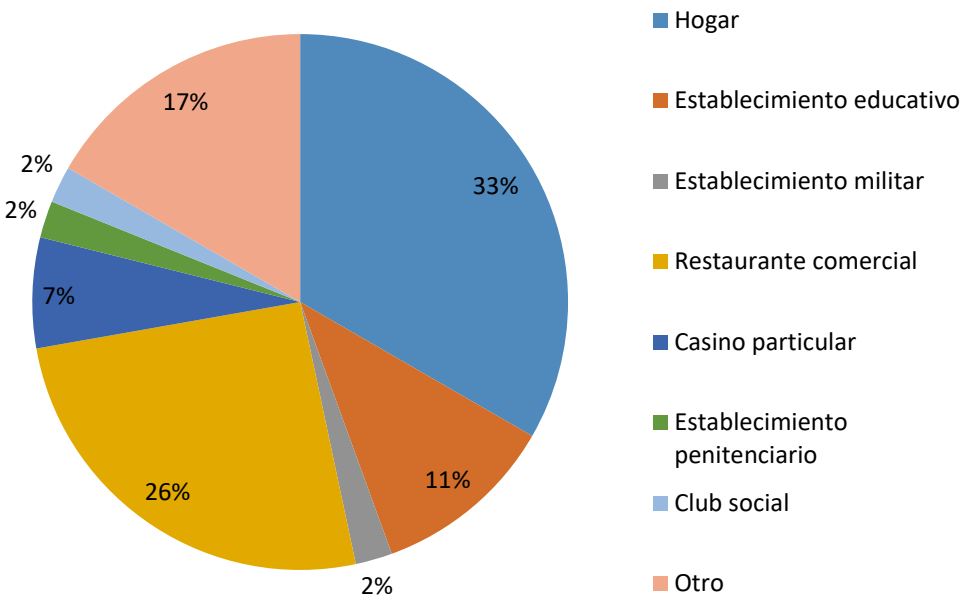


Fuente: Base SIVIGILA Distrital año 2016

De los 1.881 casos en brotes de ETA notificados en el Distrito Capital, la mayor proporción de afectados se registró en el sexo femenino con un 56% (n=1060) y en el sexo masculino con el 44% (n=821).

El mayor porcentaje de brotes de ETA en el año 2016, se presentó por consumo de alimentos en el hogar con el 33% (n=30), seguido por el consumo en restaurantes comerciales con el 26% (n=23) y en tercer lugar se encuentra otro tipo de establecimientos como fundaciones, parques, hoteles entre otros con un 17% (n=15).

Grafico 105. Porcentaje de brotes de ETA por lugar de consumo, Bogotá D.C., año 2016



Fuente: Base SIVIGILA Distrital año 2016

Los alimentos listos para el consumo (empanadas, arroz con pollo, arroz atollado, paella) fueron los más implicados en los 90 brotes de ETA en el año 2016 con un 87% (n=78), en segundo lugar, se encuentran los derivados lácteos con un 4% (n=4), seguido de los productos de pastelería y derivados cárnicos con el 3% (n=3) respectivamente y en último lugar el pescado con un 2% (n=2).

Tabla 58. Seguimiento a indicadores de vigilancia Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), Bogotá D.C., año 2016

INDICADOR	META	VALOR INDICADOR ANUAL 2015	VALOR INDICADOR ANUAL 2016	PARAMETRO	INTERPRETACIÓN
Proporción de Incidencia de ETA	No aplica	27	24		En el año 2016, se notificaron 1881casos nuevos de ETA por cada 100.000 habitantes o personas en riesgo del Distrito Capital.
Letalidad por ETA (meta menor 1%)	No aplica	0	0		La probabilidad de morir a causa de Enfermedad Transmitida por Alimentos en Bogotá D.C. es de 0%
Porcentaje de oportunidad en la notificación inmediata de los brotes.	100	18	92	Bueno: mayor a 80%, Regular: entre 60% a 79.9%, Deficiente: menor a 59.9%.	El 92% de los brotes presentados en el Distrito Capital en el año 2016, se notificaron en forma oportuna.

INDICADOR	META	VALOR INDICADOR ANUAL 2015	VALOR INDICADOR ANUAL 2016	PARAMETRO	INTERPRETACIÓN
Porcentaje de brotes con investigación epidemiológica de campo.	100	92	100	Bueno: mayor de 90%, Regular: entre 70% a 89.9%, Deficiente: menor de 69.9%.	De los 90 brotes de ETA notificados por la Secretaría Distrital de Salud, el 100% fueron investigados.
Porcentaje de brotes con estudio de laboratorio.	100		21	Bueno: Mayor a 80%, Regular: Entre 50% 79.9%, Deficiente: Menor de 49.9%.	De los 90 brotes de ETA notificados, al 21% se le recolectó muestras (biológicas/ alimentos/agua/superficies/ambiental)
Porcentaje de brotes con identificación de agente etiológico en muestras biológicas, alimentos, agua y superficies/ambientales.	100	24	17	Bueno: Mayor a 70%, Regular: Entre 40% y 70%, Deficiente: Menos de 40%.	De 90 brotes de ETA notificados al 17% se les identificó agente etiológico.
Oportunidad de ajuste de Brotes.	100	41	23	Bueno: Mayor al 80%, Regular: entre 50% - 79%, deficiente: menor de 49,9%	De 90 brotes ETA notificados por la Secretaría Distrital de Salud, el 23% fueron ajustados oportunamente en el subsistema de información

Fuente: Base SIVIGILA Distrital año 2016

Discusión

En el Distrito Capital, durante el año 2016, se presentaron 90 brotes, de los cuales, el 95% de los casos involucrados fueron confirmados clínicamente, indicando que se presentan dificultades en la toma de muestras tanto biológicas y de alimentos, situación que no permitió establecer los agentes etiológicos causantes de los eventos.

El grupo de edad de mayor afectación en los brotes presentados fue de 10 a 14 años con el 20% para el año 2016, manteniendo el mismo lugar con el grupo de edad de mayor afectación para el año 2015 con un 19.2%.

La mayor proporción de afectados en el año 2016 se registró en el sexo femenino con un 56%, comportamiento que varió con respecto al año 2015, en el cual la mayor proporción de afectados se registró en el sexo masculino con un 55%

Para el año 2016 en el Distrito Capital, se puede establecer que el número de personas afectadas por brotes de ETA (n= 1881) fue menor a las presentadas para el año de 2015 (n=2.183).

El alimento implicado en mayor proporción en los 90 brotes ocurridos en el Distrito Capital para el año 2016 fueron los alimentos listos para el consumo 87%

y para el año 201 la mayor proporción de alimentos implicados fueron alimentos mixtos con un 32,8% que son alimentos preparados que no contienen carne.

En cuanto a la oportunidad en la notificación inmediata de los brotes para el año 2016 fue del 92%, la cual se incremento con respecto a la notificación del año 2015 que fue del 18%. Indicando que los planes de mejoramiento efectuados con las UPGD, generaron un impacto positivo en dicha notificación.

De los brotes ETA notificados por la Secretaría Distrital de Salud en el año 2016, el 23% fueron ajustados oportunamente en el subsistema de información, presentando una reducción notoria con respecto al año 2015 que correspondió al 41 %, manteniéndose dentro del estimado deficiente de cumplimiento. Se observan ajustes incompletos que se deben efectuar nuevamente.

En cuanto a la investigación epidemiológica de campo, se observa que en el 2016 se dio cumplimiento al valor esperado del indicador dado que al 100% de los brotes de ETA notificados se les realizó investigación epidemiológica de campo (IEC). Este valor se ha mantenido superior al 95% en los últimos dos años.
Comparativamente, teniendo en cuenta el porcentaje de las muestras tomadas en los brotes de ETA para el año 2016 se identificaron los agentes patógenos a un 17% y en el año 2015 a un 24%. En ninguno de los dos años se cumple con el valor esperado por cuanto el porcentaje de brotes con muestras es bajo. Se ha hecho énfasis en la inducción que se realiza a epidemiólogos locales en la oportunidad de la toma de muestras biológicas de coproscópico y coprológico a los pacientes en la IPS dando cumplimiento al protocolo de Vigilancia de ETA.

Conclusiones

- No se presentaron mortalidades asociadas a enfermedades transmitidas por alimentos ETA en la ciudad de Bogotá para el año 2016.

- Teniendo en cuenta el lugar de consumo del alimento causante del brote de ETA, en el año 2016 el mayor porcentaje ocurrieron en el hogar con un 33% y para el año 2015 en restaurante comercial con un 29,4%.

- Persiste la dificultad en el ajuste oportuno y clasificación final de los brotes de ETA en el SIVIGILA Distrital.
- Debido a que se toman muy pocas muestras tanto biológicas como de alimentos, superficies y manipuladores, establecidas en el protocolo de ETA del Instituto Nacional de Salud, no se pueden identificar los agentes patógenos causales de la misma.

Recomendaciones

Efectuar sensibilización sobre el protocolo de vigilancia epidemiológica de las ETA mínimo una vez al año en los COVES locales y en las actividades rutinarias de mantenimiento a las UPGD, con énfasis en la importancia de la notificación oportuna y la toma de muestras.

Intensificar las acciones de información, educación y comunicación a la comunidad en general sobre el manejo higiénico de los alimentos, para prevenir la ocurrencia de eventos trazadores como la Enfermedad Trasmitida por Alimentos debido a que un porcentaje importante de los brotes ocurrió en los hogares.

Contar con un referente del evento en cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud que permita realizar el seguimiento al mismo.

Dar continuidad en el acompañamiento, apoyo y asistencia técnica a los equipos locales desde la SDS en todo el proceso de evento (notificación hasta el cierre) lo cual permitirá una mejor calidad de las intervenciones y mejor abordaje de estos eventos.

4.5. Comportamiento de los eventos de Infecciones de Transmisión Sexual

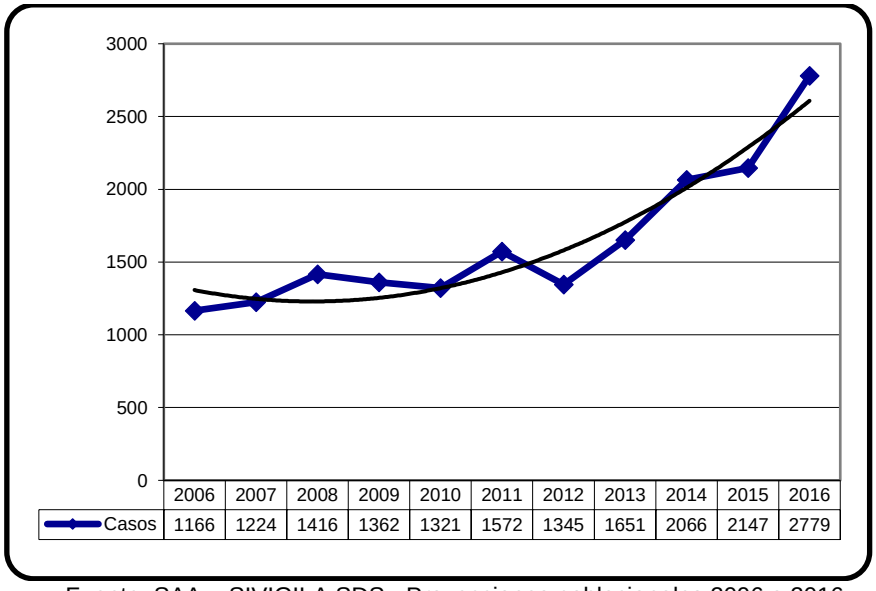
VIH/SIDA

En la actualidad el VIH/Sida tiene como principal fuente de información el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), al cual son notificados los casos identificados como positivos mediante pruebas confirmatorias específicas y que son atendidos en las diferentes Unidades Prestadoras de Servicios en Salud (UPSS) del Distrito Capital.

El número de casos acumulados de VIH/Sida notificados entre 1.985 y el XIII periodo epidemiológico de 2.016 son 30.612, aquí se encuentran incluidos casos nuevos, actualizaciones en el estadio clínico incluidas muertes asociadas a Sida, con respecto al estadío clínico se encuentra el 75.9% VIH, 15,7% Sida y 8,4% muertes asociadas a Sida.

Prevalencia de notificación de casos[10]

Grafico 106Prevalencia de notificación de casos de VIH/Sida por 100.000 habitantes 2006 a 2016, Bogotá D.C.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	1166	1224	1416	1362	1321	1572	1345	1651	2066	2147	2779

Fuente: SAA – SIVIGILA SDS - Proyecciones poblacionales 2006 a 2016

A semana epidemiológica 52 de 2.016 se han notificado un total de 3.153 casos confirmados de VIH, de los cuales 2.779 residen en la ciudad de Bogotá, esta cifra muestra un aumento del 22.7% comparado con el mismo período de 2.015 donde se notificaron 2.147 casos. El aumento sostenido en la notificación, puede estar relacionado con la continuidad en las actividades de acceso a la prueba de VIH y eliminación de barreras de acceso lo cual ha contribuido al diagnóstico y atención oportuna. Estas actividades se han implementado desde la estrategia

[10] Indicador Protocolo de Vigilancia y Control en Salud Pública VIH/Sida, INS versión 3 de 2.015.

distrital “ponte a prueba”, el proyecto VIH del Fondo Mundial; además de la implementación y adherencia a la Guía de Práctica Clínica para la atención de la infección por VIH/Sida, por parte de los prestadores de servicios de salud. En este sentido no podemos hablar de un aumento drástico de la epidemia en la ciudad, sino de un aumento en el diagnóstico para VIH/Sida y acceso a la atención lo cual aumenta la notificación.

Adicionalmente de diciembre 2.015 a marzo 2.016 se realizaron los estudios de prevalencia de VIH y comportamiento sexual con 4 poblaciones: mujeres en ejercicio de prostitución, mujeres trans, hombres que tiene sexo con otros hombres y habitantes de calle, lo cual aumentó el acceso al diagnóstico para VIH/Sida en grupos que concentran la prevalencia de VIH en la ciudad.

Procedencia de los casos

De la totalidad de personas notificadas como VIH/Sida a XIII periodo de 2.016 el 11.5% correspondieron a casos que no provenían del Distrito Capital, en comparación con el mismo periodo de 2.015 se presenta una leve disminución dado que en dicho momento fue de 10%. De la totalidad de casos procedentes de otras zonas, los departamentos que más aportan son: Cundinamarca con el 6.1%, Meta 0.8% y Boyacá 0.6%.

Tabla 59. Número de casos y porcentaje de VIH/Sida distribución por sitio de procedencia a XIII periodo epidemiológico 2016, Bogotá D.C.

Procedencia	Casos	Proporción
Bogotá	2789	88,5
Cundinamarca	192	6,1
Meta	24	0,8
Boyacá	19	0,6
Tolima	17	0,5
Antioquia	12	0,4
Casanare	12	0,4
Huila	10	0,3
Valle	10	0,3
Exterior	9	0,3
Santander	8	0,3
Guaviare	6	0,2
Cartagena	5	0,2
Norte Santander	5	0,2
Barranquilla	4	0,1
Caldas	4	0,1
Caquetá	4	0,1
Cesar	4	0,1
Amazonas	3	0,1
Arauca	2	0,1
Cauca	2	0,1

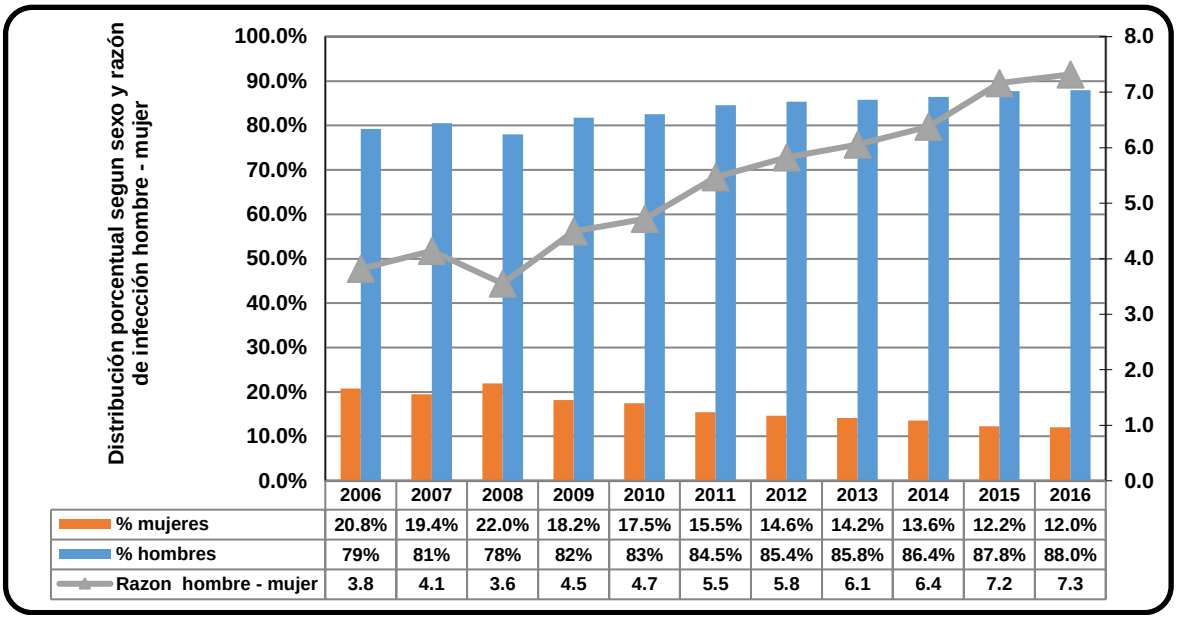
Procedencia	Casos	Proporción
Choco	2	0,1
Bolívar	1	0,0
Córdoba	1	0,0
Guainía	1	0,0
Guajira	1	0,0
Magdalena	1	0,0
Nariño	1	0,0
Putumayo	1	0,0
Quindío	1	0,0
San Andrés	1	0,0
Vichada	1	0,0
Total	3153	100

Fuente: SIVIGILA SDS 2016

Razón de infección hombre mujer

La razón de infección hombre mujer por VIH nos permite ver por cada hombre que se está infectando, cuantas mujeres lo están haciendo, para XIII periodo de 2016 este indicador es de 7,3:1, con un 88% de casos en hombres y un 12% en mujeres. En el periodo analizado se observa una tendencia a la ampliación de la diferencia del impacto entre hombres y mujeres, pasando de 5,5 en 2.011 a una razón de infección de 7,3 en 2016; en comparación con el país se observa una gran diferencia dado que este año el indicador es de 3,7:1 (fuente INS 2016).

Grafico 107. Casos de VIH/Sida, distribución porcentual según sexo y razón de infección hombre - mujer por VIH, 2.006 a 2016, Bogotá D.C.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% mujeres	20.8%	19.4%	22.0%	18.2%	17.5%	15.5%	14.6%	14.2%	13.6%	12.2%	12.0%
% hombres	79%	81%	78%	82%	83%	84.5%	85.4%	85.8%	86.4%	87.8%	88.0%
Razon hombre - mujer	3.8	4.1	3.6	4.5	4.7	5.5	5.8	6.1	6.4	7.2	7.3

Fuente: SIVIGILA SDS 2006 a 2016

Aunque aparentemente las mujeres se están viendo menos afectadas por la epidemia por VIH en los últimos años, este comportamiento posiblemente se relaciona con menor acceso de este grupo poblacional al diagnóstico para VIH y mayores acciones de prevención y diagnóstico en grupos integrados exclusiva o mayoritariamente por hombres, tales como hombres que tienen sexo con otros hombres, habitantes de calle y personas privadas de la libertad. A esto se suma la identificación de mayores barreras de acceso a la prueba para VIH para las mujeres por parte del sistema de salud, esto se relaciona con un falso imaginario de protección y considerar que únicamente las mujeres gestantes requieren realizar dicha prueba.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante continuar implementando acciones enfocadas a las mujeres hacia el reconocimiento de la prueba de VIH como un derecho, el acceso a la prueba en momentos diferentes a la gestación, entre otras actividades que permitan disminuir las brechas de diagnóstico y atención oportuna. En este sentido, estos procesos se han venido fortaleciendo desde la atención diferencial y la disminución de las barreras de acceso a través de la estrategia distrital “ponte a prueba”.

Distribución por grupo de edad

Para el Distrito Capital a XIII periodo de 2.016 los grupos más afectados fueron las personas entre los 20 y 39 años con 70.3% del total de casos, este grupo muestra un comportamiento similar para los últimos 5 años (2.012 a 2.016). Los grupos quinquenales más afectados en el periodo analizado son los de 20 a 24 con 21.8%, 25 a 29 con 21.7% y 30 a 34 con 16,3%. Lo anterior indica que la epidemia está afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente de la ciudad, impactando en el número de años de vida saludable perdidos y expectativa de vida de Bogotá D.C.

Tabla 60. Casos de VIH/Sida notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad y proporción de incidencia por cada 100.000 habitantes. Año 2016, Bogotá D.C.

Grupo edad	2016		
	Frecuencia	%	PI
< 1 AÑO	0	0,0	0,0
1 A 4	2	0,1	0,4
5 A 9	0	0,0	0,0
10 A 14	0	0,0	0,0
15 A 19	125	4,5	19,6
20 A 24	606	21,8	90,0
25 A 29	603	21,7	94,1
30 A 34	454	16,3	69,1
35 A 39	291	10,5	46,3
40 A 44	212	7,6	38,7
45 A 49	186	6,7	35,9
50 A 54	125	4,5	25,1
55 A 59	67	2,4	15,8
60 A 64	47	1,7	14,4
65 Y +	61	2,2	9,8
Total	2779	100	34,8

Fuente: SIVIGILA SDS – Proyecciones poblacionales 2016

Indicadores de seguimiento

- Razón de prevalencia de VIH en mujeres embarazadas por 1.000 NV, Bogotá D.C. 2.016.

Localidad	Casos	NV 2016*	Razón * 1000 NV
Los Mártires	3	1078	2,78
Teusaquillo	2	1230	1,63
Santa fe	2	1353	1,48
Rafael Uribe	7	5359	1,31
Barrios Unidos	2	1549	1,29
Kennedy	12	14067	0,85
Antonio Nariño	1	1203	0,83
Fontibon	3	4181	0,72
Ciudad Bolívar	6	9774	0,61
Chapinero	1	2022	0,49
Tunjuelito	1	2603	0,38
Usme	2	5514	0,36
Puente Aranda	1	2825	0,35
San Cristóbal	2	5771	0,35
Engativa	3	8752	0,34

Localidad	Casos	NV 2016*	Razón * 1000 NV
Usaquén	2	6209	0,32
Suba	4	13626	0,29
Bosa	1	10041	0,10
La Candelaria	0	252	0
Sumapaz	0	26	0
Sin dato	3	677	4,43
Total	58	98112	0,59

Fuente casos: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016
Fuente nacidos vivos 2016: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, preliminares 13-01-2017

- Proporción de casos de VIH/Sida por relaciones sexuales, transmisión perinatal, transfusión sanguínea, accidente de trabajo, UDI. Bogotá D.C. 2.016.

Mecanismo probable de transmisión	Casos	%
Homosexual	1473	53,1
Heterosexual	1128	40,7
Bisexual	168	6,1
Usuario drogas IV	3	0,1
Materno Infantil	2	0,1
Transfusión Sanguínea	0	0,0
Accidente Laboral	0	0,0
Total	2774	100

Fuente: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016

- Prevalencia de notificación (PI) por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.016.

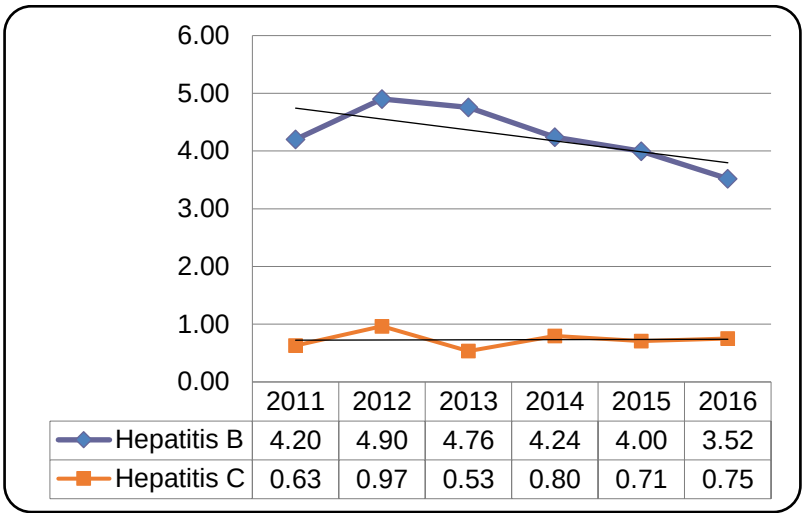
LOCALIDAD	2016	PI 2016
Usaquén	158	33,4
Chapinero	175	137,8
Santa fe	93	96,3
San Cristóbal	115	29,0
Usme	83	24,6
Tunjuelito	73	38,5
Bosa	158	22,3
Kennedy	332	28,0
Fontibon	119	29,5
Engativa	277	31,7
Suba	335	26,8
Barrios unidos	85	32,2
Teusaquillo	117	83,1
Mártires	75	79,7
Antonio Nariño	48	43,3
Puente Aranda	107	47,5
Candelaria	25	110,5
Rafael Uribe	131	37,0
Ciudad bolívar	177	24,6
Sumapaz	1	13,6
Sin dato	95	ND
Total	2779	34,82

Fuente: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2.016

Hepatitis B - C

Grafico 108. Prevalencia de notificación de casos de Hepatitis B y C notificados al SIVIGILA. Bogotá D.C, 2011 a 2016.



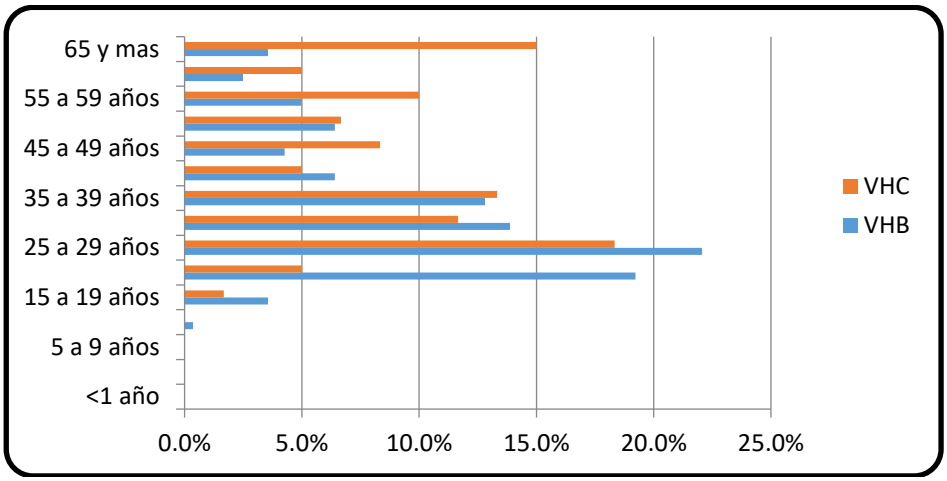
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hepatitis B	4.20	4.90	4.76	4.24	4.00	3.52
Hepatitis C	0.63	0.97	0.53	0.80	0.71	0.75

Fuente: SIVIGILA SDS - Estimación poblacional DANE 2.011 a 2.016

La gráfica anterior nos permite identificar el comportamiento de la Hepatitis B y C en el último quinquenio, donde se observa como la Hepatitis C tiene comportamientos similares de acuerdo a la información histórica, a diferencia de Hepatitis B que presenta una tendencia hacia la disminución en el número de casos notificados. Lo anterior puede estar relacionado la desestimación del riesgo frente a la hepatitis y el desconocimiento del proceso diagnóstico; en respuesta a esta necesidad, para el año 2016 se realiza el lanzamiento de las guías de práctica clínica a nivel nacional, lo que permitirá mitigar el riesgo, tener mayor acceso al diagnóstico y atención oportuna.

Hasta XIII periodo epidemiológico de 2.016 se han notificado 281 casos de Hepatitis B y 60 casos de Hepatitis C; con relación al mismo periodo de 2.015 se observa disminución para Hepatitis B, en términos porcentuales la notificación fue de 10.8% menos para Hepatitis B y para Hepatitis C aumento 6.6%.

Grafico 109. Casos de Hepatitis B y C notificados al SIVIGILA distribución porcentual por grupos quinquenales. Bogotá D.C. 2.016



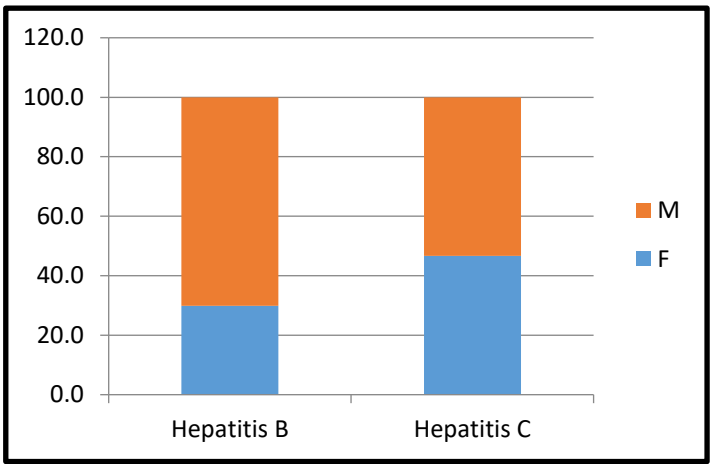
Fuente: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016

La distribución por edad de la Hepatitis B y C son diferentes, en la primera presentándose principalmente en población joven, entre los 20 y 39 años donde está el 68% de los casos. El grupo quinquenal más afectado que los otros que es el de 25 a 29 años que aporta el 22,1% del total de casos, seguido de por el grupo de 20 a 24 años con 19,2%; en este sentido se habla de un impacto mayor en población joven, comportamiento es similar al de otras ITS como el VIH y la sífilis.

En la Hepatitis C por el contrario se observa un impacto en dos grupos de población, el primero de 25 a 39 años con el 43.3% y el segundo de los 55 a 65 y más años con el 30% del total de los casos

Lo anterior muestra que aunque los eventos están afectando de forma diferente a la poblaciones, se puede suponer que la Hepatitis B está ligada principalmente a relaciones sexuales sin uso de preservativo y la Hepatitis C se puede asociar a personas que recibieron donaciones de sangre en momentos donde aun no se había implementado el tamizaje para dicho evento. Otro aspecto diferencial puede ser el conocimiento para realizar el diagnóstico, por lo cual a las personas se les diagnóstica la Hepatitis C cuando se han superado todos los otros diagnósticos diferenciales.

Grafico 110. Casos de Hepatitis B y C notificados al SIVIGILA distribuidos según sexo. Bogotá D.C. 2.016.



Fuente: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016

En estos eventos se identifica como la distribución por sexo es diferente a la identificada en otras ITS. Para el casos del VHB se encuentra que es una condición mayoritaria en hombres con el 70.1% de los casos donde encontramos una razón de infección de 2.3 hombres infectado por cada mujer, este comportamiento puede estar relacionado con que a toda mujer gestante se le oferta la prueba para VHB mientras el acceso al diagnóstico en hombres es muy limitado, esto se puede inferir del hecho que cerca de la mitad de los casos en mujeres son gestantes. En VHC se encuentra que la mayor parte de los casos se encuentran en hombres con el 53.3%, sin embargo es muy cercana a una distribución igual en hombres y mujeres, esto puede estar relacionado con los mecanismos de transmisión y las edades en que se presentan.

Indicadores de seguimiento trimestral

✓ Letalidad de Hepatitis B - C

	Hepatitis B	**Hepatitis C**
Numerador	1	0
Denominador	281	60
Resultado	0.36%	0

Fuente: SIVIGILA SDS 2016

- Prevalencia de notificación (PI) por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.016

Localidad Residencia	2016		2016	
	Hepatitis B	Tasa	Hepatitis C	Tasa
Usaquén	7	1,5	1	0,2
Chapinero	8	6,3	3	2,4
Santafé	6	6,2	1	1,0
San Cristóbal	11	2,8	7	1,8
Usme	8	2,4	1	0,3

Tunjuelito	8	4,2	1	0,5
Bosa	17	2,4	3	0,4
Kennedy	45	3,8	11	0,9
Fontibon	16	4,0	4	1,0
Engativa	27	3,1	6	0,7
Suba	42	3,4	6	0,5
Barrios unidos	4	1,5	3	1,1
Teusaquillo	7	5,0	1	0,7
Los mártires	6	6,4	1	1,1
Antonio Nariño	9	8,2	1	0,9
Puente Aranda	14	6,2	3	1,3
Candelaria	4	17,7	0	0,0
Rafael Uribe	17	4,8	3	0,8
Ciudad Bolívar	13	1,8	3	0,4
Sumapaz	0	0,0	0	0,0
Sin dato	12	NA	1	NA
Total general	281	3,52	60	0,75

Fuente: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016
Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2.016

✓ Razón de prevalencia de Hepatitis B en mujeres gestantes

Numerador	47
Denominador	98.112
Resultado	0,48 x 1000 NV

Fuente casos Fuente: SIVIGILA SDS a XIII periodo 2016
Fuente nacidos vivos 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS-DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares 13-01-2017

- Proporción de incidencia de casos notificados de Hepatitis B en menores de 5 años

A XIII periodo de 2.016 se presentaron 0 casos en menores de 5 años.

- Porcentaje de casos analizados de hepatitis B en menores de 5 años

A XIII periodo de 2.016 se han presentado 0 casos en menores de 5 años.

Sifilis Gestacional y Congenita

En el análisis de sífilis gestacional y congénita es importante tener en cuenta que para el año 2015 hubo cambio en los protocolos por la actualización en las guías de práctica clínica para Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita. Esto implicó un periodo de adaptación de los nuevos protocolos los cuales han influido también en la notificación para el periodo epidemiologico XIII (semana epidemiológica 52) de 2016, por lo cual puede haber un aumento en el número de casos teniendo en cuenta que:

1. Para 2016 los casos de Sífilis Gestacional se ha mejorado la notificación con prueba treponémica y serología independientemente del número de diluciones de la serología.

2. Para Sífilis Congénita, se tiene en cuenta el diagnóstico de la gestante cumpliendo con los criterios de definición de caso, al igual que el tratamiento para la prevención de sífilis congénita que cambia a una sola dosis de Penicilina Benzatinica durante la gestación 30 días antes del parto, a lo cual se le ha realizado un seguimiento más oportuno en la implementación de los protocolos

De acuerdo a lo anterior, desde la Secretaria Distrital de Salud teniendo en cuenta las dificultades identificadas para comparar los datos del evento con años anteriores, solicito concepto técnico para dar claridad al Ministerio de Protección Social y Salud quien dio como respuesta: “los datos obtenidos de los casos notificados a través del Sivigila 2015, pueden presentar un aumento o definición del indicador de incidencia de sífilis congénita, esto se puede deber a la combinación de la guía de la resolución 412 del año 2000 y la guía del año 2014; de igual manera se recuerda que no son comparables los datos de sífilis congénita del periodo 2000-2014 con el periodo 2015 ya que las definiciones de este evento cambian de un escenario a otro”

Adicionalmente se aclara que el corte de los nacidos vivos reportados para este periodo relacionado con el denominador de los indicadores esta con actualización a diciembre corte ajustado 19/01/2017, teniendo en cuenta que estos datos definitivos se reportan dos años vencido y al corte del informe aún no se cuenta con la información definitiva para el año 2016.

De acuerdo a lo anterior la notificación presenta cambios importantes, los cuales se describen más adelante y para el periodo descrito en este informe es evidente que la adaptación a estos protocolos ha mejorado y ha impactado en el aumento de casos para el periodo relacionado.

Sifilis Gestacional

Tabla 61. Razón de prevalencia sífilis gestacional por 1000 NV, Bogotá 2012- 2016, Bogotá D.C

LOCALIDAD RESIDENCIA	2.012 RAZON PREVALENCIA	2.013 RAZON PREVALENCIA	2.014 RAZON PREVALENCIA	2.015 RAZON PREVALENCIA	2.016 RAZON PREVALENCIA
USAQUEN	2,1	2,5	2,1	3,8	3,1
CHAPINERO	1,5	3,6	2,1	1,6	1,5
SANTAFE	11,5	13,6	18,0	9,8	17,7
SAN CRISTOBAL	7,9	6,8	6,4	9,2	11,1
USME	6,3	7,0	6,8	8,1	7,3
TUNJUELITO	5,4	5,8	8,9	5,9	4,6
BOSA	5,2	4,5	5,7	6,1	7,1
KENNEDY	3,6	4,4	5,3	3,7	6,0
FONTIBON	3,2	3,0	2,4	3,5	3,6
ENGATIVA	2,5	1,9	4,1	4,3	5,1
SUBA	2,9	3,2	4,1	3,7	3,1
BARRIOS UNIDOS	4,9	1,8	2,5	6,4	4,5
TEUSAQUILLO	2,6	1,6	3,1	2,4	1,6
LOS MARTIRES	20,4	20,7	16,7	20,5	24,1
ANTONIO NARIÑO	11,4	6,1	6,3	9,3	5,0
PUENTE ARANDA	5,7	2,6	2,0	3,9	7,1
LA CANDELARIA	56,9	11,9	10,4	29,6	43,7
RAFAEL URIBE URIBE	6,5	10,5	6,3	9,3	7,3
CIUDAD BOLIVAR	6,9	8,3	9,7	7,5	8,3
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SIN DATO				0,0	54,7
Razón de prevalencia Bogotá x 1000 NV	**5,0**	**5,1**	**5,6**	6,1	6,6

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2012 – SE 52 de 2016
Fuente 2012-2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos
Fuente 2015– 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares a diciembre de 2016 corte ajustado 19/01/2017

Para el país, el evento de sífilis gestacional muestra una disminución en la notificación de los casos, pasando de una razón de prevalencia de 7,4 casos por 1000 NV en 2010 a 5,1 en 2014. Sin embargo para 2015 se tiene una razón de prevalencia nacional de 6,0 casos por 1000 nacidos vivos más mortinatos. Lo anterior evidencia un comportamiento diferencial con el Distrito Capital donde ha existido una clara tendencia al aumento pasando de una prevalecía de 5,0 casos por 1000NV en 2012 a 5,6 por 1000 NV en 2014. Para 2015 y 2016 el Distrito Capital está por encima de la prevalencia para el país.

En Bogotá la razón de prevalencia de sífilis gestacional muestra para el año 2016 una clara tendencia al aumento en comparación con el año 2015, sin embargo hay que tener en cuenta que para este año (2015) existe cambio en la definición de caso lo que hace que este no sea comparable con años anteriores, sin desconocer que hay un aumento significativo en número de casos. Para 2.014 el número de casos fue levemente mayor a los notificados para el mismo periodo

de 2.013. Para el periodo analizado se mantiene la tendencia al aumento con una prevalencia de 6,6 x 1000 NV que comparado con el mismo periodo de 2015 estaba en 6,1 x 1000 NV.

El comportamiento del indicador está relacionado con la adherencia a los nuevos protocolos de acuerdo a la actualización de las guías de práctica clínica, la continuidad en las estrategias para fortalecimiento del diagnóstico y vigilancia en salud pública de este evento. Adicionalmente, se ha dado continuidad al fortalecimiento de la estrategia de eliminación materna infantil de VIH y Sífilis congénita.

Desde la Secretaria Distrital de Salud, a partir de noviembre de 2.013 mediante la estrategia distrital "Ponte a Prueba" se ha fortalecido la distribución de pruebas rápidas para Sífilis en conjunto con el respectivo entrenamiento para el uso de estas. Adicionalmente, el fortalecimiento técnico para la implementación de las guías y protocolos actualizados.

Tabla 62. Casos de Sífilis Gestacional notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad. Bogotá D.C, año 2016.

Grupos de edad	2016	
	Frecuencia	%
10 A 14	6	0,9
15 A 19	101	15,6
20 A 24	167	25,8
25 A 29	152	23,5
30 A 34	114	17,6
35 A 39	75	11,6
40 A 44	27	4,2
> de 45	6	0,9
Total general	648	100,0

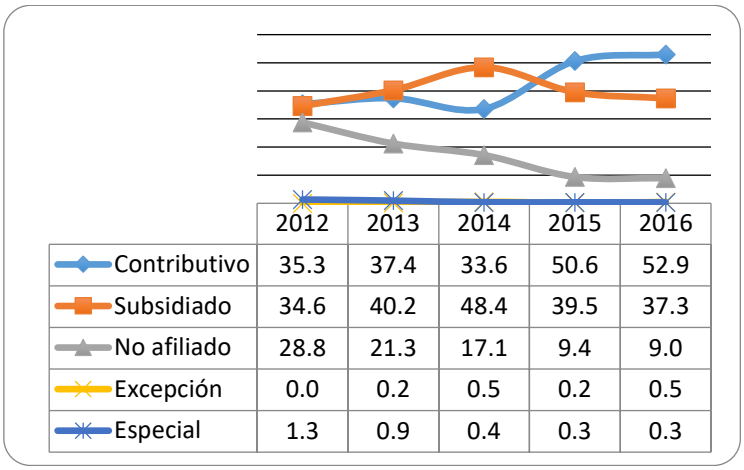
Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

Las edades en las que se presenta mayor cantidad de casos son entre los 20 a 34 años, que representan el 66,8% del total de los casos, lo que está relacionado con el periodo de edad fértil en el que se encuentran las mujeres y acceden a los servicios para tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por su condición de gestación. Por otra parte, existe un porcentaje importante de menores de 20 años (16,5% de los casos), lo cual puede estar relacionado con características como la capacidad de toma de decisiones respecto al inicio temprano de las relaciones sexuales, prácticas seguras y condiciones de vulnerabilidad como bajo nivel educativo, que influyen en el desarrollo de la salud sexual y salud reproductiva y el acceso oportuno a los servicios de salud.

El comportamiento por grupos de edad en sífilis gestacional está relacionado con el de otras ITS donde en estos mismos grupos se concentran más del 50% de los casos, la diferencia con las otras es que el monitoreo se realiza en población general y ha mostrado un sub diagnóstico en las mujeres. En este sentido, al ver el comportamiento de sífilis durante la gestación se puede concluir que este puede ser reflejo del comportamiento de esta ITS en la población general; pues por cada gestante infectada está cada uno de sus contactos.

Es por esto que las acciones implementadas a partir del comportamiento de las ITS en la población general, deben estar enfocadas en la disminución de las prácticas de riesgo, uso del preservativo, prácticas sexuales alternas, además de una demanda inducida en la población con mayor riesgo de infección para el tamizaje y diagnostico oportuno; haciendo énfasis en las mujeres ya que no solo deben acceder a este derecho durante la gestación.

Grafico 111. Casos de Sífilis Gestacional notificados al SIVIGILA distribuidos por régimen de afiliación. Bogotá D.C, 2.012 a 2.016.



	2012	2013	2014	2015	2016
Contributivo	35.3	37.4	33.6	50.6	52.9
Subsidiado	34.6	40.2	48.4	39.5	37.3
No afiliado	28.8	21.3	17.1	9.4	9.0
Excepción	0.0	0.2	0.5	0.2	0.5
Especial	1.3	0.9	0.4	0.3	0.3

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

El mayor porcentaje de casos notificados durante el año 2016 están en el régimen contributivo aportando el 52,9%, lo que puede estar relacionado con la adherencia a los protocolos por parte de los prestadores de salud haciendo que notifiquen mayor número de casos, el régimen subsidiado aporta el 37,3% y población no afiliada el 9%. En comparación con el mismo periodo del año anterior, es similar teniendo en cuenta que se mantiene el porcentaje de notificación por régimen de afiliación. Dentro de las aseguradoras que concentran el 77,2% de los casos se encuentran: Capital Salud, Cafesalud, Famisanar, población no afiliada y Nueva EPS.

De acuerdo al monitoreo por el aseguramiento, el comportamiento en el régimen subsidiado y no afiliados está relacionado con el acceso oportuno a los servicios de salud, dado por las condiciones de vulnerabilidad de las gestantes y barreras administrativas que se presentan por fragmentación de la atención; situación que se ha evidenciado a través de los últimos años ya que una gran parte de los casos están en el régimen subsidiado que es donde se atienden estas gestantes. Es muy importante continuar enfocando las acciones a este régimen, ya que estas gestantes aportan un número importante de casos de sífilis congénita.

Tabla 63. Casos de Sífilis Gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación por localidad de residencia. Bogotá D.C, Año 2.016.

Residencia	Frecuencia	%
Antonio Nariño	5	83,3%
Barrios Unidos	2	28,6%

Residencia	Frecuencia	%
Bosa	19	26,8%
Candelaria	1	33,3%
Chapinero	38	46,9%
Ciudad Bolívar	24	53,3%
Engativa	8	53,3%
Fontibón	36	42,9%
Kennedy	1	9,1%
Mártires	9	34,6%
Puente Aranda	7	35,0%
Rafael Uribe Uribe	14	35,9%
San Cristóbal	27	42,2%
Santa Fe	6	25,0%
Sin dato	21	56,8%
Suba	16	38,1%
Teusaquillo	2	100,0%
Tunjuelito	8	66,7%
Usaquén	9	47,4%
Usme	14	35,0%
Total general	267	41,2%

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

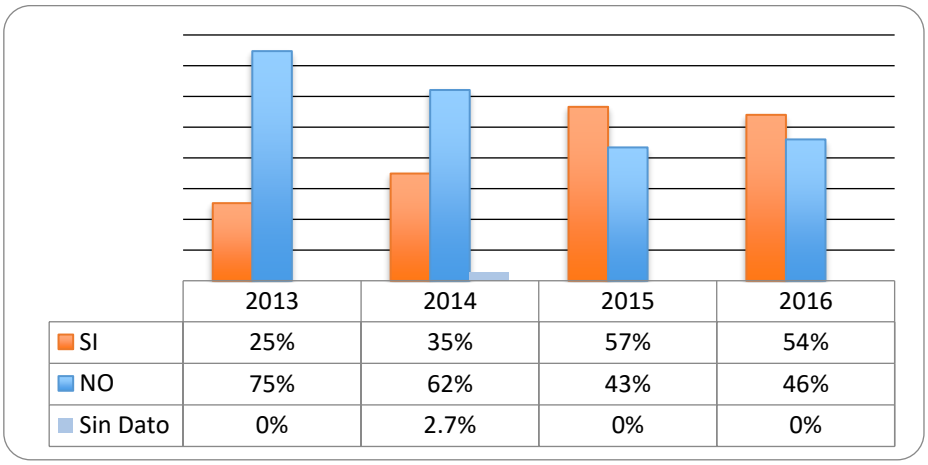
De las gestantes con Sífilis Gestacional notificadas para el periodo analizado, al revisar el total solo del 80% cuentan con control prenatal al momento de la captación y de estas solo el 50% inicio su control temprano, es decir antes de la semana 12.

Adicionalmente, llama la atención en comparación con el mismo periodo del año anterior el inicio de tratamiento para sífilis gestacional antes de la semana 17 de gestación (indicador establecido INS) para el año 2015 estaba en el 43,1% y para 2016 se encuentra en el 41,2%, a pesar de que la variación es de un 1,9% es importante, ya que el inicio temprano de tratamiento para la sífilis gestacional permite disminuir la probabilidad de que se presenten nuevos casos de sífilis congénita.

Por otra parte, lo anterior muestra que los indicadores de tamización prenatal de sífilis en Colombia siguen presentando falencias con respecto a 2012, lo que no varía mucho en el distrito donde se reporto que solo el 40,2% de embarazadas tuvieron tamizaje antes de las 20 semanas, de acuerdo a lo informado en el plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia (Fuente: Informe UNGASS – 2012).

Teniendo en cuenta las unidades de análisis realizadas, esta situación se refleja dentro de los análisis en el inicio tardío de los controles prenatales, acceso inoportuno al tamizaje y en algunos casos gestantes sin seguimiento, lo que afecta la garantía del tratamiento oportuno para ella y su pareja. Lo anterior acompañado con un porcentaje importante de casos, donde la pareja de la gestante no recibe tratamiento para la Sífilis (ver gráfica siguiente), aumentando la probabilidad de reinfección.

Grafico 112. Tratamiento a contactos de gestantes diagnosticadas con Sífilis Gestacional. Bogotá D.C, 2.013 a 2.016.



	2013	2014	2015	2016
SI	25%	35%	57%	54%
NO	75%	62%	43%	46%
Sin Dato	0%	2.7%	0%	0%

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

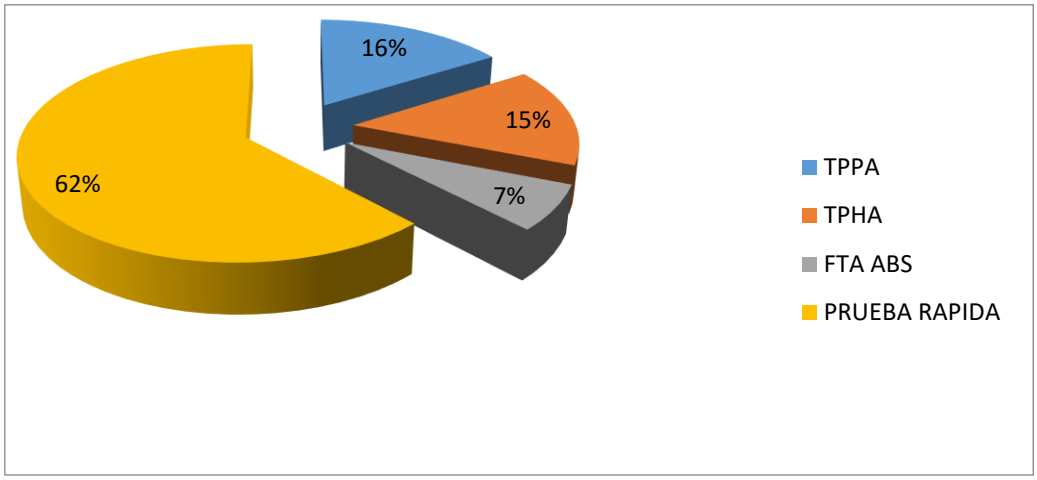
En lo referente al tratamiento de contactos, se puede evidenciar que desde el año 2013 ha venido mejorando el seguimiento y acceso al tratamiento de la pareja de las gestantes diagnosticadas con sífilis, a pesar de esto, sigue siendo alto el porcentaje de contactos sin tratamiento y seguimiento. En comparación con el mismo periodo de 2015 el comportamiento es similar, sin embargo continúan existiendo las barreras administrativas por el régimen de afiliación de los contactos, pues en algunas EPS de las gestantes se garantiza la formulación pero no la aplicación del mismo.

Es prioritario continuar fortaleciendo las acciones para el seguimiento y la eliminación de barreras de acceso administrativas dadas por el aseguramiento de los contactos y el no seguimiento de los mismos por parte del prestador de servicios de salud de la gestante. Adicionalmente, desde la guía de atención se hace énfasis en el seguimiento, por lo cual se debe reforzar la implementación de esta recomendación.

A pesar de que se ha mejorado, se debe continuar trabajando en las acciones que permitan garantizar tratamiento y disminuir el riesgo de reinfección afectando el comportamiento de los casos de sífilis congénita al igual que el refuerzo del uso del preservativo. Es importante tener en cuenta que para el año 2016 algunas aseguradoras continúan garantizado el acceso al tratamiento sin importar el régimen de afiliación, lo que ha permitido el mejoramiento del indicador.

Respecto a la implementación de la guía de práctica clínica y el protocolo de vigilancia en salud pública, en cuanto a las pruebas rápidas treponémicas, para el año 2016, el 66% de los casos se les tomo prueba rápida, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:

Grafico 113. Distribución porcentual pruebas treponémicas para diagnostico de sífilis gestacional año 2016, Bogotá D.C.

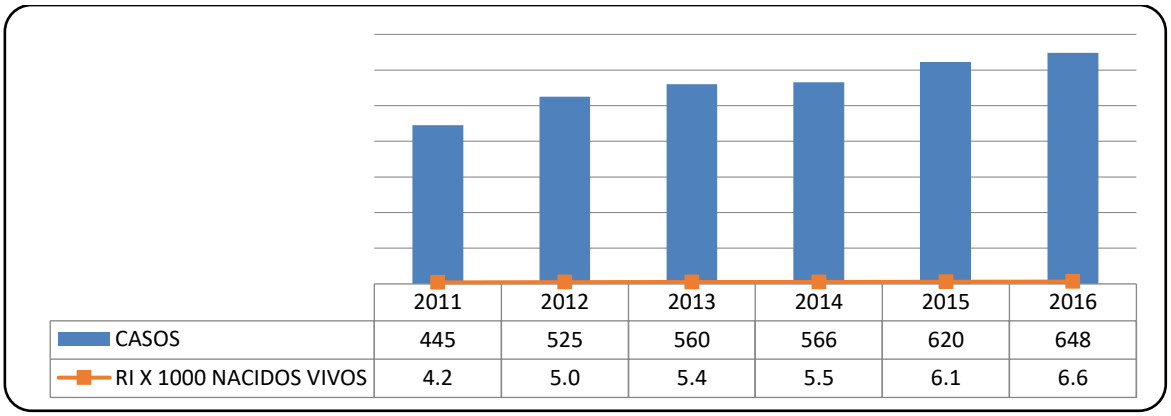


Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

Es importante tener en cuenta que en el proceso de formación e implementación de pruebas rápidas de sífilis y VIH, el Laboratorio de Salud Pública de la SDS, ha sido pionero para el país en el proceso de capacitación y seguimiento a nivel de IPS públicas y privadas donde se ha realizado fortalecimiento técnico permanente.

Indicadores de seguimiento trimestral

Grafico 114. Razón de prevalencia Sífilis Gestacional



	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CASOS	445	525	560	566	620	648
RI X 1000 NACIDOS VIVOS	4.2	5.0	5.4	5.5	6.1	6.6

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2011 – 2016.
Fuente 2012-2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos
Fuente 2015– 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares a diciembre de 2016 corte ajustado 19/01/2017

De acuerdo a la revisión de la notificación, una vez se cumple con los criterios básicos para la depuración de la base de datos se encuentra que para la el año 2016, 718 casos cumplieron con la definición de caso, de los cuales el 90,3% son residentes de Bogotá y el 9,7% son residentes de fuera de la Ciudad.

En los últimos años se ha identificado una tendencia al aumento, lo cual está relacionado con el mejoramiento en el proceso diagnostico por la continuidad en las estrategias, el fortalecimiento técnico desde nivel Distrital para la

implementación de los protocolos y el desarrollo en 2015 del "Estudio de la introducción de la prueba rápida de diagnóstico dual para VIH y sífilis en las clínicas de cuidado prenatal en Colombia" donde participaron 5 ESE´s del Distrito Capital, llamadas actualmente UPSS.

Adicionalmente, para el mismo año se realizo la evaluación a nivel distrital de la implementación de la Estrategia de Eliminación Materno Infantil de VIH y sífilis congénita, lo que permito identificar las falencias que requieren ser trabajadas para minimizar el desenlace de casos de sífilis gestacional en sífilis congénita y de esta manera alcanzar la meta, que aunque estamos en tendencia a la disminución aun no se ha podido cumplir.

Tabla 64. Porcentaje de gestantes diagnosticadas antes de semana 17

Numerador	330
Denominador	648
Resultado	50,9%

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

El 50,9% de las gestantes notificadas como casos de sífilis gestacional, fue diagnosticado antes de la semana 17 de gestación, ha presentado una tendencia al aumento, sin embargo se deben continuar fortaleciendo las acciones para el inicio temprano a controles prenatales, acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento.

Sifilis Congenita

Tabla 65. Proporción de incidencia de Sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.012 a SE 24 de 2016

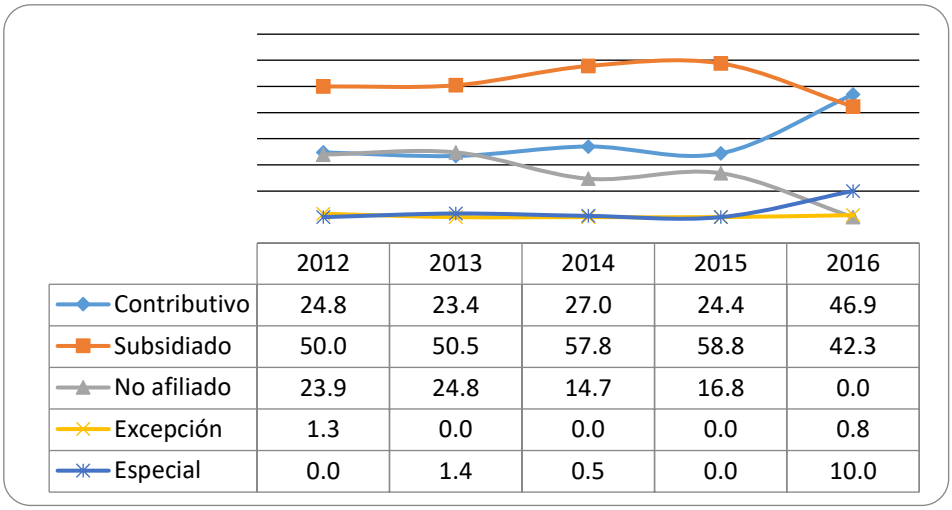
Localidad Residencia	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia
ANTONIO NARIÑO	3,8	3,8	3,9	1,6	0,0
BARRIOS UNIDOS	0,6	0,6	2,5	0,0	0,0
BOSA	1,6	1,0	0,7	0,7	1,5
CHAPINERO	1,0	0,5	2,1	0,0	0,5
CIUDAD BOLIVAR	4,4	3,5	4,2	1,3	1,5
ENGATIVA	0,7	1,3	1,3	0,4	1,0
FONTIBON	0,9	1,8	0,2	0,1	0,7
KENNEDY	1,4	0,9	1,4	1,9	1,0
LA CANDELARIA	32,9	0,0	1,9	0,9	19,8
LOS MARTIRES	12,2	9,9	3,9	10,2	11,1
PUENTE ARANDA	1,7	1,0	0,3	3,0	1,1
RAFAEL URIBE URIBE	2,8	3,3	2,4	1,4	1,9
SAN CRISTOBAL	4,4	2,8	2,9	2,2	2,1
SANTAFE	5,7	9,3	5,2	1,0	4,4
SUBA	1,2	1,6	1,6	5,8	0,4
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TEUSAQUILLO	1,7	0,8	0,0	0,9	0,0
TUNJUELITO	2,3	3,4	2,9	0,4	1,5
USAQUEN	1,0	1,5	1,3	1,6	0,3
USME	2,0	2,9	4,1	2,6	2,2
BOGOTA	2,2	2,1	2,0	1,2	1,3

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2011 – 2016
Fuente 2012-2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos
Fuente 2015– 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares a diciembre de 2016 corte ajustado 19/01/2017

Respecto a la incidencia de sífilis congénita para el país en el 2010 fue de 3,09 casos por 1000 NV y ha tenido tendencia a la disminución, para 2015 Colombia tuvo una incidencia de 1,04 casos por 1000 NV; a semana 52 de 2016, los casos notificados fueron 688 con una incidencia para Colombia de 1,02 casos por 1000 nacidos vivos (incluidos los mortinatos; fuente INS). Lo anterior evidencia un comportamiento similar con el Distrito Capital donde ha existido una clara tendencia a la disminución, para 2015 se tuvo una incidencia de 1,2 x 1000 NV comparado con el año 2016 que cerró con una incidencia de 1,3 x 1000 NV con una diferencia de 0,28 por encima del país.

Es importante tener en cuenta que el año 2015 fue de implementación de las nuevas guías y protocolos, evidenciando en el 2016 mayor adherencia, por lo que se podría explicar el 0,1 de diferencia entre estos dos años. La mayor incidencia de sífilis congénita por localidad de residencia para el año 2016, está en las localidades de: Candelaria, Mártires, Santafe y Usme, relacionado de manera importante con las condiciones de vulnerabilidad como niveles educativos bajos, altas inequidades de género y barreras geográficas para el acceso a salud. A pesar que de que la notificación de casos ha mejorado y el diagnostico también, la ciudad no alcanza la meta incidencia de sífilis congénita a 0,5 por 1000 Nacidos Vivos.

Grafico 115. Casos de Sífilis congénita notificados al SIVIGILA distribuidos por régimen de afiliación. Bogotá D.C, 2.012 a 2.016.



	2012	2013	2014	2015	2016
Contributivo	24.8	23.4	27.0	24.4	46.9
Subsidiado	50.0	50.5	57.8	58.8	42.3
No afiliado	23.9	24.8	14.7	16.8	0.0
Excepción	1.3	0.0	0.0	0.0	0.8
Especial	0.0	1.4	0.5	0.0	10.0

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

En cuanto al aseguramiento el porcentaje de casos es similar para el régimen subsidiado y contributivo, comparado con el mismo periodo de 2015, el comportamiento varía respecto al aporte de casos del contributivo. Las EPS que concentra el 93% de los casos son: Capital Salud, No afiliados, Nueva EPS, Salud Total, Famisanar y Cafesalud.

Adicionalmente, se ha identificado respecto a la calidad de la atención por parte de los prestadores de salud, que no se garantiza el acceso temprano a los controles prenatales, al diagnóstico y tratamiento que puede estar relacionado con pobre demanda inducida y el no seguimiento al tratamiento para sífilis de la familia gestante.

Tabla 66. Incidencia de sífilis congénita por régimen de aseguramiento 2012 2016

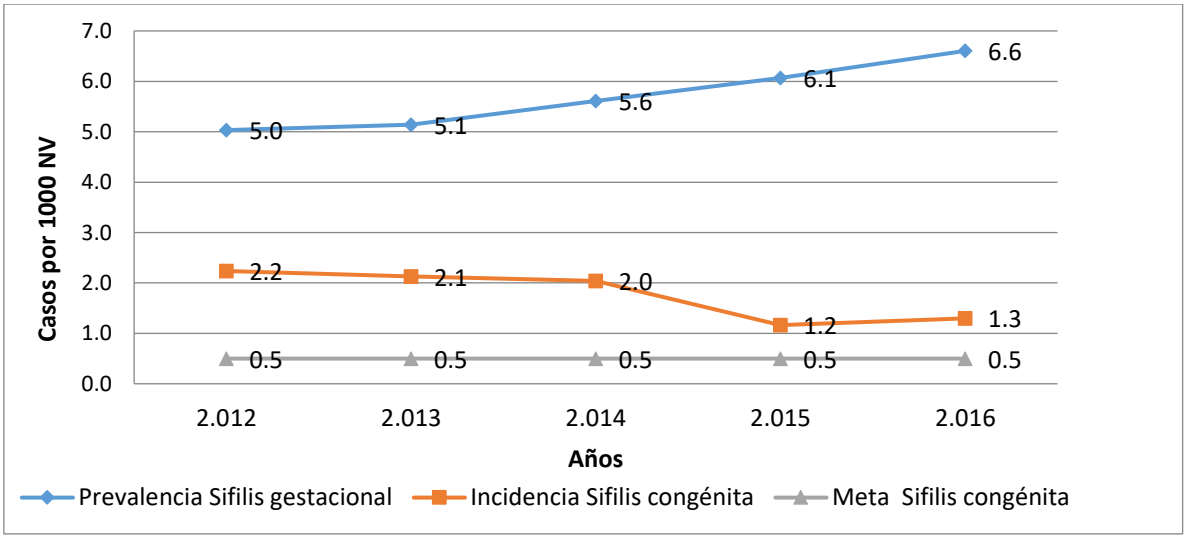
Regimen de afiliación	2012	2013	2014	2015	2016
Contributivo	0,8	0,7	0,8	0,4	0,8
Subsidiado	5,2	5,1	5,7	3,4	3,0
Excepción	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Especial	0,0	88,2	0,3	0,0	33,3
No afiliado	5,7	6,0	4,2	4,1	3,3
Total Distrito	2,2	2,1	2,0	1,2	1,3

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

Al mirar la incidencia de sífilis congénita de acuerdo al régimen de afiliación para el año 2016, el régimen especial, los no afiliados y el régimen subsidiado son los que están más lejos de alcanzar la meta de llegar a una incidencia de 0,5 x 1000 NV. Es muy importante tener en cuenta que de acuerdo a la notificación, el régimen contributivo está más cerca de disminuir la incidencia de casos.

En los últimos cinco años el regímen contributivo ha tenido un comportamiento similar, diferente al subsidiado y no afiliado donde la tendencia a la disminución es más evidente para los años 2015 y 2016. Lo anterior indica que se deben continuar fortaleciendo las estrategias en el régimen subsidiado y los no afiliados en relación con el diagnóstico oportuno, la adherencia a protocolos y guías de atención, el seguimiento al tratamiento a la pareja durante el periodo de la gestación y generar estrategias de impacto de comunicación y educación que permitan aportar al mejoramiento del comportamiento del evento.

Grafico 116. Razón de prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita. Bogotá D.C, 2.012 a 2.016.



Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2011 – 2016
Fuente 2012-2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos
Fuente 2015– 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares a diciembre de 2016 corte ajustado 19/01/2017

De acuerdo al plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia se cita que "a pesar de utilizar múltiples estrategias y realizar importantes inversiones para este evento, los resultados son poco satisfactorios.

En 2007 se estimó que anualmente se presentaban en el mundo entre 700.000 y 1.500.000 nuevos casos de sífilis congénita, de los cuales el 25% correspondían a la región de América Latina y El Caribe (ALC). Específicamente en Colombia, las cifras muestran que se está lejos de la meta de 0,5 casos de SC por 1.000 nacidos vivos, objetivo que se esperaba alcanzar en el año 2000."

En este sentido a pesar de que la sífilis congénita se considera un evento adverso dentro de la atención en salud, se continúan evidenciando fallas desde la identificación de los factores de riesgo como: el no uso del preservativo durante las relaciones sexuales, el no seguimiento a los contactos de la gestante diagnosticada y la garantía al tratamiento tanto de la gestante de manera temprana como de la pareja.

A pesar de que el indicador de la prevalencia de sífilis gestacional respecto a la incidencia de sífilis congénita cada año es más distante y lo esperado es que esto continúe ocurriendo; se puede evidenciar que aun se requiere de mayores esfuerzos para garantizar las medidas necesarias para la eliminación de la sífilis congénita y alcanzar la meta de eliminación. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que las acciones que se requieren implementar de manera permanente y efectiva, son de bajo costo, enfocándose en la reducción de barreras de acceso para el diagnostico y tratamiento oportuno.

Relación de unidades de análisis de mortalidad de caso

Dentro de los análisis se encontró que los hallazgos continúan comportándose de manera similar, el mayor número de ítems por mejorar se encuentran en la demora N. 1. Reconocimiento del problema, donde se identifica que no solo se da por parte de las personas afectadas sino por parte de las instituciones y en la demora N. 4 Relacionada con la Calidad de la atención donde se hacen relevantes las falencias en los procesos, adherencia a guías de atención, medios diagnósticos, oportunidad y seguimiento.

Demora N. 1 Reconocimiento del problema: se ha identificado de manera relevante que los factores de riesgo, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la no caracterización de la gestante y no demanda inducida al control prenatal, son de las principales demoras que han hecho que desde el primer nivel de atención se aumente el riesgo de terminar en un evento adverso como lo es la sífilis congénita

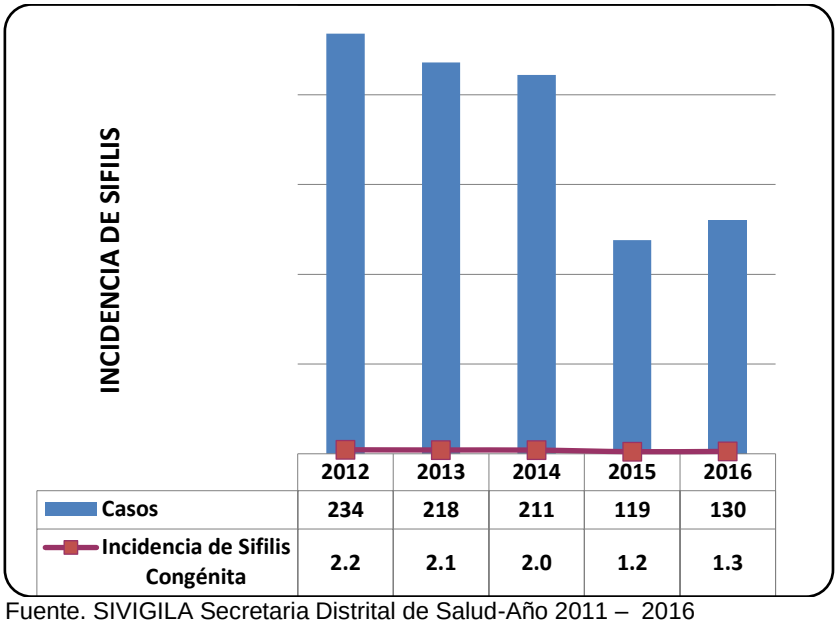
Demora N.4 Calidad de la atención: se encuentran aspectos relacionados con inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante, falta de adherencia a guías y protocolos, falla en la toma, recepción y resultados de laboratorios, en el diligenciamiento de historia clínica y atención integral de la gestante.

Lo anterior está relacionado, con la baja percepción del riesgo, falta realizar atención con enfoque diferencial y garantizar la atención integral, haciendo una valoración psicosocial completa de las condiciones de las gestantes no adherentes a los programas o que consultan de manera tardía. Adicionalmente, se debe fortalecer el proceso de calidad de la atención respecto a la garantía de

no solo la formulación del tratamiento si no de la aplicación del mismo para la gestante y su o sus parejas.

Indicadores de seguimiento trimestral

Grafico 117. Proporción de incidencia de sífilis congénita por 1.000 NV



Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2011 – 2016
Fuente 2012-2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos
Fuente 2015– 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares a diciembre de 2016 corte ajustado 19/01/2017

La grafica anterior muestra como la incidencia de sífilis congénita ha tenido una tendencia a la disminución desde el año 2012 al año 2014, sin embargo para 2015 no es posible tener un punto comparativo con los años anteriores, dado por el cambio en los algoritmos diagnósticos y las definiciones de caso. Para el año 2016 teniendo en cuenta el periodo de implementación afecto la notificación, tiene una incidencia de 1,3 por 1000NV. Aunque cabe que resaltar que a pesar de que la ciudad aun no alcanza la meta de 0,5 x 1.000 NV, se continúan aunando esfuerzos para alcanzar meta de eliminación.

Tabla 67. Letalidad de sífilis congénita

Numerador	11
Denominador	130
Resultado	8,5%

Fuente: SIVIGILA Secretaria de Distrital Salud Año 2016.

Para el periodo XIII de 2016 se observa una letalidad de 8,5%, de acuerdo a los casos notificados, llama la atención el comportamiento respecto al año anterior, lo que se puede relacionar con una mejor adherencia a los protocolos o un subregistro del año anterior relacionado con la implementación de las guías.

Tabla 68. Porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas

Numerador	11
Denominador	11
Resultado	100%

De las mortalidades analizadas de Sífilis congénita, el 100% fueron atribuibles a sífilis congénita, en algunos de estos casos se identificaron demoras desde las gestantes respecto a la adherencia a los controles prenatales.

Conclusiones

- Para VIH/Sida se presentó un aumento en la notificación de casos de 22.7% con respecto al año 2015. Mientras para el evento de Hepatitis B se presentó una disminución en la notificación del 10.3% y para Hepatitis C aumento el 6.5% con respecto al año 2015.

- Las Infecciones de Transmisión Sexual están afectando principalmente a la población más joven del Distrito Capital.

- Las ITS están fuertemente asociadas a condiciones de mayor vulnerabilidad, esto es claramente evidenciado en la distribución de estas con mayor afectación en zonas de concentración de poblaciones con baja calidad de vida.

- Las Hepatitis B – C se considera están altamente sub-diagnosticadas y la oferta institucional para el tamizaje y diagnóstico se limita de forma exclusiva a mujeres gestantes

- Aún existen importantes vacíos de conocimiento sobre el comportamiento de las ITS en la población general, especialmente en eventos de alta prevalencia como la sífilis, VPH y Neisseria.

- El cambio de definición de caso en protocolos para los eventos de Sífilis Gestacional y Sífilis congénita y el periodo de implementación requerido afecto la notificación para 2016 comparado con el periodo 2015, evidenciando un aumento de casos que puede estar relacionado con lo mencionado.

- A pesar de que el diagnostico de sífilis Gestacional ha mejorado, se debe garantizar el tratamiento a los contactos y a la gestante sin presentar barreras de acceso para la oportunidad en la atención; dado que se garantiza en muchos casos la formulación del mismo pero no su aplicación ni medidas de reducción de riesgo como la entrega de preservativos.

- El comportamiento de la incidencia de sífilis congénita para el periodo analizado, muestra que la ciudad no ha alcanzado el cumplimiento de la meta, por lo que se debe continuar con el fortalecimiento las acciones de Vigilancia en Salud Pública de las ITS, para la toma de decisiones en los eventos de eliminación.

- La Vigilancia en Salud Pública para Sífilis gestacional y Sífilis congénita se ha venido fortaleciendo a través de las estrategias implementadas, sin embargo se hace necesario fortalecer el monitoreo de la estrategia de eliminación materno infantil con énfasis en sífilis congénita, ya que esta aporta de manera importante al seguimiento de los casos identificados y el comportamiento del evento para lograr alcanzar la meta.

Recomendaciones

- Se hace necesario fortalecer la capacidad técnica institucional, de profesionales y técnicos en salud para el diagnóstico de la Hepatitis B – C. en lineamientos nacionales, protocolos y guías de atención.

- Se requiere iniciar procesos que permitan aumentar la oferta del tamizaje para VHB con énfasis en poblaciones de mayor vulnerabilidad.

- Implementar la estrategia de transmisión materno infantil en Hepatitis B en el Distrito Capital con el fin de mantener en 0 casos

- El INS debe revisar la clasificación final establecida desde 2.014 pues se está afectando la calidad de los datos, es por esta razón que para 2.016 el 7.8% de casos de Hepatitis B quedaron sin clasificación a pesar del seguimiento tanto del ente territorial como de las Unidades Notificadoras.

- Fortalecer el proceso de hemovigilancia con el fin de confirmar y canalizar los casos con marcadores reactivos desde los bancos de sangre del Distrito Capital

- Realizar acciones de fortalecimiento y seguimiento de las ITS para la población general permite fortalecer los sistemas de vigilancia en salud pública, para la toma de decisiones disminuyendo el impacto de las mismas en la población y minimizando factores de riesgo durante procesos como la gestación y el parto.

- Es importante establecer estrategias a corto plazo que permitan disminuir las barreras administrativas que tienen que los contactos de las gestantes con sífilis para garantizar el tratamiento y acceso a preservativos con el objetivo de minimizar el riesgo de reinfección.

4.6. Comportamiento de los eventos de Zoonosis.

Encefalitis Equina Venezolana

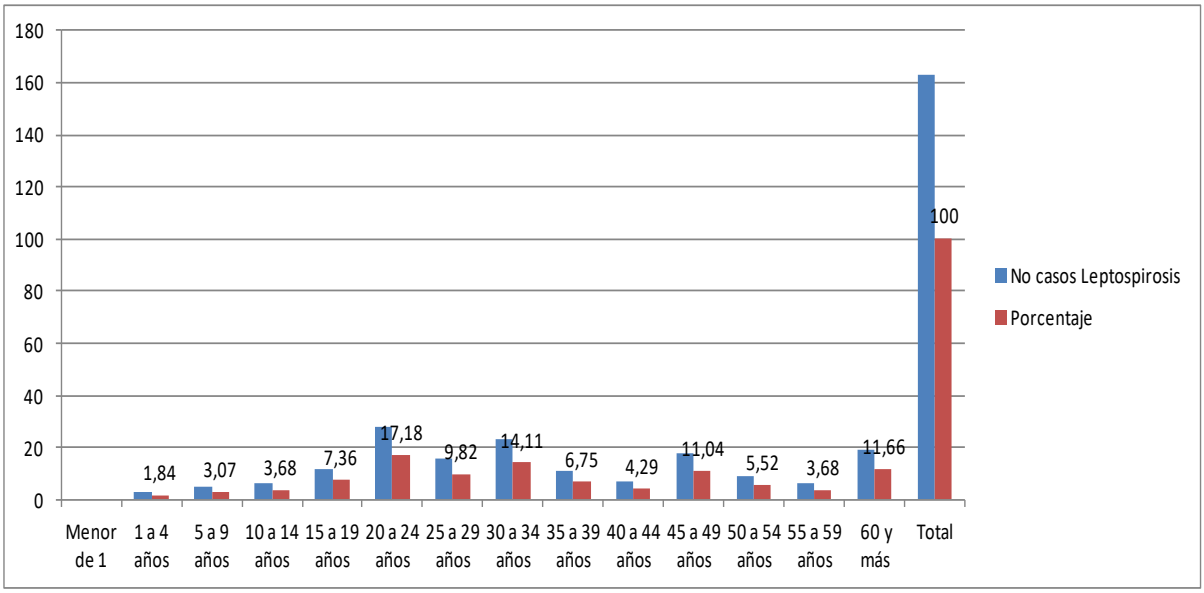
En el año 2016 no se notificaron al Sivigila casos de encefalitis equina venezolana. Ni de otras encefaitis como **Encefalitis Equina del este, ni Encefalitis del Nilo Occidental.**

Leptospirosis

En el año 2016, se notificaron un total de 163 casos de sospechosos de Leptospirois, de los cuales 37 casos corresponde al género femenino (22,6%) y 126 al género masculino (77,3%).

En lo que respecta a su distribución por rangos de edad, el grupo más afectado con el 48,47% del total, es el de 15 a 34 años con 79 casos, seguido del grupo de mayores de 60 años con 19 casos (11.66%) y luego aparece el grupo de 45 a 49 años con 18 casos (11.04%). El siguiente gráfico se muestra este comportamiento:

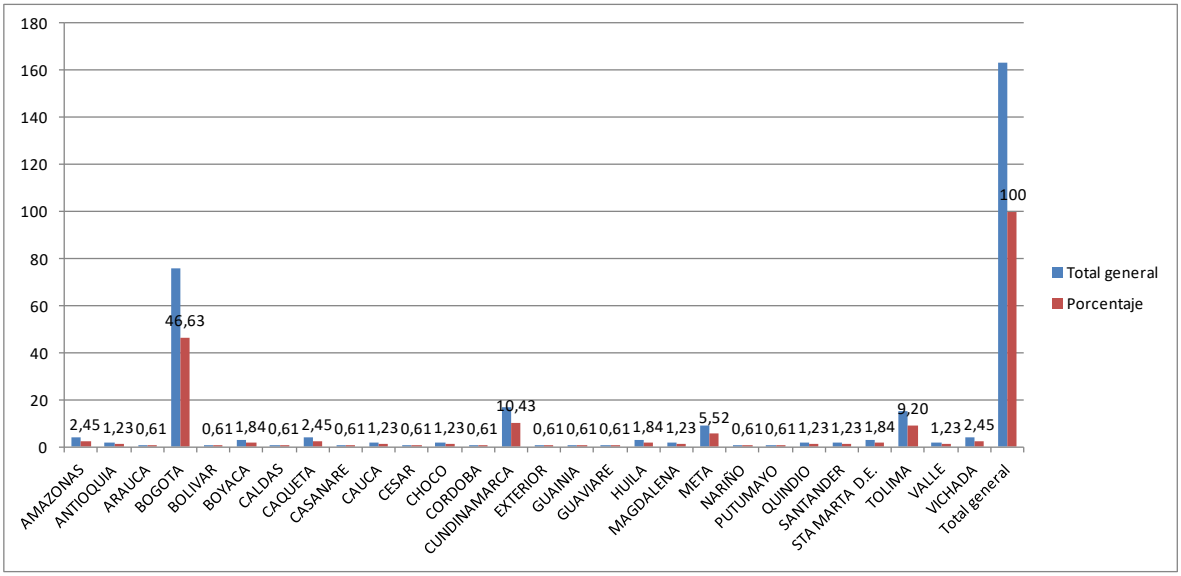
Grafico 118 Casos de Leptospirosis notificados Según rangos de edad. Año 2016. Bogotá D.C



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año

En cuanto a la procedencia de los casos notificados en 2016 en Bogotá, muestra que el el 46.63%(76 casos) son autoctonos; luego siguen en su orden Cundinamarca con un 10.43%(17 casos), Tolima con un 9.20% (15 casos) y Meta con un 5.52% (9 casos) como los de mas importancia en sitios en los cuales se adquiere la enfermedad, tal como lo muestra la gráfica.

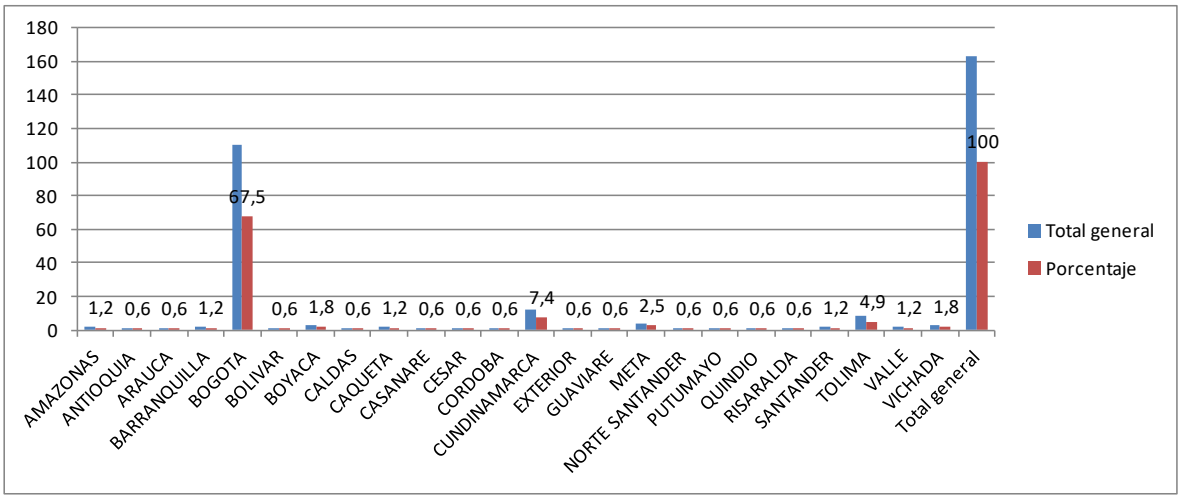
Grafico 119. Casos de Leptospirosis notificados según lugar de procedencia. Año 2016. Bogotá D.C



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año

De otra parte, cuando se grafica el lugar de residencia de las persona reportadas como casos sospechosos de Leptospirosis; de nuevo aparece Bogotá en el primer lugar con un 67.5% (110 casos), seguido de Cundinamarca con un 7.4% (12 casos) y Tolima con un 4.9% (8 casos) respectivamente cada uno.

Grafico 120. Casos de Leptospirosis notificados según departamento de residencia. Año 2016. Bogotá D.C



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año

Accidente ofídico

Si bien el accidente ofídico no es un evento zoonoótico ni de transmisión

vectorial, se incluye dentro de los evento a cargo del equipo de enfemedades transmisibles.En el año 2016, se notificaron 18 casos de accidente odfídico en el distrito capital, sin niguna mortalidad.

Tabla 69. Número de casos de accidente ofídicos notificados en Bogotá año 2016.

Semana de Notificación	Femenino	Masculino	Total general
2		2	2
4		1	1
6	1		1
9		1	1
12	1		1
20		1	1
21		1	1
22	1		1
28	1	1	2
40	1		1
41		1	1
48		1	1
49		1	1
50		2	2
52		1	1
Total general	5	13	18

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

En cuanto a los grupos de edad mas afectados en la siguiente tabla, se muestran los resultados; viendo como el grupo mas afectado es el de mayores de 60 años con 5 casos (27,8%).

Tabla 70. Número de casos de accidente ofídicos notificados en Bogotá por grupos de edad año 2016. Bogotá D.C

Grupo edad	No casos Accidente ofídico	Porcentaje
Menor de 1		
1 a 4 años		
5 a 9 años		
10 a 14 años	1	5,6
15 a 19 años	2	11,1
20 a 24 años	2	11,1
25 a 29 años	1	5,6
30 a 34 años	2	11,1
35 a 39 años		0,0
40 a 44 años	1	5,6
45 a 49 años	1	5,6
50 a 54 años	1	5,6
55 a 59 años	2	11,1
60 y más	5	27,8
Total	18	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

En cuanto a la procedencia de los casos, el 22,2% (4 casos) proceden de Bogotá y Meta respectivamente cada uno;Tolima con un 16.7%(3 casos).

Tabla 71. Número de casos de accidente ofídicos notificados en Bogotá año 2016, según lugar de procedencia.

Departamento de procedencia	Total general	Porcentaje
ARAUCA	1	5,6
BOGOTA	4	22,2
BOYACA	1	5,6
CAQUETA	1	5,6
CASANARE	2	11,1
CUNDINAMARCA	1	5,6
META	4	22,2
SANTANDER	1	5,6
TOLIMA	3	16,7
Total general	18	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Por último cuando indagamos sobre el lugar de residencia de esas personas, en la tabla 72 se muestran los resultados, el 88.9 % (16 casos) son residentes en el Distrito Capital.

Tabla 72. Numero de casos de accidente ofídicos notificados en Bogotá 2016, según lugar de residencia.

Departamento residencia	Total general	Porcentaje
BOGOTA	16	88,9
CASANARE	1	5,6
TOLIMA	1	5,6
Total general	18	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Enfermedades de origen prionico

EsTe evento es de una connotación especial, debido a que es una enfermedad transmitida por alimentos como enfermedad zoonotica, pero al mismo tiempo es una enfermedad neuro degenerativa de origen prionico, transmisble cronica con un carácter hereditario, que tradicionalmente se presenta sin que tenga alguna relación con el consumo de productos alimenticios contaminados de origen animal, lo cual lleva a una confusión en la viguilancia de este evento. Hay que decir que las enfermedades de origen prionico incluyen una serie de patologias que no estan relacionadas con la encefalopatias espongiformes de los animales en especial la bovina, ademas de recordar que existe una encefalopatia espongiforme felina y el ya conocido scrapie de los ovinos.

En el año 2016, se notificaron en Bogotá dos caso de encefalopatia espongioforme, o enfermedad de origen priónico, denominada en este caso Enfermeda de **Creutzfeldt-Jakob** tradicional y he ahí la diferencia, puesto que es la que no tiene transmisión via alimentos, al consumir productos de origen animal que esten contaminados con priones.

Los casos correponden a dos persona de 53 y 64 años de edad de sexo masculino y femenino respectivamente, de los cuales uno falleció.

Discusión

Los eventos denominados enfermedades transitidas zoonosis tiene una dinámica nacional, que si bien no tienen en Bogotá una transmisión activa, si muestran la exposición a los mismos que tienen las personas residentes en la capital de la República, los cuales a través de sus desplazamientos a diferentes lugares del país se conviertene en población susceptible en zonas de transmisión activa, aunque algunos casos sean remitidos por nivel de complejidad para ser atendidos en Bogotá donde estos casos llegan inicialmente a ser tratados, ya sea por una complicación o por un diagnóstico primario.

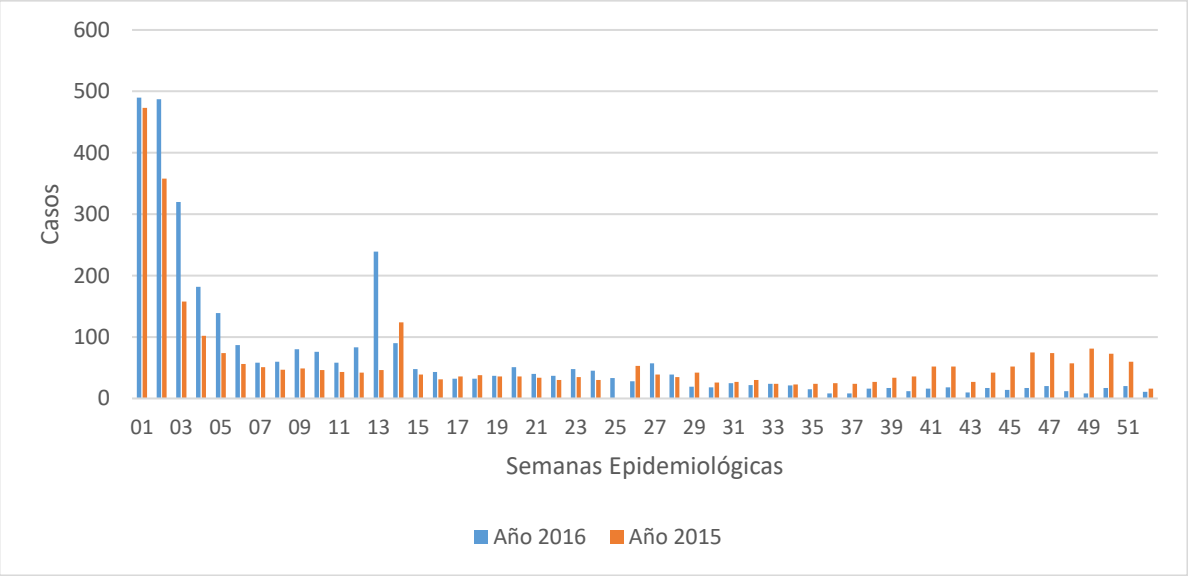
La situacion contraria se presenta con las enfermedades zoonoticas y de origen animal, ya que la expresión no es la misma, puesto que los casos de leptospirosis en vez de aumentar su notificación disminuye la misma, pero no debido a que haya disminuido la transmisón del evento, sino mas bien, a la dificultad diagnóstica que se tiene al no poseer pruebas diagnósticas que permitan un mejor diagnóstico y que no requieran de un regreso del paciente al centro asistencial para realizarse una segunda toma de muestra.

4.6. Comportamiento de los eventos de Vectores.

DENGUE

En Colombia se notificaron 103.822 casos de dengue de los cuales el 50% no presentaron signos de alarma, el 40% con signos de alarma y el 1% fueron Dengue Grave. En relación a la semana epidemiológica 52 del 2015, se registró un aumento del 8,5% de la notificación (n= 94.916 casos)(4). En el Distrito Capital a semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron 3383 casos que equivalen al 3,2 % de casos notificados en del país. En la ciudad se identifican picos de notificacion para los años 2015 y 2016 entre la primera y tercera semana del año y otro pico en la semana 13 lo que puede estar relacionado con el regreso de los periodos de vacaciones.

Grafico 121. Comportamiento de la notificación de Dengue en Bogotá D.C, 2015 - 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Del total de casos notificados, de acuerdo a la clasificación de caso, 3354 corresponden a Dengue (código 210), 19 casos a Dengue grave (código 220) y 10 casos a Mortalidad por Dengue (código 580) , en comparación con el año 2015 se notificaron 3196 casos en total, de los cuales 3154 fueron dengue clásico, 30 Dengue Grave, 6 Mortalidades por Dengue y 6 Descartados, manteniéndose constante entre los 2 años para la clasificacion de Dengue; sin embargo para la notificación de Dengue Grave en el 2016 disminuyó en un 36.7% en comparacion con el año anterior, diferencia que afecta al indicador de letalidad para Dengue.

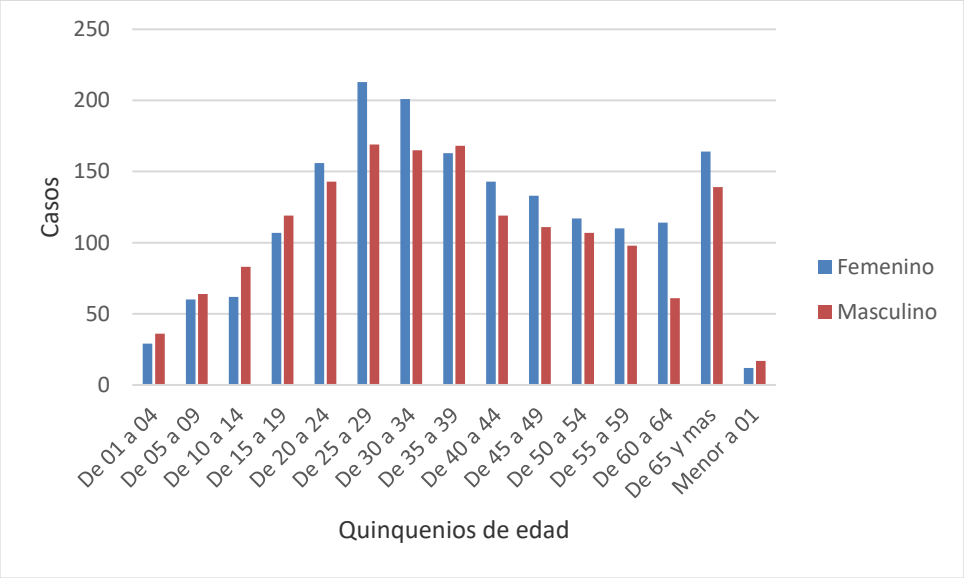
Tabla 73. Clasificación del Dengue Bogotá, D.C, 2016

Tipo Dengue	1 - Probable	3 - Conf. por laboratorio	5 – Confirmado por nexo epidemiológico	6 - Descartado	Total general
0 - Mortalidad por Dengue	1	6	0	3	10
1 - Dengue sin signos de alarma	90	1473	31	550	2144
2 - Dengue con signos de alarma	51	920	13	226	1210
3 - Dengue grave	0	16	0	3	19
Total general	**142**	**2415**	**44**	**782**	**3383**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Dentro de las características demográficas de la población, el 52,7% de los casos son mujeres (n=1784 casos) y las edades de mayor notificación se encuentran entre las edades productivas entre 25 y 40 años y se resalta un número considerable en el grupo de riesgo de mayores de 65 años tanto para hombres como para mujeres en general. De acuerdo al aseguramiento el 83% de los casos corresponden al régimen contributivo, seguido del 6,5% de régimen especial y el 5% del régimen subsidiado.

Grafico 122. Casos Dengue según quinquenios de edad y sexo. Bogotá D.C, 2016.

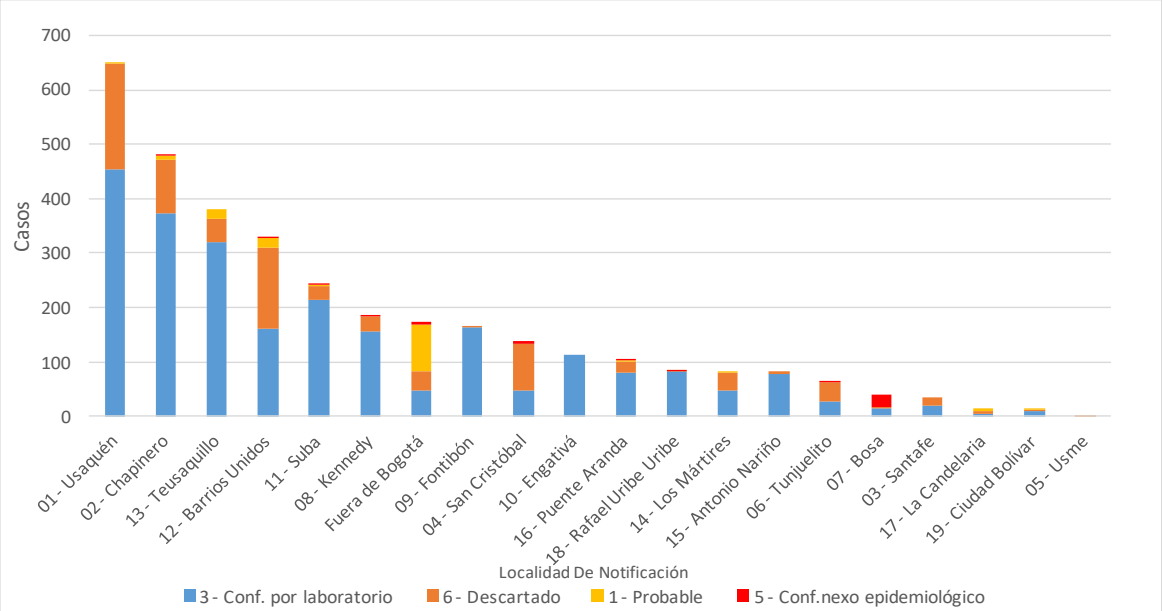


Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Respecto a la procedencia de los casos notificados el 100% es de fuera de Bogotá, con atención en la Ciudad; es importante tener en cuenta que en el Distrito no se encuentra el vector ni las condiciones climáticas para su desarrollo. Los casos notificados provienen principalmente del departamento de Cundinamarca con 1296 casos (38,31%) donde los casos se concentran principalmente en Fusagasugá, La Mesa y Girardot; en segundo lugar se encuentra Tolima con 722 casos (21,3%) cuyos casos se encuentran distribuidos por todo el departamento donde Ibagué y Melgar son los municipios con más casos y el tercer Departamento es Meta.

Las localidades que más casos notifican son Usaquén con el 19,2% (n= 650), Chapinero con el 14,2% (n= 480) Teusaquillo con el 11,2% (n= 380); se observa que un 5% (n=174) del total de casos fueron notificados fuera de Bogotá, pero son residentes de la ciudad. En estos observamos que el 50% (n=87) quedaron como probables. En el Distrito de los 3383 casos notificados, quedaron como clasificación final Probables un total de 142 casos de los cuales 87 (61,3%) son notificados fuera de Bogotá.

Grafico 123. Localidades de notificación para Dengue según clasificación final del caso. Bogotá D.C, 2016.

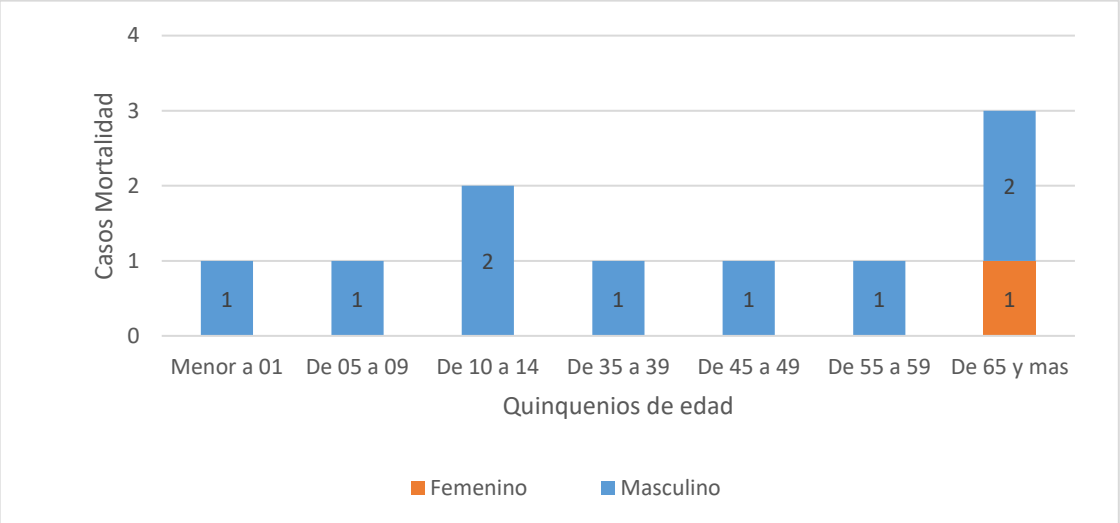


Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

En la Gráficas siguientes se representan las 10 mortalidades notificadas durante el 2016, 4 eran residentes fuera de Bogotá y legaron a ser atendidas en el distrito en instituciones de tercer nivel por la gravedad del caso. Al realizar el análisis de los casos a partir de la metodología de las cuatro demoras, se evidencia que se presentan de manera general fallas en la toma de la decisión oportuna de consultar, decisión tardía de remitir a niveles más complejos de atención, falta de reconocimiento en signos y síntomas de alarma en el paciente o cuidador del caso, falta de adherencia a guías y protocolos de manejo y fallas en la calidad de la atención.

De estas mortalidades, 3 casos fueron en mayores de 65 años que es un grupo de riesgo y 4 en menores de 14 años. En cuanto al régimen de aseguramiento 5 casos pertenecían al régimen contributivo, 3 al régimen subsidiado y un menor de 1 año que no se encontraba afiliado.

Grafico 124. Mortalidades por Dengue según Sexo y Grupos de edad en Bogotá D.C, 2016



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

En cuanto a las hospitalizaciones, se encontró que para dengue sin signos de alarma, se hospitalizaron el 7,6% de los casos, para Dengue con signos de alarma se hospitalizaron el 48% y para Dengue Grave se hospitalizaron el 100% de los casos, para un total de hospitalizaciones del 30% de los casos para dengue, dengue grave y mortalidad por dengue. (771 hospitalizados n=3383).

Tabla 74. Hospitalizaciones por Dengue en Bogotá D.C, 2016

Hospitalizados	Si	No	Total
Mortalidades	10	0	10
Dengue sin signos de alarma	163	1981	2144
Dengue con signos de alarma	579	631	1210
Dengue grave	19	0	19
Total general	**771**	**2612**	**3383**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Comportamiento de los indicadores para de dengue

Para dengue se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

Porcentaje de casos probables para dengue grave:

El 0% (n=19; 16 confirmados y 3 descartados) de casos de dengue grave notificados al SIVIGILA se encuentran clasificados como probables, siendo la meta Nacional menor del 10 %

Letalidad para dengue grave:

Para la letalidad por dengue se presentó en Bogotá, D.C por cada 100 casos notificados de dengue grave (n= 19) el 21% fueron casos fatales (n= 4 mortalidades residentes en Bogotá) siendo la meta nacional menor al 2%. El año

inmediatamente anterior la letalidad fue del 10% teniendo en cuenta que el denominador (dengue Grave n= 30) era más grande con 3 mortalidades residentes en Bogotá.

Proporción de hospitalizaciones para dengue grave

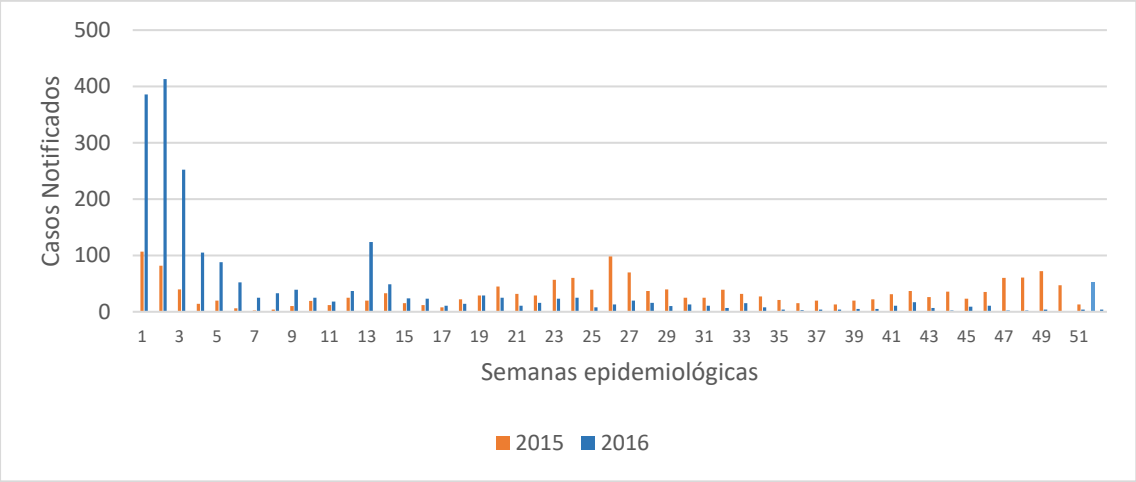
En cuanto a la proporción de hospitalizaciones por dengue grave se encontró que el 100% de los casos notificados por dengue (n= 19) fueron hospitalizados dando un cumplimiento para la meta del 100%

CHIKUNGUNYA

En Bogotá, D.C en el año 2016 fueron notificados a través del Sistema de Vigilancia epidemiológica Nacional SIVIGILA mediante la ficha de notificación individual 2.067 casos de fiebre Chikungunya, de los cuales 33 se clasificaron como sospechosos, 12 confirmados por laboratorio y 164 descartados, , en comparación con el año 2015 a semana epidemiológica 52, se notificaron 3019 casos de los cuales 1332 son errores de digitación, 1532 son sospechosos, 58 confirmados por laboratorio y 97 descartados.

Se observa que para el 2015 la notificación de Chikungunya no fue muy alta respecto al 2016. Chikungunya para inicio del 2016 tuvo un pico de notificación grande que concuerda con la entrada de Zika, situación que inicialmente desde los niveles de atención básica aún no se conocían al 100% generando confusión de casos entre Chikungunya y Zika por la tener signos, síntomas y forma de transmisión similar.

Grafico 125. Comportamiento de la notificación de Chikungunya por semanas epidemiológicas de la 1 a las 52 Bogotá D.C, 2016.

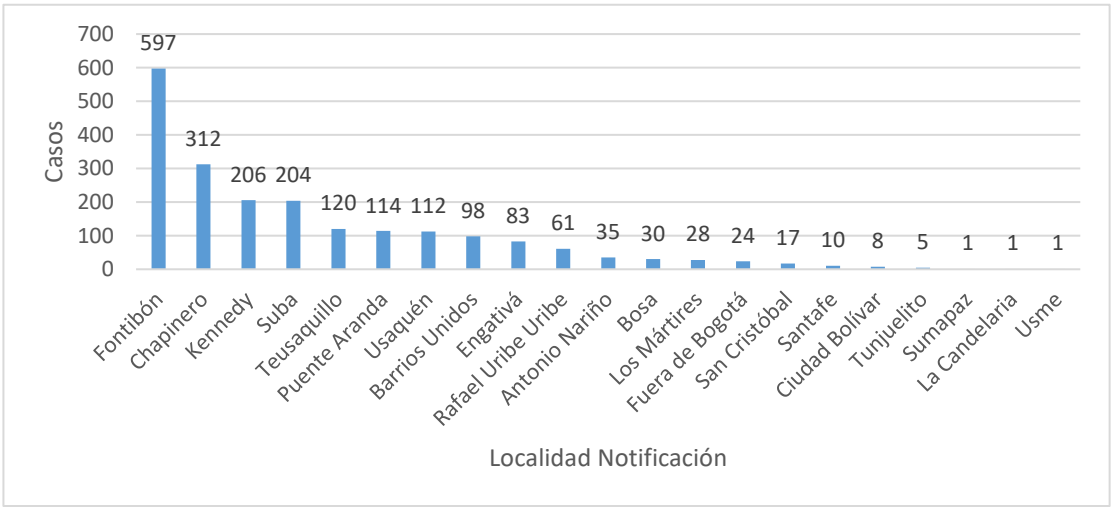


Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Del total de casos notificados el 58,3% corresponden a mujeres y el grupo de edad más frecuente es el de 25 a 44 años con el 49.98%. Los casos presentados consultaron principalmente en las localidades de Fontibón (28.9%), Chapinero (15.1%) y Kennedy (10%). En cuanto a la procedencia del evento, tenemos que en primer lugar los casos provienen de Cundinamarca en el 29.2% (603 casos) y al igual que en dengue Girardot y La Mesa son los municipios más frecuentes

con el 18.1% y 10.8% respectivamente; en segundo lugar está Tolima con 26.4% cuyos casos se encuentran distribuidos en todo el departamento, siendo Melgar el principal con el 15.8% (86 casos), seguido por Ibagué con 14.4% (77 casos), Guamo con 5.9% (32 casos), Espinal con el 4.6% (25 casos) y Carmen de Apicalá con 3,7% (20 casos).

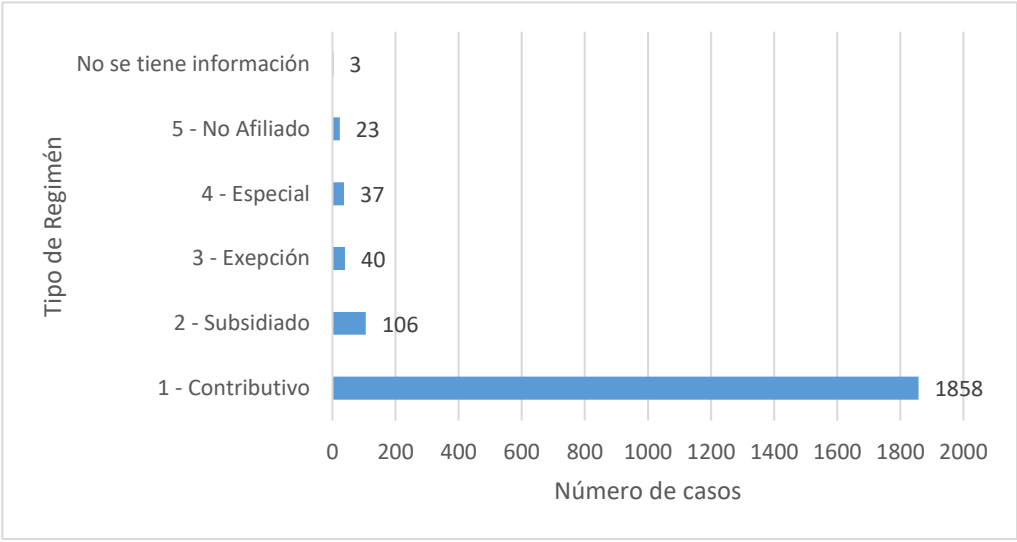
Grafico 126. Casos notificados para chikungunya por localidad, Bogotá D.C, 2016



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

En cuanto al régimen de afiliación al sistema, el 90% pertenencen al régimen contibutivo y el 8,9% están distribuidos en los demás régimenes de afiliación; sólo el 1,1% eran no afiliados mostrando una buena cobertura de afiliación al sistema.

Grafico 127. Casos notificados para chikungunya por régimen de afiliación, Bogotá D.C, 2016.

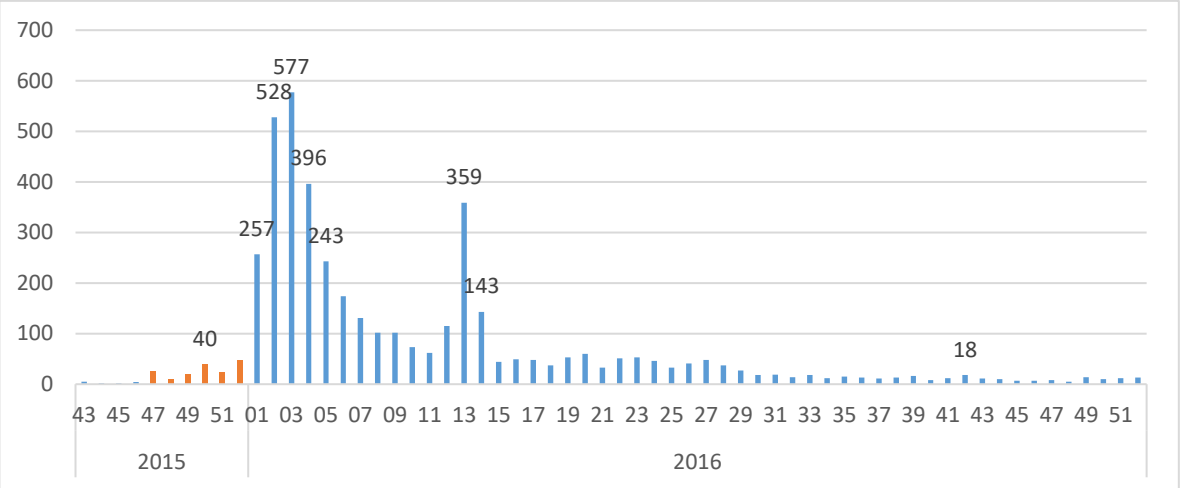


Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Zika

La notificación de Zika desde la semana epidemiológica 1 hasta la 52 del 2016 fue de 4206 casos y el 89.3% se lograron confirmar por clínica o por laboratorio. El inicio de la epidemia fue hacia Octubre del 2015 y los casos notificados en el 2015 desde semana 43 a semana 52 fueron 178 casos. Se observa picos de notificación de casos en las primeras semanas del año que corresponden a la época de vacaciones y hacia la semana 13 que corresponde a semana Santa.

Grafico 128. Notificación de Zika por semanas Epidemiológicas. Bogotá D.C, 2016



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

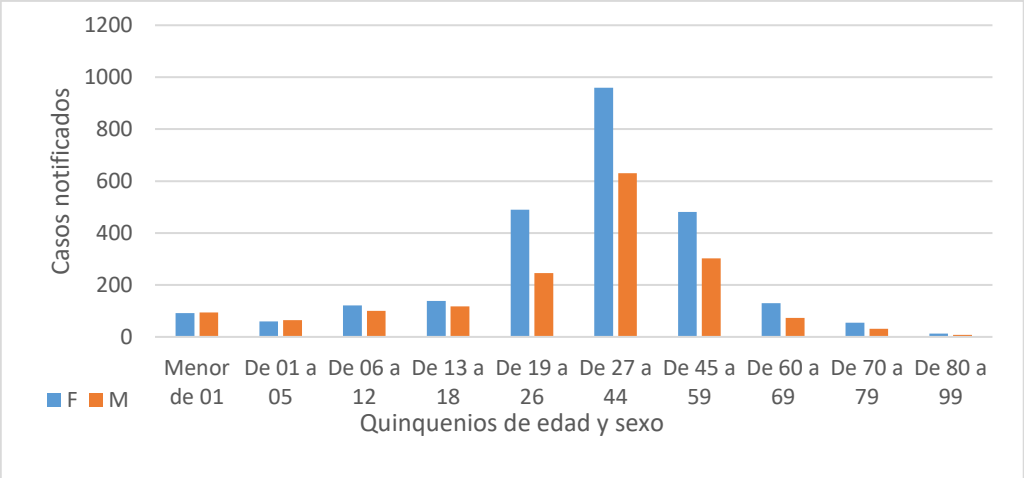
Tabla 75. Clasificación Final de casos Zika Bogotá D.C, 2016

Tipo Caso	Total	%
2 - Sospechoso	153	3,6
3 - Conf. por laboratorio	251	6,0
4 - Conf. por clínica	3506	83,4
6 - Descartado	296	7,0
Total general	**4206**	**100**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

La relación de casos de mujeres con respecto a los hombres es mayor con2540 casos femeninos (60,4%) y1666 casos masculinos (39.6%) y las edades más frecuentes están entre el los 27 y 44 años con un 37,8% (1589 casos). El 73,9% (3108 casos) de la notificación se encuentra en las edades entre 19 y 60 años. El régimen de afiliación en el 84,5% (3555 casos) es el régimen contributivo mientras que el régimen subsidiado sólo presentó un 5,5 % (231 casos).

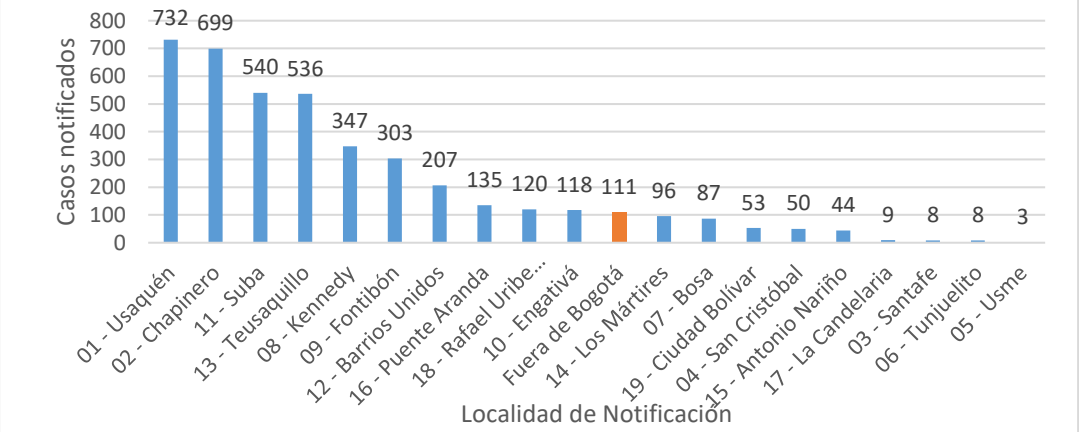
Grafico 129. Distribución de casos de Zika por Sexo y Quinquenios de edad. Bogotá D.C, 2016



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

La notificación de Bogotá se da principalmente en las localidades de Usaquén y Chapinero con un 34% (1431 casos) que es dónde se concentran gran parte de las UPGD´s de la capital. Se observa también que 111 casos fueron notificados fuera de Bogotá pero eran residentes del Distrito Capital ; De estos casos, se confirmaron por laboratorio el 11,7% (13 casos), por clínica el 45% (50 casos), se descartaron el 9.9% (11 casos) y el 33,3 % quedaron sospechosos (37 casos).

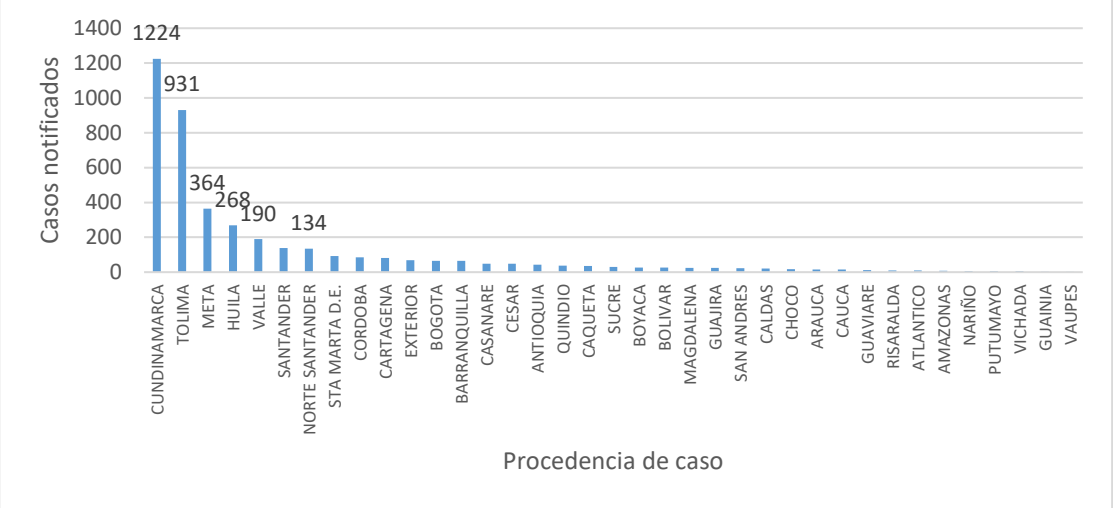
Grafico 130. Localidades de notificación de casos por Zika Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Los Departamentos de mayor procedencia de casos son: Cundinamarca con el 29,1 %, seguido de Tolima con el 22,1 % y Meta con el 8,7% correspondientes a Departamentos con circulación viral.

Grafico 131. Procedencia de casos por Zika notificados en Bogotá D.C, Año 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Dentro de los municipios con mayor frecuencia de ocurrencia de los casos se encuentran Cundinamarca con Girardot, La Mesa, Villeta, Tolima con Ibagué, Melgar, Meta con Villavicencio y Acacias y Huila con Neiva entre otros.

Tabla 76. Departamentos y Municipios de procedencia de casos de Zika Bogotá D.C, 2016.

CUNDINAMARCA 1224	GIRARDOT	222	18,1
	LA MESA	182	14,9
	VILLETA	87	7,1
	ANAPOIMA	81	6,6
	TOCAIMA	77	6,3
TOLIMA 931	IBAGUE	184	19,8
	MELGAR	173	18,6
	* TOLIMA. MUNICIPIO DESCONOCIDO	118	12,7
	ESPINAL	59	6,3
	GUAMO	51	5,5
	CARMEN DE APICALA	55	5,9
	FLANDES	37	4,0
META 364	VILLAVICENCIO	208	57,1
	ACACIAS	43	11,8
HUILA 268	NEIVA	176	65,7
	* HUILA. MUNICIPIO DESCONOCIDO	38	14,2

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Complicaciones neurológicas

En cuanto a las complicaciones de tipo neurológico presentadas en población general, se muestran en la siguiente tabla el síndrome de Guillain Barré aporta el72% de las complicaciones.

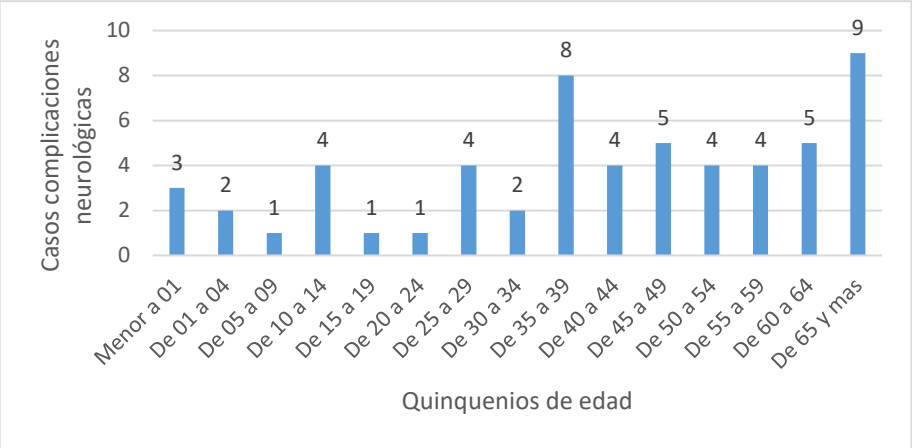
Tabla 77. Complicaciones de tipo neurológico notificadas con sospecha de Zika Bogotá D.C, 2016.

Etiquetas de fila	Total	%
G610 SINDROME DE GUILLAIN-BARRE	41	71,9
G629 POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA	8	14,0
A838 OTRAS ENCEFALITIS VIRALES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS	1	1,8
A86X ENCEFALITIS VIRAL, NO ESPECIFICADA	1	1,8
G319 DEGENERACION DEL SISTEMA NERVIOSO, NO ESPECIFICADA	1	1,8
G373 MIELITIS TRANSVERSA AGUDA EN ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	1	1,8
G603 NEUROPATIA PROGRESIVA IDIOPATICA	1	1,8
G618 OTRAS POLINEUROPATIAS INFLAMATORIAS	1	1,8
G619 POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, NO ESPECIFICADA	1	1,8
G948 OTROS TRASTORNOS ENCEFALITICOS ESPECIFICADOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1	1,8
Total general	**57**	**100**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Las edades donde se presentan más complicaciones de tipo neurológico son en los adultos mayores de 60 años con 14 casos, seguido del grupo de 35 a 39 años con 8 casos.

Grafico 132. Comportamiento de las complicaciones neurológicas por quinquenios de edad. Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Gestantes

Para el año 2016, en el Distrito se notificaron 417 gestantes, de las cuales 401 son residentes en Bogotá que corresponde al 9,5% del total de casos notificados (4206 casos notificados). Se confirmaron 293 gestantes por clínica o por laboratorio lo que corresponde a un 73% de las gestantes notificadas.

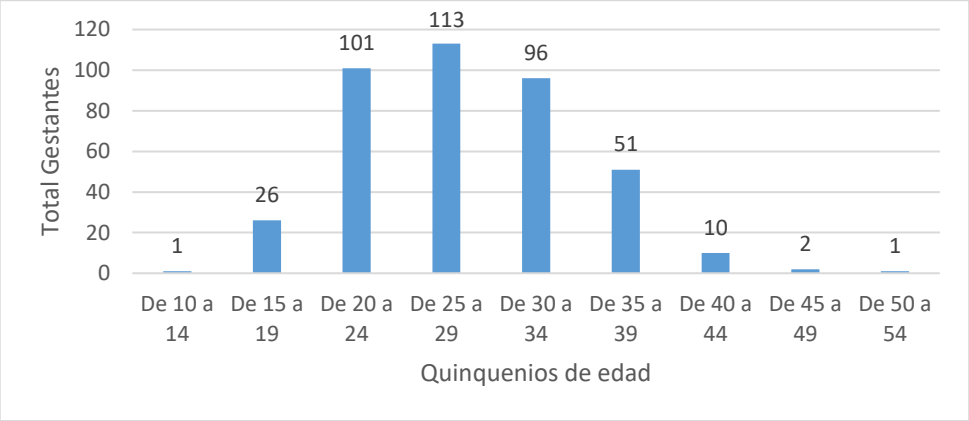
Tabla 78. Clasificación final de caso de Gestantes notificadas en Bogotá D.C, 2016

Clasificación de Gestantes	Total	%
2 - Sospechoso	12	3,0
3 - Conf. por laboratorio	133	33,2
4 - Conf. por clínica	160	39,9
6 - Descartado	96	23,9
Total	**401**	**100**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Las gestantes (310 gestantes) notificadas se encuentran en un 77% entre las edades de 20 y 35 años, el 10% están en edades extremas: 6,7 % son gestantes adolescentes entre 10 y 19 años (27 casos), el 12,7 % entre los 35 y 39 años. Y el 3,2 % son mayores de 40 años (13 casos)

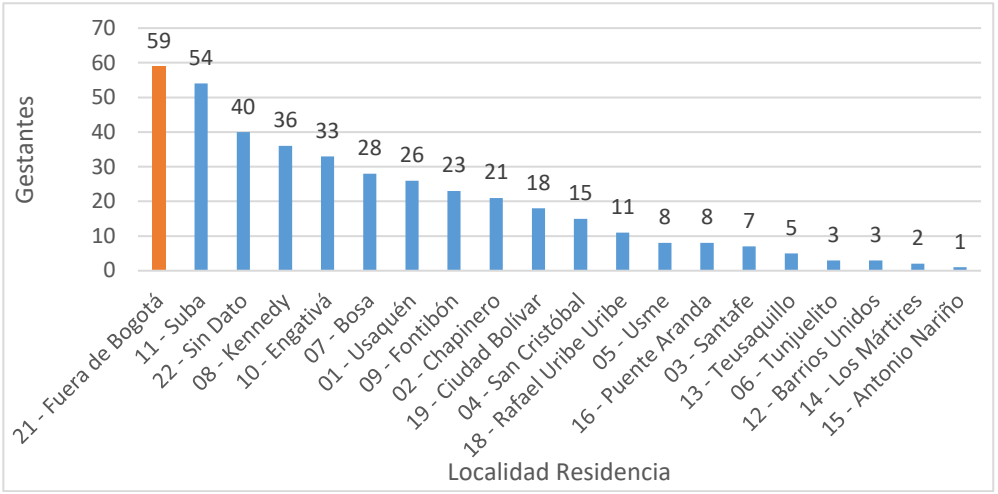
Grafico 133. Gestantes notificadas por quinquenios de edad Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

La residencia de las gestantes se encuentra en un 13,5% en Suba, que es una de las localidades más grandes de Bogotá, sin embargo vemos que la mayor notificación (14,7 % con 59 casos) está dada por las que residen fuera de Bogotá y vienen a ser atendidas en nuestras IPS y hospitales de tercer nivel por ser la capital del país.

Grafico 134. Localidad de residencia de Gestantes en Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Las localidades de mayor notificación son Chapinero y Teusaquillo con un 40% donde se concentran principalmente las UPGS de atención; 16 Gestantes fueron notificadas en Bogotá pero residen fuera de la Ciudad

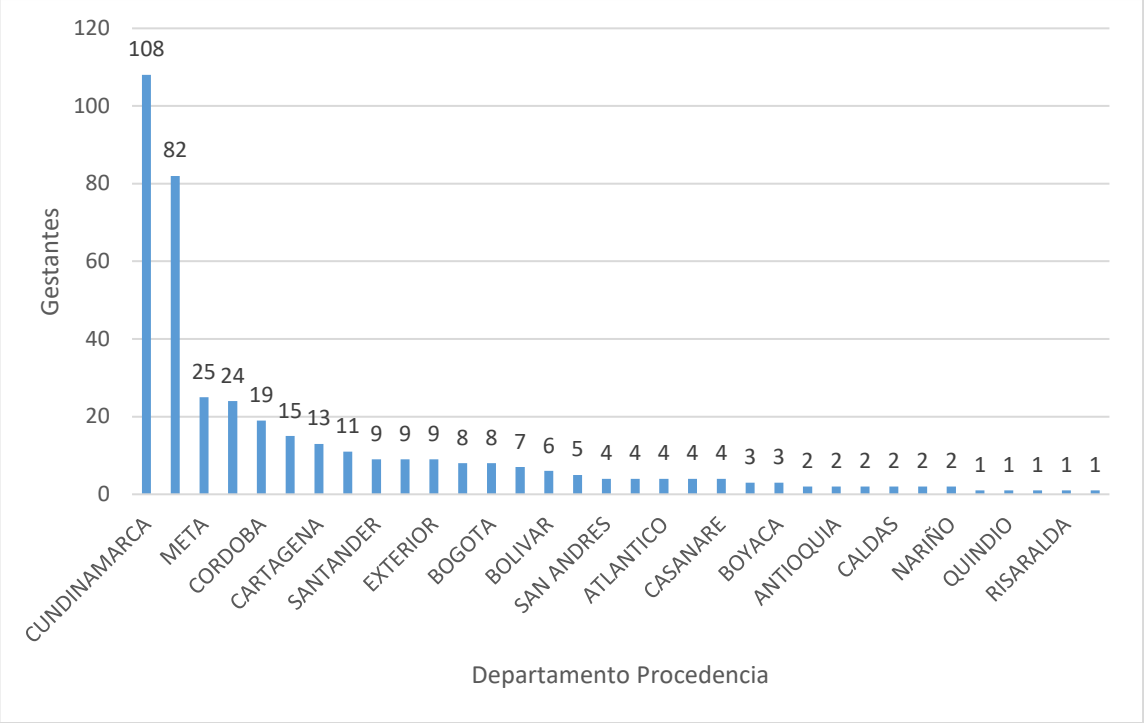
Tabla 79. Localidad de notificación de Gestantes en Bogotá D.C, 2016

Localidad Notificación	SI	%
02 - Chapinero	88	21,9
13 - Teusaquillo	72	18,0
01 - Usaquén	47	11,7
11 - Suba	28	7,0
16 - Puente Aranda	26	6,5
08 - Kennedy	25	6,2
12 - Barrios Unidos	22	5,5
14 - Los Mártires	19	4,7
07 - Bosa	16	4,0
04 - San Cristóbal	15	3,7
09 - Fontibón	11	2,7
18 - Rafael Uribe Uribe	10	2,5
10 - Engativá	9	2,2
19 - Ciudad Bolívar	6	1,5
15 - Antonio Nariño	5	1,2
06 - Tunjuelito	2	0,5
Total Bogotá	**401**	**100**
Fuera de Bogotá	16	3,8
Total General	**417**	**100**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Los Departamentos y municipios de procedencia y ocurrencia de los casos se presentan igual que en la población general, en los Departamentos de Cundinamarca, Tolima, Meta y Huila en los primeros lugares.

Grafico 135. Gestantes por Departamento de Ocurrencia del caso. Bogotá D.C, 2016.



Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

En cuanto a las malformaciones congénitas reportadas en la ficha 895 de Zika se encuentran en su orden las microcefalias con un 62,7% (37 casos), Hidrocéfalos congénitos con el 15,3% (9 casos), Espina bífida con el 10,2% (6 casos), otras malformaciones con el 8,5% (5 casos) entre otras.

Se debe tener en cuenta que hay nacimientos de malformaciones congénitas que hayan entrado por la ficha de malformaciones congénitas 215 y que no hayan entrado en la de Zika 895.

Tabla 80. Casos de Malformaciones congénitas reportados en la ficha de Zika 895 en Bogotá D.C, 2016.

Malformaciones Congénitas	Total	%
Q02X MICROCEFALIA	37	62,7
Q038 OTROS HIDROCEFALOS CONGENITOS	1	1,7
Q039 HIDROCEFALO CONGENITO, NO ESPECIFICADO	8	13,6
Q040 MALFORMACIONES CONGENITAS DEL CUERPO CALLOSO	2	3,4
Q046 QUISTES CEREBRALES CONGENITOS	2	3,4
Q048 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL ENCEFALO, ESPECIFICADAS	1	1,7
Q052 ESPINA BIFIDA LUMBAR CON HIDROCEFALO	2	3,4
Q057 ESPINA BIFIDA LUMBAR SIN HIDROCEFALO	3	5,1
Q058 ESPINA BIFIDA SACRA SIN HIDROCEFALO	1	1,7
Q112 MICROFTALMIA	1	1,7
R930 HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN DEL CRANEO Y DE LA CABEZA, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1	1,7
Total general	**59**	**100**

Fuente: SIVIGILA año 2016, Fecha de corte: SE 1 a 52 de 2016

Plan operativo de respuesta ante la emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII) por virus Zika

Teniendo en cuenta el comportamiento del evento, a nivel distrital se desarrolló el plan operativo de respuesta ante la emergencia de Zika, este se implemento de enero a agosto de 2016, con el objetivo de reducir el impacto en la población. Para este plan se conto con acciones a nivel sectorial a partir de planes institucionales con las aseguradoras y la red prestadora de servicios de salud, así como los sectores de educación y turismo.

Se realizaron actividades de promoción de la salud, a partir de la movilización social en las prácticas de auto cuidado, comunicación y gestión del riesgo dirigidas principalmente a viajeros haciendo énfasis en el terminal terrestre el Salitre, el Puente Aéreo y El aeropuerto el Dorado; también se conto con la agencia ANATO (incluyendo sus agencias asociadas) quien realizó la difusión de animación Zika- viajeros. Adicionalmente, desde la Secretaria Distrital de Educación-SDE se entregaron videos y presentación Power Point, para difusión en comunidad educativa.

Para reforzar la estrategia se incluyó la difusión de piezas comunicativas: Una pieza adhesivo " protejámonos del Zika" (Hospital Pablo VI Bosa), animación autocuidado Zika viajeros, rotafolio ETV para personal médico y 6 Piezas cortas para viajeros Zika/ Dengue; estas se difundieron en IPS, EAPB (correos institucionales), entidades distritales, pagina web, canal YOU TUBE y pantallas de la Secretaria Distrital de Salud.

Por otra parte, se desarrollaron acciones educativas y disposición de insumos en población general, para promover el uso correcto y consistente del condón durante las relaciones sexuales (en el marco del acuerdo 143 de 2005); se distribuyeron un total de 65561 condones de los cuales la meta inicial era hacer entrega de 22000.

Vigilancia intensificada del plan

Se realizó ruta para el seguimiento de casos de Guillain Barré secundario a Zika, haciendo un consolidado trimestral entregado al INS con 20 unidades de análisis para morbilidad por este síndrome, esto acompañado del seguimiento a mujeres gestantes sospechosas o confirmadas para Zika mediante contacto telefónico con cada una de ellas, indagando sobre el antecedente de exposición, seguimiento ecográfico y controles prenatales. Dentro de las acciones se realizaron seguimientos a menores de un año con defectos congénitos asociados a Zika, mediante recolección de diferentes fuentes de información (resultados, historia clínica, exámenes de cariotipo, fotos clínicas, ecografía transfontanelar, entre otros.)
Así mismo, se hicieron asistencias técnicas enfocadas en guías de atención clínica, protocolos y lineamientos de vigilancia en salud pública dirigidas a: médicos generales, médicos especialistas, auditores de calidad, profesionales de enfermería del área asistencial incluidos los que realizan control prenatal y orientación de planificación familiar, así como al personal de vigilancia en salud pública; logrando capacitar a 652 profesionales de la salud. Dentro del plan se

incluyo un evento de Arbovirus, Zika, Dengue, dirigido a IPS y EAPB, con una asistencia de 160 personas.

Malaria

Dando continuidad al modelo de vigilancia de malaria que venia del año anterior, se ha incluido igualmente para el año 2016 una ficha de notificación simplificada de los casos de malaria en el cual no se hace alusión a una especia parasitaria en particular, como la causante de la enfermedad.
Durante el año 2016 en el Distrito Capital se reportaron 348 casos de malaria, hasta la semana epidemiologica 52 bajo el formato de la ficha simplificada de notificación 465; de los cuales 256 casos correspondieron al sexo masculino y 92 al femenino.

La distribución de los casos por grupos de edad se muestra en la tabla 81, y como se puede apreciar el 57.22 % de los casos (199 casos) se reportan en los grupo de edad de 15 a 34 años.

Tabla 81. Distribución de casos de malaria por grupos de edad, a semana epidemiologica 52 notificados en Bogotá 2016.

Grupo edad	N. casos	Porcentaje
Menor de 1	0	0
1 a 4 años	9	2,59
5 a 9 años	13	3,74
10 a 14 años	14	4,02
15 a 19 años	38	10,92
20 a 24 años	68	19,54
25 a 29 años	57	16,38
30 a 34 años	36	10,34
35 a 39 años	29	8,33
40 a 44 años	26	7,47
45 a 49 años	21	6,03
50 a 54 años	19	5,46
55 a 59 años	12	3,45
60 y más	6	1,72
Total	348	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Ahora bien, en lo que hace referencia a los lugares de procedencia de los mismos en la tabla 82 se muestra la distribución, observando que un 36.78% (128 casos) viene del Departamento del Chocó, seguido de un 11,78 %(41 casos) procedentes del Departamento del Valle del Cauca y en tercer lugar el Departamento de Amazonas con un 10.92 %(38 casos); el Departamento de Nariño en cuarto lugar con un 6.90% (24 casos), Antioquia y Guainia en cuarto

lugar con 4.89 % (17 casos) cada uno respectivamente. Se destaca además que un 3.45% (12 casos) son de origen desconocido pero aparecen relacionados como ciudad de origen Bogotá.

Tabla 82. Distribución de casos de malaria por Departamento de procedencia, notificados durante el año 2016 en Bogotá.

Departamento de procedencia	N. casos	Porcentaje
AMAZONAS	38	10,92
ANTIOQUIA	17	4,89
BOGOTA	12	3,45
BOLIVAR	2	0,57
CALDAS	2	0,57
CAQUETA	2	0,57
CAUCA	3	0,86
CESAR	2	0,57
CHOCO	128	36,78
CORDOBA	1	0,29
CUNDINAMARCA	5	1,44
EXTERIOR	12	3,45
GUAINIA	17	4,89
GUAVIARE	7	2,01
HUILA	2	0,57
MAGDALENA	2	0,57
META	5	1,44
NARIÑO	24	6,90
RISARALDA	4	1,15
SANTANDER	2	0,57
SUCRE	1	0,29
TOLIMA	5	1,44
VALLE	41	11,78
VAUPES	1	0,29
VICHADA	13	3,74
Total general	348	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

En lo que se relaciona con la residencia de los casos, podemos apreciar que el 69,54% (242 casos) son de personas residentes en el Distrito capital, seguido de un 7.18% (25 casos) que residen en el Departamento de Cundinamarca. Es decir el 76.72 % de los casos (267) son residentes en Cundinamarca ya sea el Distrito Capital u otros municipios del Departamento; tal como se puede apreciar en la tabla 83.

Tabla 83. Distribución de casos de malaria por Departamento de residencia notificados en el año 2016 en Bogotá.

Departamento de Residencia	N. casos	Porcentaje
AMAZONAS	4	1,15
ANTIOQUIA	4	1,15
ATLANTICO	1	0,29
BOGOTA	242	69,54
BOLIVAR	3	0,86
BOYACA	6	1,72
CALDAS	1	0,29
CASANARE	1	0,29
CAUCA	1	0,29
CHOCO	13	3,74
CUNDINAMARCA	25	7,18
EXTERIOR	2	0,57
GUAINIA	10	2,87
GUAJIRA	1	0,29
GUAVIARE	3	0,86
HUILA	4	1,15
META	3	0,86
NARIÑO	6	1,72
RISARALDA	1	0,29
SANTANDER	2	0,57
SUCRE	2	0,57
TOLIMA	7	2,01
VALLE	4	1,15
VICHADA	2	0,57
Total general	348	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Lo más importante para resaltar es que no se presentaron mortalidades por malaria durante el año 2016 en el Distrito Capital. El resumen pormenorizada de las especies parasitarias implicadas de los caso se describe a continuación.

Tabla 84. Distribución de casos de malaria por Departamento de residencia notificados en Bogotá 2016, según especie de plasmodium.

Especie de Plasmodium	Total general	Porcentaje
Vivax	198	56,90
Falciparum	121	34,77
Malariae	2	0,57
Mixta	27	7,76
Total general	348	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

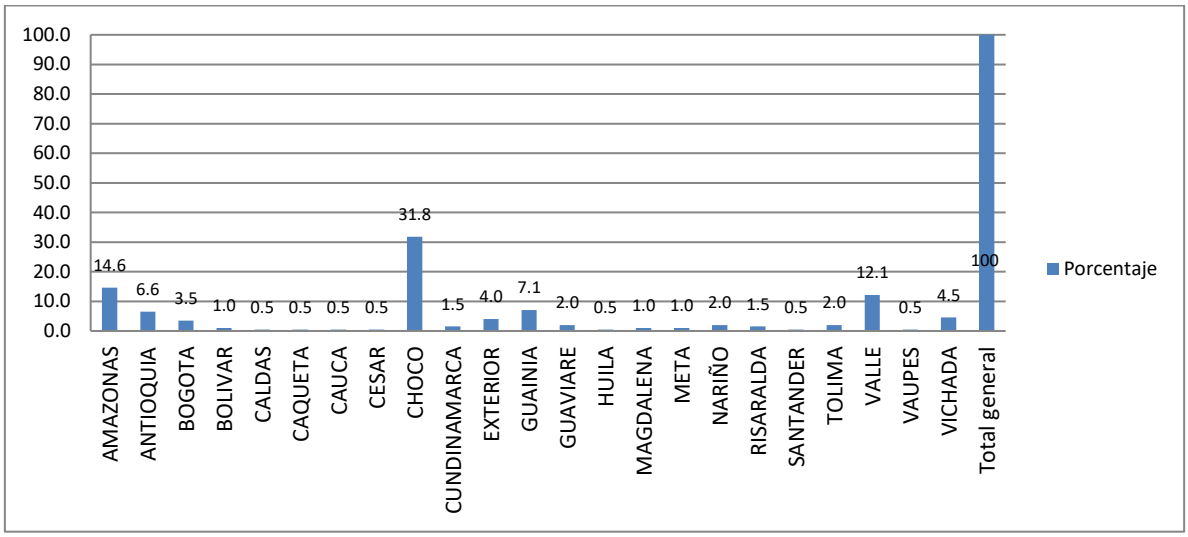
Como puede apreciarse el total de casos de Malaria notificados en en el año 2016, en el Distrito Capital, la distribucion por especies de parasito muestra que el primer lugar con un 56.90 % (198 casos) son causado por Plasmpodium vivax;

seguido de un 34.77%(121 casos) por P. falciparum; las formas mixtas o asociadas en u tercer lugar con 7.76 %(27 casos) y dos casos de P. malariae.

Malaria P. vivax

Es la especie parasitaria de mayor predominio en los casos notificados en el Distrito capital, con un total de 94 casos. Su distribución por Departamento de procedencia se describe en el siguiente gráfico

Grafico 136. Casos de Malaria por P. vivax notificados en Bogotá 2016, según Departamento de procedencia.

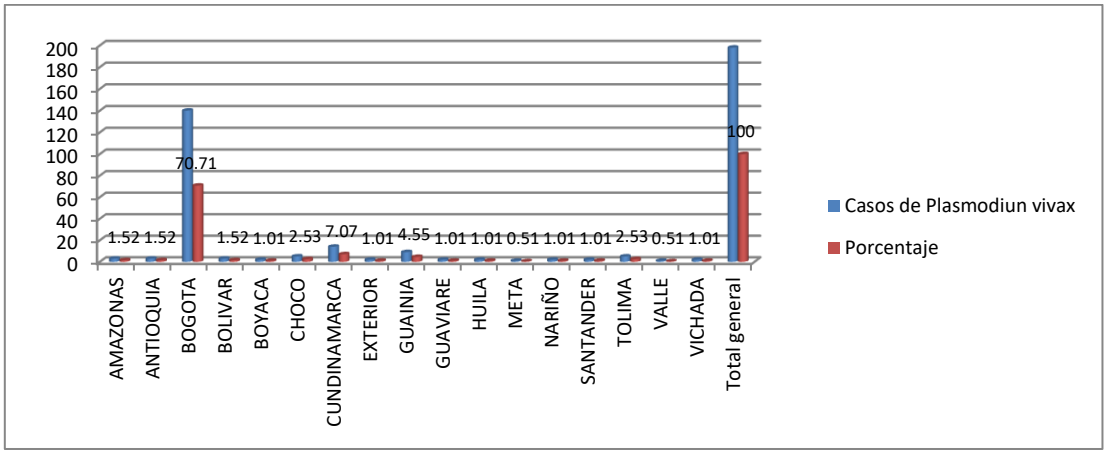


Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Como puede apreciarse en el gráfico XX, el 31,8 % (63 casos) de malaria por P vivax, son procedentes del Departamento del Chocó, seguido de un 14.6 %(29 casos) que provienen del Departamento del Amazonas y Departamento del Valle del Cauca con un 12,1% (24 casos).

En lo que hace referencia al Departamento de residencia de los casos en la Gráfica 137, se muestra al detalle lo encontrado:

Grafico 137. Casos de Malaria por P. vivax notificados en Bogotá 2016, según Departamento de residencia



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Se destaca el hecho que el 70.71 % (140 casos) son de personas residentes en la Capital de la república y un 7.07% (14 casos) en el Departamento de Cundinamarca, es decir el 77.77% (154 casos) son residentes en el Departamento de Cundinamarca.

En lo relacionado con los grupos de edad mas afectados con la malaria por P. vivax, en la siguiente tabla podemos apreciar como el grupo de personas de 15 a 34 años, concentran un 56.06 % (111 casos), pero es muy particular lo que sucede con el grupo de 5 a 9 años, pues son el 4.55 % de los casos,igual a los de 55 a 59 años, por encima de los demas grupos de edad quie pudiesen ser considerados de mas riesgo.

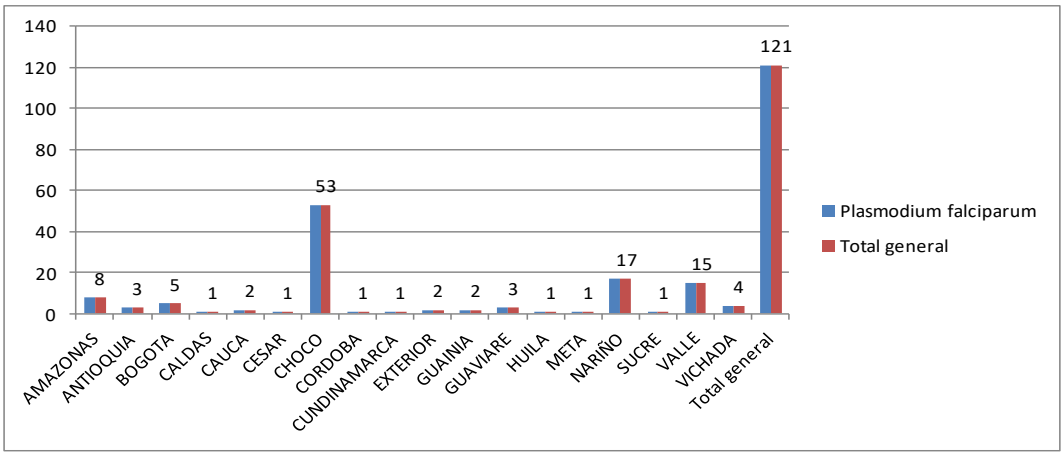
Tabla 85. Distribución de casos de malaria por P. vivax notificados en Bogotá año 2016, según grupos de edad.

Grupo edad	No casos P.vivax	Porcentaje
Menor de 1		
1 a 4 años	8	4,04
5 a 9 años	9	4,55
10 a 14 años	7	3,54
15 a 19 años	24	12,12
20 a 24 años	38	19,19
25 a 29 años	31	15,66
30 a 34 años	18	9,09
35 a 39 años	14	7,07
40 a 44 años	15	7,58
45 a 49 años	8	4,04
50 a 54 años	14	7,07
55 a 59 años	9	4,55
60 y más	3	1,52
Total	198	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Malaria por P falciparum

Grafico 138. Casos de Malaria por P. falciparum notificados año 2016 en Bogotá, según Departamento de procedencia

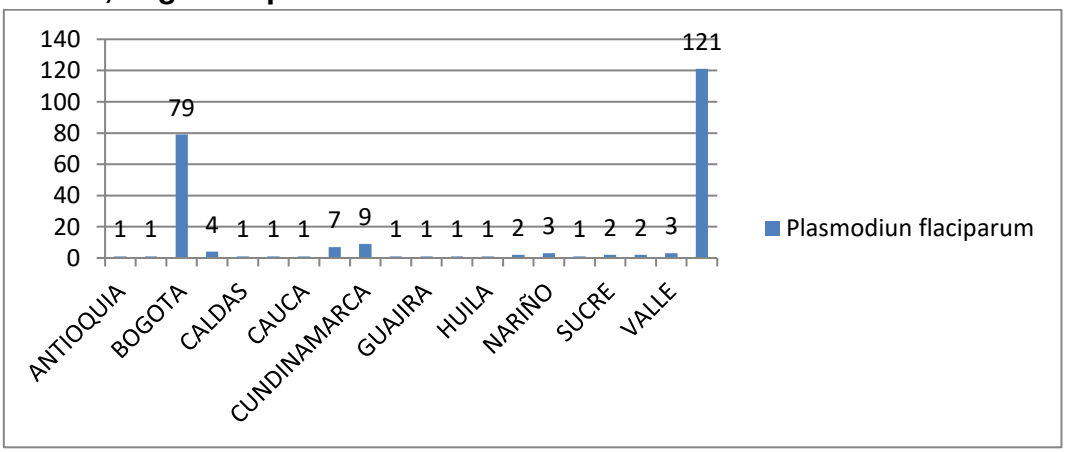


Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Como se muestra en el gráfico, en cuanto a la procedencia de los casos de malaria por P. falciparum, notificados en el año 2016 en Bogotá, el Departamento del Chocó con 53 casos (43,80%) es el que más aporta, seguido del Departamento de Nariño con 17 casos (14.05%) y el Departamento del Valle del Cauca con 15 casos (12.40%).

Ahora bien cuando se observa una gráfica con el lugar de residencia de los pacientes atendidos, no se observa algún cambio en relación con la anterior especie parasitaria y se puede apreciar que sigue siendo el distrito Capital quien más casos aporta en esta evaluación. Del total de casos, Bogotá con un 69.23% (45 casos) marca la pauta.

Grafico 139. Casos de Malaria por P. falciparum notificados en Bogotá año 2016, según Departamento de residencia



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Finalmente la distribución por grupos de edad, como se deja ver en la siguiente tabla, refleja que en esta especie parasitaria los casos se concentra en el grupo de 15 a 34 años de edad, teniendo un 59,02% (72 casos).

Tabla 86. Distribución de casos de malaria por P. falciparum notificados en Bogotá año 2016, según grupos de edad.

Grupo edad	N. casos P.falciparum	Porcentaje
Menor de 1		
1 a 4 años	1	0,83
5 a 9 años	2	1,65
10 a 14 años	7	5,79
15 a 19 años	11	9,09
20 a 24 años	25	20,66
25 a 29 años	22	18,18
30 a 34 años	14	11,57
35 a 39 años	7	5,79
40 a 44 años	11	9,09
45 a 49 años	13	10,74
50 a 54 años	5	4,13
55 a 59 años	2	1,65
60 y más	1	0,83
Total	121	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Malaria P. malariae

Durante el año 2016 se notificaron 2 casos de malaria por P. malariae, procedentes del Departamento del Chocó y Risaralda, ambos caso del sexo masculino. Los casos son de personas residentes en el Distrito Capital.

Malaria formas mixtas

En las tablas se muestran los casos de malaria por formas mixtas notificados en Bogotá, durante el año 2016, son un total de 27 casos de los cuales por Departamento de residencia el 77,8%(21 casos) residen en la capital de la República, un 7,4%(2 casos) en Cundinamarca; el resto de los casos reside en Amazonas, Huila y Nariño y Chocó.

Tabla 87. Distribución de casos de malaria por P. formas mixtas notificados en Bogotá año 2016, según Departamento de residencia.

Departamento de residencia	Plasmodium formas mixtas	Total general	Porcentaje
AMAZONAS	1	1	3,7
BOGOTA	21	21	77,8
CHOCO	1	1	3,7

Departamento de residencia	Plasmodium formas mixtas	Total general	Porcentaje
CUNDINAMARCA	2	2	7,4
HUILA	1	1	3,7
NARIÑO	1	1	3,7
Total general	27	27	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

En lo que hace alusión al lugar de procedencia se invierten los sitios y se deja que ver que el 40.7%(11 casos) proceden del Departamento del Chocó; y el resto de caso proceden de Antioquia, Amazonas, Caquetá, Cundinamarca, Guainía, Meta, Nariño; Santander, Tolima y Valle del Cauca.

Tabla 88. Distribución de casos de malaria por P. formas mixtas notificados en Bogotá año 2016, según Departamento de procedencia

Departamento de procedencia	Plasmodium formas mixtas	Total general	Porcentaje
AMAZONAS	1	1	3,7
ANTIOQUIA	1	1	3,7
CAQUETA	1	1	3,7
CHOCO	11	11	40,7
CUNDINAMARCA	1	1	3,7
EXTERIOR	2	2	7,4
GUAINIA	1	1	3,7
META	2	2	7,4
NARIÑO	3	3	11,1
SANTANDER	1	1	3,7
TOLIMA	1	1	3,7
VALLE	2	2	7,4
Total general	27	27	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Chagas

Durante el primer semestre del año 2016 se notificaron al sistema de vigilancia SIVIGILA en el Distrito Capital un total de 167 casos de Chagas, de los cuales distribuidos por género correspondían el 59,28% (99 casos) al género femenino y el 40,7 (68 casos) al masculino.

En lo que respecta a su distribución por grupos de edad, el 98% los casos se presenta en personas mayores de 20 años de edad, siendo el rango más afectado el de mayores de 60 años con el 33,53 % (56 casos). Tal como se puede apreciar en la tabla muestra este comportamiento: Todos los caso notificados corresponde a Chagas crónico, no ha habido notificacion de casos agudos.

Tabla 89. Distribución de casos de Chagas notificados en Bogotá año 2016, según grupos de edad.

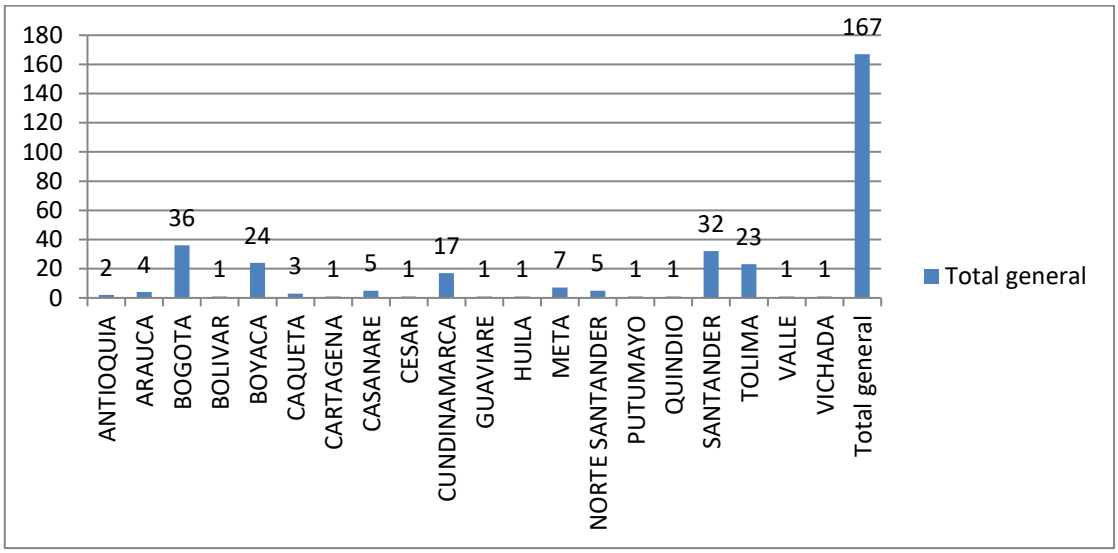
Grupo edad	No casos Chagas	Porcentaje
Menor de 1		
1 a 4 años	2	1,20
5 a 9 años		0
10 a 14 años		0
15 a 19 años	1	0,60
20 a 24 años	1	0,60
25 a 29 años	3	1,80
30 a 34 años	8	4,79
35 a 39 años	10	5,99
40 a 44 años	11	6,59
45 a 49 años	23	13,77
50 a 54 años	24	14,37
55 a 59 años	28	16,77
60 y más	56	33,53
Total	167	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Como se destaca en la tabla no tenermos gran número de casos de Chagas menores de 19 años, evidenciado que la problemática de la enfermedad de Chagas en la ciudad es predominantemente casos crónicos, pareciera que no existe transmisión activa en el Distrito Capital de este evento.

En cuanto a la procedencia de los casos notificados durante el año 2016, los departamentos con mayor número de casos notificados son: Bogotá, Santander,Boyacá, Cundinamrac yTolima ; como se ilustra en la siguiente gráfica

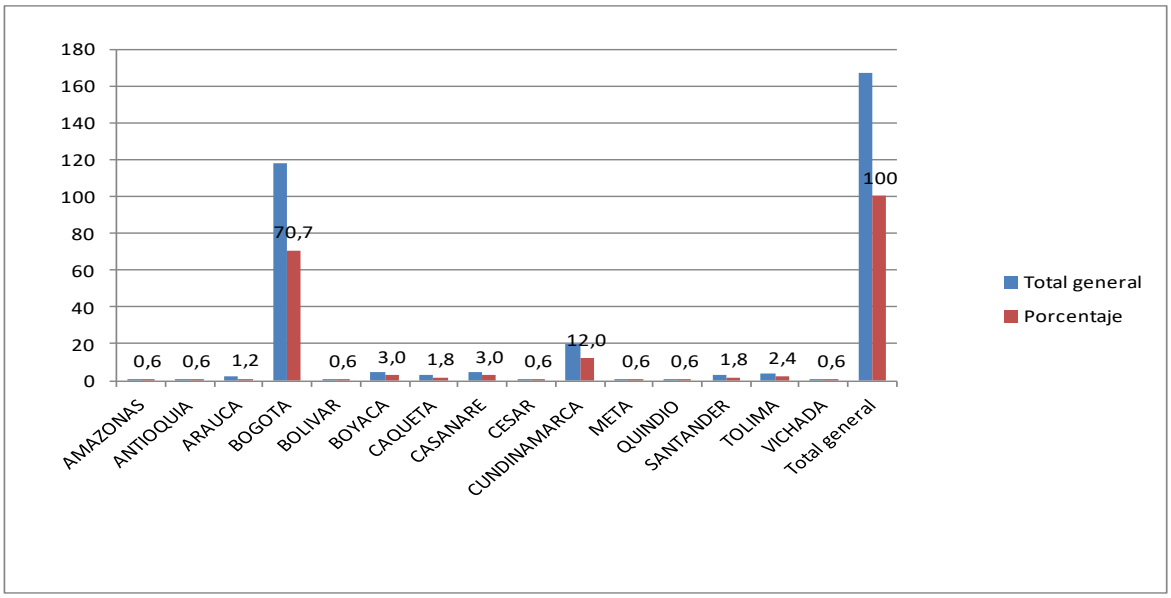
Grafico 140. Casos de Chagas notificados en Bogotá D.C. según departamento de procedencia, en el año 2016



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

En lo que concierne al lugar de residencia de los casos en la siguiente gráfica podemos observar como es dicho comportamiento, para los casos de chagas notificados en el 2016 en el Distrito Capital de los cuales el 70.7% (118 casos) son residentes en Bogotá y un 12,%(20 casos) en Cundinamarca.

Grafico 141 Casos de Chagas notificados en Bogotá D.C. según departamento de residencia. Año 2016.



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Leishmaniasis

En cuanto a los casos de Leishmaniasis notificados durante el año 2016 en el Distrito Capital, se describe a continuación de acuerdo con el tipo de lesión que ocasiona el parásito.

Leishmaniasis cutánea

Se notificaron al sistema de vigilancia SIVIGILA en Bogotá 728 casos, de los cuales 88,7 % (646) corresponden al género masculino y 11,2% (82) al femenino. En lo que respecta a la distribución por grupos de edad, el 70,64% (514 casos) se presentan en el grupo comprendido entre 15 y 29 años de edad, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 90. Casos de leishmaniasis cutánea notificados según rangos de edad en Bogotá D.C 2016.

Grupo edad	N. casos L.cutánea	Porcentaje
Menor de 1		
1 a 4 años	14	1,92
5 a 9 años	22	3,02
10 a 14 años	17	2,34
15 a 19 años	83	11,40
20 a 24 años	301	41,35
25 a 29 años	130	17,86
30 a 34 años	61	8,38
35 a 39 años	22	3,02
40 a 44 años	10	1,37
45 a 49 años	12	1,65
50 a 54 años	9	1,24
55 a 59 años	13	1,79
60 y más	34	4,67
Total	728	100

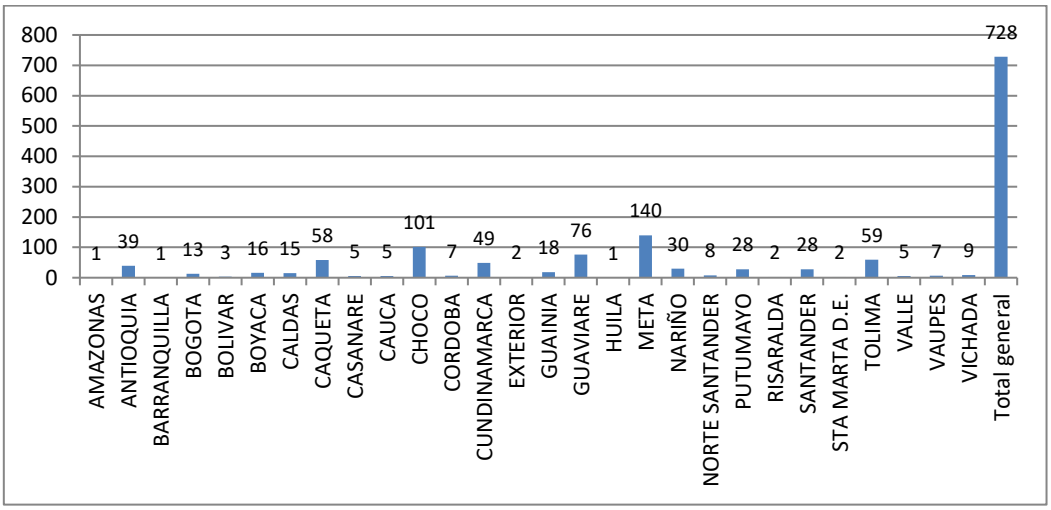
Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Ahora bien, en cuanto al lugar de procedencia se reportan dos casos en las semanas 15 y 21 del exterior procedentes de Venezuela.

Los departamentos con mayor número de casos notificados son: Meta (140 casos) 19,2 %, Chocó (101 casos) 13.9 %; Guaviare (76 casos) con un 10,4% casos) y Caquetá (58 casos) 8 %.

En la siguiente gráfica se puede apreciar la distribución general de los casos por departamento de procedencia.

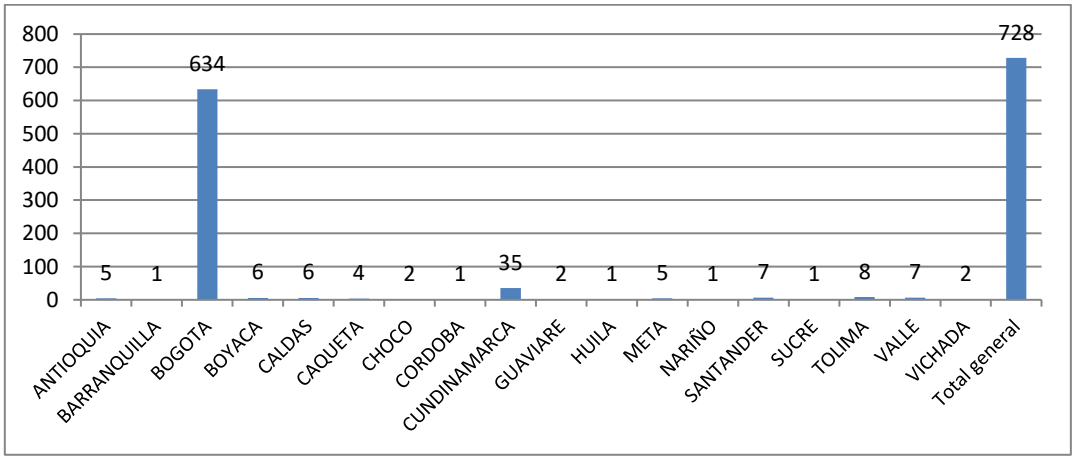
Grafico 142.Casos de leishmaniasis cutánea notificados en Bogotá D.C. según departamento de procedencia. Año 2016.



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

De otra parte en lo que tiene que ver con los lugares de residencia, Bogotá con un 85% (281 casos) marca la diferencia.

Grafico 143. Casos de leishmaniasis cutánea notificados en Bogotá D.C. según departamento de residencia. Año 2016.



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Leishmaniasis mucosa

En el año 2016 a semana epidemiologica 52, se notiifcaron 53 casos de Leishmaniosis mucosa, de los cuales 50 son pertenecientes al género masculino y 3 al femenino.
En lo que respecta a la distribución por rangos de edad, la concentración de los casos en el grupo de edad de 15 a 34 años con el 60,3% (32 casos).La siguiente tabla muestra la distribución de los casos por rangos de edad.

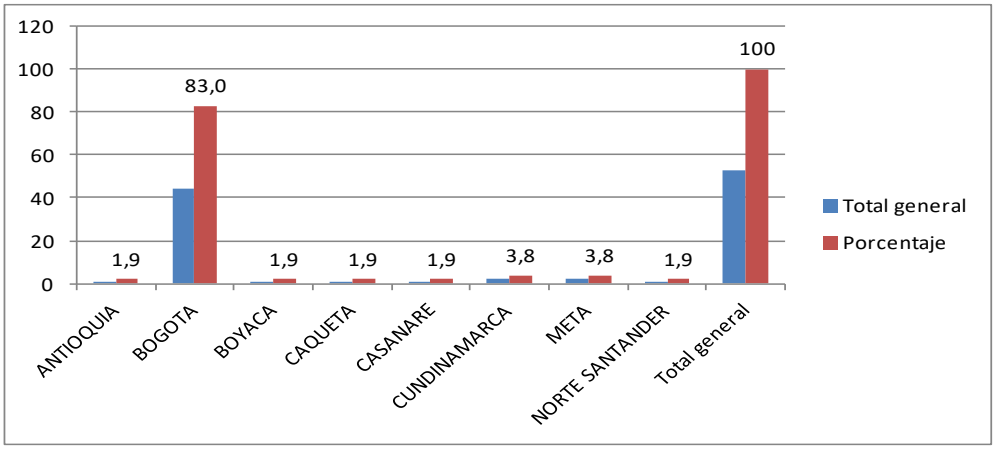
Tabla 91. Casos de leishmaniasis mucosa notificados según grupos de edad. Año 2016 Bogotá D.C.

Grupo edad	N. casos L. mucosa	Porcentaje
Menor de 1		
1 a 4 años		
5 a 9 años	1	1,9
10 a 14 años	1	1,9
15 a 19 años	4	7,5
20 a 24 años	17	32,1
25 a 29 años	6	11,3
30 a 34 años	5	9,4
35 a 39 años	4	7,5
40 a 44 años	6	11,3
45 a 49 años		0
50 a 54 años	2	3,8
55 a 59 años	1	1,9
60 y más	6	11,3
Total	53	100

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

En lo concerniente al lugar de residencia de los casos como se puede apreciar en la gráfica, el 83,0 %(44 casos) son de personas que viven en la ciudad de Bogotá,los Departamentos de Cundinamarca y Meta aportan un 3.8% (2 casos) respectivamente cada uno.

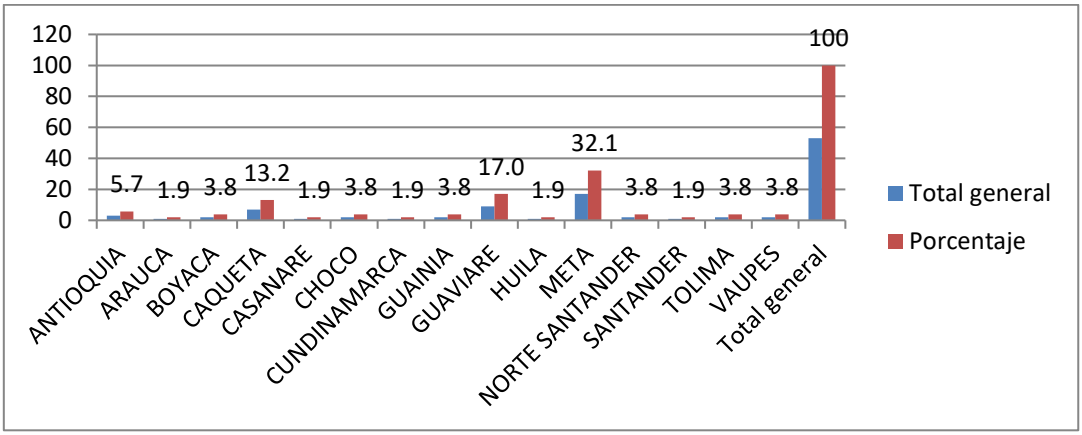
Grafico 144. Casos de leishmaniosis mucosa notificados según Departamento de residencia.Año 2016 .Bogotá D.C



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Lo relacionado con el Departamento de procedencia muestra un panorama completamente diferente, el 32.1% de los casos (17) son originarios del Departamento del Meta, en el Guaviare se encuentra un 17 % de los casos (9) y el Departamento del Caquetá 13.2% (7 casos). Todo como se puede apreciar en la gráfica a continuación:

Grafico 145. Casos de leishmaniosis mucosa notificados según Departamento de procedencia.Año 2016. Bogotá D.C



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, Año 2016

Leishmaniasis visceral

Este es uno de los eventos mas llamativos debidos a su inherente conexión zoonotica con pequeñas especies, particularmente caninos. En el año 2016 han sido notificados en el Distrito Capital al SIVIGILA 2 casos de leishmaniasis visceral, correspondiente a un menor de un año de edad, de sexo femenino, procedente del Departamento del Huila y residente en la ciudad de Neiva. y un paciente de 85 años de edad, mal clasificado como procedente de Bogotá.

Fiebre amarilla

En el año 2016, fueron notificados 5 casos sopechosos de fiebre amarilla, de los cuales uno ha sido positivo para la misma y uno de ello fue positivo por laboratorio para dengue; el otro caso fue descartado. Los otros dos casos han sido negativos para fiebre amarilla

El caso positivo fue notificado en la semana 22 y atendido en Hospital Militar Central, correspondia a un integrante de las fuerzas militares de 20 años.

Discusion

Para el 2016 Zika fue la Arbovirosis de mayor notificaión con el 43,6% de los casos seguida de Dengue con el 35% y luego Chikungunya con el 21,4% del total de Arbovirosis notificadas n= 9656 casos.

Toda la población del distrito capital es susceptible de adquirir la enfermedad en el momento que se desplazaa la zonas de riesgo donde se encuentra el vector transmisor, se ve un mayor porcentaje en los grupos de edad comprendidos entre los 27 y 44 años que se puede deber al número alto de personas incluidos en este rango de edad, asi como a la baja percepción del riesgo que se tiene frente a la exposición al vector.Cundinamarca, Tolima, Meta y Huila

corresponden a los departamentos cercanos al distrito a los cuáles la población se desplaza en vacaciones y fines de semana para descanso, por eso se observa un aumento en la notificación de casos hacia la semana 1 y 13 de 2016 correspondientes a vacaciones de fín de año y semana santa.

La Población de riesgo para Arbovirosis definidas por lineamientos y protocolos nacionales son gestantes, menores de 1 año, mayores de 65 años y personas con coomorblidades; teniendo en cuenta este aspecto, se evidencia que la mortalidad por Dengue está principalmente en el grupo de riesgo de mayores de 65 años, ya que tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones por las comorbilidades que puedan presentar como problemas cardiovasculares, patologías del corazón o enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y problemas renales.

En cuanto a los indicadores, se observa que la letalidad de Dengue aumentó a comparación del año pasado en un 10%, aunque se presentaron las mismas mortalidades, se observa que la notificación de dengue grave disminuyó lo que hace que el indicador aumente; aunque la letalidad para este evento sigue siendo alta, se debe tener en cuenta que Bogotá es un sitio de recepción de casos por ser el nivel central del país y por tener una buena red hospitalaria, por lo tanto hay muchos casos atendidos en el distrito y muchas veces los casos de dengue grave llegan a los hospitales en estados avanzados de la enfermedad lo que complica su atención.

En la notificación de dengue grave no quedó ningún como probable, dando un buen indicador para el seguimiento y ajustes de casos ya que la meta nacional es menor al 10%.

La notificación de Chikungunya disminuyó con la entrada de Zika al País, sin embargo sigue siendo alta (2067 casos) 21,4% del total de Arbovirosis.

Zika es un evento de importancia mundial que llega a Colombia en Octubre de 2015 y llega a su pico máximo de notificación en las primeras semanas del año 2016, hace un segundo pico en semana Santa hacia la semana 13 y la epidemia se cierra hacia Agosto del 2016 continuando la endemia y la notificación se mantienen constante en el resto del año.

En Agosto de 2016 el Ministerio de Salud cierra la Epidemia por virus Zika teniendo en cuenta el comportamiento de la enfermedad a nivel internacional y queda abierta la endemia, donde aclaran que se seguirán presentando casos pero en un nivel más bajo de notificación.

Los eventos denominados enfermedades transitidas por vectores tiene una dinámica nacional, que si bien no tienen en Bogotá una transmisión activa, si muestran la exposición a los mismos que tienen las personas residentes en la capital de la República, los cuales a través de sus desplazamientos a diferentes lugares del país se conviertene en población susceptible en zonas de transmisión activa, aunque algunos casos sean remitidos por nivel de complejidad para ser atendidos en Bogotá donde estos casos llegan inicialmente a ser tratados, ya sea por una complicación o por un diagnóstico primario.

Se percibe que las enfermedades con mayor número de notificación a nivel de Bogotá D.C., corresponden a Leishmaniosis, Malaria y Chagas, en su orden respectivo para este analisis, en algunos casos con dificultades en la notificación, puesto que aún no siendo área de transmisión activa para estos eventos se registran algunos como procedentes de Bogotá, esto vislumbra el desconocimiento por parte de todo el personal que maneja la salud y de las características de transmisión de estos, adicionalmente, se evidencia confusión a la hora de la notificación de los eventos transmitidos por vectores (Dengue, Leishmania, Chagas, Malaria y Fiebre Amarilla; Chiucnguya y Zika), generando reportes erróneos que se reflejan en las inconsistencias en las bases de datos que se generan en el grupo de enfermedades Transmisibles de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, con respecto a la cantidad de tratamientos suministrados vs notificaciones realizadas, en donde se observa que no se esta notificando en su totalidad al Sivigila pero si al programa para recibir tratamientos.

Es importante resaltar el proceso de control de la Malaria, patologia que con el paso de los años a disminuido sensiblemente su presencia en el Distrito capital y muestra como las acciones del programa nacional han impactado sobre la pobalción en general que se traslada a areas endemo epidemicas.

La oportunidad de mejora en la cual haya siempre una vigilancia constante de estos eventos en el Distrito Capital, hace que haya mayor confiabilidad y capacidad de realimentación con otros departamentos, adicionalmente nos muestra la realidad y la capacidad de afectación de estas enfermedades pudiéndonos mostrar su comportamiento para así tener información verídica y confiable de cada uno de los casos que lleguen a la ciudad , de tal manera que contribuya a su reconocimiento y control a nivel social en el Distrito Capital.

Conclusiones

A semana 52 de 2016 se notificaron 9656 casos por arbovirosis de tipo febril como son el dengue, chikungunya y zika.

La edad no tiene relación para adquirir la infección ya que todos somos susceptibles de adquirir la enfermedad, sin embargo en cuanto al sexo se ven más afectadas las mujeres lo que se puede deber a que el mosquito es principalmente urbano y domiciliario, por lo tanto es la mujer quien permance más tiempo en los hogares y podría presentar mayor riesgo de infección.

Los departamentos de mayor procedencia de ocurrencia de los casos de Bogotá, son Cundinamarca, Tolima y Meta y Huila.

Zika inicia su reporte en Octubre de 2015; en el 2016 en las primeras semanas del año hace su pico máximo de la epidemia y en Agosto se declara el cierre de la epidemia continuando con la endemia.

Se confirma la asociación del virus Zika con complicaciones de tipo neurológico y defectos congénitos como microcefalia, microftalmia, espina bífida, hidrocéfalos congénitos entre otras.

Durante el 2016 se confirmó la relación de Zika con la presentación de microcefalias, defectos congénitos en recien nacidos de madres expuestas al virus *Zika* y el desarrollo de Síndromes neurológicos en población general lo cual se corrobora en la notificación de Bogotá durante el 2016 con 59 casos de defectos congénitos y 57 casos de síndromes neurológicos que se encuentran en estudio desde el nivel nacional.

Se desarrollo el Plan Operativo de respuesta ante la emergencia en salud pública Internacional por virus *Zika,* con acciones desde diferentes dependencias del nivel sectorial como intersectorial para la implementación de acciones de promoción, prevención, fortalecimiento en la atención y seguimiento de gestantes y bebés con sospecha o confirmados por virus Zika ante el desarrollo de malformaciones congénitas.

Recomendaciones

Dirigir las acciones desde gestión del riesgo y autocuidado a toda la población cuando hayan desplazamientos desde el Distrito Capital hacia áreas endémicas y/ o el ingreso de población susceptible hacia Bogotá. D.C, para que haya conocimiento de estas enfermedades respecto al modo de transmisión, reservorios, sintomatología y medidas preventivas;
Fortalecer el proceso de inducción y capacitación al personal de salud en adherencia a lineamientos, guías y protocolos de manejo dando énfasis en Zika para gestantes y Guillain Barré al igual que para dengue Establecer mecanismos de verificación y realimentación con las localidades emitiendo boletines mensuales de la estadística local, que sea útil para los ajustes de casos y toma de decisiones por parte de las UPGD notificadoras y de otras áreas de la Secretaría que comparten intervenciones comunes en ETV

Conocer y apropiar por parte de la EAPB e IPS el protocolo de atención para enfermedades trasmitidas por vectores y establecer un proceso de seguimiento a la adherencia en la aplicación del protocolo por parte de los profesionales de salud y administrativos del área de referencia y contra referencia.

Fortalecimiento del diagnóstico por parte del laboratorio de salud pública en las diferentes arbovirosis para que haya oportunidad en el diagnóstico y ajuste de casos.

Continuar con el seguimiento a gestantes y los bebes nacidos de madres sospechosas y/o confirmadas con infección por virus Zika, para evitar mayores complicaciones y prestar un mejor servicio de atención en Salud garantizando la atención con calidad para aquellos que presenten algún defecto congénito desarrollado por este virus.

Realizar capacitaciones a las 20 Localidades del Distrito Capital, de manera trimestral con respecto al comportamiento, y manejo clínico de las

Enfermedades Transmitidas por Vectores, junto con la forma y el diligenciamiento de las fichas únicas de notificación.

Mantener activo el proceso de vigilancia mediante personal que realice el seguimiento constante de dichos eventos.

Difundir información necesaria a toda la población para que haya conocimiento de estas enfermedades en su modo de transmisión, reservorios, sintomatología y medidas preventivas; cuando hayan desplazamientos desde el Distrito Capital hacia áreas endémicas y/ o el ingreso de población susceptible hacia Bogotá. D.C.

Capacitar a todo el personal médico y que tenga que ver con salud, para la identificación, el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades para que no se generen mortalidades atribuidas a estos eventos que de una u otra manera se pueden intervenir

4.7. Comportamiento de los eventos de Crónicas

Cancer en Menores de 18 años

Análisis realizados:

Se realizó un análisis básico de la totalidad de notificaciones a manera de diagrama de flujo.
Se realizó un análisis descriptivo ampliado para las notificaciones realizadas de personas residentes en Bogotá.
Se calcularon indicadores de oportunidad para cada evento siguiendo las indicaciones de los protocolos nacionales de vigilancia en salud pública para los eventos.

En total, fueron notificados 751 menores de 18 años al sistema SIVIGILA con el diagnóstico probable o confirmado de cáncer durante 2016. De estos, 370 (49.3%) eran registros de menores residentes en Bogotá, luego de eliminar duplicación.

La siguiente ilustracion Figura muestra el número de registros (filas) presentes en la base de SIVIGILA analizada y el proceso de depuración hasta alcanzar el objetivo de menores de 18 años residentes en Bogotá.

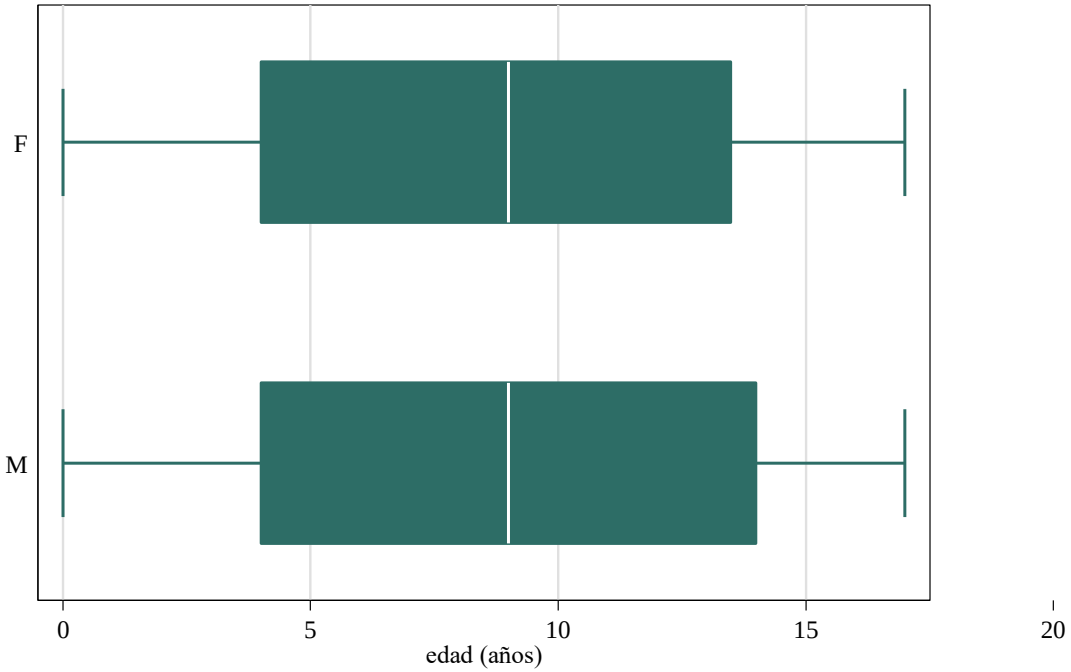
Durante el seguimiento y hasta el cierre definitivo de la base (marzo 2017), un total de 302 menores de 18 años (equivalentes al 40.2% del total de registros iniciales y 44.5% luego de la depuración por duplicados) residentes en Bogotá tuvieron diagnóstico confirmado de cáncer. La distribución de estos casos fue similar según sexo, entre las niñas hubo una proporción aparentemente mayor de muerte (31.2%), al comparar con niños (24.1%), aunque no se encontraron diferencias estadísticas significativas (Pearson chi2(1) = 1.9593; p = 0.162).

Ilustración 3. Registros totales y personas notificadas por el evento 115 (cáncer en menores de 18 años) según sexo, sitio de residencia, estado vital y tipo de caso,2016.

Las edades de los pacientes menores de 18 años con cáncer confirmado abarcaron el rango completo de 0 a 17 años. La edad mediana fue de 9 años (RIC: 4-14) y la media de 8.7 años (DE=5.4 años). Los casos confirmados tenían una mayor probabilidad de tener menos de 5 años (n=91; 30.1%) o de 10-14 (n=80; 26.5%) que estar en los grupos de 5-9 años (n=72; 23.8%) o de 15 a 17 (n=58; 19.5%); aunque este último grupo solo tienen tres años de amplitud).

La distribución de la edad según sexo se muestra en en siguiente grafico Esta variable se comporta de forma similar en niñas (F) y niños (M). De hecho, no hay evidencia de diferencia estadística en el valor mediano de la edad (Pearson chi2(1) = 0.2773, *p*= 0.598).

Grafico 146. Edad de los pacientes según sexo. Evento cáncer en menores de 18 años.



La siguiente Tabla muestra las notificaciones de menores de 18 años con cáncer confirmado residentes en Bogotá, según periodo epidemiológico basado en la notificación.

Tabla 92. Distribución de casos de cáncer en menores de 18 años residentes en Bogotá, según periodo epidemiológico de la fecha de notificación, 2016

Periodo	N	%	% Acumulado
1	26	8,6	8,6
2	22	7,3	15,9
3	20	6,6	22,5
4	28	9,3	31,8
5	18	6,0	37,7
6	15	5,0	42,7
7	28	9,3	52,0
8	32	10,6	62,6
9	26	8,6	71,2
10	15	5,0	76,2
11	31	10,3	86,4
12	25	8,3	94,7

13	16	5,3	100,0
Total	302	100	

La siguiente tabla muestra la distribución de los mismos casos, según tipo histológico de tumor. Hubo predominio de la leucemia linfoide aguda y linfomas sobre otros tipos de enfemedad maligna.

Tabla 93. Distribución de casos de cáncer en menores de 18 años residentes en Bogotá, según tipo de tumor de la fecha de notificación, 2016

Tipo de tumor		N	%	% Acumulado
1	Leucemia linfoide aguda	97	32,1	32,1
4	Linfomas y neoplasias ret_endoteliales	38	12,6	44,7
5	SNC	34	11,3	56,0
14	Otras no especificadas	30	9,9	65,9
10	Óseos malignos	21	7,0	72,8
2	Leucemia mieloide aguda	16	5,3	78,1
6	Neuroblastoma y otros sistema nerv perif	14	4,6	82,8
11	Sarcoma tejidos blandos y extra óseos	14	4,6	87,4
12	Tumores germinales trofoblasticos y ..	11	3,6	91,1
8	Tumores renales	8	2,6	93,7
3	Otras leucemias	7	2,3	96,0
7	Retinoblastoma	7	2,3	98,3
9	Tumores hepáticos	3	1,0	99,3
13	Tumores epiteliales malignos y melanoma	2	0,7	100,0
Total		302	100,0	

Los diagnósticos fueron nuevos en 281 (93.0%) casos y recaídas en 21 (7.0%). La tasa de incidencia (casos nuevos) específica de cáncer (confirmado) para menores de 18 años fue de 12.9 casos nuevos por 100,000 personas-años en Bogotá durante 2016.

Tabla 94.Casos de cáncer confirmados en menores de 18 años residentes en Bogotá y tasas de incidencia específicas, según localidad de residencia y estado vital notificado al final del seguimiento.

LOCALIDAD		POBLACION	VIVOS		MUERTES		TOTAL	TIE
			N	%	N	%		
1	Usaquén	105.582	12	75,0	4	25,0	16	15,2
2	Chapinero	22.226	7	70,0	3	30,0	10	45,0
3	Santafe	26.306	4	66,7	2	33,3	6	22,8
4	San Cristobal	120.817	14	82,4	3	17,6	17	14,1
5	Usme	114.786	9	64,3	5	35,7	14	12,2
6	Tunjuelito	52.259	9	81,8	2	18,2	11	21,0
7	Bosa	225.304	16	57,1	12	42,9	28	12,4
8	Kennedy	336.017	28	82,4	6	17,6	34	10,1
9	Fontibòn	103.259	15	88,2	2	11,8	17	16,5
10	Engativa	215.495	17	77,3	5	22,7	22	10,2
11	Suba	330.328	32	78,0	9	22,0	41	12,4
12	Barrios Unidos	53.484	4	66,7	2	33,3	6	11,2
13	Teusaquillo	24.134	7	100,0	0	0,0	7	29,0
14	Martires	22.348	3	60,0	2	40,0	5	22,4
15	Antonio Nariño	28.869	4	100,0	0	0,0	4	13,9
16	Puente Aranda	52.298	4	50,0	4	50,0	8	15,3
17	Candelaria	4.764	1	100,0	0	0,0	1	21,0
18	Rafael Uribe	101.876	9	81,8	2	18,2	11	10,8
19	Ciudad Bolivar	243.751	13	61,9	8	38,1	21	8,6
20	Sumapaz	2.375	0	NA	0	NA	0	0,0

TIE= Tasa de Incidencia específica por cáncer (confirmado) según localidad de residencia en menores de 18 años residentes en Bogotá. Se excluyeron del análisis 23 pacientes (dos por localidad de residencia no conocida y 21 por ser notificados por recaídas, y, por tanto, no ser casos nuevos. Ningún menor residente en Bogotá fue notificado por segundo primario. Los porcentajes indican la proporción de pacientes que continuaron vivos o fallecieron al final del seguimiento según la localidad.
Fuente: SIVIGILA, base definitiva 2016, cierre 10/03/17.

Por otro lado, la distribución de los menores residentes en Bogotá y con cáncer confirmado según tipo de seguridad social se muestra en la Tabla 3. El régimen contributivo tiene cerca del 80% de los casos, y junto al contributivo suma 94%.

Tabla 95. Distribución de los pacientes según régimen de seguridad social

REGIMEN SS	N	%	% ACUMULADO
Contributivo	238	78.81	78.81
Subsidiado	46	15.23	94.04
Especial	9	2.98	97.02
No asegurado	7	2.32	99.34
Excepción	2	0.66	100.00

Total	302	100.00	
SS, seguridad social			

Teniendo en cuenta solo a los regímenes contributivo y subsidiado, la distribución de los pacientes según determinadas características se muestra en la siguiente Tabla.

Tabla 96. Características seleccionadas de los menores de 18 años con cáncer residentes en Bogotá, según tipo de seguridad social.

Factor	Contributivo		Subsidiado		VALOR P
	N	%	N	%	
Estado vital					
Vivió	178	74.8	27	58.7	
Falleció	60	25.2	19	41.3	0.026
Grupo de edad					
0-4	70	29.4	15	32.6	
5-9	53	22.3	16	34.8	
10-14	65	27.3	10	21.7	
15-17	50	21.0	5	19.3	0.172 (E)
Recaída					
Sí	19	8.0	2	4.4	
No	219	92.0	44	95.6	0.306 (E)
Sexo					
Femenino	111	46.6	24	52.2	
Masculino	127	53.4	22	47.8	0.491
SS, seguridad social (E), valor exacto de *p*					

Tiempos de Oportunidad: siguiente tabla muestra el comportamiento de los indicadores del evento cáncer pediátrico solicitados en los protocolos de notificación. La oportunidad en la presunción diagnóstica (diagnóstico probable) y la oportunidad en confirmación diagnóstica (definitivo) son los indicadores de interés para este evento. Se hacen restricciones a los tiempos debido a aparentes dificultades en la interpretación de las fechas de interés para calcular estos tiempos.

Para el caso de oportunidad en diagnóstico probable se realiza análisis solo sobre 176 (58.3%) casos de los 302 posibles debido a la presencia de números negativos o dato ausente (n=1) en una de las fechas. El tiempo mediano entre las dos fechas que lo componen fue de 0 días (RIC=0-3), con valores que oscilaron de 0 a 84 días.

Para el caso de oportunidad en diagnóstico definitivo se realiza análisis solo sobre 279 (92.4%) casos de los 302 posibles debido a la presencia de números negativos en la diferencia. El tiempo mediano entre las dos fechas que lo componen fue de 7 días (RIC=1-3), con valores que oscilaron de 0 a 1143 días.

Tabla 97.Tiempos de oportunidad para cáncer en menores de 18 años residentes en Bogotá.

Indicador	Meta	Valor indicador acumulado a			
		Periodo 3	Periodo 6	Periodo 9	Anual acumulado
Oportunidad en la presunción diagnóstica (diagnóstico probable)	Alta: ≤ 2 días	33 (70.2%)	58 (67.4%)	92 (72.4%)	131 (74.4%)
	Media: 3-10	7 (14.9%)	17 (19.8%)	21 (16.6%)	26 (14.8%)
	Pobre: >10 días	7 (14.9%)	11 (12.8%)	14 (11.0%)	19 (10.8%)
Oportunidad en confirmación diagnóstica (definitivo)	Alta: ≤ 8 días	44 (66.7%)	81 (67.5%)	122 (59.8%)	151 (54.1%)
	Media: 9-15	10 (15.1%)	16 (13.3%)	34 (16.7%)	52 (18.7%)
	Pobre: >15 días	12 (18.2%)	23 (19.2%)	48 (23.5%)	76 27.2 %)

Discusión

Luego de eliminar duplicación (9.6% del total de notificaciones), se observó que cerca del 54% del total de pacientes notificados por las UPGD del Distrito eran residentes en la ciudad. Si se asume que los pacientes fueron seguidos apropiadamente hasta el final de la periodo en cuanto a estado vital, es decir, que no hay subregistro en los eventos “muerte” presentados entre los pacientes (residentes en Bogotá), o que los que sobrevivieron fueron seguidos por un tiempo similar, se puede apreciar que los pacientes del régimen contributivo estaban vivos en una mayor proporción que los del subsidiado y que esta diferencia es significativa (p=0.026). Teniendo en cuenta este tipo de seguridad social, no se encontraron diferencias estadísticas en la distribución de los pacientes según grupo de edad, consulta por recaída o sexo. Las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Santafe y Mártires son las que cuentan con mayor TIE en menores de 18 años residentes en Bogotá, según la notificación.

La interpretación de esta diferencia estadística en estado vital debe ser analizada con precaución. Algunos factores pueden influenciar este resultado y requieren un análisis de múltiples variables simultaneas, por ejemplo, el estado de ingreso del paciente (clasificación clínica del tumor), proporción de enfermedad específica, comorbilidad, entre otras. Ahora bien, otros factores que pueden influir desde el propio sistema se relacionan a atención, disponibilidad de medicamentos y seguimiento del paciente, entre otras.

Es de anotar que parecen existir dificultades en la interpretación de las variables que muestran oportunidad por varias razones: debe aclararse el periodo de interés si el paciente notificado ya tenía un diagnóstico previo, por tanto, aclarar, por ejemplo, que la fecha de consulta sea de la recaída y no del primer diagnóstico, esto porque los tiempos pueden no ser comparables si unas UPGD notifican una fecha u otra según su propia interpretación de la pregunta, lo que finalmente lleva a que haya casos en los que las diferencias de tiempos lógicos da un resultado negativo, es decir, la fecha de consulta es menor que la del diagnóstico probable o el diagnóstico definitivo sea antes enj tiempo que el

presuntivo. En otros casos, por ejemplo, si no hay recaídas pueden existir otros errores como la digitación inadecuada.

Cáncer de Mama

En total, fueron notificados 1001 registros de personas al sistema SIVIGILA con el diagnóstico confirmado de cáncer de mama o cuello uterino durante 2016. De estos, 36 (3.6%) eran registros de personas residentes en Bogotá, luego de eliminar duplicación.

La siguiente ilustaracion muestra el número de notificaciones en Bogotá por el evento 155 presentes en la base de SIVIGILA analizada y el proceso de depuración hasta alcanzar el objetivo de residentes en Bogotá.

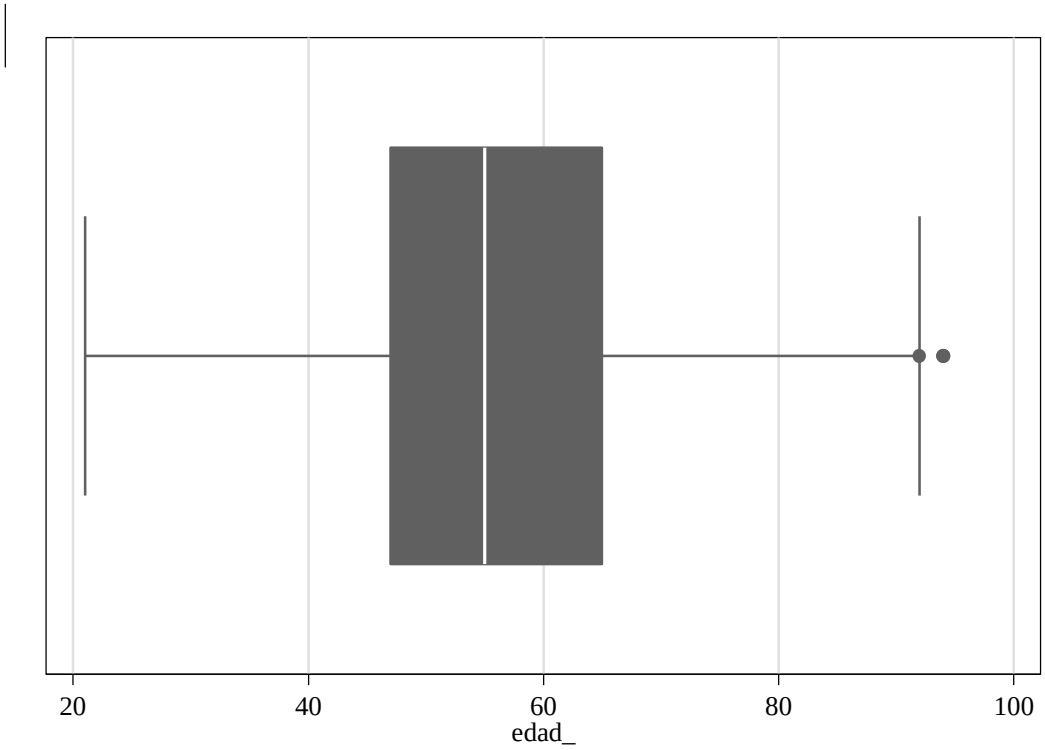
Durante el seguimiento y hasta el cierre definitivo de la base (marzo 2017), un total de 800 personas (equivalentes al 79.9% del total de registros iniciales y 82.9% luego de la depuración por duplicados) eran residentes en Bogotá (se recuerda que todos ingresan confirmados por el protocolo 2016). Cabe destacar que un registro era de una persona de sexo masculino (mama) y se encontraba clasificado de forma errónea en esa variable.

Ilustración 4. Registros totales y personas notificadas por el evento 155 (cáncer de mama y cuello uterino) según sitio de residencia, estado vital y tipo de caso, 2016.

Cáncer de Mama Residentes en Bogotá, 2016:
La edad mediana de las personas con cáncer de mama confirmado fue de 55 años (RIC: 47-65) y la media de 56.7 años (DE=13.4). Un hombre se cuenta dentro de este grupo.

La distribución de la edad de los pacientes con cáncer de mama se muestra en la siguente Figura.

Grafico 147. Distribución de edad de las personas residentes en Bogotá con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, 2016(1). (Evento 155)



Estos datos incluyen un paciente masculino con el diagnóstico muestra las notificaciones por cáncer de mama según periodo epidemiológico.

Tabla 98. Distribución de casos confirmados de cáncer de mama en residentes en Bogotá, según periodo epidemiológico de la fecha de notificación (2016).

Periodo	N	%	% Acumulado
1	0	0,0	0,0
2	1	0,3	0,3
3	5	1,3	1,6
4	17	4,4	6,0
5	23	6,0	11,9
6	34	8,8	20,8
7	32	8,3	29,1
8	51	13,2	42,3
9	42	10,9	53,2
10	51	13,2	66,5
11	45	11,7	78,2
12	33	8,6	86,8

13	51	13,2	100,0
Total	385	100,0	

Por otro lado, la siguiente Tabla muestra el predominio de los cánceres ductal e infiltrante en los pacientes con cáncer de mama residentes en Bogotá.

Tabla 99. Distribución de casos confirmados de cáncer de mama en residentes en Bogotá, según características histopatológicas, 2016

Variable	N	%	% Acumulado
Resultado biopsia			
1-Ductal	364	94.5	94.5
2-Lobulillar	20	5.2	99.7
Sin información	1	0.3	100.0
Grado histopatológico			
1-*In situ*	51	13.2	13.2
2- Infiltrante	322	83.6	96.8
3- No indicado	12	3.2	100.0

Ahora bien, en la Tabla 8 se muestra la distribución de los casos confirmados de cáncer de mama según localidad de residencia en Bogotá.

Tabla 100. Casos de cáncer de mama confirmados en residentes en Bogotá, 2016.

Localidad		N	%	% acumulado
1	Usaquén	32	8,3	8,3
2	Chapinero	5	1,3	9,6
3	Santafe	6	1,6	11,2
4	San Cristobal	20	5,2	16,4
5	Usme	11	2,9	19,2
6	Tunjuelito	8	2,1	21,3
7	Bosa	21	5,5	26,8
8	Kennedy	58	15,1	41,8
9	Fontibòn	24	6,2	48,1
10	Engativa	46	11,9	60,0
11	Suba	49	12,7	72,7
12	Barrios Unidos	6	1,6	74,3
13	Teusaquillo	12	3,1	77,4
14	Martires	9	2,3	79,7
15	Antonio Nariño	8	2,1	81,8
16	Puente Aranda	19	4,9	86,8
17	Candelaria	2	0,5	87,3
18	Rafael Uribe	15	3,9	91,2
19	Ciudad Bolivar	11	2,9	94,0
20	Sumapaz	0	0,0	94,0

99	No conocida	23	6,0	100,0
Total		385	100,0	

Por otro lado, la distribución de las personas con diagnóstico confirmado residentes en Bogotá según el régimen de seguridad social se muestra en la Tabla siguiente.

Tabla 101. Distribución de los pacientes con cáncer confirmado de mama según régimen de seguridad social, residentes en Bogotá, 2016

REGIMEN SS	N	%	% ACUMULADO
Contributivo	316	82.0	82.0
Especial	43	11.2	93.2
Subsidiado	24	6.2	99.4
Indeterminado	1	0.3	99.7
No asegurado	1	0.3	100.0
Total	385	100.0	
SS, seguridad social			

Tiempos de Oportunidad: La siguiente Tabla muestra el comportamiento de los indicadores del evento cáncer de mama solicitado en los protocolos de notificación. La oportunidad para “implantar” el tratamiento de cáncer de mama es el indicador de interés para este evento. Se hacen restricciones al número de personas para el análisis debido a aparentes dificultades en la interpretación de las fechas de interés.

De los 385 casos hay datos para cálculo de oportunidad en 272 (70.1%) personas, sin embargo, en 69 (25.4%) de ellos existen valores negativos, lo que presume diferentes interpretaciones en las fechas o errores en la digitación de las fechas. Por tanto se realiza análisis para los restantes 203 pacientes. Una vez más incluso con esta restricción existen datos de más de 1000 días lo que implica la necesidad de una revisión adicional. El tiempo mediano entre las dos fechas que lo componen fue de 14 días (RIC=8-28), con valores que oscilaron de 0 a 1831 días.

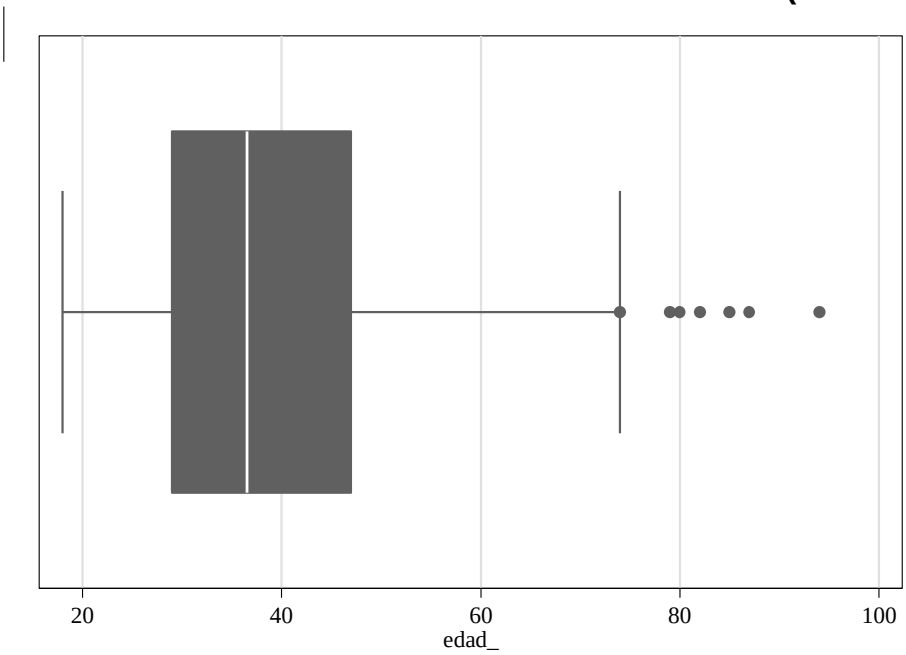
Tabla 102. Tiempos de oportunidad para cáncer de mama en residentes en Bogotá, 2016.

Indicador	Meta	Valor indicador acumulado a			
		Periodo 3	Periodo 6	Periodo 9	Anual acumulado
oportunidad para “implantar” el tratamiento	Alta: ≤ 30	0 (0.0%)	20 (66.7%)	80 (79.2%)	156 (76.9%)
	Media: 31-45	1 (100.0%)	1 (3.3%)	4 (4.0%)	11 (5.4%)
	Pobre: >45 días	0 (0.0%)	9 (30.0%)	17 (16.8%)	36 17.7 %)

Cáncer de Cuello Uterino residentes en Bogotá, 2016

La edad mediana de las personas con cáncer de cuello uterino confirmado fue de 36.5 años (RIC: 29-47) y la media de 39.6 años (DE=13.4). La distribución de la edad de las mujeres con cáncer de cuello uterino se muestra en la Figura 5. Se observan valores que oscilan entre 18 y 94 años.

Grafico 148. Distribución de edad de las mujeres residentes en Bogotá con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello uterino.2016. (Evento 155)



La siguiente Tabla muestra las notificaciones por cáncer de cuello uterino según periodo epidemiológico.

Tabla 103. Distribución de casos confirmados de cáncer de cuello uterino en residentes en Bogotá, según periodo epidemiológico de la fecha de notificación, 2016.

Periodo	N	%	% Acumulado
1	0	0,0	0,0
2	18	4,4	4,4
3	8	2,0	6,3
4	32	7,8	14,1
5	27	6,6	20,7
6	43	10,5	31,2
7	36	8,8	40,0
8	37	9,0	49,0
9	32	7,8	56,8
10	39	9,5	66,3
11	56	13,7	80,0
12	55	13,4	93,4
13	27	6,6	100,0
Total	410	100,0	

Por otro lado, la Tabla siguiente muestra el predominio de los cánceres ductal e infiltrante en los pacientes con cáncer de cuello uterino residentes en Bogotá.

Tabla 104. Distribución de casos confirmados de cáncer de cuello uterino en residentes en Bogotá, según características histopatológicas, 2016*

Variable	N	%	% Acumulado
Toma de biopsia exocervix			
1-Sí	375	91.5	91.5
2-No	35	8.5	100.0
Resultado exocérvix			
1-LEI-AG	275	73.3	73.3
2-Carc. escamoso	100	26.7	100.0
Grado histopatológico			
1- In situ	150	71.8	71.8
2- Infiltrante	59	28.2	100.0
3- No indicado	198	Se omite del %	
Toma de biopsia endocérvix			
1-Sí	119	29.0	29.0
2-No	291	71.0	100.0
Resultado endocérvix: adenocarcinoma			
1-Positivo	62	52.1	52.1
2-Negativo	57	47.9	100.0
Grado histopatológico			
1- In situ	35	52.2	52.2

2- Infiltrante	32	47.8	100.0
3- No indicado	51	Se omite del %	
* hay errores en el llenado de variables histopatológicas. (ver discusión)			

Ahora bien, en la Tabla siguiente se muestra la distribución de los casos confirmados de cáncer de cuello uterino según localidad de residencia en Bogotá.

Tabla 105. Casos de cáncer de cuello uterino confirmados en mujeres residentes en Bogotá, 2016.

Localidad		N	%	% acumulado
1	Usaquén	11	2,7	2,7
2	Chapinero	5	1,2	3,9
3	Santafe	6	1,5	5,4
4	San Cristobal	13	3,2	8,5
5	Usme	9	2,2	10,7
6	Tunjuelito	6	1,5	12,2
7	Bosa	14	3,4	15,6
8	Kennedy	29	7,1	22,7
9	Fontibòn	4	1,0	23,7
10	Engativa	25	6,1	29,8
11	Suba	23	5,6	35,4
12	Barrios Unidos	4	1,0	36,3
13	Teusaquillo	1	0,2	36,6
14	Martires	1	0,2	36,8
15	Antonio Nariño	4	1,0	37,8
16	Puente Aranda	4	1,0	38,8
17	Candelaria	1	0,2	39,0
18	Rafael Uribe	8	2,0	41,0
19	Ciudad Bolivar	15	3,7	44,6
20	Sumapaz	0	0,0	44,6
99	No conocida	227	55,4	100,0
Total		410	100,0	

Por otro lado, la distribución de las personas con diagnóstico confirmado residentes en Bogotá según el régimen de seguridad social se muestra en la Tabla siguiente.

Tabla 106. Distribución de los pacientes con cáncer confirmado de cuello uterino según régimen de seguridad social, residentes en Bogotá, 2016

REGIMEN SS	N	%	% ACUMULADO
Subsidiado	244	59.5	59.5
Contributivo	144	35.1	94.6
Especial	14	3.4	98.0

Excepción	5	1,2	99.3
No asegurado	3	0.7	100.0
Total	410	100	
SS, seguridad social			

Tiempos de Oportunidad: La Tabla siguiente muestra el comportamiento de los indicadores del evento cáncer de cuello uterino solicitado en los protocolos de notificación. La oportunidad para "implantar" el tratamiento de cáncer de cuello uterino es el indicador de interés para este evento. Se hacen restricciones al número de personas para el análisis debido a aparentes dificultades en la interpretación de las fechas de interés.

De los 410 casos de ccu hay datos para cálculo de oportunidad en 103 (25.1%) personas, sin embargo, en 97 (25.4%) de ellos existen valores negativos, lo que presume diferentes interpretaciones en las fechas o errores en la digitación. El tiempo mediano entre las dos fechas que lo componen fue de 21 días (RIC=6-34), con valores que oscilaron de 0 a 186 días.

La Tabla muestra el ejercicio de medición de oportunidades según valor de indicador

Tabla 107Tiempos de oportunidad para cáncer de cuello uterino en residentes en Bogotá, 2016.

Indicador	Meta	Valor indicador acumulado a			
		Periodo 3	Periodo 6	Periodo 9	Anual acumulado
oportunidad para "implantar" el tratamiento	Alta: ≤ 30	3 (100.0%)	14 (77.8%)	37 (86.0%)	74(71.8%)
	Media: 31-45	0 (0.0%)	2 (11.1%)	3 (7.0%)	12 (11.7%)
	Pobre: >45 días	0 (0.0%)	2 (11.1%)	3 (7.8%)	17 (16.5%)

Discusión

Existe un subregistro para ambos tipos de cáncer que es evidente si se realiza un ejercicio con el número de casos y muertes esperadas para el año (datos no mostrados). Una explicación de esta situación es el inicio tardío de la notificación en 2016, según estos datos la notificación inició formalmente después del primer periodo epidemiológico, sin embargo, esta situación, más el hecho de ser eventos nuevos, podrían no explicar el subregistro por completo. Similar al caso de los cánceres pediátricos, para este evento cabe anotar que existen dificultades en la interpretación de las variables que muestran oportunidad, hacen falta variables que permitan mejorar los análisis o, al menos, una aclaración más operativa de lo que significan los tiempos y otras variables.

Considero que, aunque es una aproximación, los tiempos de oportunidad encontrados aquí, luego de múltiples filtros, no solo no representan lo sucedido en residentes de la ciudad de Bogotá, sino que incluso en los sujetos aportantes de información de fechas, la interpretación de la variable pudo estar errada en los notificadores. Ahora, el subregistro hace que el cálculo de tasas para estos dos cánceres estuviesen sesgadas si se hubiesen calculado.

Para el caso de cáncer de cuello uterino, algunas pacientes que aparecen sin toma de biopsia de exocérvix tienen resultado de grado histopatológico "*in situ*" o infiltrante (n=9) y algunos LEI-AG aparecen como infiltrantes (n=7) . No es claro el significado de "no indicado"

4.8. Comportamiento de la mortalidad materna y perinatal.

Como fuente de información para el análisis de los eventos se tomaron las bases de nacimientos y defunciones del Registro Único de Afiliados (RUAF) y las bases SIVIGILA hasta semana epidemiológica 52 de 2016. Estas bases fueron depuradas y procesadas calculando frecuencias absolutas y relativas de acuerdo a las tablas establecidas por el INS para las categorías de mujer, familia, comunidad y sistema de salud. Se graficaron las tendencias y se analizó el comportamiento de la notificación de estos eventos.

La depuración de la base SIVIGILA hasta semana epidemiológica 52 de 2016 para mortalidad perinatal comprendió la exclusión de 353 casos con residencia de otros municipios y 1 caso duplicado, consolidando una base con 1405 casos que incluyen 847 muertes fetales, 347 muertes neonatales tempranas y 211 muertes neonatales tardías.

Para el evento de defectos congénitos se excluyeron 347 casos con residencia de otros municipios y se consolido una base con 1495 casos.

Para el evento de Morbilidad Materna Extrema, se contó un total de 6428 casos notificados de los cuales 1153 fueron descartados por ser residentes de municipios y ciudades diferentes a Bogotá, se descartan 230 casos por ajuste y notificación duplicada. Finalmente, a partir de la depuración general de la base se consolidaron 5045 casos.

Para el evento de Mortalidad Materna, la depuración permitió identificar un total de 59 casos notificados, de los cuales 21 pertenecían a otras ciudades fuera del Distrito, los 37 casos restantes corresponden a 24 muertes maternas tempranas, 11 tardías y 2 casos de muerte por causa externa. Las bases fueron procesadas en Excel y los datos se analizaron de acuerdo al plan de análisis para los eventos en salud materna e infantil y las directrices del INS.

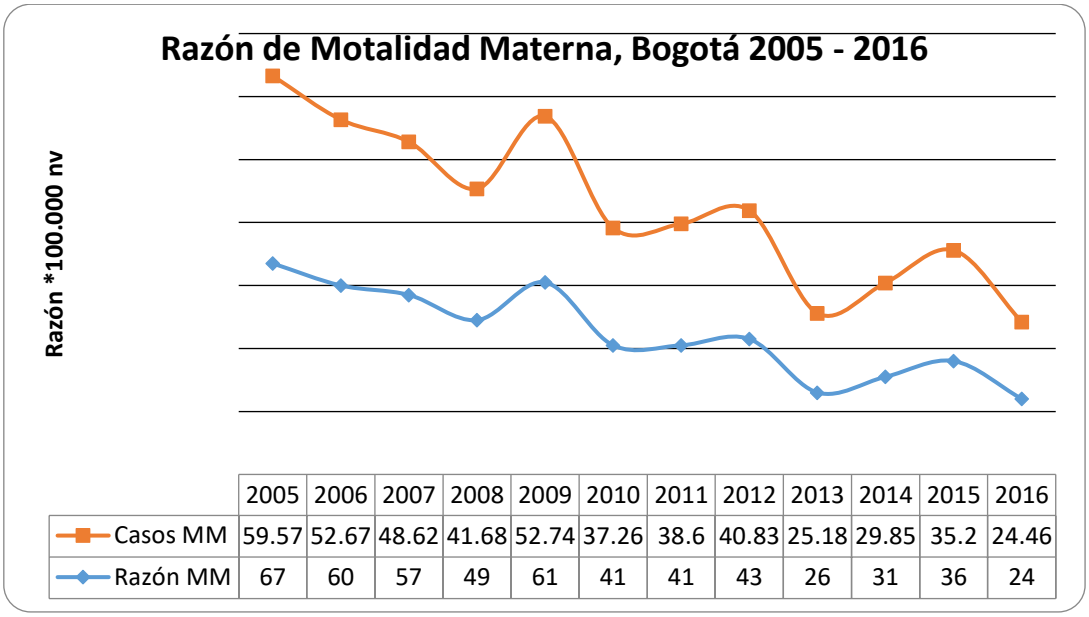
Comportamiento de la Notificación

A semana 52 del año 2016 fueron notificados al SIVIGILA un total de 59 casos, siendo el 63,7% residentes de Bogotá, Cundinamarca el 19%, Tolima, 8,6%, Barranquilla, Guainía, Boyacá, Choco y Córdoba con el 1,7% cada Ente Territorial, afirmando el papel del Distrito como centro de referencia nacional para el manejo obstétrico.

La notificación de la mortalidad materna para el año anterior 2016 presenta un máximo de dos casos para las semanas 6, 17, 34 y 43, el promedio semanal fue de 1,1 casos. Los meses donde se presentan la mayor frecuencia para los últimos cinco años muestra variabilidad siendo enero para los años 2012 y 2014 y el mes de octubre años 2012 y 2015 respectivamente.

La mortalidad materna en Colombia ha tenido un comportamiento hacia la reducción en un 58%, pasando de una razón de 59,5 en 2005 a 24,4 por 100.000 nacidos vivos al año 2016, siendo esta última razón las más baja del periodo analizado seguido del valor alcanzado para el año 2013 (RMM 25,1).

Grafico 149. Razón de Mortalidad Materna, Bogotá, D.C 2015 – 2016



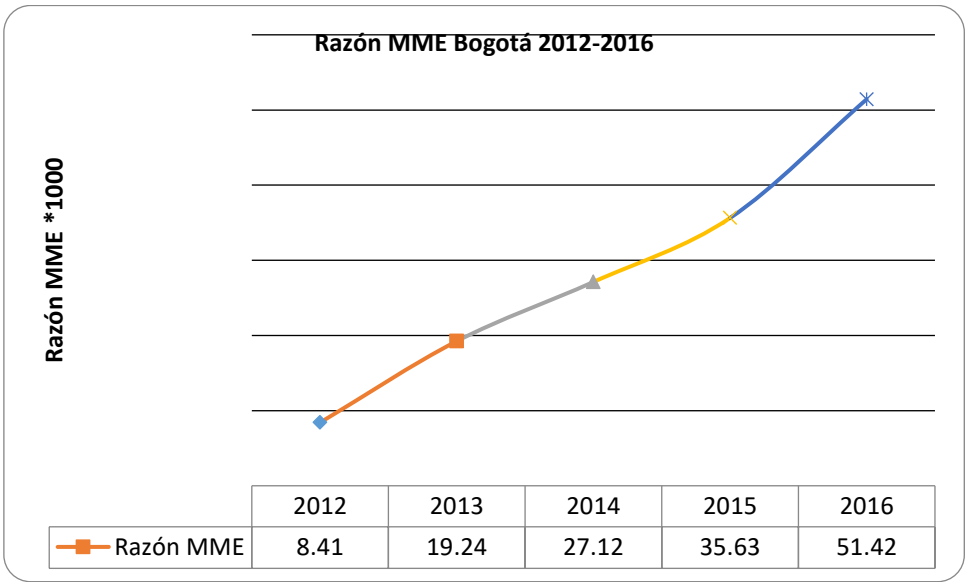
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos MM	59.57	52.67	48.62	41.68	52.74	37.26	38.6	40.83	25.18	29.85	35.2	24.46
Razón MM	67	60	57	49	61	41	41	43	26	31	36	24

FUENTE 2005 al 2013 .-Bases de datos DANE-RUAF definitivos hasta el año 2012, Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. 2014: Bases de datos DANE -RUAF-ND, actualizado agosto 2016 (publicación DANE de junio 30 2016 definitivos). 2015-2016: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares(Año 2015 ajustado marzo 2016 y 2016 ajustado enero 23 2017)

La vigilancia de la morbilidad materna extrema presenta un aumento de la notificación propia de la evolución de su implementación como evento indicador de la salud materna y la capacidad preventiva y resolutiva de los servicios de ginecobstetricia en el Distrito Capital, pasando de 882 casos para el primer año y una razón de 8,41 por 1.000 nacidos vivos para el año 2012, a tener una razón MME de 51,42 y una frecuencia de 5045 casos residentes en Bogotá durante el pasado 2016.

Siendo el aporte de la notificación de Bogotá el 28,7% de la notificación Nacional según informe del Instituto Nacional de salud a periodo XIII de 2016, la notificación Distrital cuenta con un porcentaje importante de casos residentes en otros entes territoriales, teniendo para el año 2012 un 9,7% de casos notificados residentes fuera de Bogotá, este porcentaje ha ido en creciendo así: año 2013 el 13,2% año 2014 el 14,2% año 2015 un 16,8% y 18% el 2016.

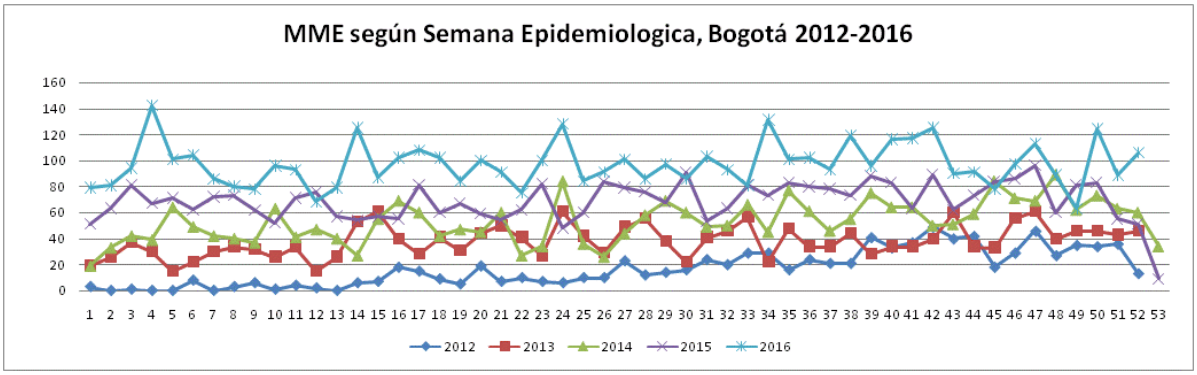
Grafico 150. Razón de la Morbilidad Materna Extrema, Bogotá, 2012 – 2016.



	2012	2013	2014	2015	2016
Razón MME	8.41	19.24	27.12	35.63	51.42

Fuente: Base de datos SIVIGILA evento 549, año 2016.

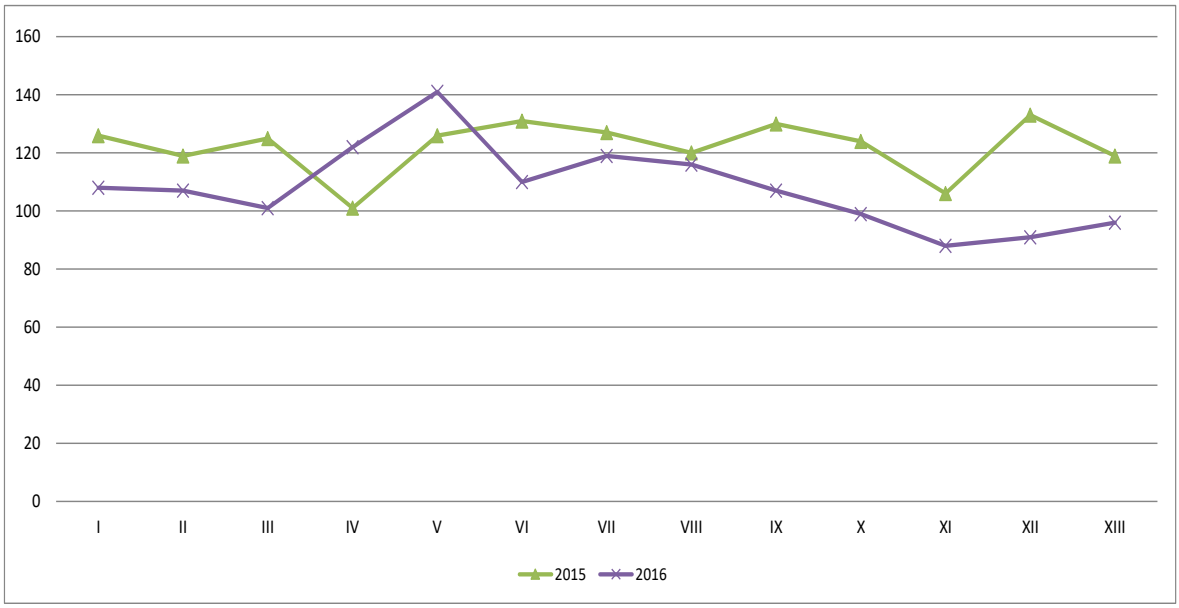
Grafico 151. Tendencia de la Morbilidad Materna Extrema, segun semana epidemiolofica, Bogotá 2012 - 2016



Fuente: Base de datos SIVIGILA evento 549, año 2016.

Según el comportamiento de la notificación de la MME por semana epidemiológica, los picos se han presentado en diferentes semanas y este comportamiento es homogéneo en los todos años analizados. Se presenta para el último año una mayor frecuencia para las semanas 34 (n=131), 24 (n=128) y 144 (n=125) con un promedio de 97 casos semanales.

Grafico 152. Mortalidad perinatal y neonatal tardía hasta semana epidemiológica 52, 2015 – 2016 Bogotá, D.C.

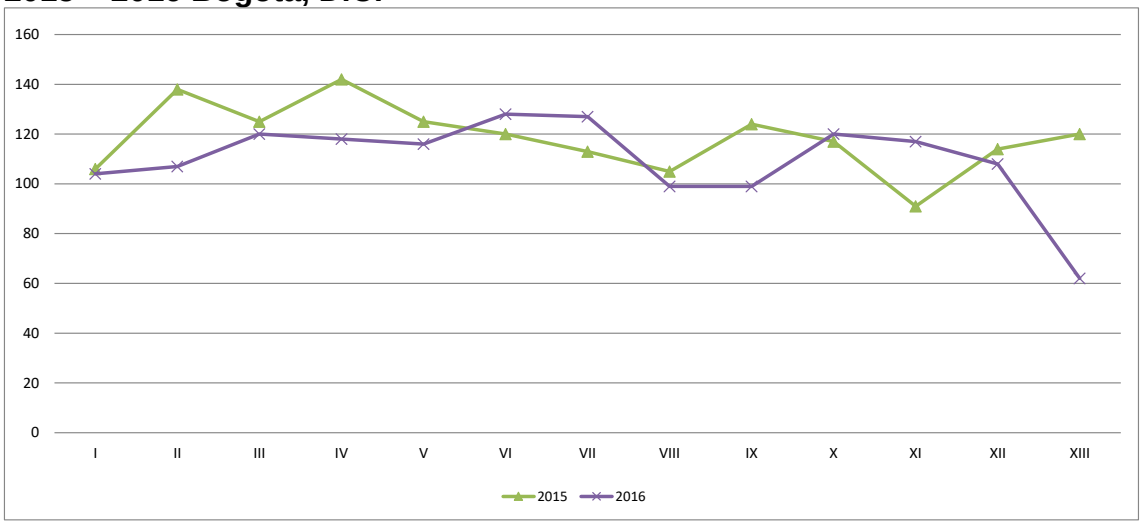


Fuente: Bases SIVIGILA Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía 2015 – 2016.

Con relación al evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, se evidenció una mayor notificación durante el periodo epidemiológico 5 en el año 2016 y en los periodos epidemiológicos VI, X y XII del año 2015. Al analizar la calidad de esta notificación el 0,7% de los casos fueron descartados y el 19.9% tuvieron ajuste específicamente en información relacionada con la caracterización de los casos. En el 4,5% de los casos no se realizó el diligenciamiento de la variable causa de muerte y en el 12% esta variable se dejó como no especificada. De manera mensual se hizo realimentación a las Unidades de Servicios de Salud para el diligenciamiento de la causa de muerte, errores en fechas de nacimiento mejoramiento en la integralidad de la información incluyendo aspectos como el inadecuado, documento de identidad, edad de la madre, certificado de defunción, aclaraciones en casos duplicados y descartados y notificación tardía.

Para el evento de defectos congénitos, se evidenció una mayor notificación durante los periodos epidemiológico VI y VII en el año 2016 y en los periodos epidemiológicos II y IV del año 2015 (Gráfico 6). Con relación a la calidad de esta notificación el 0,8% de los casos fueron descartados y el 30% tuvieron ajuste específicamente en información relacionada con la caracterización de los casos y los tipos de defectos. De manera mensual se hizo realimentación a las Unidades de Servicios de Salud para el diligenciamiento de códigos CIE 10 y descripción de las malformaciones, errores en fechas de nacimiento mejoramiento en la integralidad de la información incluyendo aspectos como el inadecuado, documento de identidad, edad de la madre, aclaraciones en casos duplicados y descartados y notificación tardía.

Grafico 153. Defectos congénitos hasta semana epidemiológica 52, 2015 – 2016 Bogotá, D.C.



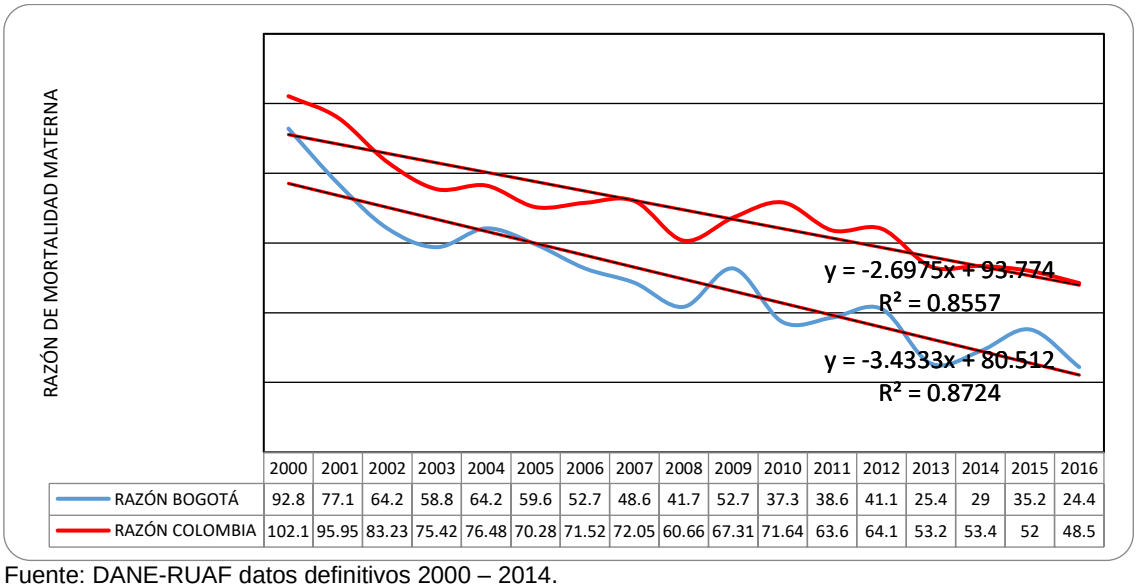
Fuente: Bases SIVIGILA Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía 2015 – 2016.

Concordancia de las Fuentes de Información

Con relación al evento de mortalidad perinatal se observa una concordancia del 93.1% entre la base SIVIGILA y la base RUAF.
Según los datos de EEVV (datos preliminares), SIVIGILA y los soportes de la realización de unidades de análisis, en el Distrito se presentaron un total de 24 muertes maternas con una razón de 24,4 por 100.000 NV, tomando como fuente la base de datos aplicativo web RUAF_ND, con corte a 18-04-2016.

Al realizar el análisis comparativo con el País, con relación a los eventos de mortalidad materna y perinatal, Bogotá ha mantenido un indicador por debajo del comportamiento nacional, con una reducción del 73,7% mientras Colombia presenta una reducción del 52,4% para los años 2000 a 2016.

Grafico 154. Comparativa razón de mortalidad materna Colombia y Bogotá D.C. 2000 - 2016



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RAZÓN BOGOTÁ	92.8	77.1	64.2	58.8	64.2	59.6	52.7	48.6	41.7	52.7	37.3	38.6	41.1	25.4	29	35.2	24.4
RAZÓN COLOMBIA	102.1	95.95	83.23	75.42	76.48	70.28	71.52	72.05	60.66	67.31	71.64	63.6	64.1	53.2	53.4	52	48.5

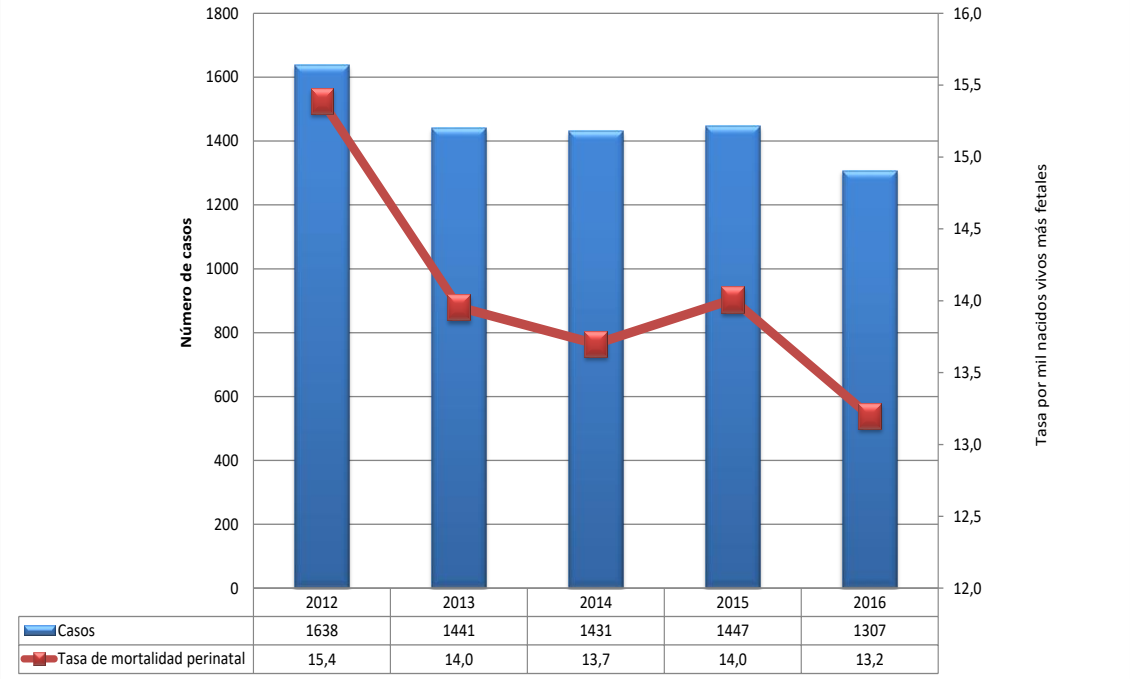
Fuente: DANE-RUAF datos definitivos 2000 – 2014.

Bases SDS-RUAF datos preliminares 2015 - 2016.

Mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal ha tenido una tendencia al descenso en el periodo analizado, pasando de una tasa de 15,4 muertes por 1.000 nacidos vivos más fetales en el 2012 a 13,2 muertes por 1.000 nacidos vivos más fetales en 2016.

Grafico 155. Casos y tasa de mortalidad perinatal en Bogotá, D.C., 2012 – 2016 Bogotá, D.C.



	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	1638	1441	1431	1447	1307
Tasa de mortalidad perinatal	15,4	14,0	13,7	14,0	13,2

Fuente: 2012-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-Finales 2015-2016: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (Año 2015 ajustado marzo 2016 y 2016 ajustado enero 23 2017).

FUENTE 2008 al 2011.- Bases de datos DANE-RUAF. -El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012 y 2011 actualizado 21-10-2013.

FUENTE 2012 -2014: Bases de datos SDS y RUAF. - Actualizado 2012 el 04-03-2013 -Actualizado 2013 13-01-2014.- Actualizado 2014 20-01-2015 Preliminares, Actualizado 2015 19-06-2015 Preliminares

NOTA: El aumento de las perinatales a partir del año 2008 se debe al incremento en el diligenciamiento de las muertes fetales por parte de las IPS por las capacitaciones permanentes de la SDS.

*Base con corte semana epidemiológica 21.

***: El denominador de la mortalidad Perinatal incluye el total de Nacidos Vivos más Fetales

Comportamiento de los Eventos

Mujer

Para los años 2015 y 2016, el grupo de edad con mayor afectación por mortalidad materna se encuentra entre las mujeres de más de 35 años, concentrando el 50% de sus defunciones maternas entre el grupo de las mujeres más jóvenes, específicamente menores de 25 años. Con respecto a las morbilidades extremas se encuentra las adolescentes menores de 15 años y el grupo mayores de 35 años con el indicador más negativo.

Tabla 108. Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema por grupos de edad, Bogotá, D.C. 2015 - 2016

Grupos de edad	Mortalidad materna temprana				Morbilidad materna extrema			
	2015	Razón	2016	Razón	2015	Razón	2016	Razón
Menor de 15 años	0	0	0	-	17	46,70	25	79,62
15 a 19 años	3	19,60	3	21,94	506	33,05	589	43,07
20 a 34 años	22	30,22	14	19,90	2412	33,13	3438	48,88
35 y más años	11	79,97	7	50,78	706	51,33	993	72,03
Total	36	35,22	24	24,46	3641	35,62	5045	51,42

Fuente: EE:VV - SIVIGILA 550 - 549, semana 52 año 2016.

Tabla 109. Mortalidad materna relacionada con el embarazo por grupos de edad, Bogotá, 2015 – 2016.

Grupos de edad	Suicidios		Homicidios		Accidentes de transito		Otras lesiones	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Menor de 15 años								
15 a 19 años		1			1	1		
20 a 34 años	1	1	2		1	2	1	1
35 y más años	1							
Total	2	2	2	1	2	3	1	1

Fuente: EE: VV - SIVIGILA 550 - 549, semana 52 año 2016.

Las defunciones maternas de causa externa presentan la mayor frecuencia por accidentes de tránsito, dos casos por suicidio consumado en menor de 19 años muerte tardía y de una muerte temprana entre grupo de 20 a 34 años.

Tabla 110. Mortalidad materna por suicidios según momento relacionado con la gestación, según área de residencia, Bogotá, 2016.

Grupos de edad	Durante la gestación				Post Parto			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Menor de 15 años								
15 a 19 años					1	7,31		
20 a 34 años	1	1,42						
35 y más años								
Total	1	1,42			1	7,31		

Fuente: SIVIGILA - RUAF Semana 52, año 2016

En cuanto al tipo de convivencia de los casos presentados de mortalidad materna el 56% de ellos convivían con su pareja, el 32% con algún miembro de su familia. En cuanto a las mortalidades tempranas el 66% vivían en unión libre, 16,6% casadas y solteras respectivamente. En lo relacionado con la escolaridad el 33% de las muertes tempranas tenían secundaria completa, 25% secundaria incompleta y en igual proporción primaria incompleta y profesional especializado con el 12,5%.

Tabla 111. Mortalidad materna (temprana + tardía) escolaridad y tipo de convivencia. Bogotá, 2016.

Tipo de convivencia Escolaridad	Cónyuge	Familia	Sola	Otro	Total
	21	12	3	1	37
Ninguno	0	1	2	0	3
Primaria	3	9	1	0	13
Secundaria	12	1	0	0	13
Superior	5	1	0	1	7
Sin información	1	0	0	0	1
Total	21	12	3	1	37

Fuente: Base SIVIGILA - Unidades de Análisis Distrital

Para los años 2015 y 2016, las muertes perinatales y neonatales tardías se presentaron en mayor proporción en el grupo de edad de 20 a 34 años. Sin embargo, las razones más altas de mortalidad se presentaron en los grupos de 35 y más años y 15 a 19 años.

Tabla 112. Comportamiento de las muertes perinatales y neonatal tardía por grupos de edad, Bogotá, D.C.

Grupo etario	Perinatal				Neonatal tardía			
	2015		2016		2015		2016	
	Número	Razón	Número	Razón	Número	Razón	Número	Razón
Menor de 15 años	11	29,5	9	28	3	8,1		0
15 a 19 años	220	14,2	183	13,3	26	1,7	25	1,8
20 a 34 años	899	12,2	800	11,3	122	1,7	140	2,0
35 y más años	223	16	202	14,5	29	2,1	46	3,3
Sin información								
Total	1353	14	1194	13,5	180	1,7	211	2,1

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016

Las muertes perinatales y neonatales tardías ocurrieron en su mayoría en mujeres que habían tenido entre 2 y 4 gestaciones y tenían entre 20 y 34 años.

Tabla 113. Comportamiento de las muertes maternas, mortalidad perinatal y MME por grupos de edad y paridad de los casos 2016.

GRUPOS DE EDAD	Mortalidad materna			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Morbilidad materna extrema		
	primigestantes	2 – 4 gestaciones	5 y más gestaciones	primigestantes	2 – 4 gestaciones	5 y más gestaciones	primigestantes	2 – 4 gestaciones	5 y más gestaciones
Menor de 15 años	0	0	0	8	1		25	0	0
15 a 19 años	3	0	0	150	58		442	91	6
20 a 34 años	5	9	0	368	537	35	1401	1925	112
35 y más	0	6	1	54	165	29	192	670	131
Total	8	15	1	580	761	64	2060	2686	249

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016.

Con relación a la mortalidad materna según ocupación, se evidenció que el 42% tenía empleo informal o independiente, 16% eran amas de casa, 13% estudiante, 12% vinculada a empleo formal y un caso sin dato.

Tabla 114. Morbilidad materna extrema según grupos de edad y criterios de inclusión, Bogotá, 2016.

Grupos de edad	**1 a 2 criterios**		**3 a 6 criterios**		**7 y más criterios**	
	Casos	**%**	**Casos**	**%**	**Casos**	**%**
Menor de 15 años	16	0,317	7	0,138	2	0,039
15 a 19 años	360	7,135	218	4,321	11	0,218
20 a 34 años	2089	41,407	1271	25,193	78	1,546
35 y más	500	9,91	458	9,078	35	0,693
Total	2965	58,769	1954	38,73	126	2,496

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016.

Se concentra el mayor número de casos entre las afectadas por 1 o 2 criterios de inclusión, destacando el porcentaje de menores de 19 años con afectación de 3 a 6 criterios con un gran compromiso de su salud. se encuentra una máxima de 12 criterios y un promedio de estancia hospitalaria de 4 días.

En mortalidad perinatal y neonatal tardía se observó un comportamiento similar; el 81,4% de las madres de estos niños y niñas había alcanzado la secundaria, el 10,6% la primaria, el 4,4% había cursado estudios universitarios y el 3,4% no tenía ningún nivel educativo. Para MME la variable nivel educativo no se puede establecer mediante la ficha de notificación.

Tabla 115. Nivel educativo casos muertes maternas, perinatales – neonatales tardías y MME. 2016.

Nivel educativo	Mortalidad materna	Mortalidad perinatal	Mortalidad neonatal tardía	Morbilidad materna extrema
Ninguno	0	34	14	
Primaria	4	130	19	
Secundaria	15	977	168	
Superior *	4	53	10	
Sin Información	1			
Total	24	1194	211	

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016

En cuanto a la variable étnica se encuentra un caso de pertenencia indígena de la comunidad Wounaan, dos casos afrodescenciente, la razón mas alta se encuentra entre la población indígena. para las morbilidades extremas se encuentra la mayor afectación en la población ROM y raizal, igual comportamiento en el evento muerte perinatal y neonatal tardía se observaron en la población ROM (500 muertes por 1.000 NV), seguida de la población Raizal (166,6 muertes por 1.000 NV).

Tabla 116. Mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía, según etnia. 2016.

Pertenencia étnica	**Mortalidad materna temprana**		**Morbilidad materna extrema**		**Mortalidad perinatal y neonatal tardía**	
	Casos	**Razón**	**Casos**	**Razón**	**Casos**	**Razón**
Indígena	1	1111,11	11	122,22	3	33,3
Afrodescendiente	2	446,43	31	69,20	5	11,2
Raizal	0	0	8	1333,33	1	166,6
ROM	0	0	9	4500,00	1	500
Otras	21	21,52	4986	51,10	1395	14,2
Total	24	1579,06	5045	6075,86	1405	14

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016

En mortalidad perinatal y neonatal tardía, el 86 % de las madres de estos niños no usaba un método de planificación porque no lo deseaba, el 11,6 por desconocimiento y el 2,8% por acceso.

Para las muertes maternas el 61% no utilizaban métodos de regulación de la fecundidad al momento del evento, siendo el no uso por deseo propio la gran mayoría de los casos como se observa en la tabla anterior. Igual situación encontraos para las morbilidades maternas donde el porcentaje de no uso aumenta al 66%. Sin embargo, para la MME el porcentaje de desconocimiento es superior al 11%.

Tabla 117. Regulación de la fecundidad casos de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía 2016.

Uso de métodos de regulación para la fecundidad	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
No uso por desconocimiento	1	0,07	483	14,39%	105	11,6
No uso por acceso	1	7,14%	66	1,90%	22	2,4
No uso porque no deseaba	12	85,70%	2806	83,60%	780	86,0

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016

El 39% de los casos de MM que utilizaron algún tipo de método de regulación de la fecundidad, eligieron los métodos naturales (50%), y Dispositivo intrauterino en el 40%, así mismo para las mujeres que cursaron alguna MME siguieron otros métodos (30%) y naturales en un segundo lugar con el 27%.

En el 37% los casos de muerte perinatal o neonatal tardía las madres de estos niños estaban usando métodos naturales, 6 % dispositivo intrauterino (DIU), 35,3% métodos hormonales, 6,4% métodos de barrera y 14,9% otro.

Tabla 118. Métodos usados para regulación de la fecundidad casos de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía 2016.

Métodos	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Naturales	5	50	467	27,63	184	37
Dispositivo intrauterino	4	40	56	3,3	30	6,0
Quirúrgico		0	28	1,6	2	0,4

Hormonales	1	10	525	31	176	35,3
Barrera		0	96	5,6	32	6,4
Otro		0	518	30,6	74	14,9
Total	**10**	100	1690	100	**498**	100

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016

Familia

En el 66,5 % (15 casos) de los casos de mortalidades maternas convivían con cónyuge, 4 de ellas casadas y 11 en unión libre. el evento MME no cuenta con esta variable en SIVIGILA. Para mortalidad perinatal el 68,6% de las mujeres convivían con su conyugue, el 23,9% con la familia, el 6,1% solas y el 1,4% con otra persona.

Tabla 119. Tipo de convivencia casos de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía 2016.

Métodos	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Conyugue	15	62,50%	Información no disponible en SIVIGILA		964	68,6
Familia	9	37,50%			336	23,9
Sola	24	100%			86	6,1
Otro	15	62,50%			19	1,4
Total	9	37,50%			1405	100

Fuente: SIVIGILA 2016 – semana 52 año 2016.

Tabla 120. Hijos vivos huérfanos resultantes de los casos de muerte materna, departamento X, 2016.

	Mortalidad materna temprana	Mortalidad materna tardía	Lesiones de causa externa	Total
Primigestantes	1	4	1	6
2 a 4 gestaciones	5	10		15
5 y más gestaciones	1	3		4
Sin Información	1			1
Total Fuente: SIVIGILA	8	17	1	26

Fuente: SIVIGILA - Unidades de Análisis

Se presentan durante las muertes maternas tempranas del año 2016 un total de 26 hijos huérfanos con edades entre los 30 días y los 12 años.

Comunidad

La muerte materna de la ciudad ocurren en su totalidad dentro del área urbana, en las localidades de Kennedy con 4 casos, Rafael Uribe Uribe y Bosa con 3 casos respectivamente aportando el 41% de la notificación Distrital. Para la

MME, Kennedy 724, Suba 595 casos, Bosa 488 y Engativa con 481 concentran el 45%, ocurren 2 casos en la zona rural de la localidad de Usme.

Tabla 121. Muertes maternas y MME por área y municipio de residencia, Bogotá, 2016.

Municipio de residencia	Muertes maternas		Morbilidad materna Extrema	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
01-Usaquén	2		294	
02-Chapinero	0		95	
03-Santa Fe	2		80	
04-San Cristóbal	0		306	
05-Usme	1		276	2
06-Tunjuelito	1		162	
07-Bosa	3		488	
08-Kennedy	4		724	
09-Fontibón	1		212	
10-Engativa	2		481	
11-Suba	2		595	
12-Barrios Unidos	1		79	
13-Teusaquillo	0		85	
14-Los Mártires	1		75	
15-Antonio Nariño	0		63	
16-Puente Aranda	0		149	
17-Candelaria	0		53	
18-Rafael Uribe	3		295	
19-Ciudad Bolívar	1		432	
20-Sumapaz	0		3	
SIN DATO	0		96	
Total	24		5043	2

Fuente: SIVIGILA semana 52, año 2016.

Según área de residencia el 99,4% de las mujeres que tuvieron una muerte perinatal o neonatal tardía vivían en la cabecera municipal. 4 casos eran de centro poblado y 4 casos del área rural dispersa. Las localidades con las tasas más altas de mortalidad perinatal durante el año 2016 fueron Antonio Nariño, Rafael Uribe y Chapinero y las que tuvieron mayores tasas de mortalidad neonatal tardía fueron Candelaria, Antonio Nariño y Engativá.

Tabla 122. Muertes perinatales y neonatales tardías según localidad de residencia, 2016.

Localidad	Mortalidad perinatal		Mortalidad neonatal tardía	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Usaquén	69	13,1	9	1,4
Chapinero	9	16,4	3	1,5

Santa Fe	23	11,7	1	0,7
San Cristóbal	58	12,3	6	1,0
Usme	73	13,0	14	2,5
Tunjuelito	43	11,8	2	0,8
Bosa	118	13,5	14	1,4
Kennedy	174	14,7	24	1,7
Fontibón	55	13,7	6	1,4
Engativa	104	13,8	27	3,1
Suba	186	14,8	36	2,6
Barrios unidos	23	12,3	3	1,9
Teusaquillo	17	0,0		0,0
Los Mártires	15	14,2		0,0
Antonio Nariño	18	16,1	4	3,3
Puente Aranda	35	0,0	3	1,1
La candelaria	0	13,1	1	4,0
Rafael Uribe	77	16,4	10	1,9
Ciudad Bolívar	159	11,7	24	2,5
Sumapaz	0	12,3		0,0
Sin dato de localidad	51		3	
Total Bogotá, D.C.	1307	13,2	74	1,9

Fuente: SIVIGILA 2016 * Semana epidemiológica 52.

El comportamiento de la mortalidad materna muestra una reducción para el año 2016 de 10,8 puntos para el indicador de razón, siendo de 24,4* 100.000 nacidos vivos en comparación al año inmediatamente anterior 2015 de 35,2* 100.000 nacidos vivos y de 12 casos en cuanto a la frecuencia de ocurrencia.

Al analizar de manera comparativa con el año 2015 se muestra un comportamiento de reducción para 7 localidades del Distrito entre las cuales sobresalen las localidades de San Cristóbal, Antonio Nariño y Puente Aranda, quienes no presentan casos para el año 2016, así mismo en relación a la frecuencia de los casos, las localidades de Suba, Usme y Ciudad Bolívar presentan una notable disminución. Las localidades de Sumapaz, La candelaria y chapinero no han presentado muertes maternas en los últimos cinco años (2012-2016).

Tabla 123. Mortalidad Materna (Temprana y Tardía) según frecuencia, Porcentaje y Razón. Bogotá 2016.

Localidad	Casos	%	NV	MM Tempranas	MM Tardías	RMM Tempranas
USAQUEN	2	5,56	6.209	2		32,21
CHAPINERO		0,00	2.022			
SANTAFE	2	5,56	1.353	2		147,82
SAN CRISTOBAL		0,00	5.771			
USME	4	11,11	5.514	1	3	18,14

Localidad	Casos	%	NV	MM Tempranas	MM Tardías	RMM Tempranas
TUNJUELITO	1	2,78	2.603	1		38,40
BOSA	3	8,33	10.041	3		29,88
KENNEDY	6	16,67	14.067	4	2	28,44
FONTIBON	2	5,56	4.181	1	1	23,92
ENGATIVA	4	11,11	8.752	2	2	22,85
SUBA	4	11,11	13.626	2	2	14,68
BARRIOS UNIDOS	1	2,78	1.549	1		64,56
TEUSAQUILLO		0,00	1.230			
MARTIRES	1	2,78	1.078	1		92,76
ANTONIO NARINO		0,00	1.203			
PUENTE ARANDA		0,00	2.825			
CANDELARIA		0,00	252			
RAFAEL URIBE	3	8,33	5.359	3		55,98
CIUDAD BOLIVAR	3	8,33	9.774	1	2	10,23
SUMAPAZ		0,00	26			
SIN LOCALIDAD		0,00	677			
TOTAL	36	100,00	**98.112**	24	12	24,46

La vigilancia de la morbilidad materna extrema presenta una razón de 51,4 * 1000 nacidos vivos, y una frecuencia de 5045 casos corte a diciembre 2016, se evidencia un aumento de 1403 casos con respecto a lo notificado para el año 2015 cuando se presenta una razón de 35,6 *1000 nacidos vivos, lo anterior se da consecuente a la actualización en el protocolo nacional de la vigilancia para el evento donde se establece que es responsable de la notificación toda institución prestadora de salud que identifique el caso con al menos un criterio de inclusión y no únicamente la institución que da el alta hospitalaria.

Se concentra el 54% del número de casos notificados en las localidades de Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar. Las razones de morbilidad materna más altas se presentan en las localidades de Sumapaz y La Candelaria.

Tabla 124. Morbilidad Materna Extrema, según Frecuencia, Porcentaje y Razón. Bogotá, 2016.

Localidad	Numero	Porcentaje	Nacidos Vivos	Razón MME
Kennedy	724	14,35%	14067	51,47
Suba	595	11,79%	13626	43,67
Bosa	488	9,67%	10041	48,60
Engativá	481	9,53%	8752	54,96
Ciudad Bolívar	432	8,56%	9774	44,20
San Cristóbal	305	6,04%	5771	52,85
Rafael Uribe Uribe	295	5,85%	5359	55,05

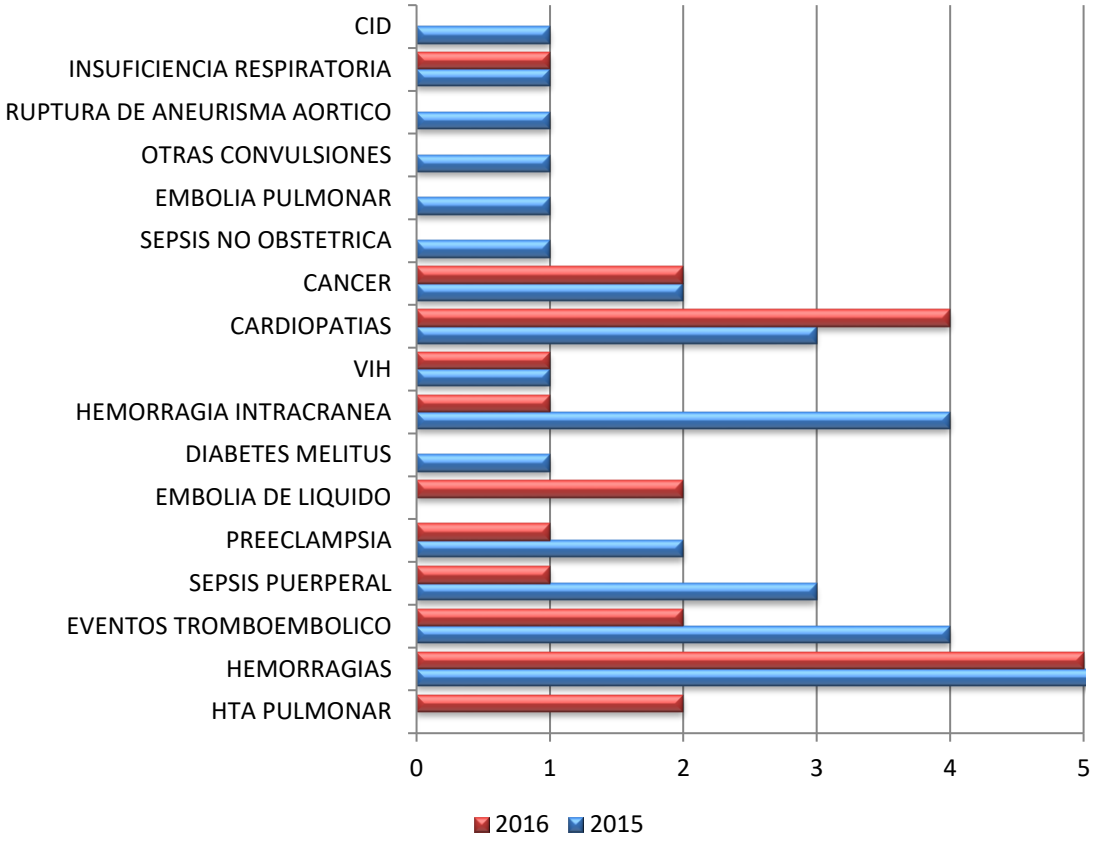
Localidad	Numero	Porcentaje	Nacidos Vivos	Razón MME
Usaquén	294	5,83%	6209	47,35
Usme	278	5,51%	5514	50,42
Font ibón	212	4,20%	4181	50,71
Tunjuelito	162	3,21%	2603	62,24
Puente Aranda	149	2,95%	2825	52,74
Sin Dato	98	1,94%	677	144,76
Chapinero	95	1,88%	2022	46,98
Teusaquillo	85	1,68%	1230	69,11
Santafé	80	1,59%	1353	59,13
Barrios Unidos	79	1,57%	1549	51,00
Los Mártires	75	1,49%	1078	69,57
Antonio Nariño	63	1,25%	1203	52,37
La Candelaria	53	1,05%	252	210,32
Sumapaz	3	0,06%	26	115,38
Total general	**5046**	**100,00%**	**98112**	**51,43**

Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

Sistemas de Salud

Del total de las muertes maternas tempranas se presentan 17 casos por causas directas año 2015 y 11 casos a 2016, para ambos años las hemorragias ocupan un primer lugar (7 y 5 caos), así como los eventos trombolicos el segundo lugar. las muertes maternas tempranas indirectas fueron a 2015, 16 casos y a 2016 11 casos, siendo para el primer año las hemorragias cerebrales el primer lugar el 25% y las cardiopatías en el 18,5%; al año 2016 las cardiopatías pasan a encabezar con el 36% y cáncer en un 18%.

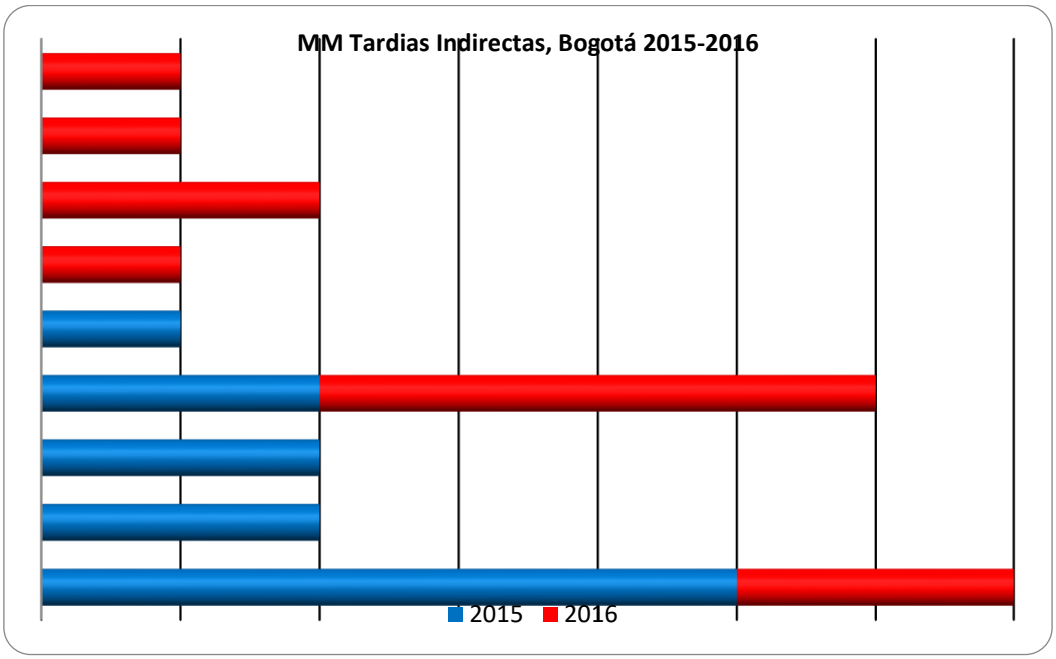
Grafico 156. Mortalidad materna temprana según tipo de muerte y causa básica, 2015 – 2016.



Fuente: SIVIGILA - RUAF Unidades de Análisis 2016

Para el año 2015 el primer lugar de las causas de defunción materna fue ocupado por aquellos casos con patologías oncológicas de base en el 41% de los 12 casos presentados y en igual número sepsís no obstétricas, neumonías y cardiopatías.

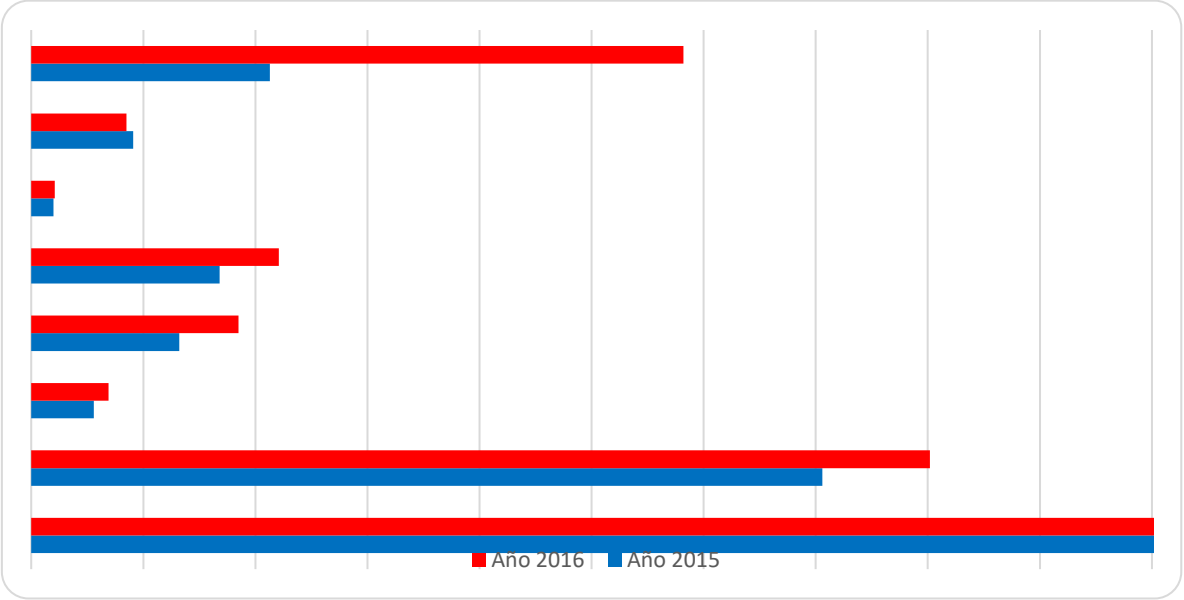
Grafico 157. Mortalidad materna Tardías Indirectas, Bogotá 2015 – 2016.



Fuente: SIVIGILA - RUAF Unidades de Análisis 2016

Para las MME el comportamiento de las causas agrupadas es similar para los dos años, trastornos hipertensivas ocuparon el primer lugar con un 62% (n=2255) y 61% (n=3080); complicaciones hemorrágicas en segundo lugar con 19% (n=706) y 15% (n=802) y otras causas en 6% (n=213) y 11% (n=582) en 2015 y 2016 respectivamente.

Grafico 158. Morbilidad materna extrema según causa agrupada departamento X. 2015 - 2016.



Fuente: SIVIGILA Semana 52 , año 2016

Causas básicas de muerte perinatal y neonatal tardía

De acuerdo al análisis de causas de mortalidad perinatal y neonatal tardía según momento de la muerte, el 47,7% de las muertes fetales fueron causadas por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, el 27% por resto de afecciones originadas en el periodo perinatal 27% y el 9 % por afecciones maternas.

Tabla 125. Muertes fetales según causa CIE 10Bogotá, D.C. 2016.

CAUSA 667	NUMERO	PORCENTAJE
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	440	47,7
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	255	27,7
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	83	9,0
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	61	6,6
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	48	5,2
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	34	3,7
2,15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1	0,1
TOTAL	922	100

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

El 27,3% de las muertes neonatales temprana se originaron por trastornos específicos del periodo perinatal, el 24,4% por malformaciones congénitas y el 19,7% por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento.

Tabla 126. Muertes neonatales tempranas según causa básica CIE 10 Bogotá, D.C. 2016.

CAUSA 667	NUMERO	PORCENTAJE
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	105	27,3
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	94	24,4
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	76	19,7
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	50	13,0
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	39	10,1
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	17	4,4
5,12 Agresiones (homicidios)	3	0,8
2,15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1	0,3
TOTAL	385	100

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

La principal causa de muerte durante la etapa neonatal tardía fueron las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas (28,9%), seguida de resto de afecciones originadas en el periodo perinatal (24,7) y sepsis bacteriana del recién nacido (21,1%).

Tabla 127. Muertes neonatales tardías según causa básica CIE 10 Bogotá, D.C. 2016.

CAUSAS 667	NUMERO	PORCENTAJE
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	55	28,9
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	47	24,7
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	40	21,1
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	19	10,0
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	10	5,3
1,08 Infecciones respiratorias agudas	5	2,6
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	5	2,6
5,06 Accidentes que obstruyen la respiración	2	1,1
6,06 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	2	1,1
6,14 Resto de enfermedades	2	1,1
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	1	0,5
1,05 Meningitis	1	0,5
1,06 Septicemia, excepto neonatal	1	0,5
Total general	190	100,0

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

El mayor número de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía se presentó en población afiliada al régimen contributivo, seguida del subsidiado y de la población pobre no asegurada. En el 17,5% las madres de los menores no realizaron controles prenatales. De acuerdo a lo evidenciado en las unidades de análisis en la tabla 17 se presentan los puntos críticos en el control prenatal, la atención del parto y la atención del recién nacido.

Tabla 128. Resumen de causalidad mortalidad perinatal y neonatal tardía Bogotá, D.C. 2016.

Tipo de aseguramiento	Casos	Rural	Urbano	Causas	Casos sin control prenatal	Puntos críticos en el CPN	Puntos críticos en la atención del parto	Puntos críticos en la atención del recién nacido
Contributivo	999	3	996		96	No realización de acciones de demanda inducida a regulación de la fecundidad, control prenatal. No se hace seguimiento de la adherencia al control prenatal, existen deficiencias en el seguimiento de gestantes de alto riesgo, no se promueven derechos sexuales y reproductivos, ni derechos en salud, inadecuada clasificación del riesgo biopsicosocial, no vinculación del compañero en el proceso de la gestación, no promoción del curso para la preparación de la maternidad y la paternidad.	No adherencia a la guía de atención del parto, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica, no intervención del duelo, no adherencia a la guía de reanimación neonatal, no adherencia al protocolo de parto humanizado.	No seguimiento de inexistentes al control del recién nacido, no seguimiento de la inscripción al programa de crecimiento y desarrollo, debilidades en estrategias de educación a padres y cuidadores en identificación de signos y síntomas de alarma, medidas preventivas de IRA, importancia de la adherencia al programa canguro, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Tipo de aseguramiento	Casos	Rural	Urbano	Causas	Casos sin control prenatal	Puntos críticos en el CPN	Puntos críticos en la atención del parto	Puntos críticos en la atención del recién nacido
Subsidiado	299	5	294		110	No realización de acciones de demanda inducida a regulación de la fecundidad, control prenatal. No se hace seguimiento de la adherencia al control prenatal, existen deficiencias en el seguimiento de gestantes de alto riesgo, no se promueven derechos sexuales y reproductivos, ni derechos en salud, inadecuada clasificación del riesgo biopsicosocial, no vinculación del compañero en el proceso de la gestación, no promoción del curso para la preparación de la maternidad y la paternidad.	No adherencia a la guía de atención del parto, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica, no intervención del duelo, no adherencia a la guía de reanimación neonatal, no adherencia al protocolo de parto humanizado.	No seguimiento de inexistentes al control del recién nacido, no seguimiento de la inscripción al programa de crecimiento y desarrollo, debilidades en estrategias de educación a padres y cuidadores en identificación de signos y síntomas de alarma, medidas preventivas de IRA, importancia de la adherencia al programa canguro, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Tipo de aseguramiento	Casos	Rural	Urbano	Causas	Casos sin control prenatal	Puntos críticos en el CPN	Puntos críticos en la atención del parto	Puntos críticos en la atención del recién nacido
Especial	37	0	37			No realización de acciones de demanda inducida a regulación de la fecundidad, control prenatal. No se hace seguimiento de la adherencia al control prenatal, existen deficiencias en el seguimiento de gestantes de alto riesgo, no se promueven derechos sexuales y reproductivos, ni derechos en salud, inadecuada clasificación del riesgo biopsicosocial, no vinculación del compañero en el proceso de la gestación, no promoción del curso para la preparación de la maternidad y la paternidad.		No seguimiento de inexistentes al control del recién nacido, no seguimiento de la inscripción al programa de crecimiento y desarrollo, debilidades en estrategias de educación a padres y cuidadores en identificación de signos y síntomas de alarma, medidas preventivas de IRA, importancia de la adherencia al programa canguro, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
Excepción		0						

Tipo de aseguramiento	Casos	Rural	Urbano	Causas	Casos sin control prenatal	Puntos críticos en el CPN	Puntos críticos en la atención del parto	Puntos críticos en la atención del recién nacido
No asegurado	64	0	64		36	No realización de acciones de demanda inducida a regulación de la fecundidad, control prenatal. No se hace seguimiento de la adherencia al control prenatal, existen deficiencias en el seguimiento de gestantes de alto riesgo, no se promueven derechos sexuales y reproductivos, ni derechos en salud, inadecuada clasificación del riesgo biopsicosocial, no vinculación del compañero en el proceso de la gestación, no promoción del curso para la preparación de la maternidad y la paternidad.	No adherencia a la guía de atención del parto, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica, no intervención del duelo, no adherencia a la guía de reanimación neonatal, no adherencia al protocolo de parto humanizado.	No seguimiento de inexistentes al control del recién nacido, no seguimiento de la inscripción al programa de crecimiento y desarrollo, debilidades en estrategias de educación a padres y cuidadores en identificación de signos y síntomas de alarma, medidas preventivas de IRA, importancia de la adherencia al programa canguro, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Fuente: Base SIVIGILA 2016 y sistematización unidades de análisis.

Análisis por causas agrupadas de muerte materna

Tabla 129. Factores determinantes contribuyentes de muerte materna por Trastornos Hipertensivos asociados al embarazo, según área de residencia, departamento X, 2016.

Causa	Factores Determinantes que contribuyeron en la Muerte	Cabecera Municipal		Centro Poblado		Rural Disperso	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADA AL EMBARAZO, PRE-ECLAMPSIA, PRE-ECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA.	Ingreso tardío al programa detección de alteraciones del embarazo (edad gestacional >10 semanas)	1	50				
	No hay registros de las recomendaciones ni los signos de alarma para procesos asociados a la Hipertensión en el embarazo, dados a la paciente.	1	50				
	No se realiza Identificación adecuada de los riesgos obstétricos o sin identificación de ellos en la primera consulta2	2	100				
	No se realizan historias clínicas completas o presentan pobre diligenciamiento de los antecedentes personales y familiares	2	100				
	No se identifica antecedentes hipertensión arterial asociada al embarazo, pre eclampsia o eclampsia en alguna de las gestaciones anteriores o en la actual						
	No se identifica paciente con dato de multiparidad >5 gestaciones con antecedentes THAE, en las gestaciones anteriores, en la cual no se intervino la regulación de la fecundidad.						
	No se intervienen cifras tensionales elevadas anotadas en la historia clínica en una o más ocasiones.	1	50				
	No se intervienen síntomas relacionados con trastornos hipertensivos (acufenos, y/o fosfenos, y/o dolor en epigastrio intenso)	1	50				
	No se interviene edema en miembros inferiores de cualquier grado descrito en Historia clínica.						
	No se identifica y/o no se interviene hipertonía uterina o alteraciones en la dinámica uterina en cualquier momento de la gestación.						
	No Identificación de patología hipertensiva.						
	No Intervención de patología hipertensiva y/o tratamiento (Labetalol o nifedipino como primera línea según las guías en Preeclampsia no severa) según el medicamento o dosis usada y descrita en la historia clínica.	2	100				
	No intervención con sulfato de magnesio IV en las pacientes con Preeclampsia severa como prevención de convulsiones eclámpticas.						
	Total de casos con la Patología	2	100				

Tabla 130. Factores determinantes contribuyentes de muerte materna por complicaciones hemorrágicas, según área de residencia, Bogotá, 2016.

Causa	Factores determinantes que contribuyeron en muerte	Cabecera Municipal		Centro Poblado		Rural Disperso	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
2. COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA	Ingreso tardío al programa detección de alteraciones del embarazo (edad gestacional >10 semanas)	2	40				
	En la historia clínica no aparecen registradas las recomendaciones ni los signos de alarma para procesos asociados a hemorragias del primer segundo o tercer trimestre del embarazo, dados a la paciente.	2	40				
	No se identifica condición de anemia en la paciente Hb<11mgdl al ingreso del CPN						
	No se interviene condición de anemia Hb<11mg/dl en la paciente al ingreso del CPN	1	20				
	Paciente con dato de multiparidad >5 gestaciones con antecedentes de patologías en las gestaciones anteriores en la cual no se interviene la regulación de la fecundidad.						
	Pacientes a las cuales se realiza procedimiento Cesárea sin indicación clara descrita en la historia clínica						
	Pacientes que no presentan Parto Intrainstitucional, sino domiciliario sin supervisión médica.						
	No se realiza Detección oportuna de la Hemorragia, y no se activa el código rojo.	2	20				
	Se realiza activación tardía del código rojo	3	60				
	No se interviene de forma articulada por el equipo de salud adecuadamente la situación del Código Rojo	3	60				
	No se identifica adecuadamente Atonía uterina y/o Ruptura Uterina.						
	No se interviene adecuadamente según las guías del MSP la Atonía uterina y/o ruptura uterina.	1	20				
	No se identifican durante el control prenatal, Trastornos de la Coagulación o patologías relacionadas (def de factores de la coagulación, hemofilias, von willebrand, etc).						
	No se intervienen adecuadamente Patologías como trastornos de la coagulación o patologías relacionadas, antes, durante, o inmediatamente posterior al nacimiento.						
	No se identifica el Abruptio Placentario o placenta acreta, percreta o desprendimiento prematuro de placenta.						
	No se interviene adecuadamente la patología de abruptio placentario, placenta creta, percreta o Desprendimiento prematuro de placenta	2	40				
	No se identifican Otras patologías Ginecológicas en el control prenatal como pólipos endocervicales de gran tamaño, miomatosis, alteraciones estructurales o anatómicas, etc, que puedan predisponer a hemorragias en algún momento de la gestación.	1	20				
	No se identifican estados de Desnutrición en algún momento de la gestación.	1	20				
	No se intervienen estados de Desnutrición en algún momento de la gestación.						
	No se identifican Antecedentes de TVP, o uso de anticoagulantes orales.	1	20				
	No se realiza intervención adecuada y/o tratamiento (metilergonovina (methergyn), Oxitocina) según el medicamento o dosis usada.						
	No se identifica la necesidad del Uso de Hemoderivados, o crioprecipitados, (GRE, Plasma o plaquetas) durante su estancia, en algún momento de la atención.						
	No se realizó intervención con Hemoderivados o crioprecipitados, a pesar de estar justificado.						
	No se realizó intervención con Hemoderivados o crioprecipitados, a pesar de estar justificado, porque no se disponía del recurso.						
	No se identifican otras patologías durante el control prenatal como enfermedades autoinmunes, Hematológicas, Oncológicas Endocrinas que aumente el riesgo de sangrado en algún momento de la gestación o posterior.	2	20				
	Total de casos con la Patología	5	100				

Fuente: SIVIGILA - Historia Clínica– Unidad de análisis de caso

Tabla 131. Factores determinantes contribuyentes de muerte materna por sepsis (ginecoobstétrica y no ginecoobstétrica) según área de residencia, departamento X, 2016.

Causa	Factores Determinantes que contribuyeron en la Muerte	Cabecera Municipal		Centro Poblado	Rural Disperso		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
3. SEPSIS (GO /NO GO), SIRS.	No se identificaron los riesgos obstétricos o en la primera consulta.						
	No se diligencian los datos en historias clínicas o presentan pobre diligenciamiento de los antecedentes personales y familiares	1	100				
	No se revisa al paciente o el examen físico no es anotado en la Historia clínica.						
	No se identifica riesgos de RPM						
	No se identifican signos ni síntomas de aborto séptico, o aborto incompleto con prontitud.						
	No se identifican Infecciones del tracto genitourinario durante la gestación.	1	100				
	No se intervienen Infecciones del tracto genitourinario durante la gestación.	1	100				
	No se identifican otras infecciones de origen ginecológico que puedan implicar riesgo durante la gestación.						
	No se identifican infecciones respiratorias o pulmonares previas relacionadas, (neumonía)						
	No se interviene de manera adecuada infecciones respiratorias.						
	No se identifican o no se intervienen formas de inmunosupresión durante el control prenatal como infecciones por VIH.						
	No se realiza seguimiento de la paciente post cesárea.						
	No se intervienen de manera pronta las complicaciones en el periodo post cesárea.						
	No se realiza una antibioticoterapia de acuerdo al microorganismo hallado.	1	100				
	No se interviene las infecciones bacterianas con dosis de medicamentos antibióticos adecuadas según el microorganismo o patología infecciosa hallada.	1	100				
	No se identifican 2 o más criterios que determinen la presencia de SIRS (fiebre mayor de 38 ºC o hipotermia menor de 36 ºC (temperatura central); taquicardia (frecuencia cardiaca mayor de 90						

	latidos por min), taquipnea (frecuencia respiratoria de más de 20 respiraciones por min OPaCO2 menor de 32 mmHg) o necesidad de ventilación mecánica; alteración del recuento de leucocitos (más de 12,000 o menos de 4,000 leucocitos por mm3, o más del 10 % de cayados).						
	No se interviene la presencia del SIRS en el caso.						
	No hay un adecuado manejo farmacológico de la patología (SIRS) en el caso	1	100				
	Total de casos con la patología	1					

Tabla 132. Factores determinantes contribuyentes de muerte materna por otras causas indirectas según área de residencia, Bogotá, 2016.

Causa	Factores Determinantes que contribuyeron en la Muerte	Cabecera Municipal		Centro Poblado		Rural Disperso	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
4. Otras causas Indirectas	No se intervino el caso para regulación de la fecundidad, a pesar del riesgo obstétrico de acuerdo a las posibles complicaciones secundarias a su patología de base.	4	36				
	No se realiza consulta pre-concepcional en los casos.	4	36				
	No se identificaron los riesgos obstétricos o en la primera consulta.	3	27				
	No se diligencian los datos en historias clínicas o presentan pobre diligenciamiento de los antecedentes personales y familiares	5	45				
	No se identificó patología de base en la paciente, o la paciente no tuvo control médico previo de su patología.	2	18				
	No se intervino patología de base en la paciente durante el control prenatal.						
	No se identifica antecedentes de enfermedades autoinmunes como LES, durante o antes de la gestación inclusive.						
	No se identifica tempranamente patología oncológica en la paciente						
	No se identificó paciente que en sus antecedentes personales haya requerido uci o unidad de cuidados intermedios debido a complicaciones de su patología de base en su embarazo anterior.						
	No es valorada por las especialidades médicas que requería en el momento oportuno.						
	No es valorada en el nivel de complejidad que la paciente ameritaba según sus patologías de base.						
	Total de casos con la Patología	11	100				

Fuente: SIVIGILA - Historia Clínica– Unidad de análisis de caso

En relación a la causalidad de los casos ocurridos se encuentra un comportamiento parejo entre las muertes por causas directas e indirectas, teniendo igual número de casos, donde el mayor número de muertes por causas directas ocurren durante el último trimestre del año 2016, las muertes indirectas presentadas se encuentran patologías de base que ponen en evidencia la necesidad de fortalecer procesos de demanda inducida y seguimiento a la mujer en edad fértil de alto riesgo y no solo a la gestante, teniendo en cuenta que

numero promedio de controles prenatales a los que asistieron los casos con desenlace negativo fue de 3.

Aseguramiento

Tabla 133. Mortalidad materna temprana según tipo de aseguramiento, área de residencia y características de la atención, Bogotá 2016.

Tipo de aseguramiento	casos mm	rural	casos mm sin control prenatal	puntos críticos en el control prenatal	puntos críticos en la atención parto	puntos críticos en la atención puerperio
CONTRIBUTIVO	12	12	3	Deficientes estrategias de demanda inducida por parte de los actores del sistema	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención
SUBSIDIADO	8	8	4	Desconocimiento de factores de riesgo	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	Desarticulación de la información en las EAPB-IPS
EXCEPCIÓN	1	1	1	Deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante	No se evidencia calidad en la Intervención, no hay un plan de manejo para el paciente.	Fallas en la canalización y seguimiento efectivo a planificación familiar
NO ASEGURADO	3	3	1	Deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	Deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante

Tabla 134. Morbilidad Materna Extrema según tipo de aseguramiento, área de residencia y características de la atención, Bogotá 2016.

Tipo de aseguramiento	casos MME	Urbano	rural	casos MME sin control prenatal	puntos críticos en el control prenatal	puntos críticos en la atención parto	puntos críticos en la atención puerperio
CONTRIBUTIVO	3810	3810	3	315	Deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante -No inducción a la demanda	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	Fallas en la canalización y seguimiento efectivo a planificación familiar

SUBSIDIADO	799	799	0	210	Desconocimiento de factores de riesgo	Deficiente diligenciamiento de historia clínica y todos sus soportes- Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	Fallas en la canalización y seguimiento efectivo a planificación familiar-No integralidad en la atención de la gestante y no realización de tratamientos oportunos
NO SEGURADO	203	203	1	77	Desconocimiento de derechos y deberes en salud dentro del aseguramiento, EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	Fallas en la canalización y seguimiento efectivo a planificación familiar
ESPECIAL	183	183		21	No inducción a la demanda	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención	No se realiza el seguimiento adecuado a la gestante y puérpera
EXCEPCION	46	46		2	Deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante	No se evidencia calidad en la Intervención, no hay un plan de manejo para el paciente.	No se realiza intervención en duelo e inadecuados canales de comunicación con la familia-Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención

La clase social a la que pertenece la mujer gestante o puérpera proporciona condiciones que favorecen o agravan la ocurrencia de una complicación obstétrica y la muerte misma, se encuentran para el año 2016, dos casos de afrodescencientes y un caso indígena. Se identifican 14 casos es decir el 58% con estrato socioeconómico 1 y 2, tres caos estrato cuatro, 2 casos 8,3% estrato 6. Las fallas en las estrategias de educación, información y comunicación, así como las estrategias de demanda inducida siguen siendo el mayor inconveniente observado en los eventos negativos, resaltando por parte de las aseguradoras el reto inherente al aumento en la cobertura de la población con capacidad de pago.

Los hallazgos en la falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención, se evidencia especialmente en lo concerniente a control prenatal y regulación de la fecundidad de manera efectiva.

Tabla 135. Mortalidad Materna (Tardía - Temprana) Morbilidad Materna Extrema según consulta preconcepcional, Bogotá 2016.

Evento	Con Consulta preconcepcional		Sin Consulta preconcepcional	
	Casos	%	Casos	%
Mortalidad materna temprana	8	25%	16	66,60%
Mortalidad materna tardía	2	16,60%	10	83,30%
Morbilidad materna extrema	Información no disponible en SIVGILA			

Fuente: Base SIVIGILA 2016

La oferta y demanda inducida para la consulta preconcepcional se constituye el reto tanto para la aseguradora como las IPS, para garantizar toda oportunidad de contacto con mujer en edad fértil, encontrando para 2016 el 66% de los casos de MM temprana su realización, aun más alarmante entre los casos tardíos, teniendo en cuenta que la mayoría de están muertes padecían patología de base antes de su gestación.

Tabla 136. Mortalidad Materna (Tardía - Temprana) Morbilidad Materna Extrema según Entidad aseguradora, Bogotá 2016.

Régimen	Aseguradora	Casos MM Temprana	Casos MM Tardía	Casos MME
Contributivo	Sanitas	3	2	0
	Cafesalud	3		685
	Famisanar	2	1	608
	Salud Total	2	1	
	Nuava EPS	1		237
	Compensar	1	4	2
	Alianzasalud		1	
	Sura	0	1	
	Coomeva		1	
Subsidiado	Capital salud	4		578
	Convida	1		
	Nueva EPS	1	1	3
	Famisanar	1		4
	Comfamiliar	1		
	Cuninamarca COMFACUNDI	0	0	30
	COO salud comunitaria COOPSAGAR LTDA	0	0	24
Excepción	Sanidad Policía	1	0	41
	Fuerzas Militares	0	0	112
No Asegurado	FFD	3	0	0
Especial	F Magisterio	0	0	64

Según la institución prestadora donde ocurre el evento, se presenta en igual número de muertes maternas tempranas para las IPS Policlínico del Olaya,

Hospital La Victoria, Clínica Eusalud, para las tardías la mayor frecuencia la presentan Clínica Colombia y Fundación Santa Fe. Las MME tanto para el año 2015 como el 2016 la IPS San José centro continua encabezando la notificación, así como la clínica Saludcoop, para 2015 misma clínica Eusalud para 2016. Para MME se toman las IPS que aportaron el 76% de la notificación para la elaboración de esta tabla.

Tabla 137. Mortalidad Materna (Tardía - Temprana) Morbilidad Materna Extrema según Entidad aseguradora, Bogotá 2016.

UPGD	Nacidos Vivos	MM Temprana	MM Tardía	MME
Sociedad De Cirugía De Bogotá Hospital De San José	3556		1	502
Clínica Esimed Materno Infantil	4219	1		421
Hospital Universitario Clínica San Rafael	4885	1		305
Hospital Universitario Mayor Mederi	3630			238
Ese Hospital El Tunal – Tunjuelito	2235	1		228
Clínica De La Mujer Sas	3555			172
Clínica Materno Infantil Colsubsidio - Usaquén	3119			171
Centro Policlínico Del Olaya - Rafael Uribe	3806	2	1	169
Hospital Universitario San Ignacio	1257			168
Médicos Asociados Clínica Federman	1100			167
Ese Hospital Occidente De Kennedy III Nivel-Kennedy	3220	1		163
Congregación De Hermanas De La Ca - Teusaquillo				133
Hospital La Victoria Materno Infantil- San Cristóbal	1851	2	1	122
Fundación Salud Bosque	1923			122
Hospital Engativá Ese II Nivel Sede Cl 80	1972	1		121
Clínica Materno Infantil Eusalud	3069	2		120
Administradora Country Sa	2945			113
Hospital Militar Central - Chapinero	925			110
Fundación Hospital Infantil Universitario De San J	3867			107
Clínica Universitaria Colombia	3347	1	2	102
Hospital De La Samaritana	103	1		
Clínica Jorge Piñeros Corpas		1		1
Hospital Simón Bolívar	1275	1	1	42
Clínica Del Occidente	1689	1		39
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad Medicina Legal		1	1	
Cruz Roja Colombiana	2	1	1	
Clínica Cafam	5199	1		
Clínica Los Nogales-Medicina Legal	336	1		
Hospital De La Policía-Medicina Legal	1039	1		
Cami Santa Librada	42	1		
Clínica Juan N Corpas	3091	1		
Medicina Legal		1		
Fundación Cardio Infantil			1	
Clínica Colina			1	

Fundación Santa Fe De Bogotá			2	
Total	67257	24	12	3836

Fuente: SIVIGILA 2016.

Las tasas más altas de mortalidad perinatal y neonatal tardía se presentaron en la población pobre no asegurada, éstas duplicaron las tasas del régimen subsidiado y triplicaron las del régimen contributivo.

Tabla 138. Mortalidad perinatal según tipo de aseguramiento, Bogotá, D.C. 2016

Vinculación SGSSS	Casos	Tasa
Contributivo	838	11,3
Subsidiado	308	16,8
Excepción	34	12,5
Especial	0	0
No asegurado	127	31,5
Total	1307	13,2

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

19 EAPB registraron tasas de mortalidad perinatal por encima del promedio Distrital. Comfenalco, Comfamiliar Guajira, Cafam, Emdisalud, Salud Colpatria, Comparta, Caprecom, Convida, Cajacopi, Coosalud, Saludcoop y Colsubsidio tuvieron tasas entre 3 y 34 veces más altas que la de ciudad.

Tabla 139. Mortalidad perinatal según EAPB Bogotá, D.C. 2016

EAPB	Casos	Tasa
COMFENALCO VALLE-CM	1	500,0
COMFAMILIAR GUAJIRA - CARTAGENA	3	176,5
CAFAM	2	83,3
EMDISALUD	3	76,9
SALUD COLPATRIA	1	71,4
COMPARTA	9	45,2
CAPRECOM	1	37,0
CONVIDA	8	36,0
CAJACOPI ATLANTICO	2	34,5
COOSALUD	2	32,8
SALUDCOOP	3	32,3
COLSUBSIDIO	2	29,4
COMFACOR	1	20,4
FUERZAS MILITARES	19	20,3
CAPITAL SALUD	228	17,0
NO ASEGURADO	127	16,5
COMFACUNDI	18	16,0
EMSSANAR	1	15,4
SURA	48	14,2
CRUZ BLANCA	52	13,8
NUEVA EPS	54	13,5
SALUD TOTAL	123	13,2
MUTUAL SER	2	12,1
CAFESALUD	131	11,8
COOMEVA	21	11,4
FAMISANAR	169	11,3
COMPENSAR	138	11,1
MAGISTERIO	6	11,1
SANITAS	98	10,9
ALIANSALUD	17	10,8
ECOOPSOS	1	9,2
POLICIA NACIONAL	9	9,0
SALUDVIDA	1	6,4
ASMET SALUD	4	
SIN INFORMACION	2	
TOTAL	1307	13,2

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

Las tasas más altas de mortalidad perinatal se presentaron en la subred de atención sur; las subredes norte, sur occidente y centro oriente tuvieron tasas por debajo del promedio distrita.

Tabla 140. Mortalidad perinatal y neonatal tardía según subred de atención, Bogotá, D.C. 2016.

Subred	Casos	Tasa
Norte	408	12,1
Sur Occidente	382	12,2
Centro Oriente	191	12,6
Sur	275	15,2
Sin información	51	
Total	1307	13,2

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

En la subred norte las tasas más altas de mortalidad perinatal se presentaron en la clínica Partenón, seguida del hospital San Ignacio y la USS Chapinero.

Tabla 141. Mortalidad perinatal subred de atención Norte, Bogotá D.C. 2016.

INSTITUCIÓN DE SALUD	MUERTES	Tasa por 1000 nv
CAMI CHAPINERO	1	27,8
CLINICA CAFAM	33	6,3
CLINICA COLSUBSIDIO ORQUIDEAS	32	10,3
CLINICA DE LA MUJER	26	7,3
CLINICA DE LA SABANA	1	
CLINICA DE MARLY	3	5,4
CLINICA DEL COUNTRY	13	4,4
CLINICA EL BOSQUE	27	14,0
CLINICA FEDERMAN	27	24,5
CLINICA JUAN N CORPAS	32	10,4
CLINICA LA COLINA	12	19,5
CLINICA LOS NOGALES	6	17,9
CLINICA MAGDALENA	18	4,8
CLINICA MATERNO INFANTIL	69	22,5
CLINICA PALERMO	26	9,0
CLINICA PARTENON	1	166,7
CLINICA REINA SOFIA	7	5,7
CLINICA UNIV. COLOMBIA	58	17,3
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	8	6,0
HOSPITAL DE ENGATIVA	23	11,7
HOSPITAL DE LA POLICIA	9	8,7
HOSPITAL DE SUBA	56	20,8
HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE	43	11,1
HOSPITAL MILITAR	20	21,6
HOSPITAL SAN IGNACIO	35	27,8
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	23	18,0
PROFAMILIA	3	
FUNDACION CARDIO INFANTIL	10	
TOTAL	622	

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

En la sub red Centro Oriente las tasas más altas de mortalidad perinatal se presentaron en el hospital Rafael Uribe y el hospital de la Samaritana.

Tabla 142. Mortalidad perinatal subred de atención Centro Oriente, Bogotá, D.C. 2016.

INSTITUCIÓN DE SALUD	MUERTES	Tasa por 1000 nv
HOSPITAL RAFAEL URIBE	1	71,4
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	6	1,6
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	45	12,4
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	2	
HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	2	
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	4	38,8
HOSPITAL DE SAN JOSE	63	17,7
HOSPITAL LA VICTORIA	42	22,7
HOSPITAL SAN BLAS	6	14,7
HOSPITAL SAN RAFAEL	76	15,6
HOSPITAL SANTA CLARA	1	
INSTITUTO MATERNO INFANTIL	72	22,1
POLICLINICO DEL OLAYA	39	10,2
TOTAL	359	

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

En la sub red Sur las tasas más altas de mortalidad perinatal se presentaron en el USS Santa Librada y en Tunal.

Tabla 143. Mortalidad perinatal subred de atención Sur, Bogotá, D.C. 2016.

INSTITUCIÓN DE SALUD	MUERTES	Tasa por 1000 nv
CAMI SANTA LIBRADA	1	23,8
CAMI VISTA HERMOSA	3	10,0
HOSPITAL EL CARMEN	12	12,9
HOSPITAL EL TUNAL	49	21,9
HOSPITAL MEISSEN	65	19,2
HOSPITAL TUNJUELITO	1	
UPA CANDELARIA LA NUEVA	2	30,8
TOTAL	133	

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

En la sub red SurOccidente las tasas más altas de mortalidad perinatal se presentaron en las USS Patio Bonito y Trinidad Galán.

Tabla 144. Mortalidad perinatal subred de atención Sur occidente, Bogotá, D.C. 2016.

INSTITUCIÓN DE SALUD	MUERTES	Tasa por 1000 nv
CAMI PATIO BONITO	1	100
CAMI TRINIDAD GALAN	1	38,5
CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA	14	4,8
CLINICA DEL OCCIDENTE	29	17,2
CLINICA SALUDCOOP VERAGUAS	36	8,8
HOSPITAL BOSA	10	10,6
HOSPITAL DE FONTIBON	14	15,9
HOSPITAL DE KENNEDY	57	17,7
HOSPITAL PABLO VI BOSA	1	2,5
TOTAL	163	

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

Indicadores

Tabla 145.cumplimento en la oportunidad de la notificación Mortalidad materna, Bogotá 2016.

Entidad Territorial	Casos notificados en la misma semana de ocurrencia	casos notificados en el periodo	% Cumplimiento
1-Usaquen	2		100%
2-Chapinero			
3-Santafe	1	1	50%
4-San Cristóbal			
5-Usme	1		100%
6-Tunjuelito	1		100%
7-Bosa	3		100%
8-Kennedy	4		100%
9-Fontibon	1		100%
10-Engativa	2		100%
11-Suba	2		100%
12-Barrios Unidos	1		100%
13-Teusaquillo			
14-Martires	1		100%
15-Antonio Nariño			
16-Puente Aranda			
17-Candelaria			
18-Rafael Uribe	3		100%
19-Ciudad Bolívar	1		100%
Total	23		

Fuente: SIVIGILA EE VV RUAF N_D SDS 2016

Se encuentra un caso de la localidad de Santa Fe notificado de manera tardía y notificada a RUAF por el instituto de medicina legal, es encontrado por búsqueda

activa y notificada al SIVIGILA al periodo siguiente de su fallecimiento.

Tabla 146. Concordancia de información Muertes maternas tempranas SIVIGILA/RUAF, Bogotá, 2016.

Entidad Territorial	Casos notificados al SIVIGILA	casos notificados RUAF	% Cumplimiento
1-Usaquen	2	2	100%
2-Chapinero			
3-Santafe	2	2	100%
4-San Cristóbal			
5-Usme	1	1	100%
6-Tunjuelito	1	1	100%
7-Bosa	3	3	100%
8-Kennedy	4	4	100%
9-Fontibon	1	1	100%
10-Engativa	2	1	50%
11-Suba	2	2	100%
12-Barrios Unidos	1	1	100%
13-Teusaquillo			
14-Martires	1	1	100%
15-Antonio Nariño			
16-Puente Aranda			
17-Candelaria			
18-Rafael Uribe	3	3	100%
19-Ciudad Bolívar	1	1	100%
20-Sumapaz			
Total	24	24	

Fuente: SIVIGILA EE VV RUAF N_D SDS 2016.

Se encuentra un caso notificado a RUAF y no SIVIGILA de la localidad de Engativa reportada por medicina legal, al realizar unidad de análisis se establece la necesidad de realizar estudio microscópico para confirmar embarazo, se envía solicitud de estudio a coordinación del área de patología del instituto medicina legal.

Tabla 147. Indicadores de cumplimiento Mortalidad Materna, Bogotá 2016

Entidad Territorial	Notificados al SIVIGILA con Acta completa	casos notificados SIVIGILA	% Cumplimiento
1-Usaquen	2	2	100%
2-Chapinero			
3-Santafe	2	2	100%
4-San Cristóbal			
5-Usme	4	3	75%
6-Tunjuelito	1	1	100%
7-Bosa	3	3	100%

8-Kennedy	6	6	100%
9-Fontibon	2	2	100%
10-Engativa	5	4	80%
11-Suba	4	4	100%
12-Barrios Unidos	1	1	100%
13-Teusaquillo			
14-Martires	1	1	100%
15-Antonio Nariño			
16-Puente Aranda			
17-Candelaria			
18-Rafael Uribe	3	3	100%
19-Ciudad Bolívar	3	3	100%
20-Sumapaz			
20-Sumapaz			
Total	37	35	

Fuente: SIVIGILA EE VV RUAF N_D SDS 2016

Se realiza el análisis de 37 muertes maternas (tempranas y tardías) para el 2016, de los cuales se encuentran 2 casos no notificados a SIVIGILA uno de ellos explicado en la tabla anterior reportado por medicina legal y 1 caso por causal de suicidio consumado reportado a RUAF por esta misma institución.

Tabla 148. Mortalidad Materna (temprana Tardia) Frecuencia, Porcentaje y Razón según localidad de Residencia, Bogotá 2016.

Localidad	Casos Totales	%	NV	MM Tempranas	MM Tardias	RMM Tempranas
USAQUEN	2	5,56	6.209	2		32,21
CHAPINERO		0,00	2.022			
SANTAFE	2	5,56	1.353	2		147,82
SAN CRISTOBAL		0,00	5.771			
USME	4	11,11	5.514	1	3	18,14
TUNJUELITO	1	2,78	2.603	1		38,40
BOSA	3	8,33	10.041	3		29,88
KENNEDY	6	16,67	14.067	4	2	28,44
FONTIBON	2	5,56	4.181	1	1	23,92
ENGATIVA	4	11,11	8.752	2	2	22,85
SUBA	4	11,11	13.626	2	2	14,68
BARRIOS UNIDOS	1	2,78	1.549	1		64,56
TEUSAQUILLO		0,00	1.230			
MARTIRES	1	2,78	1.078	1		92,76
ANTONIO NARINO		0,00	1.203			
PUENTE ARANDA		0,00	2.825			
CANDELARIA		0,00	252			
RAFAEL URIBE	3	8,33	5.359	3		55,98
CIUDAD BOLIVAR	3	8,33	9.774	1	2	10,23

SUMAPAZ		0,00	26			
SIN LOCALIDAD		0,00	677			
TOTAL	36	100,00	**98.112**	24	12	24,46

Fuente: SIVIGILA EE VV RUAF N_D SDS 2016

La localidad de Santa Fe duplica su frecuencia de MM en comparación al año 2015, teniendo a 2016 la razón mas alta, Usme presenta una reducción en MM tempranas teniendo a 2015 4 casos versus 1 para 2016, sin embargo, presenta 3 muertes tardías a 2016. Mártires con la segunda razón mas alta para el año de estudio no presento casos a 2015. Kennedy es la localidad que a 2016 tiene la mayor frecuencia con 4 casos duplicando el número del 2015. se resaltan localidades como Suba con 2 casos versus 8 para 2015 y Ciudad Bolívar con 1 caso para el cierre a 2016 comparado a 5 al año anterior han favorecido para la disminución de la razón general en el Distrito.

Tabla 149. Indicadores de la Mortalidad Materna por Causa Agrupada, Bogotá 2016

Causa Agrupada	Casos	%	NV	MM Tempranas	MM Tardias	RMM Tempranas
T Hipertensivos	3	8,33	98112	2	1	2,04
C Hemorrágicas	4	11,11	98112	4		4,08
C Aborto	2	5,56	98112	2		2,04
Sepsis Obstétrico	0		98112			0,00
Sepsis No Obstétrico	1	2,78	98112	1		1,02
Sepsis Pulmonar	0		98112			0,00
Enf Preexistente	10	27,78	98112	4	6	4,08
Otra Causa	12	33,33	98112	9	3	9,17
Sin Dato	4	11,11	98112	2	2	2,04
Total	36	100	98112	24	12	24,46

Fuente: SIVIGILA EE VV RUAFN_D - Unidades de Análisis 2016

Para la mortalidad materna temprana, la razón mas alta se encuentra en aquellas mujeres con afectación del grupo a otras causas con una razón de 9,17 por 100.000 nacidos vivos, en donde se ubican las hemorragias intracraneales y las cardiopatías entre otras, así mismo las enfermedades prexistentes 4,08 *100.000 nv ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones de captación temprana y las estrategias de información y educación. las complicaciones hemorrágicas presentaron igual razón afectando principalmente la oportunidad de intervención ante la hemorragia obstétrica.

Tabla 150. Oportunidad en el cumplimiento de envío de la información de análisis individuales para casos de morbilidad materna extrema, 2016.

Municipio	Casos notificados en Sivigila	Casos a analizar según protocolo	Casos analizados y enviados oportunamente	Cumplimiento del análisis y envío de casos %
Bogotá	5045	56	40	71,40%

Fuente: SIVIGILA 2016.

Tabla 151. Indicadores de la Morbilidad Materna Extrema por localidad de residencia, Bogotá 2016.

Entidad Territorial	NV	CASOS MM	CASOS MME	RAZÓN MME	INDICE MORTALIDA	RELACION MM/MME	% 3 + CRITERIOS		PROMEDIO CRITERIOS
							CASOS	%	
1-Usaquen	6209	2	294	47,35	0,68	147	124	42,18	2,5
2-Chapinero	2022	0	95	46,98	0,00	0	40	42,11	2,5
3-Santafe	1353	2	80	59,13	2,44	40	35	43,75	2,5
4-San Cristóbal	5771	0	305	52,85	0,00	0	130	42,62	2,5
5-Usme	5514	1	278	50,42	0,36	278	107	38,49	2,5
6-Tunjuelito	2603	1	162	62,24	0,61	162	58	35,80	2,5
7-Bosa	10041	3	488	48,60	0,61	163	203	41,60	2,5
8-Kennedy	14067	4	724	51,47	0,55	181	302	41,71	2,5
9-Fontibon	4181	1	212	50,71	0,47	212	81	38,21	2,5
10-Engativa	8752	2	481	54,96	0,41	241	206	42,83	2,5
11-Suba	13626	2	595	43,67	0,34	298	233	39,16	2,5
12-Barrios Unidos	1549	1	79	51,00	1,25	79	38	48,10	2,5
13-Teusaquillo	1230	0	85	69,11	0,00	0	53	62,35	2,5
14-Martires	1078	1	75	69,57	1,32	75	31	41,33	2,5
15-Antonio Nariño	1203	0	63	52,37	0,00	0	24	38,10	2,4
16-Puente Aranda	2825	0	149	52,74	0,00	0	62	41,61	2,5
17-Candelaria	252	0	53	210,32	0,00	0	21	39,62	2,5
18-Rafael Uribe	5359	3	295	55,05	1,01	98	120	40,68	2,5
19-Ciudad Bolívar	9774	1	432	44,20	0,23	432	178	41,20	2,5
20-Sumapaz	26	0	3	115,38	0,00	0	2	66,67	2,02
Sin Dato	677	0	97	143,28	0,00	0	32	32,99	2,5
	98112	24	5045	51,42	0,47	210	2080	41,23	2,55

Fuente: SIVIGILA EE VV RUAF N_D SDS 2016

Las razones de MME mas altas se encuentra las localidades de Sumapaz y Candelaria, dada el número de nacimientos que ocurren con 115 casos y 210 casos por cada 1000 nacidos vivos, sin embargo, la mayor frecuencia se encuentra en a las localidades de Kennedy 724 casos y RMME de 51,47 similar a la razon Distrital, Suba 595 casos y RMME de 43,67 y Bosa 488 casos y 48,60 los cuales concentran el 36%. En relación al número de casos de muertes materna por cada 100 morbilidades lo tienen Santa fe con 2,4 mujeres, seguida de Mártires y Barrios Unidos con 1,3 y 1,2 muertes maternas. Ciudad Bolívar presenta la mayor relación Muerte /Morbilidad con 432 MME por cada caso de MM, Suba y Engativa con 298 y 241 MME respectivamente. Por cada 100 casos

de MME la localidad de Sumapaz y Teusaquillo presentaron el más alto compromiso de salud expresado por la afectación de 3 o más criterios de inclusión. El comportamiento del promedio de los criterios de inclusión por los que cursaron las mujeres para el año 2016 se encontró en 2,5 para todas las localidades del Distrito.

Tabla 152. Indicadores de la Mortalidad Materna temprana y la Morbilidad Materna Extrema, Bogotá 2016.

Causa Agrupada	Casos MM Tempranas	Casos MME	Índice MM por causa	Relación MME/MM
T Hipertensivos	2	3080	0,06	1540
C Hemorrágicas	4	802	0,50	201
C Aborto	2	69	2,82	35
Sepsis Obstétrico		185	0,00	0
Sepsis No Obstétrico	1	221	0,45	221
Sepsis Pulmonar		21	0,00	0
Enf Preexistente	4	85	4,49	21
Otra Causa	9	582	1,52	65
Sin Dato	2	0	100,00	0
Total	24	5045	0,47	210

Fuente: SIVIGILA 2016

Las causas de muerte de mayor letalidad en su orden presentadas en el Distrito capital la presentan las enfermedades preexistentes, complicaciones del aborto y otras causas diversas. La letalidad más baja la presentan los trastornos hipertensivos con 1540 morbilidades por cada muerte materna presentada por esa misma causa.

Matriz periodos perinatales de riesgo Bogotá, D.C. 2016

De acuerdo al análisis por periodos perinatales de riesgo, hasta semana epidemiológica 52 de 2016, las tasas más altas de muertes perinatales y neonatales tardías se encuentran relacionadas con la salud materna (8,96 por 1.000 nv + fetales), seguida por los cuidados prenatales (2,54 por 1.000 nv + fetales), los cuidados institucionales del recién nacido (1,56 por 1.000 nv + fetales), los cuidados en la post alta (0,56 por 1.000 nv + fetales) y los cuidados intraparto (0,27 por 1.000 nv + fetales).

Tabla 153. Matriz periodos perinatales de riesgo Bogotá, D.C. 2016.

Grupos de peso		Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total, muertes	Nacidos Vivos	vivos + muertos
< 1000 g		372	85	201	37	695	512	1207
1000 a 1499		96	14	73	13	196	1046	1242
1500 a 2499		143	13	62	23	241	10794	11035
2500 a 3999		107	13	92	32	244	84835	85079
4000 +		3	1	1	1	6	923	929

Total		721	126	429	106	1382	98110	99492

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes por peso	Tasa muertes por peso*	Nacidos Vivos**	vivos + muertos
< 1000 g	3,74	0,85	2,02	0,37	695	6,99	512	1207
1000 a 1499	0,96	0,14	0,73	0,13	196	1,97	1046	1242
1500 a 2499	1,44	0,13	0,62	0,23	241	2,42	10794	11035
2500 a 3999	1,08	0,13	0,92	0,32	244	2,45	84835	85079
4000 +	0,03	0,01	0,01	0,01	6	0,06	923	929
Total	**7,25**	**1,27**	**4,31**	**1,07**	**1382**	**13,89**	**98110**	**99492**

(*) Tasa calculada por 1.000 Nacidos vivos
(**) Fuente Nacidos vivos Estadísticas Vitales Bases de datos preliminares 2016 - Sivigila 2016(semana epidemiológica 52)

8,96	SALUD MATERNA
2,54	CUIDADOS PRENATALES
0,27	CUIDADOS INTRAPARTO
1,56	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO INSTITUCIONALES
0,56	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y NEONATAL TARDIA POSTALTA
13,89	TOTAL TASA DE MUERTE PERINATAL 2016 semana 52, CON NACIDOS VIVOS DE 2016 Enero - Diciembre.

Tabla 154. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por localidad. Bogotá, D.C. 2016.

Localidad	Fetales	Neonatal Temprana	Total perinatal	Neonatal tardia
01-USAQUEN	7,0	3,9	11,0	1,4
02-CHAPINERO	3,4	1,0	4,4	1,5
03-SANTAFE	11,7	5,2	16,8	0,7
04-SAN CRISTOBAL	6,4	3,6	10,0	1,0
05-USME	10,2	3,1	13,1	2,5
06-TUNJUELITO	8,8	7,7	16,4	0,8
07-BOSA	8,0	3,7	11,7	1,4
08-KENNEDY	8,6	3,7	12,3	1,7
09-FONTIBON	9,2	3,8	13,0	1,4
10-ENGATIVA	8,2	3,7	11,8	3,1
11-SUBA	9,7	3,9	13,5	2,6
12-BARRIOS UNIDOS	11,5	3,2	14,7	1,9
13-TEUSAQUILLO	9,7	4,1	13,7	0,0
14-MARTIRES	9,2	4,6	13,8	0,0
15-ANTONIO NARIÑO	8,2	6,7	14,8	3,3
16-PUENTE ARANDA	9,5	2,8	12,3	1,1
17-CANDELARIA	0,0	0,0	0,0	4,0
18-RAFAEL URIBE	10,3	3,7	14,2	1,9
19-CIUDAD BOLIVAR	12,0	4,1	16,1	2,5
20-SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0
SIN DATO DE LOCALIDAD	54,5			
Total		3,9	13,2	1,9

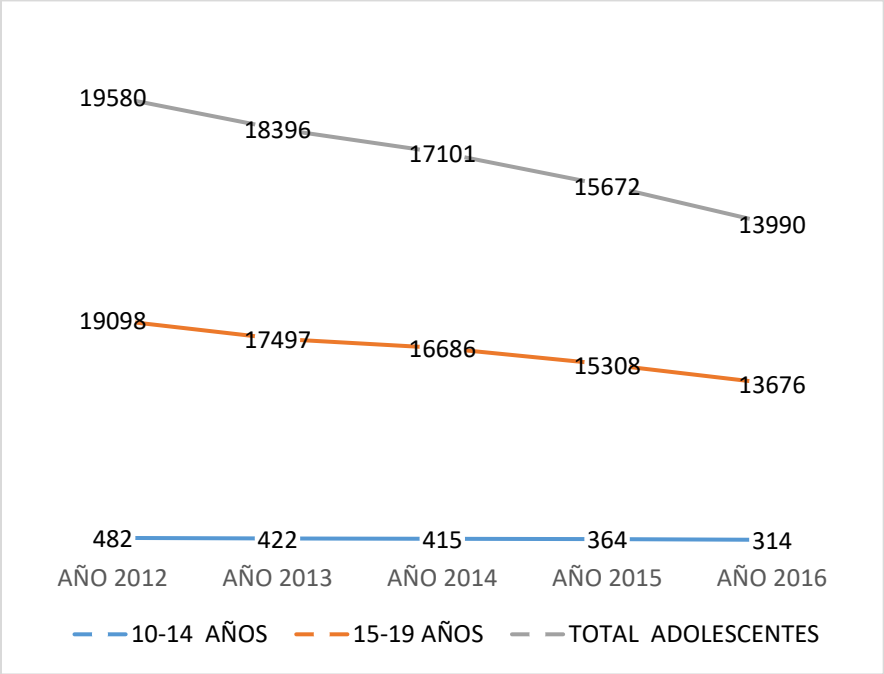
Embarazo en Adolescentes

El embarazo a temprana edad es reconocido como una prioridad en salud publica debido a las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, convirtiéndose en un momento significativo en el curso de vida, que determina directamente la estructura familiar, en la que ocasionalmente el hombre no asume su rol de padre y los niños deben ser criados solo por las mujeres u otros familiares, generando sentimientos de asilamiento y abandono, además de otras exposiciones sociales, tales como: abuso físico y/o sexual, violencia intrafamiliar, negligencia en los cuidados del menor, etc. Adicional a esto el embarazo precoz está asociado a alto riesgo de mortalidad materna y perinatal, así como al bajo peso y prematurez.

Para el análisis del evento Embarazo en Adolescentes se tomó como fuente de información los nacidos vivos en menores de 19 años aplicativo RUAF ND y datos oficiales DANE. Adicional a esto se tuvieron en cuenta los registros de nacimientos y defunciones fetales cuya variable ***"edad de la madre"*** se encuentre entre los 10 y 19 años.

Tendencia del evento de embarazo en adolescentes: Seguimiento a la tendencia de nacimientos en adolescentes de los últimos años (mínimo 5 años) según la información disponible con fuente estadística vitales.

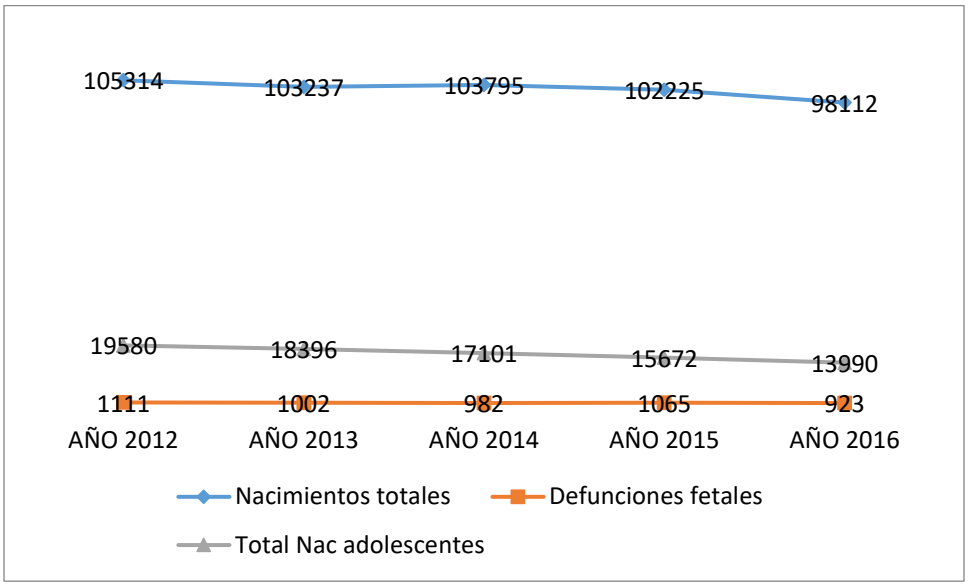
Grafico 159. Nacimientos en adolescentes, 2012-2016.



Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. , 2012-2016.

Al analizar la tendencia de los nacimientos en adolescentes en el Distrito Capital, se evidencia disminución de los mismos comparando los últimos 5 años; mostrando una mayor reducción de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años. No obstante, los nacimientos en mujeres menores de 14 años, son una prioridad para la administración distrital, por lo que se ha fortaleciendo el trabajo intersectorial para lograr no solo su reducción, sino apuntar al cumplimiento de la meta ética de cero embarazos en menores de 14 años, teniendo en cuenta que estos, son considerados abuso sexual y delito en Colombia

Grafico 160. Embarazos en adolescentes según estadísticas vitales, 2012-2016.



Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. , 2012-2016.

El distrito capital no cuenta con un único sistema de información que permita la identificación de la totalidad de embarazos en la ciudad, sin embargo, al analizar los nacimientos en adolescentes y las muertes fetales en menores de 19 años, se puede obtener un estimativo de la situación del embarazo en adolescentes. La grafica anterior muestra una leve reducción en el comportamiento de los embarazos en adolescentes y la tendencia es directamente proporcional a la reducción de los nacimientos en población general.

Área de residencia

Tabla 155. Número de embarazos en adolescentes según estadísticas vitales por área de residencia, 2016.

Bogotá D.C	Nacimientos. Edad de la madre 10 a 19 años		Defunciones fetales. Edad de la madre 10 a 19 años		Total embarazos en adolescentes	Proporción de embarazos en adolescentes	Número de RN Vivos
	# Total Casos	%	# Total Casos	%			
Cabecera Municipal	13989	99,99	134	100	14089	14,36	98100
Centro poblado	0	0,00	0	0	0	0,00	0
Rural Disperso	1	0,01	0	0	1	8,33	12
Total	13990	100,00	134	100	14090	14,36	98112

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

Municipio de residencia

Tabla 156 Embarazo en adolescentes según estadísticas vitales por localidad de residencia, 2016.

Localidad	Nacimientos	Defunciones fetales	Total embarazo en adolescentes	Proporción de embarazos en adolescentes
01. Usaquén	500	5	505	3,58
02. Chapinero	119	0	119	0,84
03. Santafé	244	1	245	1,73
04. San Cristóbal	1103	3	1106	7,83
05. Usme	1204	12	1216	8,61
06. Tunjuelito	412	5	417	2,95
07. Bosa	1840	15	1855	13,13
08. Kennedy	1919	14	1933	13,69
09. Fontibón	408	8	416	2,95
10. Engativá	864	8	872	6,17
11. Suba	1459	19	1478	10,46
12. Barrios Unidos	111	0	111	0,79
13. Teusaquillo	72	1	73	0,52
14. Los Mártires	143	2	145	1,03
15. Antonio Nariño	165	2	167	1,18
16. Puente Aranda	266	1	267	1,89
17. La Candelaria	41	0	41	0,29
18. Rafael Uribe Uribe	889	11	900	6,37
19. Ciudad Bolívar	2085	23	2108	14,92
20. Sumapaz	3		3	0,02
99. Sin Dato	143	4	147	1,04
Total General	**13990**	**134**	**14124**	**100,00**

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

El mayor número de casos de nacimientos y muertes fetales en mujeres menores de 19 años se presentan en las localidades de: Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, Suba, San Cristóbal y Usme, localidades caracterizadas por las altas condiciones de vulnerabilidad social y desigualdad económica.

Régimen de afiliación

Tabla 157. Embarazo en adolescentes según estadísticas vitales por régimen de afiliación, Bogotá D.C 2016
Tabla 158

Régimen de afiliación	Nacimientos. Edad de la madre 10 a 19 años		Defunciones fetales. Edad de la madre 10 a 19 años		Total embarazos en adolescentes	Proporción de embarazos en adolescentes	Número de RN Vivos
	# Total Casos	%	# Total Casos	%			
Contributivo	7610	54,40	57	42,54	7667	10,45	73363
Subsidiado	5366	38,36	56	41,79	5422	29,97	18094
Excepción	196	1,40	1	0,75	197	7,32	2692
Especial	0	0,00	0	0,00	0	0,00	30
No afiliado	818	5,85	20	14,93	838	21,31	3933
Total	13990	100,00	134	100,00	14124	14,40	98112

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

En cuanto al régimen de afiliación se observa que el mayor número de nacimientos en adolescentes y muertes fetales en mujeres menores de 19 años se presenta en el régimen contributivo, seguido por el régimen subsidiado y no afiliado, este comportamiento es directamente proporcional a que el régimen contributivo y subsidiado concentran el mayor número de personas afiliadas al sistema.

Paridad

Embarazo en adolescentes por número de gestaciones, Bogotá D.C, 2016.

Numero de gestaciones	Casos	Porcentaje
Primigestantes	11532	82,43
Entre 2 y 3 gestaciones	2419	17,29
4 o más gestaciones	39	0,28
Total	13990	100,00

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

Prematuridad

Para el análisis del comportamiento del evento Prematuridad, la fuente de información es el aplicativo RUAF ND y datos oficiales DANE. Se tuvieron en cuenta los registros de nacimientos cuya variable "***tiempo de gestación***" se encuentre entre las 22 y las 37 semanas.
Para efectos de clasificación de la prematuridad se han establecido tres categorías dependiendo la edad gestacional:

Prematuros extremos: cuando el nacimiento se produce antes de las 28 semanas de gestación.

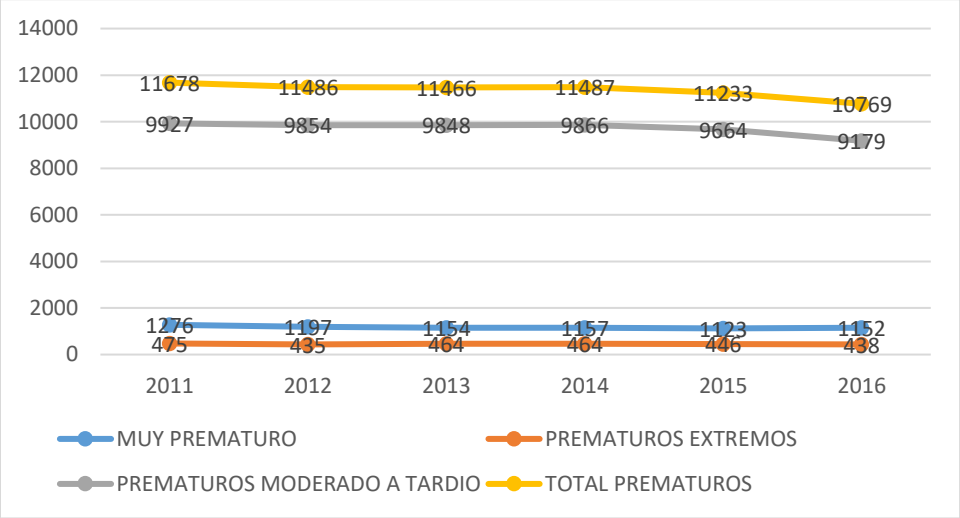
Muy prematuros: cuando el nacimiento ocurre desde la semana 28 a hasta antes de completar las 32 semanas.

1.

Prematuros moderados a tardíos: cuando el nacimiento ocurre desde la semana 32 hasta antes de completar las 37 semanas. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015).

Tendencia del evento Prematuridad:

Grafico 161. Gimientos prematuros, Bogotá D.C, 2012-2016.



Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

La grafica anterior evidencia que el mayor rango de prematurez en el Distrito Capital se clasifica como prematurez moderada a tardía en el rango de 32 a 36 semanas de gestación.

Área de residencia

Tabla 159. Número de nacimientos prematuros por área de residencia. 2016.

Bogotá D.C	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos		Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
	# Total Casos	%	# Total Casos	%	# Total Casos	%		
Cabecera Municipal	13	100	42	100	299	100	354	0,4
Centro poblado	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Rural disperso	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Total	13	100	42	100	299	100	354	0,4

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

Municipio de residencia

Tabla 160. Nacimientos prematuros por Localidad de residencia, 2016.

Localidad	Prematuros extremos	Muy prematuros	Prematuros moderados a tardíos	Total, prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
01. Usaquén	27	59	599	685	11,03
02. Chapinero	5	28	168	201	9,94
03. Santafé	4	17	115	136	10,05
04. San Cristóbal	22	53	573	648	11,23
05. Usme	27	68	573	668	12,11
06. Tunjuelito	13	41	241	295	11,33
07. Bosa	46	112	893	1051	10,47
08. Kennedy	61	173	1329	1563	11,11
09. Fontibón	23	43	412	478	11,43
10. Engativá	34	116	754	904	10,33
11. Suba	67	164	1225	1456	10,69
12. Barrios Unidos	10	21	133	164	10,59
13. Teusaquillo	7	23	110	140	11,38
14. Los Mártires	8	9	115	132	12,24
15. Antonio Nariño	10	16	109	135	10,98
16. Puente Aranda	8	23	287	318	12,58
17. La Candelaria	1	2	29	32	12,70
18. Rafael Uribe Uribe	19	59	545	623	11,63
19. Ciudad Bolívar	44	119	895	1058	10,82
20. Sumapaz	0	0	0	0	0,00
99. Sin Dato	2	6	74	82	12,11
Total	438	1152	9179	10769	10,98

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

El mayor porcentaje de prematuridad en el Distrito Capital se concentra en las localidades de Candelaria, Puente Aranda, Mártires y Usme.

Régimen de afiliación

Tabla 161. Nacimientos prematuros por régimen de afiliación, Bogotá D.C, 2016.

Régimen de afiliación	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos		Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
	# Total Casos	%	# Total Casos	%	# Total Casos	%		
Contributivo	316	4,0	882	11,2	6680	84,8	7878	0,11
Subsidiado	90	4,4	181	8,8	1781	86,8	2052	0,11
Excepción	10	2,9	39	11,2	300	86,0	349	0,13
Especial	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	0,07
No afiliado	22	4,5	50	10,2	416	85,2	488	0,12

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

Edad de la madre

Tabla 162. Nacimientos prematuros por edad de la madre, Bogotá D.C, 2016

Edad de la madre	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos		Total prematuros	Proporción de nacimientos prematuros
	# Total Casos	%	# Total Casos	%	# Total Casos	%		
10 a 14 años	1	2,6	5	12,8	33	84,6	39	12,42
15 a 19 años	61	3,9	151	9,5	1370	86,6	1582	11,57
20 a 24 años	113	4,1	246	8,9	2419	87,1	2778	10,54
25 a 29 años	111	4,6	277	11,4	2039	84,0	2427	10,02
30 a 34 años	89	4,1	242	11,3	1818	84,6	2149	10,88
35 a 39 años	48	3,5	175	12,7	1160	83,9	1383	12,47
40 y más años	15	3,6	56	13,6	340	82,7	411	15,27

Fuente: RUAF ND. Estadísticas vitales SDS Bogotá. 2016.

Discusión

Según la OMS, diariamente, 1600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones prevenibles del embarazo y del parto. Cerca del 99% de la mortalidad materna y del 98% de la mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo (1).

En el año 2008 se estimaron 358.000 muertes maternas en el mundo, con una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 260 muertes por 100.000 Nacidos Vivos (NV). Los países en desarrollo sumaban el 99% de los casos. En este mismo año para América Latina y el Caribe, se presentaron 9.200 muertes maternas con una

RMM de 85 muertes por 100.000 NV y para Colombia, 780 muertes maternas con una RMM de 85 por 100.000 nacidos vivos (2).

Bogotá, D.C. ha mostrado una tendencia al descenso con relación a los indicadores de maternidad segura. La mortalidad materna paso de 67 muertes en 2005 (RMM: 59,5), a 26 muertes en 2013 (RMM: 25,1) y a 24 muertes en 2016 (RMM: 24,4) con un 58% de reducción en este periodo y la mortalidad perinatal descendió de 2696 muertes (TMP: 23,3) en 2006 a 1494 muertes en 2013 (TMP: 14,5) y 1528 muertes en 2014 (TMP) es decir casi 50% muertes menos (5) evidenciando para el primer semestre de 2015 una tendencia similar al año anterior (5).

Aunque las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres en la mayoría de los países, hay una serie de factores sanitarios y sociales que se combinan para hacer que su calidad de vida sea inferior. Las desigualdades en el acceso a la información, la atención y las prácticas sanitarias básicas aumentan aún más los riesgos para la salud de las mujeres (6).

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), se encuentran las metas de *reducir a 2030 la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y poner fin al 2030 las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos* (7).

Para el cumplimiento de estos objetivos es necesario garantizar una maternidad segura sustentada en un enfoque integral para el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva, en donde los mayores esfuerzos se concentren en la reducción de las muertes maternas por causas directas e indirectas, prevenibles e intervenibles y en salvar la vida de los recién nacidos, mediante la oportuna aplicación de la tecnología disponible, así como el fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención y las estrategias de acción sectorial y transectorial (8).

Desde el año 2004, Bogotá, D.C. cuenta con políticas orientadas a reducir la mortalidad infantil y a prevenir la al mortalidad materna-perinatal (9), mediante estrategias como el mejoramiento nutricional, la vacunación, la prevención de la mortalidad por enfermedad diarreica y por infección respiratoria aguda, la mejora en la calidad de la atención a las mujeres gestantes y los recién nacidos, la eliminación de barreras de acceso al sistema de salud y el reconocimiento y exigibilidad de derechos. Con el fin de dar continuidad y fortalecer estas estrategias se hace necesario contar con un análisis permanente del comportamiento de los eventos relacionados con la maternidad segura (10).

El Plan Distrital de Desarrollo 2016 – 2020 *“Bogotá Mejor Para Todos”,* plantea las siguientes metas en pro de garantizar la salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil en la ciudad (11):

A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.

A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.

1. *A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.*
2. *Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020.*
3. *Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales a 2020.*
4. *A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.*
5. *A 2020 reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año.*
6. *A 2020 mantener en 2 casos o menos la trasmisión materno infantil de la Hepatitis B.*
7. *A 2020 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.*

Adicionalmente la Secretaría Distrital de Salud ha planteado diferentes estrategias para promover una maternidad segura en la ciudad. Es así como desde el 2006 se desarrolla la vigilancia centinela de defectos congénitos; estrategia de base hospitalaria fundamentada en la metodología del Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), que busca el fortalecimiento institucional de la vigilancia epidemiológica de los defectos congénitos realizada a través del SIVIGILA con estrategias de búsqueda activa de niños y niñas con defectos congénitos, el análisis del comportamiento de los eventos en el nivel distrital, subred, local y por UPZ, la integración de los desarrollos en identificación, diagnóstico y tratamiento de defectos congénitos relacionados con alta mortalidad y discapacidad al modelo de salud actual y el seguimiento y evaluación del desarrollo psicomotor de niños y niñas con pronóstico de discapacidad e hipotiroidismo congénito gestionando la atención integral y la activación de la rutas de promoción y mantenimiento de la salud para la primera infancia, propendiendo por el mejoramiento de la salud materna e infantil en el distrito capital.

De igual manera desde el año 2009 se realiza la Vigilancia en Salud Pública de la Morbilidad Materna Extrema, teniendo en cuenta que este evento ocurre con mayor frecuencia que las muertes maternas y su análisis facilita una cuantificación más detallada de factores de riesgo y determinantes, que la que se obtiene al analizar un número relativamente pequeño de muertes maternas, esta situación favorece que instituciones en las cuales excepcionalmente ocurre una muerte materna,

puedan vigilar la MME como un evento centinela para la evaluación de la calidad y el establecimiento de procesos de mejoramiento continuo, antes de que ocurra una muerte materna (11). Para el Distrito la MME ha pasado de una razón de 8,41 a 51,42 por 1000 nacidos vivos. para el año 2014 se implementó la vigilancia centinela de la morbilidad neonatal extrema como estrategia Distrital para fortalecer el análisis del evento de mortalidad neonatal e infantil y de esta forma identificar oportunidades de mejora para fortalecer la calidad de la atención.

Estas estrategias en articulación a los subsistemas de vigilancia existentes permiten analizar indicadores para evaluar la calidad de cuidado que reciben las gestantes y los recién nacidos a partir de los resultados identificar los determinantes sociales relacionados. De igual manera han permitido en articulación con las Direcciones de aseguramiento y provisión de servicios identificar la capacidad de respuesta de las instituciones y las posibles barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Existen otros eventos de interés en salud pública asociados a la gestación y al recién nacido que son de gran impacto en la población, teniendo en cuenta su alta interacción con los determinantes sociales y la posibilidad de intervención para la reducción del riesgo en salud y la mitigación del daño, dentro de estos eventos están el embarazo en adolescentes, la prematurez y el bajo peso al nacer que a su vez guardan relación entre sí. Para la Secretaria Distrital de Salud estos eventos son prioritarios y tienen programas de intervención Sectorial e intersectorial lo que ha permitido lograr una tendencia hacia la reducción, así mismo se han fortalecido de las actividades de Vigilancia en Salud Pública en lo relacionado a la oportunidad y calidad de la información, así como las acciones de investigación epidemiológica de campo para la mitigación del riesgo y el análisis del comportamiento del evento.

Conclusiones

El comportamiento del evento de mortalidad materna durante los últimos años, permite evidenciar una tendencia hacia la disminución, cumpliendo el Distrito Capital con las metas del Milenio en el 2015 y con adecuado progreso en los objetivos de desarrollo sostenible.

1. Dentro de las causas básicas de muerte, se evidencia en Bogotá un comportamiento similar al Nacional, asociado a Preeclampsia, hemorragias, Sepsis.

2. A partir del año 2011 las tasas de mortalidad perinatal han mostrado una tendencia a la reducción, tanto para mortalidad fetal, como para mortalidad neonatal temprana.

   Del total de muertes perinatales en promedio el 70% fueron muertes fetales y el 30% muertes neonatales tempranas.

3. La mayoría de muertes maternas y perinatales se presentaron en mujeres que solamente habian alcanzado la secundaria, se ocupaban en el hogar y vivian en unión libre.

Teniendo en cuenta los hallazgos evidenciados en los análisis de mortalidad perinatal y neonatal tardía es importante trabajar con las EAPB e IPS que tuvieron mayores tasas en el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de la calidad de la atención durante el control prenatal, el parto, el pos parto y el cuidado del recién nacido.

La concordancia entre las bases de estadísticas vitales y SIVIGILA ha mejorado considerablemente, lo que puede relacionarse con la retroalimentación y asesoría permanente a las UPGD y UN.

Los nacimientos en adolescentes, sumado a las muertes fetales son un dato proxy para estimar la prevalencia de embarazo en adolescentes, ya que en la actualidad no se cuenta con una unica fuente de información que permita la identificación del mismo. El Distrito Capital ha presentado una tendencia hacia la reducción de este evento, impactando de manera importante al riesgo de morbimortalidad materna en edades extremas de la vida.

Las localidades que concentran el mayor numero de nacimientos en adolescentes son: Ciudad Bolivar, Kennedy, San cristobal, Suba, Bosa y Usme.

Recomendaciones

1. Aumentar la disponibilidad de personal de salud calificado para la atención prestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos.
2.
3. Garantizar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.
4.
5. Garantizar continuidad de talento humano calificado para la atención materna y neonatal en la Red adscrita de unidades de servicios de salud y en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

   Dar continuidad a la formación y capacitación de profesionales (médicos, enfermeras) en guías de atención materna y neonatal, código rojo, código azul y vigilancia en salud pública de los eventos en maternidad segura.

6.

   Se debe continuar con el mantenimiento de la red de operadores del Sistema de la Vigilancia en Salud Pública y fortalecer las estrategias de vigilancia centinela de la morbilidad neonatal extrema en el 100% de las instituciones de salud que ofertan servicios de cuidado intensivo neonatal.

   Es necesario seguir brindando asesoría y asistencia técnica en adaptación y reanimación neonatal "minuto de oro" y velar por la implementación y adecuado funcionamiento de la red de hipotermia terapéutica para el tratamiento de la asfixia perinatal en Bogotá, D.C.

Se requiere fortalecer el desarrollo e implementación de fuentes de información que permitan una mayor aproximación al cálculo de prevalencia de embarazo en adolescentes.

4.9. Comportamiento de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos.

Metodología

La notificación se recopiló mensualmente a partir de los casos que cumplieron con la definición y los criterios diagnósticos de infección asociada a la atención en salud (IAAS) utilizados para la notificación al subsistema de vigilancia epidemiológica en Bogotá D.C. Para garantizar la calidad en la información mensualmente se realiza, un análisis preliminar de la información encontrando puntos críticos, los cuales son informados a las unidades notificadoras para su correspondiente ajuste.

Las bases de datos se estructuran en Excel y se analizan de acuerdo a los eventos y al servicio. Finalmente se estiman tasas de densidad incidencia, Porcentaje de uso de dispositivos invasivos en UCI, Proporción de agentes etiológicos de IAD en UCI de acuerdo a los tipos de infección y tipo de UCI: Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) e Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter venoso central (ITS-AC) en UCI Adulto, Pediátrica y Neonatal, e Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario (ISTU-AC) en UCI Adulto y Pediátrica. En UCI Neonatal el cálculo del indicador se realiza estratificado por categoría de peso al nacer.

Infecciones Asociadas a Dispositivos

En relación con la información correspondiente al comportamiento epidemiológico de IAAS año 2016, se informa que está establecido para el sistema de vigilancia epidemiológica efectuar un análisis anual, correspondiente a las UCI y UCI/I que reportan al sistema para el 2016, y corresponden a UCI A que no comparten espacio: 39 y UCIA/I (que comparten espacio físico con otro servicio) 23. Las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) que no comparte espacio 15 y unidad de cuidado intensivo neonatal que comparte espacio con intermedio (UCIN/I) 25 y unidad de cuidado intensivo pediátrico (UCIP) que no comparte espacio 14 y unidades de cuidado intensivo pediátrico que comparte espacio con intermedio (UCIP/I) son 8.

A continuación se presentan los resultados de indicadores, establecidos en los protocolos y manual de indicadores del Instituto Nacional de Salud.

Infección Asociada a Catéter Central (ITS-AC)

Tasa de densidad de incidencia de infección asociada a catéter central (ITS-AC) en UCIA y UCIA/I.

Para el año 2016 los casos reportados para las unidades de cuidado intensivo exclusivo fueron 691 de casos asociados a infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéter (ITS-AC), de los cuáles el 77% correspondieron a unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCI) y el 13% correspondieron a unidades de cuidado intensivo que comparten espacio (UCI/I).

En relación a la tasa reportada para el año 2016, se obtuvo para Bogotá, en las unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio una tasa de 2,33 casos por 1000 días dispositivo y la tasa que se reporto para las unidades de cuidado intensivo que comparten espacio fue de 2,04 casos por 1000 días dispositivo. (Ver tabla 1)

En relación al uso de catéter central se obtuvieron los siguientes porcentajes de uso: para unidades de cuidado intensivo adulto exclusivas el porcentaje de uso del catéter es del 60.1% y 54.3% para unidades de cuidado intensivo que comparten espacio, siendo menor el uso del dispositivo en estas últimas unidades.

Tabla 163. Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio adulto.

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCI	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	**Número de infecciones asociadas a Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter venoso central (ITS-AC)en UCI/ Número de días Catéter central en UCI**	**39**	297	113481	2,6
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO/ INTERMEDIA	**Número de infecciones asociadas a Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter venoso central (ITS-AC)en UCI/I /Número de días Catéter central en UCI/I**	**23**	87	36477	2,4

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 164. Porcentaje de uso de catéter central en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio Adulto.

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCI	Número de días catéter central	Número de días paciente	Porcentaje de uso dispositivo
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	**Número de días Catéter Central en UCI/ Número de días paciente en UCI**	39	113481	188926	60.1%
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO/ INTERMEDIA	**Número de días Catéter Central en UCI/ Número de días paciente en UCI**	23	36477	67147	54,3%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tasa de densidad de incidencia de infección asociada a catéter central (ITS-AC) en UCIP y UCIP/I.

En estos servicios se reportaron 84 casos totales para el año 2016 de infecciones de ITS-AC de los cuáles 67 casos, correspondieron a las unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCIP) y 17 correspondieron a unidades de cuidado intensivo pediátrico que comparte espacio UCIP/I.

Con la tasa reportada en el año 2016 de notificación, se obtuvo que para Bogotá, la tasa de densidad de incidencia en UCIP es de 3,9 casos por 1000 días dispositivo y la tasa que se reportó para UCIP/I fue de 1,7 casos por 1000 días dispositivo, observando que la tasa es más alta para UCIP. (Ver tabla 3).

En el uso de catéter central se obtuvo porcentajes de uso del 60,2% en las unidades de cuidado intensivo pediátricas que no comparten espacio y 50,4% para UCI pediátricas que comparten espacio, siendo mayor el uso para las que no comparten.

Tabla 165. Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central en unidades de cuidado intensivo pediátrica y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCIP	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	**Número de infecciones asociadas a Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter venoso central (ITS-AC)en UCIP/ Número de días Catéter central en UCIP en el semestre**	14	67	17122	3,9
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA/ INTERMEDIA	**Número de infecciones asociadas a Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter venoso central (ITS-AC)en UCIP/I /Número de días Catéter central en UCIP/I**	8	17	9991	1,7

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 166. Porcentaje de uso de catéter central en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCIP	INDICADOR	NÚMERO DE UCIP	Número de días catéter central	Número de días paciente	Porcentaje de uso dispositivo
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	**Número de días Catéter Central en UCI/ Número de días paciente en UCI en el semestre**	14	17122	28455	60,2
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA/ INTERMEDIA	**Número de días Catéter Central en UCI/ Número de días paciente en UCI en el semestre**	8	9991	19835	50,4

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tasa de densidad de Incidencia de infección asociada a catéter central (ITS-AC) en UCIN y UCIN/I

En estos servicios se reportaron 131 casos para el año 2016 de ITS-AC. Se Vigilaron 316 camas para UCIN y 277 para UCIN/I en 15 servicios de UCIN y 26 servicios de UCIN/I.

Para este servicio la vigilancia se realiza por peso estratificado al nacer, se observa que el peso que presento más alta la tasa para las UCIN fue: >2500 con un tasa de 3,89, seguida de 3,55 que corresponde al peso de 751-1000 g.(ver tabla). La tasa global de infección en las UCI-N fue de 3.13 casos por 1000 días catéter y para UCIN/I fue de 2.435 casos por 1000 días catéter.

En relación al uso de catéter central se obtuvo mayor uso para el peso de 751-1000 con un porcentaje de uso 66.30%, seguido de <=750 g con un porcentaje de uso de 61.28%, 1001-1500g con 60.57%, 15001-2500 g con 33.67% y >2500g con 30.94% de uso de catéter.

Tabla 167. Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central en unidades de cuidado intensivo neonatal – UCIN por peso estratificado. 2016

SERVICIO	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD DE INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	**Número de infecciones asociadas a Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter venoso central (ITS-AC)en UCIN/ Número de días Catéter central en UCIN en el año**	25	<= 750 g	4	1696	2,36
			751-1000 g	10	2820	3,55
			1001-1500 g	22	7140	3,08
			1501-2500 g	17	6417	2,65
			> 2500g	18	4625	3,89

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 168. Porcentaje de uso de catéter central en unidades de cuidado intensivo Neonatal UCIN por peso estratificado. 2016

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE DÍAS CATÉTER CENTRAL	NÚMERO DE DÍAS PACIENTE	PORCENTAJE DE USO DISPOSITIVO
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	**Número de días catéter central en UCI N/ Número de días paciente en UCIN en el año**	25	<= 750 g	1696	687	61,28
			751-1000 g	2820	1896	66,30
			1001-1500 g	7140	4459	60,57
			1501-2500 g	6417	7274	33,67
			> 2500g	4625	7706	30,94

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 169. Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central en unidades de cuidado intensivo-intermedio neonatal UCIN/I por peso estratificado. 2016

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE CASOS ITS-AC	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD DE INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO / - INTERMEDIA	**Número de días catéter central en UCI N/** INTERMEDIA **Número de días paciente en UCIN/I en el año**	15	<= 750 g	2	1516	1,32
			751-1000 g	11	3008	3,66
			1001-1500 g	18	7201	2,50
			1501-2500 g	11	7205	1,53
			> 2500g	18	5548	3,24

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 170. Porcentaje de uso de catéter central en unidades de cuidado intensivo-intermedio Neonatal UCIN/I por peso estratificado. 2016

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE DÍAS CATÉTER CENTRAL	NÚMERO DE DÍAS PACIENTE	PORCENTAJE DE USO DISPOSITIVO
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO / - INTERMEDIA	**Número de días catéter central en UCI N/** NEONATAL **Número de días paciente en UCIIN/I en el año**	15	<= 750 g	1516	497	52,11
			751-1000 g	3008	998	49,10
			1001-1500 g	7201	2557	43,96
			1501-2500 g	7205	5350	0
			> 2500g	5548	4001	13,57

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Neumonía Asociada a Ventilador (NAV).

Tasa de densidad de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) en UCIA y UCIA/I

En estos servicios se reportaron en el año de 2016, 173 casos de Neumonías asociadas a ventilador mecánico (NAV) de los cuáles 129 casos correspondieron a unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCIA) y 44 correspondieron a unidades de cuidado intensivo que comparten espacio (UCIA/I).

Para Bogotá se obtuvo una tasa de densidad de incidencia de NAV de 1.7 casos por 1000 días ventilador en las unidades de cuidado intensivo y para las unidades de cuidado intensivo que comparten espacio fue de 2,0 casos por 1000 días ventilador, observando que solo hay un leve aumento para las unidades de cuidado intensivo que comparten espacio.
En relación al uso de ventilador se obtuvo porcentajes de 41.2% de uso en las unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio y 32,1% para UCI que comparten espacio, siendo menor el uso para estas últimas.

Tabla 171. Tasa de infección asociado a ventilador mecánico en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCI	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	**Número de infecciones asociadas a ventilador (NAV)en UCI/ Número de días ventilador**	39	129	77821	17
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO/ INTERMEDIA	**Número de infecciones asociadas a ventilador en UCI/I /Número de días ventilador en UCI/I**	23	44	21597	2,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 172. Porcentaje de uso de ventilador en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCI	Número de días ventilador	Número de días paciente	Porcentaje de uso dispositivo
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	**Número de días ventilador en UCI/ Número de días paciente en UCI**	39	77821	188926	41,2
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO/ INTERMEDIA	**Número de días ventilador en UCI/ Número de días paciente en UCI**	23	21597	67146	32,1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tasa de densidad de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) en UCIP y UCIP/I

En estos servicios se reportaron 14 casos en el año de 2016 de NAV, de los cuáles 13 casos correspondieron a las unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCIP) y 1 caso correspondieron a las unidades de cuidado intensivo que comparten espacio (UCIP/I).

Para Bogotá, la tasa que se obtuvo fue de 1.1 casos por cada 1000 días ventilador en las UCIP, igualmente la tasa que se reportó para UCIP/P fue de 0,3 casos por cada 1000 días ventilador.

En el uso de ventilador se obtuvo porcentajes de 41,4% de uso en las unidades de

cuidado intensivo pediátricas que no comparten espacio y 14,7% para UCI pediátricas que comparten espacio, siendo mayor el uso las UCIP.

Tabla 173. Tasa de infección asociado a ventilador mecánico en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCIP	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	**Número de infecciones asociadas a Infección por ventilador (NAV) en UCIP/ Número de días Catéter central en UCIP**	14	13	11771	1,1
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA/ INTERMEDIA	**Número de infecciones asociadas a Infección por ventilador (NAV)en UCIP/I /Número de días ventilador en UCIP/I**	8	1	2918	0,3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 174. Porcentaje de uso de ventilador en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCIP	INDICADOR	NÚMERO DE UCIP	Número de días ventilador	Número de días paciente	Porcentaje de uso dispositivo
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	**Número de días ventilador en UCIP/ Número de días paciente en UCIP en el semestre**	14	11771	28455	45,1
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA/ INTERMEDIA	**Número de días ventilador en UCIP/ Número de días paciente en UCIP en el semestre**	8	2918	19835	15,7

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tasa de densidad de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) en UCIN y UCIN/I

En estos servicios se reportaron 26 casos en el año de 2016 de infecciones asociadas a ventilador con 20 casos en la UCIN y una tasa de infección de 1,92 casos por 1000 días ventilador y para UCIN/I fue de 6 casos con una tasa de 0,53 por 1000 días ventilador.

Este servicio se vigila por peso estratificado al nacer, donde se observa que el peso con la tasa más alta en UCIN fue en el peso de: 1001-1500 g con 2,98; seguida de 751-1000 g con 2,59.

En relación al uso de ventilador el mayor porcentaje se obtuvo para el peso de <= 750 g con un porcentaje de uso de 51,4% en la UCIN, para el peso de 751-1000 de 43.1% de uso; 10001-1500: 22.2% de uso; 1501-2500 13.4% de uso, >2500 16.2%

Para UCIN/I se observa que la tasa es 0,53 por 1000 días ventilador, prestándose menos de un caso por cada 1000 días de uso de ventilador.

En relación al uso de ventilador el mayor porcentaje se obtuvo para el peso de <= 750 g con un porcentaje de uso de 42,9%, seguido del peso de 751-1000 de 34.5% de uso; 10001-1500: 16.9% de uso; >2500 5.7% y 1501-2500 8.9% de uso.

Tabla 175. Neumonía Asociada a Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	**Número de infecciones ventilador en UCIN/ Número de días ventilador en UCIN en el año**	15	<= 750 g	2	1138	1176
			751-1000 g	4	1547	2,59
			1001-1500 g	8	2689	2,98
			1501-2500 g	4	2525	1,58
			> 2500g	2	2525	0,79

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 176. Uso de Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE DIAS VENTILADOR	NÚMERO DE DIAS PACIENTE	PORCENTAJE DE USO
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	**Número de días ventilador en UCI N/ Número de días paciente en UCIN**	15	<= 750 g	1138	687	51,4
			751-1000 g	1547	1896	43,1
			1001-1500 g	2689	4459	22,2
			1501-2500 g	2525	7274	13,4
			> 2500g	2525	**22831**	**15,7 %**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 177. Neumonía Asociada a Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo-Intermedio Neonatal

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO	**Número de infecciones**	15	<= 750 g	0	1256	0

INTENSIVO/ INTERMEDIO NEONATAL	**ventilador en UCIN/I Número de días ventilador en UCIN en el año**	751-1000 g	3	2041	1,47
		1001-1500 g	0	2705	0
		1501-2500 g	0	2876	0
		> 2500g	3	2420	1,24

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 178. Uso de Ventilador en Unidades de Cuidado Intensivo-Intermedio Neonatal

TIPO DE UCIN	INDICADOR	NÚMERO DE UCIN	PESO	NÚMERO DE DIAS VENTILADOR	NÚMERO DE DIAS PACIENTE	PORCENTAJE DE USO
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO / INTERMEDIA NEONATAL	**Número de días ventilador en UCI N/ I Número de días paciente en UCI**	26	<= 750 g	1256		
			751-1000 g	2041		
			1001-1500 g	2705		
			1501-2500 g	2876		
			> 2500g	2420		

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter Urinario ISTU-AC Tasa de densidad de incidencia de ISTU-AC en UCIA y UCIA/I

En estos servicios se reportaron 333 casos en el año de 2016 de Infección Sintomática del tracto Urinario asociada a Catéter (ISTU-AC) de los cuáles el 271 casos correspondieron a unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCIA) y 62 casos correspondieron a unidades de cuidado intensivo que comparten espacio (UCIA/I).

Se obtuvo para Bogotá, una tasa de 2.50 casos por cada 1000 días sonda vesical en las unidades de cuidado intensivo adulto exclusivas, igualmente la tasa que se reportó para las unidades de cuidado intensivo que comparten espacio fue de 1.70 casos por cada 1000 días dispositivo, observando que en la unidad de cuidado intensivo exclusiva se presentó un caso más que en la que comparte espacio.

En relación al uso de catéter urinario se obtuvo porcentajes de 57,43% de uso en las unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio y 54.16% para UCI que comparten espacio, siendo similar el uso en las dos unidades.

Tabla 179.Tasa de infección del tracto urinario asociado a catéter urinario en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCI	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	**Número de infecciones asociadas a Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario (ISTU-AC) UCI/ Número de días Catéter urinario en UCI en el semestre**	39	271	108504	2,50
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO/ INTERMEDIA	**Número de infecciones asociadas a Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario (ISTU-AC en UCI/I /Número de días Catéter urinario en UCI/I**	23	62	67147	1,70

Tabla 180. Porcentaje de uso de catéter urinario en unidades de cuidado intensivo adulto y unidades de cuidado intensivo / intermedio

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCI	Número de días catéter urinario	Número de días paciente	Porcentaje de uso dispositivo
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	**Número de días Catéter urinario en UCI/ Número de días paciente en UCI**	39	108504	188926	57,43%
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO/ INTERMEDIA	**Número de días Catéter urinario en UCI/ Número de días paciente en UCI**	23	67147	67147	54,16%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tasa de densidad de incidencia de ISTU-AC en UCIP y UCIP/I

En estos servicios se reportaron 38 casos en el año 2016 de ISTU-AC de los cuáles el 36 casos, corresponden a las unidades de cuidado intensivo que no comparten espacio (UCIP) y 2 casos corresponden a unidades de cuidado intensivo pediátrico que comparte espacio UCIP/I, siendo la de mayor reporte la UCIP.

Se obtuvo para Bogotá una tasa de 2.81 casos por cada 1000 días dispositivo en las UCIP, igualmente la tasa que se reportó para UCIP/I fue de 0,64 casos por cada 1000 días dispositivo.

En relación al uso de catéter urinario se obtuvo porcentajes de 45.1% de uso en las unidades de cuidado intensivo pediátricas que no comparten espacio y 15.7% para UCI pediátricas que comparten espacio.

Tabla 181. Tasa de Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter en unidades de cuidado intensivo pediátrico y unidades de cuidado intensivo /intermedio pediátrico.

TIPO DE UCI	INDICADOR	NÚMERO DE UCIP	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE DIAS DISPOSITIVO	TASA DE DENSIDAD E INCIDENCIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	**Número de infecciones asociadas a Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario (ISTU-AC)en UCIP/ Número de días Catéter urinario en UCIP**	14	36	108504	2,81
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA / INTERMEDIA	**Número de infecciones asociadas a Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario (ISTU-AC en UCIP/I /Número de días Catéter urinario en UCIP/I**	8	2	36364	0,64

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Tabla 182. Porcentaje de uso de dispositivo de Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter urinario

TIPO DE UCIP	INDICADOR	NÚMERO DE UCIP	Número de días catéter urinario	Número de días paciente	Porcentaje de uso dispositivo
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	**Número de días Catéter urinario en UCI/ Número de días paciente en UCI**	14	108504	28455	45,1
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA/ INTERMEDIA	**Número de días Catéter urinario en UCI/ Número de días paciente en UCI**	8	36364	19835 15,7	

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsistema de IAAS Bogotá, 2016

Resistencia Bacteriana

La resistencia bacteriana en el ámbito hospitalario es un problema de gran importancia para la red asistencial de la ciudad, por lo cual a partir del año 2005 se inició el proceso de implementación del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Resistencia Bacteriana en Bogotá. Durante este lapso se ha legitimado el proceso de notificación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a la Secretaría Distrital de Salud y con base en la información consolidada, se han generado Boletines Epidemiológicos Distritales por medio de los cuales se divulgan los resultados y se presenta el análisis de los perfiles y tendencias de la resistencia de los principales patógenos de importancia clínica, con el fin de ampliar el conocimiento sobre el fenómeno y generar recomendaciones que favorecen la contención de la resistencia bacteriana y el mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud en Bogotá.
Link:http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/boletines_tematicos.aspx?RootFolder=%2fDSP%2fBoletines%20temticos%2fIAAS&FolderCTID=&View=%7bC12ED1BC-DE27-49B1-83E2-9AAEE9694BA8%7

Población.
La población corresponde a las sesenta y un (69) de Unidades Notificadoras que reportan al subsistema de resistencia bacteriana sus aislamientos positivos, tomados de los laboratorios de microbiología de las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que notifican al subsistema de vigilancia epidemiológica de resistencia a los antimicrobianos (RA).

Procesamiento y análisis de la información.
Las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) que hacen parte del subsistema Resistencia a los antimicrobianos consolidan mensualmente la información sobre la susceptibilidad bacteriana de los pacientes atendidos en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y otros servicios hospitalarios catalogados dentro del Subsistema tales como servicios No-UCI y de consulta externa entre otros.

La información se envía mensualmente a la Secretaría Distrital de Salud desde las bases de datos de los laboratorios de microbiología de las IPS de acuerdo con el equipo automatizado de identificación y susceptibilidad utilizado por cada laboratorio. Todas las instituciones participantes cuentan con control de calidad microbiológico interno y externo. El control de calidad externo se realiza a través de laboratorios de referencia o el Instituto Nacional de Salud.

Las bases de datos de cada institución se transfirieren a través del software BacLink programa que se encarga de crear la estructura estándar para ser revisada desde el software Whonet (Programa que facilita la revisión de la calidad del dato y análisis de la información) éstas bases son enviadas a la Secretaría Distrital de Salud donde se efectúan control de calidad, retroalimentación y consolidación de la información a nivel distrital. Posteriormente se analiza la información de resistencia a los antimicrobianos con el software Whonet para los marcadores de resistencia definidos por consenso para el 2016. Estos marcadores son:

Staphylococcus aureus resistente a oxacilina.
Enterococcus faecium resistente a vancomicina.
Enterococcus faecalis resistente a vancomicina.
Escherichia coli resistente a ciprofloxacina.
Escherichia coli resistente a cefalosporinas de tercera generación.
Enterobacter cloacae resistente a ceftazidima.
Klebsiella pneumoniae resistente a cefalosporinas de tercera generación.
Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenémicos.
Pseudomonas aeruginosa resistente a ceftazidima.
Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenémicos.
Pseudomonas aeruginosa resistente a ciprofloxacina.
Acinetobacter baumannii resistente a carbapenémicos.

Con el fin de evaluar la notificación al sistema de vigilancia se definieron los siguientes indicadores:

El porcentaje de oportunidad: hace referencia a que la base de datos en formato DBase se envíe a la SDS dentro de los veinte (20) días calendario siguiente al periodo que se está notificando.

Porcentaje de notificación con calidad: hace referencia a que en el archivo de Whonet enviado se encuentren debidamente diligenciadas las variables: ID de paciente, edad, localización, servicio, tipo de localización, fecha de muestra, institución, código tipo de muestra, código de microorganismo, BLEE, Antibiograma, pruebas complementarias y las variables de infecciones.
Se realiza análisis descriptivo de los diferentes marcadores de resistencia, de la frecuencia de aislamientos por servicio UCI (adulto, pediátrico y neonatal) y No- UCI y de acuerdo con el nivel de complejidad de las instituciones, la información de resistencia se clasifica con base en el servicio en donde se encuentra ubicado el paciente en el momento de la toma de la muestra. Además, se analizan los porcentajes de resistencia bacteriana del total de aislamientos a nivel distrital. El análisis se realiza mediante la opción uno por paciente, de acuerdo con las recomendaciones internacionales y se excluyen los aislamientos provenientes de servicios extrahospitalarios.

Para determinar la resistencia a los antimicrobianos se toman los puntos de corte de la norma del Instituto de Estándares del Laboratorio Clínico (CLSI) para el año 2015. Se estima la distribución por percentiles para cada uno de los marcadores de resistencia bacteriana. Las instituciones que en su información individual presentan valores de resistencia por encima del percentil 75 en alguno de los marcadores, deben establecer estrategias de control de la infección y del manejo adecuado de la prescripción de antibióticos con una mayor dedicación.

Los resultados se presentan divididos en Unidades Notificadoras de III Nivel y II Nivel. Toda la información es dividida en servicio NO UCI y servicios UCI. Se realiza un análisis especial de las Unidades Críticas de Adultos, Pediátricas y Neonatales.

A continuación se presentan los resultados de indicadores, establecidos en el tablero de control de Resistencia bacteriana (enero – diciembre 2016).

Tabla 183. Indicadores de oportunidad y calidad de las bases de resistencia 2016.

INDICADOR	VALOR PRIMER SEMESTRE – 2016	VALOR SEGUNDO SEMESTRE – 2016	VALOR ANUAL 2016	META 2016
Porcentaje de Oportunidad en la notificación de las Bases de Resistencia Bacteriana 2016	62%	58%	67%	90%
Porcentaje de Calidad en la notificación de las Bases de Resistencia Bacteriana 2016	25%	54%	39%	60%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Tablero de control subsistema resistencia a los antimicrobianos Año 2016

Con respecto al análisis de las bases de datos reportadas por las unidades notificadoras, se genera la frecuencia de aislamientos bacterianos donde en primer lugar se encuentra el microorganismo *E. coli* seguido de *K. pneumoniae* y *S. aureus*, tanto para UCI como NO UCI.

La mayor prevalencia de aislamientos bacterianos en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para el año 2016 se presentó en los siguientes microorganismos: *E. coli* con un 17,9 %, *K. pneumoniae* 14,2% y *S. aureus* 8,2%.

Con respecto a la prevalencia de aislamientos bacterianos en no UCI para el 2016, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *E. coli* con un 32,2%, *K. pneumoniae* 10,1% y *S. aureus* 9,1%.

Tabla 184. Prevalencia de aislamientos bacterianos en UCI y NO UCI en Bogotá D.C. 2016

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	*GENERO Y ESPECIE*	TOTAL 2016
Prevalencia de aislamientos bacterianos en UCI	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie	*E. coli*	2445
		K. pneumoniae	1937
		S. aureus	1123
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos	**13584**	
	Interpretación del resultado La prevalencia de determinado microorganismo fue de _ % en el servicio correspondiente a UCI durante el período de seguimiento.	*E. coli*	17.9 %
		K. pneumoniae	14.2 %
		S. aureus	8.2%
Prevalencia de aislamientos bacterianos en No UCI	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie	*E. coli*	10081
		K. pneumoniae	3178
		S. aureus	2847
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos	**31301**	
	Interpretación del resultado La prevalencia de determinado microorganismo fue de _ % en el servicio correspondiente No UCI durante el período de seguimiento.	*E. coli*	32.2 %
		K. pneumoniae	10.1%
		S. aureus	9.1 %

Fuente: Sistema de Vigilancia epidemiológica de Resistencia Bacteriana SIVIBAC – Whonet Año 2016

En relación a la prevalencia del fenotipo de resistencia bacteriana se analizó el *S. aureus* meticilino resistente tanto en UCI como en NO UCI.

La prevalencia del *S. aureus* meticilino resistente en el servicio correspondiente a UCI fue de 23,9% durante el año 2016.

La prevalencia del *S. aureus* meticilino resistente en el servicio correspondiente a NO UCI fue de 34,9% durante el año 2016.

Tabla 185. Prevalencia del fenotipo de resistencia bacteriana de *S. aureus* en UCI y NO UCI en Bogotá D.C. 2016

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	*GENERO Y ESPECIE*	TOTAL 2016
Prevalencia de fenotipos de resistencia bacteriana en UCI	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, resistentes a un antibiótico.	*S. aureus*	262
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, evaluados in vitro frente a un antibiótico.		1099
	La prevalencia de determinado fenotipo de resistencia bacteriana en el servicio correspondiente UCI fue de ___ % durante el período de seguimiento.		23.9%
Prevalencia de fenotipos de resistencia bacteriana en No UCI	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, resistentes a un antibiótico	*S. aureus*	972
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, evaluados in vitro frente a un antibiótico.		2786
	La prevalencia de determinado fenotipo de resistencia bacteriana en el servicio correspondiente No UCI fue de ___ % durante el período de seguimiento.		34.9%

Antibiótico determinado: Oxacilina. Fuente: Sistema de Vigilancia epidemiológica de Resistencia Bacteriana SIVIBAC – Whonet Año 2016

De las Enterobacterias analizadas frente a su resistencia a los carbapenémicos, se escogieron *E. coli* y *K. pneumoniae*, ya que son los microorganismos que más aislamientos tuvieron tanto en UCI como en NO UCI. En servicios de UCI el comportamiento de la *E. coli* resistente a carbapenémicos fue de 1.2%, mientras que el de *K. pneumoniae* resistente a carbapenémicos fue de 18,1 %. En servicios de NO UCI el comportamiento de la *E. coli* resistente a carbapenémicos fue 0.6% y de *K. pneumoniae* resistente a carbapenémicos 16.4%.

Tabla 186. Perfiles de resistencia bacteriana en UCI y NO UCI en Bogotá D.C. 2016

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	*GENERO Y ESPECIE*	TOTAL 2016
Perfiles de resistencia bacteriana	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, resistentes a un grupo determinado de antibióticos	*E. coli*	28
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, evaluados in vitro		2353

en UCI	frente a un grupo de determinados antibióticos		
	El comportamiento de determinado microorganismo es resistente frente a los siguientes antibióticos, (% por antibiótico probado).		1.2%
	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, resistentes a un grupo determinado de antibióticos	*K. pneumoniae*	322
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, evaluados in vitro frente a un grupo de determinados antibióticos		1781
	El comportamiento de determinado microorganismo es resistente frente a los siguientes antibióticos, (% por antibiótico probado).		18.1%
Perfiles de resistencia bacteriana en No UCI	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, resistentes a un grupo determinado de antibióticos	*E. coli*	57
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, evaluados in vitro frente a un grupo de determinados antibióticos		9510
	El comportamiento de determinado microorganismo es resistente frente a los siguientes antibióticos, (% por antibiótico probado).		0.6%
	Numerador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, resistentes a un grupo determinado de antibióticos	*K. pneumoniae*	470
	Denominador: No. total de aislamientos bacterianos de un determinado género y especie, evaluados in vitro frente a un grupo de determinados antibióticos		2868
	El comportamiento de determinado microorganismo es resistente frente a los siguientes antibióticos, (% por antibiótico probado).		16.4%

Antibiótico determinado: Ertapenem. Fuente: Sistema de Vigilancia epidemiológica de Resistencia Bacteriana SIVIBAC – Whonet AÑO 2016

Discusión

Con respecto al indicador de oportunidad del subsistema de resistencia bacteriana, se establece que las instituciones notifiquen dentro de los veinte días siguientes al mes que están reportando, se observa que este indicador no cumple con la meta del 90%, las posibles causas de este incumplimiento están relacionadas con la alta rotación del personal de las IPS durante el año, situación que en algunos casos no es notificada al ente territorial oportunamente para efectuar capacitación y en otros implica no asignación de personal para realizar esta intervención en la institución lo que se traduce en falta de apoyo gerencial al proceso.

Con respecto al indicador de calidad, se observa que tampoco se cumplió con la meta del 60%, debido en muchos casos a que las bases son enviadas sin revisión por parte de las bacteriólogas de las IPS y se presentan errores que van desde falta de datos del paciente, mala clasificación del sexo, errores en la clasificación de localizaciones, servicios y códigos de microorganismos entre otros. Adicionalmente, a pesar de solicitarles ajustes, las instituciones generalmente reenvían las bases sin realizar los ajustes solicitados o simplemente no los envían.

Es importante mantener en las instituciones un estricto control al uso de

vancomicina y otros carbapenémicos, evitando su uso indiscriminado en infecciones tanto institucionales como de la comunidad, con el fin de disminuir la presión de selección de cepas resistentes, así mismo, un estricto cumplimiento de la higienización de manos lo cual redunda en una disminución de la transmisión cruzada de este microorganismo, mantener adecuados proceso de limpieza y desinfección, finalizando con un estricto aislamiento de contacto de los pacientes infectados y/o colonizados por SAMR e infectados de microorganismos multirresistentes incluyendo la resistencia a carbapenémicos.

Conclusiones

Es importante continuar con procesos continuos de capacitación tanto en las instituciones como en la SDS para lograr alcanzar la meta en los indicadores de oportunidad y de calidad.

Las estrategias para prevenir la introducción y transmisión de Enterobacterias resistentes a carbapenémicos se deben basar en la vigilancia activa para la detección de los pacientes infectados y colonizados, el cumplimiento estricto de las medidas de control de la infección y el control de su diseminación.

Por otro lado la Secretaría Distrital de Salud continúa fortaleciendo los procesos de:

Inducción o capacitación y asesoría: Se programan de acuerdo a solicitud del representante institucional o previa identificación de necesidades, espacios de inducción, capacitación y asesoría dirigidos a personal de IPS y aseguradoras.

Socialización de lineamientos, aclaración de dudas y soporte técnico al proceso mediante los comités mensuales de infecciones.

Capacitaciones de Whonet dirigidas a referentes de infecciones y bacteriólogas.

Asesoría en WHONET a las IPS y asesoría para análisis de la información.

Retroalimentación mensual de bases de datos de WHONET a las instituciones mediante correo electrónico.

Elaboración de lineamientos y guías que son socializadas en el comité distrital de infecciones.

Notificación al Instituto Nacional de Salud al Subsistema Nacional de Información para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia a los Antimicrobianos en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) Públicas y Privadas de Tercer Nivel de Atención.

Recomendaciones

Se requiere contar con política desde el nivel nacional para abordar los eventos en mención, que incluya estrategias que garanticen suficiencia y favorezcan la permanencia del talento humano que debe ejercer dichas funciones en los diferentes niveles (IPS, SDS, etc.).

Efectuar gestión desde el nivel nacional que favorezca la inclusión (o se incremente la intensidad horaria) en los programas educativos del personal de salud de elementos que permitan contar con competencias que beneficien la implementación de los programas de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud, contención de la resistencia bacteriana y uso prudente de antibióticos.

En la SDS se requiere fortalecer el talento humano a cargo del proceso para poder efectuar más y mejores intervenciones de acompañamiento y seguimiento a IPS y aseguradores a nivel distrital. Garantizar continuidad del talento humano y contratación de grupos de expertos.

Se requiere continuar implementando estrategias que favorezcan la adquisición de una cultura de prevención, vigilancia y control de estos eventos.

Las infecciones graves por bacterias multirresistentes son un desafío no solo para la ciencia y los sistemas sanitarios, sino también una carga económica muy importante para los hospitales. La existencia de una adecuada política de uso de antibióticos, los programas de control de la infección y la disponibilidad de métodos microbiológicos para su detección son las mejores armas para su control.

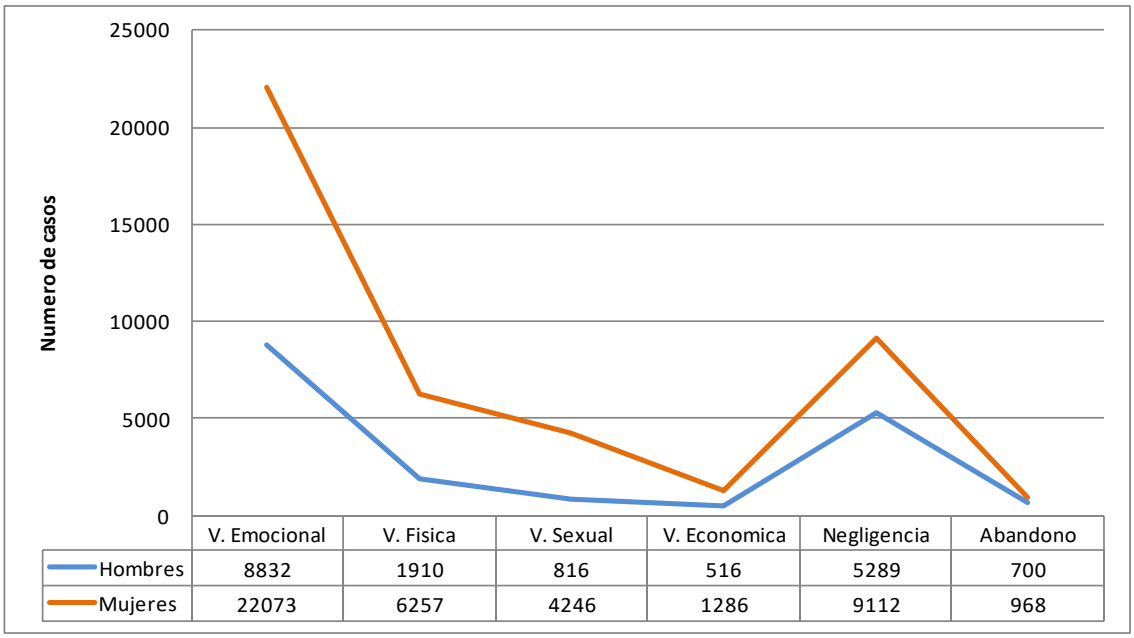
4.10. Comportamiento de eventos de vigilancia Departamental

Sistema de vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil, Violencia Sexual, Violencia Contra la Mujer, Conducta Suicida y **L**esiones de causa externa

SIVIM

En la Gráfica siguiente se puede visualizar el volumen de casos según tipo de violencia y sexo de las víctimas. Es pertinente señalar que en la distribución de frecuencias una víctima puede estar afectada por uno o más tipos de violencia. Es decir que para efectos del conteo de casos según tipo de violencia un mismo sujeto puede ser adicionado a diversos tipos de violencia. Las frecuencias más elevadas en orden descendente son la violencia emocional, la negligencia, la violencia física, la violencia sexual, el abandono y la violencia económica. Las mujeres en todos los tipos de violencia registran las mayores frecuencias como víctimas.

Grafico 162. Distribución de casos de violencia intrafamiliar, según sexo y tipo de violencia Bogotá – Año 2016



	V. Emocional	V. Fisica	V. Sexual	V. Economica	Negligencia	Abandono
Hombres	8832	1910	816	516	5289	700
Mujeres	22073	6257	4246	1286	9112	968

Fuente: Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológico SIVIM año 2016 Distrito Capital

En términos de volumen de registros o reportes captados según localidad, el 64,6% del total de casos captados (n=30.911). A continuación se presentan las localidades en donde se hallan las frecuencias más elevadas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual al frente de cada una de ellas se ubica el número absoluto de casos y el porcentaje correspondiente respecto al total de casos registrados en el nivel Distrital. De esta manera, se ubicaron en las localidades de Ciudad Bolívar (n= 4.526 - 14,6%), Bosa (n= 4.368 - 14,1%); Kennedy (n= 3.410 - 11,0%); Suba (9,1% - 2.818); Usme (2.468 - 8%) y Usaquén (2.366 - 7,7%).

La consistencia de los datos recabados a través del subsistema de vigilancia SIVIM señala una vez más que niños, niñas y adolescentes - NNA es decir los menores entre 0 y 17 años de edad se constituyen en el segmento de población más afectado en todos los tipos de violencia. De igual manera, si consideramos todos los tipos de violencia, cerca de tres mujeres por cada hombre se ven afectadas sin diferenciar el tipo de violencia. En los apartes posteriores, se discriminan los casos según sexo y se establece la razón de sexos según tipo de violencia.

Tabla 187. Distribución de casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, según grupo de edad, sexo y localidad. Bogotá, D. C., 2016

Grupo de edad/ Localidades	Hombres																		Total Hombres	Mujeres																
	(0 a 4)	(5 a 9)	(10 a 14)	(15 a 17)	(18 a 19)	(20 a 24)	(25 a 29)	(30 a 34)	(35 a 39)	(40 a 44)	(45 a 49)	(50 a 54)	(55 a 59)	(60 a 64)	(65 a 69)	(70 a 74)	(75 a 79)	(80 y más)		(0 a 4)	(5 a 9)	(10 a 14)	(15 a 17)	(18 a 19)	(20 a 24)	(25 a 29)	(30 a 34)	(35 a 39)	(40 a 44)	(45 a 49)	(50 a 54)	(55 a 59)	(60 a 64)	(65 a 69)	(70 a 74)	(75 a 79)
Antonio Nariño	25	11	30	10	3	3	1	-	1	1	1	-	-	1	1	1	2	4	95	25	13	28	27	15	18	16	14	13	5	6	3	2	3	-	1	1
Barrios Unidos	40	42	21	14	1	2	4	-	2	1	2	3	3	1	2	-	6	3	147	53	31	39	26	19	38	28	15	22	11	8	8	1	2	5	2	4
Bosa	451	267	186	87	10	37	23	21	21	14	9	11	12	6	3	6	9	9	1182	476	268	426	380	179	333	256	248	198	119	95	83	38	29	22	15	5
Candelaria	9	2	3	4	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	3	2	1	27	16	2	7	13	4	8	4	5	2	1	4	1	-	4	-	1	-
Chapinero	27	38	29	10	3	2	4	3	-	2	-	-	1	-	-	1	2	2	124	34	20	16	14	16	23	23	8	10	4	2	3	2	2	2	2	-
Ciudad Bolívar	462	249	260	106	20	34	22	17	5	8	13	6	5	10	9	10	13	9	1258	541	238	528	409	205	403	259	183	154	87	71	51	23	20	21	25	16
Engativá	129	205	116	60	5	15	12	9	4	10	6	5	1	2	5	3	3	13	603	159	147	199	181	63	173	123	85	77	35	30	35	23	17	18	9	9
Fontibón	110	58	58	17	7	12	6	6	6	5	3	4	3	4	4	8	3	10	324	87	83	83	102	38	123	71	73	71	32	24	20	18	13	10	9	10
Kennedy	351	214	141	56	5	16	14	9	6	5	8	7	5	8	9	4	12	16	886	382	189	364	305	160	302	247	170	133	71	51	26	22	32	22	18	12
Mártires	58	18	20	4	-	2	2	1	-	2	1	-	1	3	2	1	1	3	119	60	18	37	46	13	25	24	23	9	7	8	5	5	4	2	1	2
Puente Aranda	80	34	25	11	-	5	7	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	7	184	75	49	54	60	29	54	37	39	22	19	14	10	11	6	4	4	4
Rafael Uribe	176	155	154	78	3	9	9	6	6	4	2	2	2	3	8	4	3	9	633	211	113	211	167	80	125	121	76	57	31	24	20	23	24	18	7	17
San Cristóbal	210	131	120	70	10	14	11	7	5	3	4	4	6	3	3	3	1	7	612	241	111	197	190	83	165	117	82	75	34	28	25	13	20	14	6	11
Santa Fe	51	41	16	9	3	2	1	2		1	1	2	1	3	5	1	1	3	143	85	21	53	33	21	49	44	25	15	9	7	4	3	1	6	1	2
Suba	290	169	129	66	10	23	9	11	8	9	6	8	8	6	7	2	6	6	773	350	149	217	253	97	239	198	145	103	51	42	46	36	37	19	21	18
Sumapaz	21	7	10	1	-	1	-	-	2	-	2	1	2	1	8	2	4	4	66	8	4	7	6	2	5	5	3	2	3	4	-	-	4	1	3	2
Teusaquillo	14	32	14	1	1	2	1	1	-	1	-	2	2	-	1	-	-	1	73	27	15	21	26	6	18	11	16	6	2	4	3	7	3	2	3	1
Tunjuelito	57	32	17	9	1	2	4	1	3	3	1	2	1	2		1	3	4	143	75	34	62	49	20	49	31	22	14	3	2	8	8	3	6	4	2
Usaquén	257	170	121	54	13	20	14	13	17	9	6	7	4	5	9	5	3	7	734	294	158	168	138	74	167	144	124	90	67	39	45	40	23	12	11	13
Usme	343	150	104	45	10	11	4	7	1	3	4	1	2	6	6	3	-	5	705	392	136	218	239	108	216	151	92	50	28	17	21	15	17	15	8	18
N.A.	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	1	1	-	-	1	3	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Total general	**3163**	**2025**	**1574**	**712**	**105**	**212**	**149**	**116**	**89**	**82**	**71**	**68**	**60**	**65**	**83**	**60**	**76**	**123**	**8833**	**3594**	**1800**	**2936**	**2664**	**1232**	**2534**	**1913**	**1449**	**1124**	**619**	**480**	**418**	**290**	**264**	**199**	**151**	**147**

Fuente: Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológico SIVIM año 2016 Distrito Capital.

Tipo de violencia según grupo de edad y sexo de la víctima. Ciudad de Bogotá D, C Año 2016

El análisis de la distribución de casos según tipo de violencia exige partir de una consideración esencial: "un sujeto puede ser víctima de varios tipos de violencia de manera simultánea". Esta situación en el entendido que la violencia emocional siempre a compaña a todos los otros tipos de violencia y es la única que puede registrarse como violencia única ejercida en contra de una persona. Así, la violencia sexual puede hallarse acompañada de violencia física y desde luego de violencia emocional.

Con la claridad expuesta podemos exponer que durante el año 2.016 se registraron 30.911 casos de violencia intrafamiliar que incluyen seis tipos de violencia: emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono. Con base en la explicación expuesta con antelación se entiende porque la violencia emocional presenta las mayores frecuencias; (n= 30911) seguida por la negligencia con 14.401 casos y la violencia física con un total de 8.167 casos.
Para todos los tipos de violencia las víctimas más frecuentes son las mujeres. Así en el caso de la violencia sexual la razón de sexo de los afectados es de 5 casos de mujeres por cada hombre y el segmento de población en donde se concentra más del 86% de los casos (n= 4.368) se ubica en el rango de edad de 0 a 24 años es decir que en términos de curso de vida los niños, niñas y adolescentes son las principales víctimas de la violencia sexual.

Respecto a la negligencia durante el 2016 se recabaron un total de 14.401 reportes de los cuales 9.112 corresponde a víctimas mujeres. Esto es cerca de dos mujeres afectadas por cada hombre víctima de este tipo de violencia. Más del 92% de las víctimas se hallan entre los 0 y los 34 años de edad. Dentro de este grupo los menores de edad es decir los niños, las niñas y adolescentes por sus condiciones de vulnerabilidad presentan las frecuencias más elevadas.
Respecto a la violencia física la razón de sexos alcanza tres casos en mujeres por cada hombre afectado y el grupo de edad con mayores frecuencias de este tipo de violencia se ubica entre los 0 y los 39 años de edad con un total de 6.900 casos que equivalen al 84,4%.

En relación con la violencia económica y el abandono los grupos de edad más afectados se ubican en el rango de edad comprendido entre los 0 y los 17 años.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 188. Distribución de casos de violencia según tipo, sexo y grupo de edad – Bogotá, Año 2016

Quinquenios Edad	V. Emocional			V. Fisica			V. Sexual		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
(0 a 4)	3162	3594	**6756**	318	255	**573**	151	449	**600**
(5 a 9)	2025	1800	**3825**	501	308	**809**	324	611	**935**
(10 a 14)	1574	2936	**4510**	459	555	**1014**	212	1404	**1616**
(15 a 17)	712	2663	**3375**	166	507	**673**	59	594	**653**
(18 a 19)	105	1232	**1337**	26	367	**393**	14	187	**201**
(20 a 24)	212	2534	**2746**	90	963	**1053**	21	342	**363**
(25 a 29)	149	1913	**2062**	67	915	**982**	14	209	**223**
(30 a 34)	116	1449	**1565**	54	728	**782**	6	156	**162**
(35 a 39)	89	1124	**1213**	38	583	**621**	2	118	**120**
(40 a 44)	85	622	**707**	37	303	**340**	8	53	**61**
(45 a 49)	71	480	**551**	37	229	**266**	1	52	**53**
(50 a 54)	68	418	**486**	24	192	**216**	1	36	**37**
(55 a 59)	60	290	**350**	26	121	**147**	0	13	**13**
(60 a 64)	65	264	**329**	16	84	**100**	0	7	**7**
(65 a 69)	83	199	**282**	15	52	**67**	1	5	**6**
(70 a 74)	60	151	**211**	12	39	**51**	1	5	**6**
(75 a 79)	76	147	**223**	11	24	**35**	1	2	**3**
(80 y más)	123	260	**383**	13	32	**45**	0	3	**3**
Total General	**8835**	**22076**	**30911**	**1910**	**6257**	**8167**	**816**	**4246**	**5062**

Quinquenios Edad	V. Economica			Negligencia			Abandono		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
(0 a 4)	173	190	**363**	2538	2700	**5238**	174	201	**375**
(5 a 9)	132	100	**232**	1164	864	**2028**	177	132	**309**
(10 a 14)	100	120	**220**	809	1066	**1875**	124	130	**254**
(15 a 17)	39	92	**131**	394	1355	**1749**	62	115	**177**
(18 a 19)	4	47	**51**	37	550	**587**	9	25	**34**
(20 a 24)	8	136	**144**	54	925	**979**	9	54	**63**
(25 a 29)	3	113	**116**	15	515	**530**	1	50	**51**
(30 a 34)	7	102	**109**	14	297	**311**	2	19	**21**
(35 a 39)	1	119	**120**	13	167	**180**	3	19	**22**
(40 a 44)	5	51	**56**	4	81	**85**	3	10	**13**
(45 a 49)	2	43	**45**	12	46	**58**	3	13	**16**
(50 a 54)	5	27	**32**	13	52	**65**	7	9	**16**
(55 a 59)	5	32	**37**	14	54	**68**	12	13	**25**
(60 a 64)	4	36	**40**	28	65	**93**	13	22	**35**
(65 a 69)	8	23	**31**	35	73	**108**	24	21	**45**
(70 a 74)	5	24	**29**	29	69	**98**	11	27	**38**
(75 a 79)	3	11	**14**	42	81	**123**	28	34	**62**
(80 y más)	12	20	**32**	74	152	**226**	38	74	**112**
Total General	**516**	**1286**	**1802**	**5289**	**9112**	**14401**	**700**	**968**	**1668**

Fuente: Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológico SIVIM año 2016 Distrito Capital.

SISVECOS

Para el año 2016 se presentaron (307) casos en el Distrito capital de suicidio consumado con una tasa de 3,9 x 1000 Habitantes datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su sistema de información SIRDEC. Se observa durante el periodo 2015 un registro total de (278) casos de suicidio consumado evidenciando un aumento significativo entre los años 2015-2016 de 29 casos.

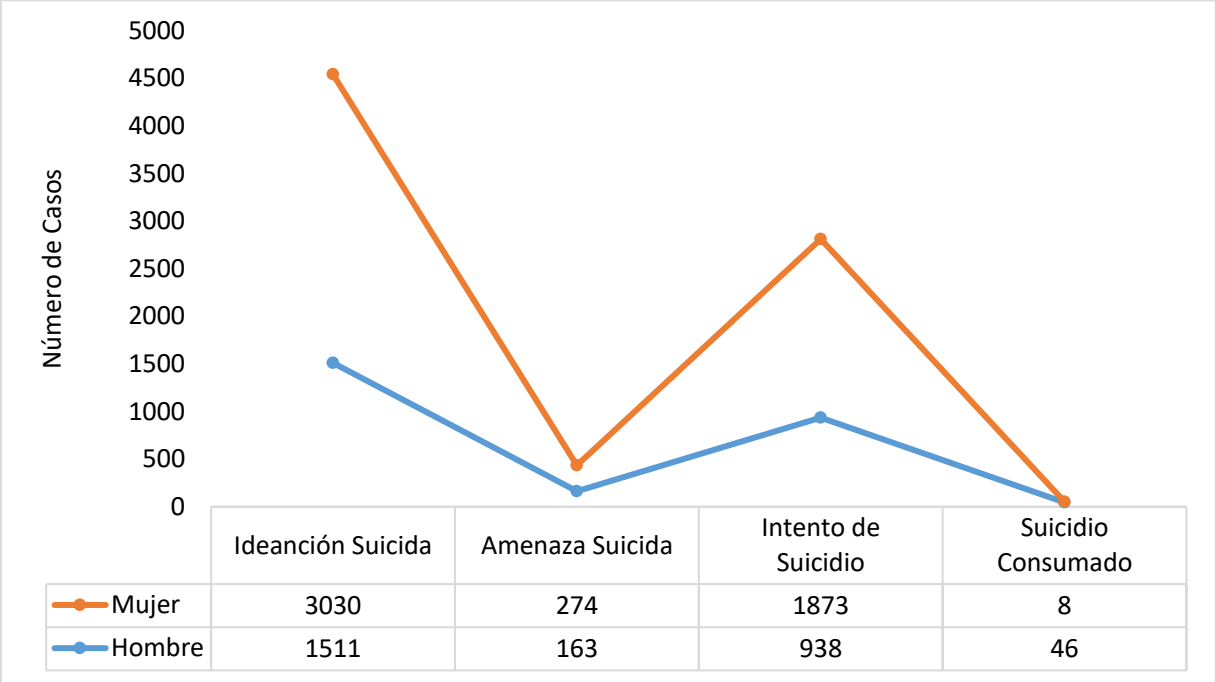
Tabla 189. Suicidios en la Ciudad de Bogotá D. C. según localidades, grupos de edad y sexo de la víctima. Año 2016.

Localidad	Hombre																	Total Hombre	Mujer													Total Mujer	Total *	Población	Tasa * 100,000 Habitantes
	(10 a 14)	(15 a 17)	(18 a 19)	(20 a 24)	(25 a 29)	(30 a 34)	(35 a 39)	(40 a 44)	(45 a 49)	(50 a 54)	(55 a 59)	(60 a 64)	(65 a 69)	(70 a 74)	(75 a 79)	(80 y más)		(10 a 14)	(15 a 17)	(18 a 19)	(20 a 24)	(25 a 29)	(30 a 34)	(35 a 39)	(40 a 44)	(45 a 49)	(50 a 54)	(60 a 64)	(65 a 69)	(75 a 79)				
Antonio Nariño	-	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	6	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	8	109277	7,3
Barrios Unidos	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	263883	1,9
Bosa	-	-	-	5	2	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	12	1	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5	17	709039	2,4
Chapinero	-	1	-	1	2	1	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-	9	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	11	126951	8,7
Ciudad Bolivar	2	4	1	5	5	4	1	2	-	1	1	1	-	-	1	-	28	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	29	719700	4,0
Engativa	-	1	-	2	1	-	1	1	2	-	2	-	1	-	-	2	13	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	15	873243	1,7
Fontibon	1	-	1	2	1	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9	403519	2,2
Kennedy	2	2	-	6	6	3	2	4	5	2	3	2	-	-	1	2	40	1	-	1	2	-	-	-	1	-	1	-	1	-	7	47	1187315	4,0
La Candelaria	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1	22633	4,4
Los Martires	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2	94130	2,1
Puente Aranda	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	1	2	-	-	1	8	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	3	11	225220	4,9
Rafael Uribe Uribe	-	1	1	2	1	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	9	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	11	353761	3,1
San Cristobal	-	1	1	1	2	1	1	1	2	-	1	1	-	1	-	-	13	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4	17	396383	4,3
Santa Fe	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2	96534	2,1
Suba	1	1	-	4	4	4	2	1	4	4	1	-	1	-	-	-	27	2	-	1	1	1	1	1	-	-	-	2	-	-	9	36	1250734	2,9
Teusaquillo	-	-	1	1	2	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	7	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9	140767	6,4
Tunjuelito	-	-	-	2	2	1	1	1	-	1	-	-	1	1	-	-	10	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	12	189522	6,3
Usaquen	1	-	1	5	-	3	-	1	3	1	1	3	1	1	-	3	24	-	-	-	1	-	-	1	1	2	1	-	1	1	8	32	472908	6,8
Usme	1	3	1	5	2	2	-	1	2	-	-	1	-	-	-	-	18	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20	337152	5,9
Sin Información	1	2	1	1	1	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	9	-	-	1	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	4	13	-	-
Total General	**9**	**17**	**9**	**48**	**35**	**26**	**12**	**18**	**18**	**12**	**10**	**14**	**6**	**6**	**3**	**8**	**251**	**5**	**4**	**6**	**11**	**5**	**3**	**5**	**4**	**3**	**5**	**2**	**2**	**1**	**56**	**307**	**7972671**	**3,9**

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses **INMLCF** para el año 2016. Población DANE censo 2005 proyectada año 2016.

Para el año 2016 las localidades de Kennedy, Suba, Usaquén y Ciudad Bolívar registran la mayor cantidad de casos de suicidio consumado con 47% (n=144). La localidad de chapinero presenta la tasa más elevada con un 8,7x100.000 habitantes para el Distrito Capital en el año en mención.
En relación al sexo se presentó con mayor frecuencia en hombres con 81,7% (n=251) y en mujeres un porcentaje de 18,2% (n=56) para el 2016 en el Distrito Capital.

Grafico 163. Distribución de casos de conducta suicida según clasificación y sexo. Bogotá, D. C., 2016



	Ideanción Suicida	Amenaza Suicida	Intento de Suicidio	Suicidio Consumado
Mujer	3030	274	1873	8
Hombre	1511	163	938	46

Fuente: Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológico de la Conducta Suicida SISVECOS año 2016 Distrito Capital.

Según la gráfica anterior se puede describir que para el año 2016, el SISVECOS realizo una intervención de casos No Fatales de 7789 y 54 casos Fatales notificados para el subsistema de SISVECOS, el tipo de conducta con mayor frecuencia es ideación suicida con un 57,7% (n=4541) el sexo donde más se presenta la conducta suicida es mujer con un 66% (n=5185), para casos Fatales se presenta con mayor frecuencia en hombres con un 85% (n=46).

Para el sisvecos la notificación de casos relacionados con ideación, amenaza e intento suicida tiene que ver con el reporte de casos de las UPGD y UI hacia las ESE a nivel Distrital, para los evento de suicidio consumado los datos para evaluar tasa de mortalidad en suicidio son suministrados por Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses **INMLCF** siendo el ente encargado de suministrar el dato de manera anual, el sisvecos con esta tipología solo proporciona un dato preliminar y la intervención está orientada a evaluar conductas de riesgo en algún integrante del núcleo familiar y mitigar el riesgo suicida.

Tabla 190. Mecanismo y tipo de conducta suicida en la Ciudad de Bogotá D. C. Año 2016.

Casos de Conducta Suicida según Mecanismo y sexo, Bogotá D.C, Año 2016			
Mecanismo	**Hombre**	**Mujer**	**Total general**
Ahorcamiento	123	73	196
Arma corto punzante	380	844	1224
Arrojarse a objeto en movimiento	38	39	77
Intoxicación / envenenamiento	662	1510	2172
Lanzamiento al vacío	107	105	212
Proyectil de arma de fuego	9	0	9
Sofocación (Asfixia)	14	4	18
Otro ¿Cuál?	32	33	65
No Aplica	396	3577	3973
Total General	**1761**	**6185**	**7946**

Fuente: Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológico de la Conducta Suicida SISVECOS año 2016 Distrito Capital.

Dentro del mecanismo utilizado para realizar la agresión auto infligida la intoxicación es la de mayor frecuencia con 27,3% (n=2172) seguido de lesión con objeto corto punzante con 15,4% (n=844), para la tipología de Ideación suicida siendo está el pensamiento recurrente con el objetivo de querer hacerse daño, se puede identificar el No Aplica que hace referencia al usuario que solo ha pensado en querer quitarse la vida o pensamientos asociados a la muerte. La ideación suicida según el cuadro se encuentra con varios mecanismos y esto se define cuando un usuario no solo piensa en querer hacerse daño, sino que estos pensamientos se estructuran y la persona es capaz de manifestar el mecanismo con el cual se desea generar daño.

Tabla 191. Tipo de conducta suicida por quinquenio edad y sexo de la víctima. Ciudad de Bogotá D, C Año 2016.

Tipo de Conducta Suicida por Quinquenio según Edad y Sexo del paciente, Bogotá D. C, Año 2016									
Edad en Quinquenios	Ideación Suicida		Amenaza Suicida		Intento Suicidio		Suicidio Consumado		Total General
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
1 a 5 Años	7	6	2	0	2	0	0	0	17
6 a 10 Años	200	130	42	16	21	12	0	0	421
11 a 15 Años	495	1021	43	97	136	555	7	2	2356
16 a 20 Años	324	549	30	56	294	498	13	1	1765
21 a 25 Años	97	187	12	19	169	262	8	1	755
26 a 30 Años	69	155	7	23	88	163	6	3	514
31 a 35 Años	42	151	9	20	67	113	1	0	403
36 a 40 Años	43	183	6	16	54	96	2	0	400
41 a 45 Años	41	140	2	4	35	51	3	0	276
46 a 50 Años	46	142	2	10	23	44	2	1	270
51 a 55 Años	43	129	3	7	17	38	2	0	239
56 a 60 Años	40	106	1	0	14	23	0	0	184
61 a 65 Años	23	56	1	3	4	10	0	0	97
66 a 70 Años	10	37	3	0	8	7	0	0	65
71 a 75 Años	12	16	0	1	1	1	0	0	31
76 a 80 Años	8	9	0	1	4	0	1	0	23
81 a 85 Años	7	7	0	1	0	0	1	0	16
86 a 90 Años	4	5	0	0	1	0	0	0	10
91 a 95 Años	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total General	**1511**	**3030**	**163**	**274**	**938**	**1873**	**46**	**8**	**7843**

Fuente: Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológico de la Conducta Suicida SISVECOS año 2016 Distrito Capital.

Para el sistema de vigilancia epidemiológico en conducta suicida SISVECOS para el año 2016, se presentó mayor frecuencia en edades entre 11 a 15 años con un % (n=2356), para el evento con mayor número de casos se presenta en la ideación suicida y también en este grupo de edad con un 33,4 %(n=1516) seguido de intento suicida para el grupo de edad 16 a 20 con 27,5 %(n=792); esto define que la gran mayoría de casos se presenta en infancia y adolescencia y estas notificaciones están dadas por las instituciones educativas como unidad informadora permanente para el SISVECOS y las UPGD de urgencias que captan el dato en la urgencia.

Lesiones de Causa Externa

En Bogotá, el reporte de Lesiones de Causa Externa para el 2016 una vez consolidado nos aporta un n= 104 eventos distribuidos en las 20 localidades, siendo la localidad de Suba la de mayor reporte (n=17) para un 16.3%, seguido de Engativá (n=14) con 13.5% y Kennedy 11.5% (n=12); cabe anotar que la mayor frecuencia se ubica en la variable sin localidad (n=19) correspondiente al 18.3% de la totalidad de los registros.

Tabla 192. Casos de Lesiones de Causa Externa según sexo Bogota año 2016

Casos de Lesiones de Causa Externa Evento 453 INS según sexo, Bogotá, D.C. Año 2016				
localidad	Mujer	Hombre	Total General	2016%
BARRIOS UNIDOS	0	1	1	1,0
BOSA	0	1	1	1,0
CANDELARIA	1	0	1	1,0
CHAPINERO	1	3	4	3,8
CIUDAD BOLIVAR	2	3	5	4,8
ENGATIVA	10	4	14	13,5
FONTIBON	3	2	5	4,8
KENNEDY	7	5	12	11,5
MARTIRES	0	1	1	1,0
PUENTE ARANDA	0	1	1	1,0
SAN CRISTOBAL	2	4	6	5,8
SANTAFE	1	3	4	3,8
SUBA	14	3	17	16,3
TEUSAQUILLO	2	0	2	1,9
TUNJUELITO	1	0	1	1,0
USAQUEN	4	2	6	5,8
USME	0	4	4	3,8
SIN LOCALIDAD	5	14	19	18,3
Total General	**53**	**51**	**104**	**100,0**

Productos de consumo

Las lesiones atribuidas a Productos de Consumo, se establecen en (n= 44), de igual manera distribuidos por localidad, siendo en orden de frecuencia suba (n=8) para un 18.2% de la totalidad de eventos reportados por esta causa, seguido por Kennedy (n=6) para 13.6% y en tercer lugar tres localidades con (n=4) siendo estas Engativá, Fontibón y San Cristóbal correspondiente al 9.1% para cada una.

Tabla 193. Casos de productos de consumo según sexo Bogotá año 2016

Casos de Productos de Consumo Evento 453 INS según sexo, Bogotá, D.C. Año 2016				
localidad	Mujer	Hombre	Total General	2016%
BARRIOS UNIDOS	0	1	1	2,3
BOSA	0	1	1	2,3
CHAPINERO	0	2	2	4,5
CIUDAD BOLIVAR	1	1	2	4,5
ENGATIVA	2	2	4	9,1
FONTIBON	2	2	4	9,1
KENNEDY	2	4	6	13,6
MARTIRES	0	1	1	2,3
PUENTE ARANDA	0	1	1	2,3
SAN CRISTOBAL	1	3	4	9,1
SANTAFE	0	3	3	6,8
SUBA	6	2	8	18,2
TEUSAQUILLO	1	0	1	2,3
TUNJUELITO	1	0	1	2,3
USAQUEN	1	1	2	4,5
USME	0	1	1	2,3
SIN LOCALIDAD	1	1	2	4,5
Total General	**18**	**26**	**44**	**100,0**

Exposición laboral en menores

Los casos de Exposición laboral en menores, solo se reporta un caso (n=1) en mujer de cuatro años (n=4) de edad correspondiente a la localidad de Santa Fe y reportada por la Subred Centro Oriente.

Accidentes de transito

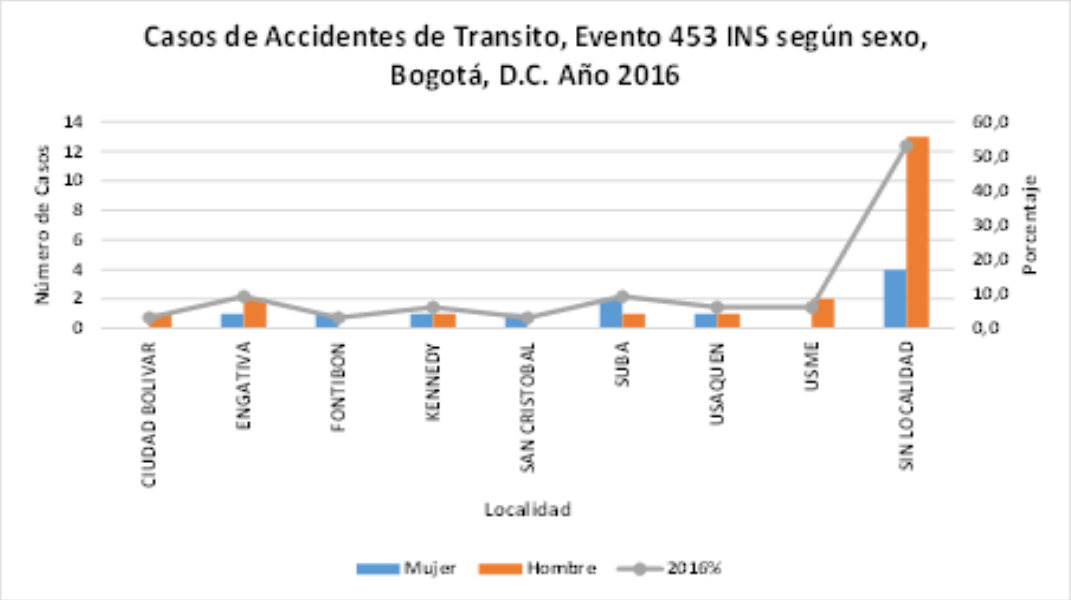
No obstante la multiplicidad de casos por accidentalidad en tránsito en la ciudad, solo se registran (n=32) casos en el aplicativo SIVIGILA para la vigencia 2016, en el registro de estos, se evidencia como el mayor número de reportes (n= 17) con el 53% de los eventos de lesiones por accidente de tránsito aparece sin localidad, lo que dificulta el correspondiente analisis socio geográfico del comportamiento del evento.

Tabla 194. Casos de Accidentes de Tránsito según sexo, Bogotá año 2016

Casos de Accidentes de Transito, Evento 453 INS según sexo, Bogotá, D.C. Año 2016				
localidad	**Mujer**	**Hombre**	**Total General**	**2016%**
CIUDAD BOLIVAR	0	1	1	3,1
ENGATIVA	1	2	3	9,4
FONTIBON	1	0	1	3,1
KENNEDY	1	1	2	6,3
SAN CRISTOBAL	1	0	1	3,1
SUBA	2	1	3	9,4
USAQUEN	1	1	2	6,3
USME	0	2	2	6,3
SIN LOCALIDAD	4	13	17	53,1
Total General	**11**	**21**	**32**	**100,0**

No obstante las localidades de Suba y Engativá son las que cuentan con mayor reporte para un 9.45% (n=3) y ocho (n=8) localidades de las 20 de Bogotá con reporte por este tipo de evento como evidencia la tabla correspondiente.

Grafico 164. Casos de Accidente de Transito Según sexo, Bogotá año 2016



La grafica anterior evidencia como los hombres son los de mayor frecuencia de

afectación por accidentes de tránsito sin que se reporte la localidad de ocurrencia.

Procedimientos estéticos

Tabla 195. Casos de Procedimientos Esteticos, Según sexo, Bogota, Año 2016

Casos de Procedimientos Estéticos, Evento 453 INS según sexo, Bogotá, D.C. Año 2016				
localidad	**Mujer**	**Hombre**	**Total General**	**2016%**
CANDELARIA	1	0	1	3,8
CHAPINERO	1	1	2	7,7
CIUDAD BOLIVAR	1	1	2	7,7
ENGATIVA	7	0	7	26,9
KENNEDY	4	0	4	15,4
SUBA	6	0	6	23,1
TEUSAQUILLO	1	0	1	3,8
USAQUEN	2	0	2	7,7
USME	0	1	1	3,8
Total General	**23**	**3**	**26**	**100,0**

Los eventos adversos por procedimientos estéticos de carácter artesanal que han sido reportados en el aplicativo SIVIGILA corresponde a (n=26) equivalente al xx% de la totalidad de eventos registrados por lesiones de causa externa en Bogotá. La localidad de Engativá (n=7) equivalente a 26.9% seguido por Suba (n= 6) para el 23.1%) y Kennedy (n= 4) correspondiente al 15.4% son las localidades con mayor reporte de casos de morbilidad asociados a esta causalidad.

Mortalidades atribuibles a lesiones de causa externa reportadas

En la vigencia 2016 fueron reportadas tres mortalidades asociadas a Lesiones de causa externa, dos por eventos adversos a procedimientos estéticos , un hombre de condición trangenerista y una mujer; así mismo una mujer fallecida por accidentalidad en tránsito de manera instantánea en la Vía.

Tabla 196. Mortalidades por Lesiones de Causa Externa según tipo de Lesion y Sexo, Bogotá, año 2016.

Mortalidades por Lesiones de Causa Externa según tipo de Lesión y Sexo, Bogotá, D.C. Año 2016				
localidad	Accidente de Transito	Procedimientos Estéticos		Total General
	Mujer	Mujer	Hombre	
ENGATIVA	1	0	0	1
USAQUEN	0	1	0	1
USME	0	0	1	1
Total General	**1**	**1**	**1**	**3**

Los respectivos analisis de mortalidad fueron realizados y remitidos al Instituto Nacional de Salud de acuerdo a los lineamientos establecidos.

Conclusiones

- La violencia intrafamiliar es un evento que se presenta en todas las edades pero se ejerce más en aquellas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, principalmente los menores de edad y las mujeres.
- En relación con los tipos de violencia se resalta la pertinencia de subrayar la frecuencia más elevada en la violencia emocional, considerando que dicha expresión acompaña a las otros tipos de violencia.
- Descartando la violencia emocional antes descrita en orden de frecuencia descendente se evidencia los más altos volúmenes en negligencia, violencia física, abandono, violencia sexual y violencia económica.
- Es pertinente señalar la complejidad que reviste tanto el análisis como la intención de realizar una síntesis comprensiva de la violencia intrafamiliar. En este sentido, el contexto en donde se genera, se transforma y se perpetuán; a veces de manera soterrada, los diversos tipos de violencia resulta de esencial importancia en dicho intento.
- El comportamiento del intento y el suicidio consumado de acuerdo a datos presenta una dificultad especialmente en las condiciones de calidad de vida y estilo asociado a lo ya mencionado, el SISVECOS no logra identificar el número total de casos por el caso descartado por que no corresponde al evento sino a

otra problemática asociada como violencias o maltrato, los casos no fatales no necesariamente se reportan en un servicio de urgencias, sino por ejemplo, en una institución educativa, otros sectores y comunidad, a diferencia de lo que ocurre con los suicidios consumados, donde Medicina Legal hace las necropsias medico legales de todos los casos de lesiones de causa externa que se registran en la ciudad, lo que permite más fácilmente tipificar el suicidio.

- Que las condiciones socioeconómicas en las que están inmersos los estudiantes son un factor de vulnerabilidad por las condiciones de precariedad ambiental y emocional que contribuye a la presencia de evento suicida.
- En cuanto al grado de estructuración familiar y su rol dentro del mismo, se encontró que muchos de los escolares pertenecen a familias extensas y compuestas que no le permiten tener parámetros paternos adecuados de identificación y formación personal.
- En cuanto al grado de estructuración familiar y su rol dentro del mismo, se encontró que muchos de los escolares pertenecen a familias extensas y compuestas que no le permiten tener parámetros paternos adecuados de identificación y formación personal.
- Se encontró que los cuidadores y padres de los menores presentan dificultades en la toma de decisiones y establecimiento de pautas de crianza adecuadas y acordes al nivel cognitivo y evolutivo del menor.

Sistema de vigilancia Alimentario y Nutricional

Bajo Peso al Nacer

En Bogotá D.C., para 2016, se presenta una prevalencia de bajo peso al nacer del 12,6%, específicamente para el bajo peso al nacer a término, la prevalencia alcanza el 4,4%, con 4.316 casos de los 98.112 niños y niñas nacidos vivos en el Distrito en este periodo. En este contexto, el 35% del bajo peso corresponde a recién nacidos a término.

Notificación por localidad de residencia:

La mayor proporción de recién nacidos de bajo peso notificados al SIVIGILA en 2016, residen en la localidad de Kennedy con 14,4% seguido por Suba, con el 13,6%, Ciudad Bolívar con 9,7% y Engativa con 9,4%. Este comportamiento esta en relación directa con el número de nacidos vivos en dichas localidades, por tanto existe una asociación con la densidad poblacional de estas localidades del distrito capital.

Tabla 197. Distribución por lugar de residencia, recién nacidos de bajo peso a término notificados al SIVIGILA Bogotá. Junio 2016

LOCALIDAD	No.	Porcentaje
01. USAQUEN	266	6,2
02. CHAPINERO	88	2,1
03. SANTAFE	67	1,6
04. SAN CRISTOBAL	275	6,4
05. USME	232	5,4
06. TUNJUELITO	109	2,5
07. BOSA	384	9,0
08. KENNEDY	618	14,4
09. FONTIBON	162	3,8
10. ENGATIVA	403	9,4
11. SUBA	582	13,6
12. BARRIOS UNIDOS	79	1,8
13. TEUSAQUILLO	67	1,6
14. LOS MARTIRES	63	1,5
15. ANTONIO NARIÑO	52	1,2
16. PUENTE ARANDA	125	2,9
17. LA CANDELARIA	30	0,7
18. RAFAEL URIBE URIBE	220	5,1
19. CIUDAD BOLIVAR	417	9,7
20. SUMAPAZ	0	0,0
99. SIN INFORMACIÓN	39	0,9
TOTAL BOGOTÁ	**4.278**	**100**

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS *información preliminar

Notificación por institución de atención del parto

En cuanto a la IPS de atención del parto, la mayor proporción de recién nacidos a término de bajo peso (RNAT- BPN), notificados al SIVIGILA en 2016, nacieron en el Hospital Universitario San Rafael (250 casos), seguido por el Hospital San José (223 casos), la Clínica Universitaria Colombia (216 casos) y el Centro Policlínico del Olaya (185 casos).

Oportunidad de la notificación: El 91% de la notificación de casos de recién nacidos a término con de bajo peso, fue realizada en los primeros 7 días de edad, el 4,6% fue realizada en la segunda semana postnatal y el 4,3% posteriormente,

con fecha máxima a los 30 días después del nacimiento.

Tabla 198. Oportunidad en la notificación de RNAT de BPN al SIVIGILA. Bogotá 2016

Días de notificación	No.	Porcentaje (%)
0 a 7	**3.895**	**91,0**
8 a 14	**198**	**4,6**
15 a 21	**48**	**1,1**
22 a 29	**42**	**1,0**
> 30	**95**	**2,2**
Total	**4.278**	**100,0**

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS *información preliminar

Características de los recién nacidos a término de bajo peso:

- La distribución por sexo: De los 4.278 recién nacidos notificados al SIVIGILA, en Bogotá en 2016, el 59,4% corresponde al sexo femenino y 40,6% al masculino.
- El peso al nacer: El 99,6% de los recién nacidos notificados presentó peso al nacer entre 1.500 y 2.499 gr. y el 0,4% peso inferior a 1.500 gr., por lo cual las intervenciones tempranas en este grupo pueden disminuir la desnutrición en la primera infancia.
- La edad gestacional: El 51,7% de los recién nacidos notificados tenían 37 semanas de edad gestacional al nacer, el 29,1% tenía 38 semanas y el 19,2% restante nacieron entre las semanas 39 y 42.

Tabla 199. Características de los recién nacidos a término de bajo peso notificados al SIVIGILA. Bogotá, 2016

Característica	No.	Porcentaje (%)
Distribución por Sexo:		
Femenino	2.543	59,4
Masculino	1.735	40,6
Total	**4.278**	**100**
Distribución por Peso al Nacer:		
< 1.499 g.	15	0,4
1.500 a 2499 g.	4.263	99,6
Total	**4.278**	**100**
Distribución por Edad Gestacional:		
37 semanas EG	2.210	51,7
38 semanas EG	1.246	29,1

39 semanas EG	606	14,2
40 semanas EG	208	4,9
41 semanas EG	7	0,2
42 semanas EG	1	0,0
Total	**4.278**	**100**

Fuente. Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS

Factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer: Se han descrito factores de riesgo asociados a la presentación del bajo peso al nacer, relacionados con la historia obstétrica de la madre, la calidad del control prenatal, las patologías durante la gestación, el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias nocivas; y factores socioecómicos, como el nivel educativo y la pobreza.

En cuanto al análisis de los antecedentes maternos de los recién nacidos de bajo peso a término notificados en 2016 se evidenció lo siguiente:

- El 68,7% de las madres de los niños y niñas nacidos a término con bajo peso están en el rango de edad entre 20 y 34 años, lo cual no corresponde a la asociación que se ha descrito en la literatura, entre el bajo peso al nacer y la edades maternas extremas.
- Respecto a los antecedentes obstétricos, el 90,7% de las recién nacidos corresponde a gestaciones simples, el 93,6% de las madres presenta espacio intergenésico mayor a 2 años, el 42% corresponde a la primera gestación y solo el 8% de las madres reporto el antecedente de un hijo con bajo peso al nacer.
- En cuanto a la calidad del control prenatal, el 49% de las gestantes asiste al primer control prenatal antes de las 12 semanas de edad gestacional, el 59,3% de las madres asistió a más de 6 controles y 89,4 recibió suplementación con micronutrientes.

Tabla 200. Factores de riesgo pregestacionales para el bajo peso al nacer. SIVIGILA. Bogotá D.C. 2016

Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)	Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)
Edad materna			**Suplementación micronutrientes**		
13 a 19	747	17,5	Si	3.823	89,4
20 a 34	2.940	68,7	No	293	6,8
35 a 44	585	13,7	No sabe / Sin información	162	3,8
47 a 47	6	0,1			
Total	**4278**	**100**	**Total**	**4.278**	**100**
Multiplicidad del embarazo			**Intervalo intergenésico < 2 años**		
Simple	3.881	90,7	Si	273	6,4
Doble	395	9,2	No	4.005	93,6

Triple o más	2	0,0			
Total	**4.278**	**100**	**Total**	**4.278**	**100**
Edad Gestacional primer control			**Número de embarazos previos**		
1 a 11 sem	2.095	49,0	Ninguno	1743	40,7
12 a 19 sem	1332	31,1	1	1298	30,3
20 a 27 sem	342	8,0	2	705	16,5
28 a 35 sem	118	2,8	3	317	7,4
36 a 41 sem	390	9,1	Más de 4	215	5,0
sin dato	1	0,0			
Total	**4.278**	**100**	**Total**	**4278**	**100**
Número de controles prenatales			**Antecedente hijo con BPN**		
Ninguno	124	2,9	Si	366	8,6
1 a 5	1258	29,4	No	1542	36,0
6 a 10	2.536	59,3	No sabe/ Sin información	2.370	55,4
> 10	360	8,4			
Total	**4.278**	**100**	**Total**	**4.278**	**100,0**

Fuente. Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS

Entre las complicaciones durante la gestación que pueden influir en la presentación del bajo peso al nacer referenciadas en la notificación del evento tenemos:

- El 4,9% de las madres reporta haber presentado anemia, el 10,7%, alteraciones hipertensivas durante la gestación y el 15,3% infecciones urinarias. Además el 7,2% presentó amenaza de parto pretermino.
- En cuanto a la percepción del estado nutricional el 10,8% de las madres refiere sobrepeso durante la gestación y el 4% haber presentado desnutrición. Tabla 6.

Tabla 201. Factores de riesgo durante la gestación para el bajo peso al nacer. SIVIGILA. Bogotá D.C. 2016

Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)	Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)
Presencia de anemia			**Diagnóstico infección vías urinarias**		
Si	211	4,9	Si	653	15,3
No	3.823	89,4	No	3621	84,6
No sabe / Sin información	244	5,7	No sabe/ Sin información	4	0,1
Total	4.278	100	**Total**	**4278**	**100**
Hipertensión durante embarazo			**Diagnóstico sobrepeso/obesidad**		
Si	456	10,7	Si	463	10,8
No	3.819	89,3	No	3.811	89,1
No sabe/ Sin información	3	0,1	No sabe/ Sin información	4	0,1
Total	**4.278**	**100**	**Total**	**4.278**	**100**

Amenaza parto pretermino			**Diagnóstico de desnutrición**		
Si	307	7,2	Si	169	4,0
No	3.969	92,8	No	4.106	96,0
No sabe/ Sin información	2	0,0	No sabe/ Sin información	3	0,1
Total	**4.278**	100	**Total**	**4.278**	**100**

Fuente. Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS

- En cuento a estilos de vida que pueden influir en el bajo peso al nacer, teniendo en cuenta la subjetividad de las preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias teratogénicas, el 1,9% de las mujeres manifestó haber consumido alguna de estas sustancias. Por otro lado, el 96,7% manifiesta no haber realizado alto esfuerzo físico.

Tabla 202. Factores de riesgo materno relacionados con estilos de vida para el bajo peso al nacer. SIVIGILA. Bogotá D.C. 2016

Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)
Consumo alcohol, tabaco, otros		
Si	83	1,9
No	4.192	98,0
No sabe/ Sin información	3	0,1
Total	**4.278**	**100**
Último trimestre esfuerzo físico		
Si	140	3,3
No	4.135	96,7
No sabe/ Sin información	3	0,1
Total	**4.278**	**100**

Fuente. Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS

El deficiente nivel socioeconómico como factor de riesgo para la presentación del bajo peso al nacer no se evidencia en los casos analizados: el 56% de las madres tiene educación secundaria y el 36,8% nivel educativo técnico y el 80,6% de las familias pertenece al estratos socioeconómico 2 y 3. Además, el 73,6% de los casos pertenece al régimen contributivo y el 99,4% de los partos se atendieron en instituciones de salud.

Tabla 203. Factores de riesgo materno socioeconómico para el bajo peso al nacer. SIVIGILA. Bogotá D.C. 2016

Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)	Factor de riesgo materno	No.	Porcentaje (%)
Nivel educativo de la			**Estrato**		

madre			socioeconómico		
Primaria	266	6,2	1	474	11,1
Secundaria	2.394	56,0	2	2.269	53,0
Técnico o Superior	1576	36,8	3	1180	27,6
Ninguna	25	0,6	4	160	3,7
Sin información	17	0,4	5	81	1,9
			6	53	1,2
			Sin información	61	1,4
Total	**4278**	**100**	**Total**	**4.278**	**100**
Aseguramiento			**Sitio de atención del parto**		
Contributivo	3.149	73,6	Institución de Salud	4.253	99,4
Subsidiado	866	20,2	Domiciliario	17	0,4
Especial	59	1,4	Otro	3	0,1
Prepagada	40	0,9	Vía Publica	4	0,1
No asegurado	164	3,8	Sin información	1	0,0
Total	**4.278**	100	**Total**	**4.278**	**100**

Fuente. Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-SDS

Caracterización de la vivienda, la alimentación y la remisión a servicios de salud:

Las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC), pretenden realizar una aproximación a los determinantes sociales que influyen en la presentación del bajo peso al nacer, además de las intervenciones en información, educación y capacitación de las madres y la canalización a servicios de salud del recién nacido.

En la base de datos SIVIGILA 2016, se registraron 1.156 visitas efectivas.

La caracterización de los determinantes sociales realizada mediante las visitas de campo a recién nacidos de bajo presenta los siguientes hallazgos:

- El 64,5% de los recién nacidos de bajo peso están asegurados al momento de la primera visita de la intervención por la nutricionista del SISVAN. En el 99,2% de los hogares tiene disponibilidad de agua potable y en el 94,7% cuentan con condiciones higiénicas sanitarias adecuadas.

- El 92,4% de los recién nacidos presentó ganancia de peso, mientras el 1,6% permaneció estable en el peso y el 6,1% perdió peso.

- El 75,1% de las madres ofrecen lactancia materna exclusiva a los recién nacidos de bajo peso y el 26,7% administra leche de fórmula por dificultades con la lactancia materna. El 70,7% de las madres refiere haber recibido consejería en lactancia materna durante el control prenatal

- Durante la intervención en salud pública realizada por la nutricionista del SISVAN, se realiza educación alimentaria y nutricional al 98,6% de las madres

o cuidadores del recién nacido, se remite el 21,1% a servicios de salud y el 7,3% a programas de apoyo alimentario.

Tabla 204. Investigaciones Epidemiológicas de Campo al BPN. Bogotá D.C. 2016

Hallazgos en IEC a BPN	No.	Porcentaje (%)	Hallazgos en IEC a BPN	No.	Porcentaje (%)
IEC a BPN registradas en SIVIGILA			**Recibe alimento diferente a LM**		
Si	1.156	27,0	Si	348	30,1
No	3.122	73,0	No	808	69,9
Total	**4.278**	**100**	**Total**	**1156**	**100**
Familiar que atiende la IEC			**Recibe leche de fórmula**		
Madre	1149	99,4	Si	309	26,7
Abuelos	4	0,3	No	847	73,3
Otro familiar	3	0,3			
Total	**1156**	**100**	**Total**	**1156**	**100**
Menor asegurado			**Ha tenido dificultades con LM**		
Si	746	64,5	Si	332	28,7
No	410	35,5	No	824	71,3
Total	**1156**	**100**	**Total**	**1156**	**100**
Agua potable			**Capacitación en LM pre y postparto**		
Si	1147	99,2	Si	817	70,7
No	8	0,7	No	336	29,1
No sabe / No responde	1	0,1	No sabe/ No responde	3	0,3
Total	**1156**	**100**	**Total**	**1156**	**100,0**
Evaluación condiciones higienico sanitaria			**Se realiza educación nutricional IEC**		
Buenas	1095	94,7	Si	1140	98,6
Regulares	58	5,0	No	16	1,4
Malas	3	0,3			
Total	**1156**	**100**	**Total**	**1156**	**100**
Peso actual del recién nacido			**Se remite a servicios de salud**		
< 2.499 g.	321	27,8	Si	244	21,1
2.500 g. -2999g.	627	54,2	No	912	78,9
3000g. -4200g.	208	18,0			
Total	**1156**	**100**	**Total**	**1156**	**100**
Estado actual del peso			**Se remite a apoyo alimentario, otros**		
Subio	1068	92,4	Si	84	7,3
Igual	18	1,6	No	1072	92,7
Bajo	70	6,1			
Total	**1156**	**100**	**Total**	**1156**	**100**
Lactancia materna exclusiva					
Si	868	75,1			
No	288	24,9			

Total	**1156**	**100**

Fuente. Base de datos SIVIGILA 2016. Evento 110- SISVAN-S

Discusión

Tomando como referente el marco normativo vigente, el bajo peso al nacer es uno de los indicadores de falla o centinela de calidad descritos en el acuerdo 117 de 1998, la Resolución 412 del 2000, y la Resolución 3384/2000 y plantea su utilidad en términos de lograr evidenciar los problemas de calidad en el proceso de detección de alteraciones en el embarazo. Implica para el asegurador y la Institución Prestadora de Servicios de salud el análisis de cada caso en conjunto con la Dirección Territorial de Salud.

Para Bogotá, los nacimientos con bajo peso, son todavía una lamentable realidad que cobija a cerca del 12% del total de nacidos vivos anualmente. A pesar de los esfuerzos del sector no se ha logrado impactar positivamente el indicador, debido a la multicausalidad de este fenómeno que afecta en similar magnitud a las gestantes, independientemente de las diferencias en condiciones socioeconómicas, pero que guarda estrecha relación con la calidad de la atención por los servicios de salud.

Dentro de los determinantes proximales, que se han descrito como explicación a la presentación del evento están edades las extremas de las madres con mayor prevalencia en las adolescentes, la captación tardía de la gestante y escasa asistencia a controles prenatales, la dispensación intermitente de micronutrientes durante el periodo de gestación y débil seguimiento a la adherencia al esquema. Sin embargo, el análisis de estos factores en la población de recién nacidos de bajo peso al nacer notificados al SIVIGILA en 2016, muestran que el 68,7% de las madres está en el rango de 20 a 34 años, el 80% de las madres asistieron al control prenatal antes de las 20 semanas de edad gestacional y el 59,3% de las gestantes asistió a control prenatal de 6 a 10 veces.

Por otro lado, en cuanto a los antecedentes pregestacionales, deficiente valoración del riesgo y atención a entidades como embarazo múltiple, intervalo intergenésico corto, poca ganancia de peso durante la gestación, preeclampsia, eclampsia, disfunciones de la placenta y sus membranas, infección materna, infección del tracto urogenital descritos en la literatura como determinantes en la presentación del bajo peso al nacer, no se evidencia esta asociación en el análisis del evento notificado en 2016, estas complicaciones están reportadas en menos del 10% de los casos.

Por último, respecto a los factores socioeconómicos y de aseguramiento en salud desfavorables que se relacionan con la presentación del bajo peso al nacer, la caracterización de los casos notificados identificó que el 56% de las madres tiene educación secundaria y el 36,8% nivel educativo técnico y el 80,6% de las familias

pertenece al estratos socioeconómico 2 y 3. Además, el 73,6% de los casos pertenece al régimen contributivo y el 99,4% de los partos se atendieron en instituciones de salud.

Las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) desarrolladas a los recién nacidos a término de bajo peso evidenciaron que el 64,5% de los recién nacidos de bajo peso están asegurados al momento de la primera visita de la intervención por la nutricionista del SISVAN. El 94,7% de las familias cuentan con condiciones higiénicas sanitarias adecuadas y el 92,4% de los recién nacidos presentó ganancia de peso.

En cuanto a la alimentación del recién nacido, se encontró que el 75,1% de las madres ofrecen lactancia materna exclusiva a los recién nacidos de bajo peso y el 26,7% administra leche de fórmula por dificultades con la lactancia materna.

En este contexto, los hallazgos del presente análisis conducen a la implementación de acciones de promoción, prevención e intervención diferentes a las planteadas tradicionalmente y en consecuencia con el perfil de riesgo establecido para las madres de recién nacidos con bajo peso al nacer: mujeres en edad fértil de 20 a 34 años, con adecuado nivel educativo, estrato socioeconómico medio, pertenecientes en su mayoría al régimen contributivo, con aceptable adherencia al control prenatal, sin antecedentes pregestacionales importantes y que presentan complicaciones durante la gestación menores al 10%. Un verdadero reto.

Sin embargo, este análisis también evidencia la asociación que persiste entre la presentación del evento en mayor proporción en zonas de alta vulnerabilidad socioeconómica como las localidades de Kennedy con 14,4% de los casos notificados, seguido por Suba con el 13,6%, Ciudad Bolívar con 9,7% y Engativa con 9,4%.

Conclusiones

Si bien, el bajo peso al nacer en Bogotá, tiene su origen en factores asociados a condiciones de accesibilidad y calidad en los servicios de salud para la madre gestante y a problemas de carácter social, económico y educativo relacionados con la imposibilidad de tener una adecuada alimentación durante el período de gestación; el perfil de riesgo establecido para este evento notificado en 2016, requiere un abordaje diferente, con intervenciones desde la etapa pregestacional y de carácter universal para la población de mujeres en edad fértil residentes en el Distrito Capital.

La mayor proporción de recién nacidos de bajo peso notificados al SIVIGILA en 2016, residen en la localidad de Kennedy con 14,4% seguido por Suba, con el

13,6%, Ciudad Bolívar con 9,7% y Engativa con 9,4%.

En cuanto a los antecedentes maternos, el 17,5% corresponde a gestantes menores de 20 años, el 49% de las madres iniciaron el control prenatal entre el primer trimestre, se presenta una variación importante en el número de controles prenatales. Cerca del 10% de las madres presentaron complicaciones durante la gestación como hipertensión arterial, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino y sobrepeso. Respecto a los aspectos socioeconómicos, el 56,% de las madres cuenta con educación secundaria, el 53% pertenecen al estrato 2 y el 73,6% están afiliadas al régimen contributivo.

A través del componente de intervenciones del bajo peso al nacer mediante las Investigaciones Epidemiológicas de Campo, se visitaron 1156 recién nacidos del total de notificados en 2016. Se encontró que el 64,5% de los recién nacidos está asegurado, el 92,4% ganó peso durante el primer mes, recibe lactancia materna el 75,1% de los recién nacidos y el 26,7% fórmula láctea. El 70,7% de las madres recibió consejería en lactancia materna durante el control prenatal. Durante la visita de campo el 99% de las madres recibe educación en alimentación y nutrición, el 21,1% de los menores es remitido a servicios de salud y el 7,3% a programas de apoyo alimentario.

Los hallazgos del presente análisis conducen a la implementación de acciones de promoción, prevención e intervención, diferentes a las planteadas tradicionalmente y en consecuencia con el perfil de riesgo establecido para las madres de recién nacidos con bajo peso al nacer: mujeres en edad fértil de 20 a 34 años, con adecuado nivel educativo, estrato socioeconómico medio, pertenecientes en su mayoría al régimen contributivo, con aceptable adherencia al control prenatal, sin antecedentes pregestacionales importantes y que presentan complicaciones durante la gestación menores al 10%. Un verdadero reto intersectorial.

Desnutrición Aguda Moderada y Severa

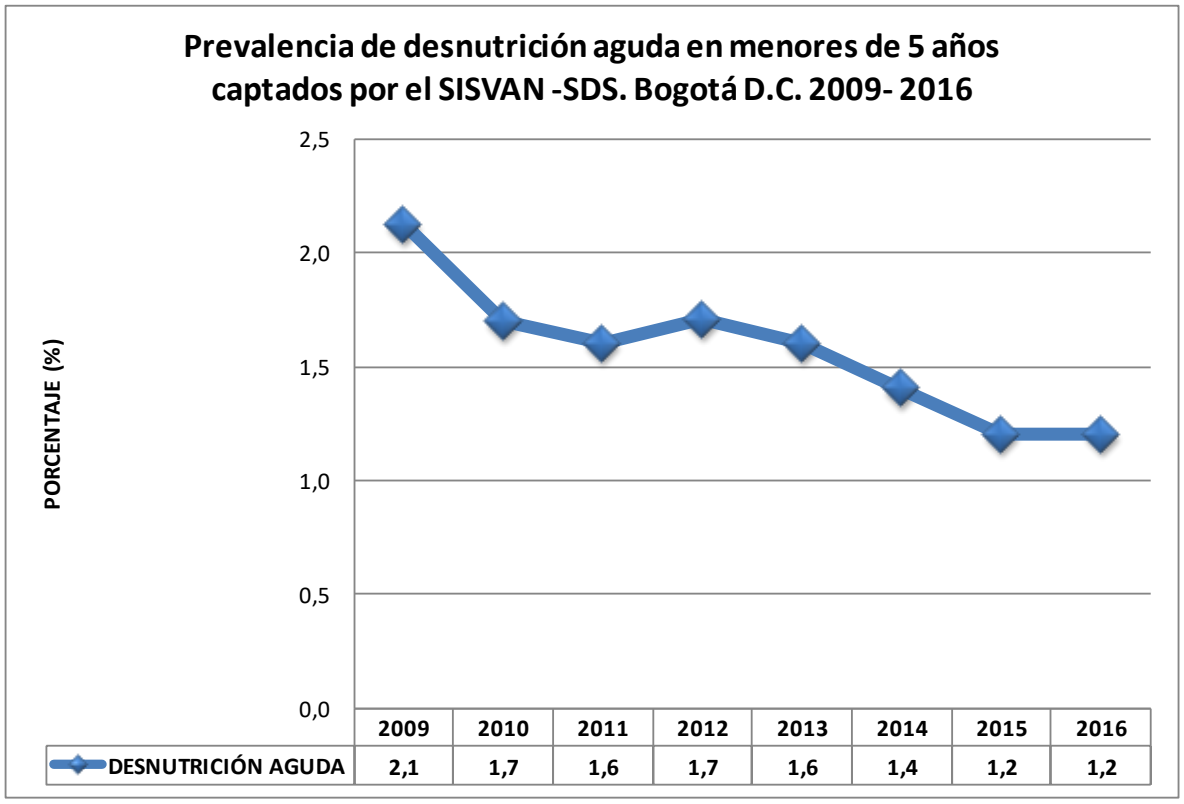
Los niveles de desnutrición han disminuido de manera notable en Colombia durante las últimas décadas, encontrándose en un lugar intermedio en comparación con otros países de la región. Desde 1995 la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda en niños menores de 5 años de edad en Colombia ha sido más baja de lo que se espera dentro de una población sana (2,5%). En 2010, la prevalencia continúa baja, siendo 0,9% a nivel nacional, sin diferencia importante por edad, grupo étnico, o nivel del SISBEN. A diferencia de 2005, se observa una diferencia significativa según la escolaridad de la madre (sin educación 2,7%; superior 0,6%). Cabe resaltar que aun dentro del grupo de mujeres sin educación, la prevalencia está dentro del intervalo que se observa en una población sana de referencia.

La prevalencia de desnutrición aguda o bajo peso para la estatura es mayor en los niños menores de 6 meses (2%), en los niños cuyo orden de nacimiento es 6 o más, en niños con intervalo al nacimiento menor de 24 meses y en aquellos cuyas madres están entre 30 y 34 años. A nivel de regiones, la desnutrición aguda en Bogotá es la mitad del nivel observado en el resto de regiones el cual es de alrededor del 1%. Las subregiones menos afectadas son Valle sin Cali ni Litoral, Medellín A.M. y Bogotá[11]

De acuerdo al seguimiento de los indicadores nutricionales desarrollado desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN de la Secretaría Distrital de Salud, para Bogotá, la tendencia de la prevalencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años presenta una reducción sostenida en la última década, pasando de 2,1% en 2009 a 1,2% en 2016.

[11] Protocolo de Vigilancia de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años. SIVIGILA. INS-MSPS. 2016

Grafico 165. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN- SDS. Bogotá D.C., Serie 2009-2016.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- SVSP- SDS. 2017

En marzo de 2016, en el marco de la normativa del SIVIGILA Nacional, la Secretaria Distrital de Salud implementa la notificación del evento de interés en salud pública 113: Vigilancia de la desnutrición moderada y severa en menores de 5 años, a través de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que integran la Red Distrital de Vigilancia Nutricional del SISVAN[12].

A pesar del esfuerzo desarrollado por los profesionales de nutrición que gestionan el SISVAN desde el nivel local, para la socialización del protocolo del evento a los profesionales de salud que notifican al SISVAN, se presentan dificultades para la adherencia al proceso de notificación y se evidencia déficit en el personal de salud para reconocer la desnutrición como enfermedad, lo cual se ve reflejado en la gran proporción de casos notificados que no cumplen con la definición para desnutrición aguda.

[12] Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 5406 de 2015

Oportunidad de la notificación al SIVIGILA:

El 56% de los casos fueron notificados en la primera semana después de la identificación, el 3,7% en la segunda semana, 13,7 después de los 29 días. En el 23,4% de los casos no se reportó la fecha de notificación.

Tabla 205. Oportunidad en la notificación del evento desnutrición aguda moderada y severa al SIVIGILA. Bogotá, 2016.

Días	Número de Casos (No.)	Porcentaje (%)
0 a 7	423	56,3
8 a 15	28	3,7
16 a 21	13	1,7
22 a 28	8	1,1
< 29 días	103	13,7
Sin Dato	176	23,4
Total	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

Clasificación de caso:

En Bogotá D.C., para 2016, se notificaron 1.115 casos de desnutrición aguda moderada y severa, de los cuales 1.027 residen en Bogotá. Al depurar la base de datos se encontró que 751 casos cumplen el criterio para Desnutrición Aguda Moderada y severa (73% de los casos notificados).

Distribución por localidad de residencia y grado de desnutrición:

En 2016, de los 751 casos confirmados para Desnutrición Aguda, el 31,2% corresponden a Desnutrición Aguda Severa (235 casos) y el 68,7% restante a Desnutrición Aguda Moderada (516 casos).

Tabla 206. Distribución de casos de desnutrición aguda de menores de 5 años notificados al SIVIGILA por lugar de residencia y grado de desnutrición. Bogotá, 2016

LOCALIDAD	DNT AGUDA SEVERA		DNT AGUDA MODERADA		TOTAL DNT AGUDA	
	Casos (No.)	Porcentaje (%)	Casos (No.)	Porcentaje (%)	Casos (No.)	Porcentaje (%)
01. USAQUEN	6	2,6	15	2,9	21	2,8
02. CHAPINERO	1	0,4	2	0,4	3	0,4
03. SANTAFE	4	1,7	11	2,1	15	2,0
04. SAN CRISTOBAL	11	4,7	40	7,8	51	6,8
05. USME	25	10,6	49	9,5	74	9,9
06. TUNJUELITO	11	4,7	15	2,9	26	3,5
07. BOSA	29	12,3	71	13,8	100	13,3
08. KENNEDY	17	7,2	30	5,8	47	6,3
09. FONTIBON	8	3,4	10	1,9	18	2,4
10. ENGATIVA	9	3,8	19	3,7	28	3,7
11. SUBA	10	4,3	18	3,5	28	3,7
12. BARRIOS UNIDOS	0	0,0	5	1,0	5	0,7
13. TEUSAQUILLO	2	0,9	1	0,2	3	0,4
14. LOS MARTIRES	3	1,3	11	2,1	14	1,9
15. ANTONIO NARIÑO	5	2,1	7	1,4	12	1,6
16. PUENTE ARANDA	3	1,3	5	1,0	8	1,1
17. LA CANDELARIA	2	0,9	5	1,0	7	0,9
18. RAFAEL URIBE	15	6,4	33	6,4	48	6,4
19. CIUDAD BOLIVAR	64	27,2	153	29,7	217	28,9
20. SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
99. SIN DATO	10	4,3	16	3,1	26	3,5
TOTAL BOGOTÁ	**235**	**100**	**516**	**100**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

El mayor número de casos de desnutrición aguda se presenta en la localidad de Ciudad Bolívar, con el 28,9% de los casos notificados en Bogotá, de los 217 casos residentes en esta localidad, 153 menores presentaron desnutrición aguda moderada y 64 desnutrición aguda severa. Siguen en frecuencia de casos las localidades de Bosa con 100 casos (71% moderada y 29% severa), Usme con 74 casos (66,2% moderada y 33,7% severa) y San Cristóbal con 51 casos, de los cuales 40 corresponden a desnutrición aguda moderada y 11 a desnutrición aguda severa.

Las localidades con menor número de casos son Chapinero y Teusaquillo, con 3 casos cada una y la localidad de Sumapaz no reporta menores con desnutrición aguda.

Características de los menores con desnutrición aguda moderada y severa:

- **Distribución por edad según localidad de residencia**: Para Bogotá, el 55,4% de los menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa están en el rango de edad de 6 a 12 meses, lo que se relaciona con la suspensión de la lactancia materna y posiblemente el inicio de alimentación complementaria de inadecuada calidad nutricional.

Tabla 207. Distribución de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años notificados al SIVIGILA por grupo de edad y lugar de residencia. Bogotá, 2016

LOCALIDAD	DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD AL DIAGNOSTICO DE DNT									
	MENOR DE 6 MESES		6 A 12 MESES		13 A 24 MESES		> 24 MESES		TOTAL NOTIFICADOS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
01. USAQUEN	1	4,8	15	71,4	3	14,3	2	9,5	21	2,8
02. CHAPINERO	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	0,4
03. SANTAFE	0	0,0	6	40,0	4	26,7	5	33,3	15	2,0
04. SAN CRISTOBAL	6	11,8	27	52,9	14	27,5	4	7,8	51	6,8
05. USME	10	13,5	45	60,8	12	16,2	7	9,5	74	9,9
06. TUNJUELITO	3	11,5	13	50,0	5	19,2	5	19,2	26	3,5
07. BOSA	12	12,0	50	50,0	18	18,0	20	20,0	100	13,3
08. KENNEDY	5	10,6	27	57,4	6	12,8	9	19,1	47	6,3
09. FONTIBON	6	33,3	9	50,0	1	5,6	2	11,1	18	2,4
10. ENGATIVA	5	17,9	15	53,6	3	10,7	5	17,9	28	3,7
11. SUBA	2	7,1	19	67,9	5	17,9	2	7,1	28	3,7
12. BARRIOS UNIDOS	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	0,7
13. TEUSAQUILLO	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4
14. LOS MARTIRES	0	0,0	10	71,4	3	21,4	1	7,1	14	1,9
15. A. NARIÑO	3	25,0	5	41,7	2	16,7	2	16,7	12	1,6
16. PUENTE ARANDA	0	0,0	5	62,5	1	12,5	2	25,0	8	1,1
17. LA CANDELARIA	1	14,3	3	42,9	3	42,9	0	0,0	7	0,9
18. RAFAEL URIBE	4	8,3	28	58,3	5	10,4	11	22,9	48	6,4
19. CIUDAD BOLIVAR	20	9,2	119	54,8	31	14,3	47	21,7	217	28,9
99. SIN DATO	4	15,4	12	46,2	2	7,7	8	30,8	26	3,5
TOTAL BOGOTA	**82**	**10,9**	**416**	**55,4**	**121**	**16,1**	**132**	**17,6**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

Este comportamiento se observa para todas las localidades distritales, en donde

más del 50% de los casos pertenecen al grupo de edad entre 6 y 12 meses de edad evidenciando la necesidad de fortalecer la consejería en lactancia materna, alimentación complementaria, así como la demanda inducida para la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo.

- **Distribución por sexo según localidad de residencia:** Para Bogotá, el 57,7% de los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años presentados en 2016, corresponde al sexo masculino.

Tabla 208. Distribución de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años notificados al SIVIGILA por sexo y lugar de residencia. Bogotá, 2016

LOCALIDAD	DISTRIBUCIÓN POR SEXO				TOTAL NOTIFICADOS	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
01. USAQUEN	10	47,6	11	52,4	21	2,8
02. CHAPINERO	2	66,7	1	33,3	3	0,4
03. SANTAFE	6	40,0	9	60,0	15	2,0
04. SAN CRISTOBAL	22	43,1	29	56,9	51	6,8
05. USME	35	47,3	39	52,7	74	9,9
06. TUNJUELITO	9	34,6	17	65,4	26	3,5
07. BOSA	46	46,0	54	54,0	100	13,3
08. KENNEDY	17	36,2	30	63,8	47	6,3
09. FONTIBON	7	38,9	11	61,1	18	2,4
10. ENGATIVA	11	39,3	17	60,7	28	3,7
11. SUBA	10	35,7	18	64,3	28	3,7
12. BARRIOS UNIDOS	1	20,0	4	80,0	5	0,7
13. TEUSAQUILLO	0	0,0	3	100,0	3	0,4
14. LOS MARTIRES	3	21,4	11	78,6	14	1,9
15. ANTONIO NARIÑO	7	58,3	5	41,7	12	1,6
16. PUENTE ARANDA	2	25,0	6	75,0	8	1,1
17. LA CANDELARIA	3	42,9	4	57,1	7	0,9
18. RAFAEL URIBE URIBE	23	47,9	25	52,1	48	6,4
19. CIUDAD BOLIVAR	109	50,2	108	49,8	217	28,9
99. SIN INFORMACIÓN	10	38,5	16	61,5	26	3,5
TOTAL BOGOTA	**333**	**44,3**	**418**	**55,7**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

Analizando las frecuencias por sexo y localidad de residencia se evidencia en

general, mayor proporción de niños con desnutrición aguda, sin embargo en algunas localidades como Chapinero y Antonio Nariño es mayor la frecuencia de desnutrición aguda en las niñas que en los niños. En la localidad de Ciudad Bolívar, que ocupa el primer lugar en número de casos de desnutrición aguda, no se presentan diferencias por sexo.

- **Distribución por régimen de aseguramiento:** Para Bogotá, el 50,2% de los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años pertenecen al régimen contributivo y el 46,9% al subsidiado.

Este comportamiento varía ampliamente por localidad de residencia, mientras en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme el 63% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, mientras que en las localidades de San Cristóbal, Kennedy, Fontibón, Engativa, barrios Unidos, Suba, Antonio Nariño y puente Aranda más del 68% de los casos pertenece al régimen contributivo.

Tabla 209. Distribución de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años notificados al SIVIGILA por sexo y lugar de residencia. Bogotá, 2016

LOCALIDAD	Régimen de Aseguramiento en Salud											
	Contributivo		Subsidiado		No Asegurado		Especial		Prepagada		Total Notificados	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
01. USAQUEN	13	61,9	8	38,1	0	0	0	0	0	0	21	2,8
02. CHAPINERO	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	0,4
03. SANTAFE	4	26,7	11	73,3	0	0	0	0	0	0	15	2,0
04. SAN CRISTOBAL	35	68,6	16	31,4	0	0	0	0	0	0	51	6,8
05. USME	25	33,8	47	63,5	1	1,4	1	1,4	0	0	74	9,9
06. TUNJUELITO	13	50,0	13	50,0	0	0	0	0	0	0	26	3,5
07. BOSA	51	51,0	47	47,0	1	1	0	0	1	1	100	13,3
08. KENNEDY	37	78,7	6	12,8	3	6,4	1	2,1	0	0	47	6,3
09. FONTIBON	16	88,9	2	11,1	0	0	0	0	0	0	18	2,4
10. ENGATIVA	26	92,9	2	7,1	0	0	0	0	0	0	28	3,7
11. SUBA	19	67,9	6	21,4	1	3,6	1	3,6	1	3,6	28	3,7
12. B. UNIDOS	4	80,0	1	20,0	0	0	0	0	0	0	5	0,7
13. TEUSAQUILLO	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	0	0	3	0,4
14. LOS MARTIRES	6	42,9	8	57,1	0	0	0	0	0	0	14	1,9
15. A. NARIÑO	9	75,0	2	16,7	1	8,3	0	0	0	0	12	1,6
16. PTE ARANDA	8	100,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	8	1,1
17. LA CANDELARIA	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	7	0,9
18. RAFAEL URIBE	18	37,5	30	62,5	0	0	0	0	0	0	48	6,4
19. C. BOLIVAR	70	32,3	137	63,1	10	4,6	0	0	0	0	217	28,9
99. SIN DATO	17	65,4	9	34,6	0	0	0	0	0	0	26	3,5
TOTAL BOGOTÁ	**377**	**50,2**	**352**	**46,9**	**17**	**2,3**	**3**	**0,4**	**2**	**0,3**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento

113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

En las localidades de Tunjuelito y Bosa la distribución de los casos es similar para los regímenes contributivo y subsidiado. Esta caracterización de la desnutrición aguda moderada y severa de acuerdo al régimen de aseguramiento orienta la gestión con las aseguradoras para priorizar las intervenciones a los niños y niñas con desnutrición de acuerdo a la vulnerabilidad de las zonas de residencia.

- **Presencia de signos y síntomas de desnutrición en los menores notificados:** Para Bogotá, en 2016, el 11% de los casos de desnutrición aguda moderada y severa presentaron edema, evidencia de desnutrición proteico calórica severa, mientras que el 63,8% presentó delgadez, compatible con desnutrición marasmática. Las manifestaciones de la desnutrición en la piel se detectaron en el 23,6% de los casos con resequedad, 7,6% con hiperpigmentación, en el 9,1% se apreciaron lesiones en el cabello y en el 17,6 se evidenció palidez. La detección de estos síntomas guarda relación con la proporción de casos de desnutrición aguda severa notificados.

Tabla 210. Presentación de signos de desnutrición severa en menores de 5 años notificados al SIVIGILA. Bogotá, 2016

Signo de Desnutrición	Si		No	
	No.	%	No.	%
Edema	11	1,5	740	98,5
Delgadez	479	63,8	272	36,2
Piel Reseca	177	23,6	574	76,4
Hiperpigmentación	57	7,6	694	92,4
Lesiones de cabello	68	9,1	683	90,9
Palidez	132	17,6	610	81,2

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

- **Antecedentes de la madre:** Para Bogotá, en 2016, el 17,87% de las madres de los menores con desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA cuenta con educación primaria, el 59,7% con secundaria y el 15% es técnico o profesional. El 86,2% de los menores pertenece a familias de estrato socioeconómico 1 y 2 y en el 61% de los hogares hay 1 menor de edad.

Tabla 211. Aspectos socioeconómicos de las madres de los menores con desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA. Bogotá, 2016

Nivel educativo de la madre	No.	%	Estrato Socioeconómico	No.	%	Número de menores	No.	%
Primaria	134	17,8	1 y 2	647	86,2	0	98	13,0
Secundaria	448	59,7	3 y 4	102	13,6	1	458	61,0
Técnico o Superior	113	15,0	5 y 6	2	0,3	2	152	20,2
Ninguno	37	4,9				3 o más	43	5,7
Sin Dato	19	2,5						
Total	751	100	Total	751	100	Total	751	100

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

- **Antecedentes del menor con desnutrición:** Para Bogotá, en 2016, el 44,5% de los menores con desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGLA, tiene antecedente de peso deficiente al nacer, el 62,8% nació entre las semanas 37 y 40 de edad gestacional, el 46,7% recibió leche materna por más de 6 meses y el 68% inició la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses. Tabla 9

Tabla 212. Antecedentes de nacimiento y alimentación en los menores con desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA. Bogotá, 2016

Peso al Nacer	**No.**	**%**	**Edad Gestacional**	**No.**	**%**	**Lactancia Materna**	**No.**	**%**	**Alimentación Complementaria**	**No.**	**%**
< 2.499 g.	214	28,5	**< 37 sem**	261	34,8	**< 2 m.**	156	20,8	**< 3 m.**	141	18,8
2.500 a 2.999 g	334	44,5	**37 a 40 sem**	472	62,8	**2 a 6 m.**	244	32,5	**4 y 6 m.**	511	68,0
> 3.000 g.	203	27,0	**>41 sem**	18	2,4	**> 6 m.**	351	46,7	**> 6 m.**	99	13,2
Total	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

- **Antecedentes de atención en salud del menor con desnutrición:** Para Bogotá, en 2016, el 84,4% de los menores con desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGLA, asistieron a la consulta de Crecimiento y Desarrollo y 88,8% tiene el esquema de vacunación completo. Tabla 10

Tabla 213. Antecedentes de atención en salud de los menores con desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA. Bogotá, 2016

Asistencia a Crecimiento y Desarrollo	No.	%	Esquema de vacunación completo	No.	%
Si	634	84,4	**Si**	667	88,8
No	117	15,6	**No**	33	4,4
Sin Dato		0,0	**Sin Dato**	51	6,8
Total	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

- **Antecedentes de atención en salud del menor con desnutrición:** En el 67,9% de los casos notificados por desnutrición aguda moderada y severa se activó la Ruta de Atención a la desnutrición, el manejo se realizó en el 50,1% de los casos a nivel ambulatorio y no se reporta el tipo de manejo en el 48,6% de los casos. Tabla 11.

Tabla 214. Características de la activación de la Ruta de Atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños menores de 5 años notificados al SIVIGILA. Bogotá, 2016

Activación Ruta de Atención a la DNT	No.	%	Tipo de Manejo	No.	%	Tratamiento	No.	%	Efectividad del la atención	No.	%
Si	510	67,9	**Hospitalario**	10	1,3	**Si**	86	11,5	**Si**	95	12,6
No	241	32,1	**Ambulatorio**	376	50,1	**No**	313	41,7	**No**	198	26,4
Sin Dato	0	0,0	**Sin Dato**	365	48,6	**Sin Dato**	352	46,9	**Sin Dato**	458	61,0
Total	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**	**Total**	**751**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA evento 113: desnutrición aguda moderada y severa. 2016

Por otro lado, se reporta que el 11,5% de los menores recibió tratamiento, el 41,7% no requirió tratamiento y en el 46,9 de los casos no se cuenta con información. Por último se reporta el 12,6% de efectividad de la ruta de atención ala desnutrición. Cabe anotar que la información de estos últimos ítems puede estar afectada por el bloqueo de algunas variables en el aplicativo del SIVIGILA Evento 113, que no permite diligenciar las preguntas referentes a la ruta de atención.

Conclusiones

La vigilancia epidemiológica del evento de interés en salud pública: Desnutrición Aguda Moderada y Severa está en proceso de implementación en la Red de IPS públicas y privadas que notifican al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN, sin embargo, el análisis de la notificación del evento en 2016 permite determinar las características de la enfermedad en los menores de 5 años:

- En 2016, de los 751 casos confirmados para Desnutrición Aguda, el 31,2% corresponden a Desnutrición Aguda Severa (235 casos) y el 68,7% restante a Desnutrición Aguda Moderada (516 casos), lo que constituye una alerta para la identificación temprana de menores en riesgo y activación de la Ruta Integral de Atención a la Desnutrición Aguda para minimizar el riesgo de muerte por desnutrición.
- El mayor número de casos de desnutrición aguda se presenta en la localidad de Ciudad Bolívar, con el 28,9% de los casos notificados en Bogotá, de los 217 casos residentes en esta localidad, 153 menores presentaron desnutrición aguda moderada y 64 desnutrición aguda severa. Siguen en frecuencia de casos las localidades de Bosa con 100 casos (71% moderada y 29% severa), Usme con 74 casos (66,2% moderada y 33,7% severa) y San Cristóbal con 51 casos, de los cuales 40 corresponden a desnutrición aguda moderada y 11 a desnutrición aguda severa. En este contexto, la georeferenciación de las zonas de mayor vulnerabilidad para la presentación del evento deben priorizarse para la implementación de estrategias integrales de mitigación del riesgo.
- En los menores entre 6 y 12 meses de edad se concentra el 55% de los casos de desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA en 2016, esta característica debe tenerse en cuenta para el fortalecimiento de la atención a los lactantes mediante las acciones de promoción y prevención, fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna y el inicio adecuado de la alimentación complementaria de alto valor biológico y de acuerdo a los requerimientos nutricionales de los menores.
- No existen diferencias significas en la presentación del evento por el sexo de los menores de 5 años, ni de acuerdo al aseguramiento en salud, el evento se presenta en forma similar para los menores del régimen contributivo y subsidiado. En este contexto, es importante fortalecer las estrategias de demanda inducida de todas las aseguradoras para la detección oportuna de los casos y el inicio oportuno del tratamiento de recuperación nutricional.
- El principal signo clínico detectado en los casos de desnutrición aguda es la delgadez o bajo peso, aspecto que puede alertar a la familia y los agentes de salud en la detección precoz de los menores a riesgo o con desnutrición para activar la ruta de atención.
- El nivel educativo de la madre y el número de menores en el hogar no evidencia riesgo para la desnutrición aguda, pues cerca del 60% de las madres cuentan

con educación secundaria. La mayoría (60%) de las familias de los casos pertenecen a los estratos 1 y 2.

- Respecto a los antecedentes al nacimiento de los menores con desnutrición, el 44,5% presenta peso deficiente al nacer. Esta característica evidencia la importancia del seguimiento al recién nacido para fortalecer los cuidados, en especial los relacionados con la alimentación.
- En cuanto a la práctica de la lactancia materna en los casos de desnutrición analizados, en el 20,8% de los casos alcanzó los 2 meses de edad; la alimentación complementaria se inició en el 68% de los casos entre los 4 y 6 meses de edad. En consecuencia, los requerimientos nutricionales no se cubren adecuadamente para garantizar el normal crecimiento y desarrollo.
- El 88,4% de los menores con desnutrición asiste al programa de Crecimiento y Desarrollo y el 88,8% cuenta con el esquema de vacunación completo, por lo tanto la enfermedad no ha sido reconocida como tal por los profesionales de salud que atienden a los niños y niñas. Es de vital importancia el fortalecimiento de las actividades de información, educación y capacitación al personal de salud, incluso desde la formación académica para la identificación de las alteraciones en el crecimiento de los menores de 5 años, la valoración nutricional antropométrica adecuada, la orientación a los padres y cuidadores en puericultura y alimentación durante la primera infancia.
- Por último, para impactar en la problemática multifactorial de la desnutrición infantil, es necesario el compromiso de los demás sectores, con estrategias de intervención que trasciendan la identificación de los casos por el sector salud y mejore las condiciones socioeconómicas de estas familias agobiadas por las condiciones de pobreza y débil apoyo gubernamental.

Mortalidad por o Asociada a Desnutrición

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá realiza un ejercicio exhaustivo de revisión sistemática de todas las muertes en menores de 5 años en las cuales la desnutrición se registra bien sea como causa antecedente o como otros estados patológicos que pueden conducir al deterioro del estado de salud de los niñas y niñas.

Para identificar la desnutrición como causa de muerte es necesario reconocerla como una condición patológica y hacerla explícita en la historia clínica. A partir de esta primera acción, el caso que debe ser notificado inmediatamente por la entidad de salud al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública; ingresa al sistema de información como un caso sospechoso[13]. Seguido a esta acción se solicitan los soportes

[13] Caso sospechoso de muerte por desnutrición: Todo niño o niña menor de cinco años fallecido, en el que previo a su muerte haya presentado síntomas de desnutrición severa (kwashiorkor-marasmo) o cuya causa directa de muerte fue una

documentales (historia clínica completa e investigación epidemiológica de campo) y se confirma si efectivamente el caso corresponde a una muerte por o asociada a desnutrición siguiendo los criterios médicos establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica. Con esta información se desarrolla una unidad de análisis con el fin de identificar las posibles fallas u omisiones que se presentaron en las atenciones o contactos que tuvo la familia con servicios de salud o servicios sociales y que desencadenaron la mortalidad.

Características de la mortalidad por desnutrición en Bogotá en 2016:

En 2016, se presentaron cuatro casos confirmados de mortalidad con causa básica de muerte la desnutrición, como resultado de las Unidades de Análisis Individual de Caso se encontraron las siguientes características:

Distribución por localidad de residencia:

Los cuatro casos presentados en Bogotá corresponden a una tasa de 0,7 por cien mil menores de 5 años. Respecto a la frecuencia por localidad de residencia, en la localidad de Bosa se presentó 1 caso (Tasa: 1,5 por cien mil menores de 5 años), en Rafael Uribe 1 caso (tasa: 3,5 por cien mil) y en Ciudad Bolívar 2 casos (2,8 por cien mil).

Tabla 215. Casos y tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá, por localidad de residencia. 2016*

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	CASOS (No.)	TASA *100.000 < 5 AÑOS
7-BOSA	1	1,5
18-RAFAEL URIBE	1	3,5
19-CIUDAD BOLIVAR	2	2,8
TOTAL BOGOTÁ	4	0,7

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

Distribución por sexo y edad:

enfermedad asociada a desnutrición. Fuente: Protocolo Distrital para la vigilancia de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.

En cuanto a la distribución por sexo, predomina el sexo masculino con 3 casos y respecto a la edad, uno de los menores corresponde a lactante menor y 3 son mayores de 1 año.

Tabla 216. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por localidad, sexo y edad. Bogotá, 2016*

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	CASOS (No.)	SEXO F: Femenino M: Masculino	EDAD (Meses)
7-BOSA	1	F	6
18-RAFAEL URIBE	1	M	13
19-CIUDAD BOLIVAR	1	M	13
	1	M	16

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

Distribución por régimen de afiliación:

De los cuatro casos presentados, 3 pertenecen al régimen Subsidiado y 1 caso no estaba asegurado.

Tabla 217. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por localidad y tipo de aseguramiento en salud. Bogotá, 2016

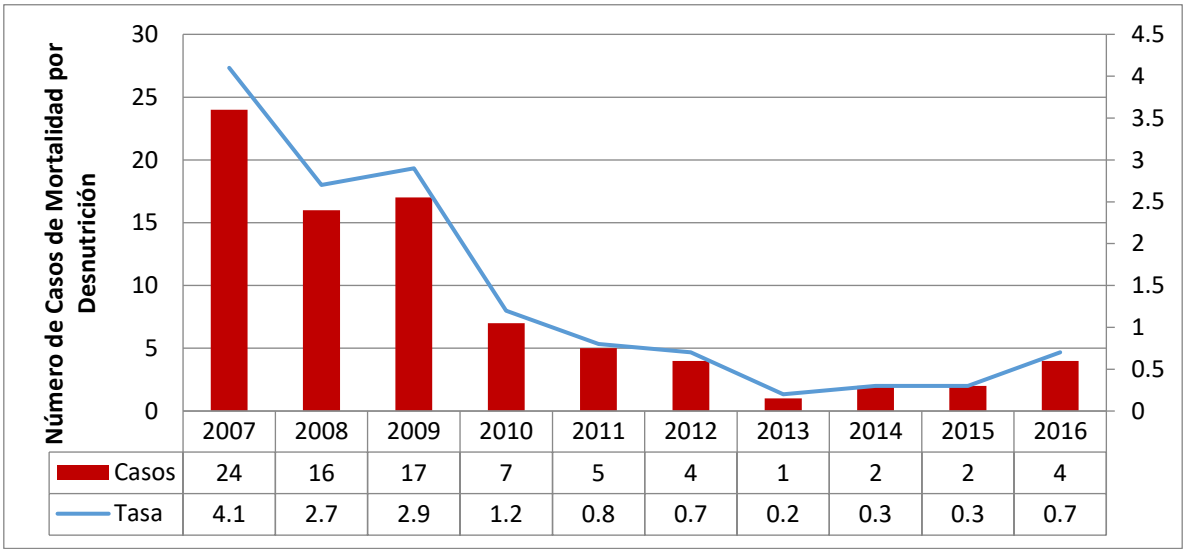
LOCALIDAD DE RESIDENCIA	REGÍMEN SUBSIDIADO	REGÍMEN VINCULADO
7-BOSA	1	
18-RAFAEL URIBE	1	
19-CIUDAD BOLIVAR	1	1
TOTAL BOGOTÁ	4	

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

Tendencia de la mortalidad por desnutrición en Bogotá:

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá D.C., presenta una tendencia a la reducción, pasando de 4,1 por cien mil en 2007 a 0,7 por cien mil en 2016 (*información preliminar). Sin embargo, es importante fortalecer las acciones intersectoriales encaminadas a la prevención de la desnutrición, la detección oportuna de menores en riesgo y la activación de la ruta intersectorial de atención a la desnutrición moderada y severa niños y niñas del Distrito Capital.

Grafico 166. Casos y tasa por 100.000 menores de 5 años de mortalidad por desnutrición en Bogotá, serie 2007 - 2016



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	24	16	17	7	5	4	1	2	2	4
Tasa	4.1	2.7	2.9	1.2	0.8	0.7	0.2	0.3	0.3	0.7

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

Perfil de riesgo de los casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá 2016

Entre los principales hallazgos de las investigaciones epidemiológicas de campo realizadas a las familias de los casos fallecidos en 2016, se encontraron aspectos socioeconómicos y culturales desfavorables como la pertenencia a familias numerosas, con bajos ingresos económicos provenientes del trabajo informal. Además, se evidenciaron deficiencias en el autocuidado, con controles prenatales ausentes o insuficientes, falta del reconocimiento de signos de desnutrición en los menores y prácticas de alimentación con deficiente aporte nutricional. Tabla 4.

Tabla 218. Perfil de riesgo de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá. 2016

Características	Factores de riesgo
Antecedentes Socioeconómicos	• **Edad de la Madre: 20 a 34 años** • **Ocupación de la madre: Hogar** • **Sin Control Prenatal** • **Familias Extensas** • **Ingresos : producto del trabajo informal**
Antecedentes de atención en salud	• **Peso adecuado al nacer** • **Esquema de Vacunación Completo** • **Sin control por crecimiento y Desarrollo** • **Patología Infecciosa agregada**
Antecedentes de Alimentación	• **Terminación de lactancia materna antes de los 2 meses** • **Inicio de Fórmula diluida** • **Inicio precoz de alimentación complementaria con coladas y caldos**
Demoras en la Atención	• **No Identificación del riesgo** • **No adherencia al programa de Crecimiento y Desarrollo** • **No demanda inducida** • **Identificación de maltrato** • **Falta de captación a Programa de P y P** • **Déficit en AIEPI Integral**

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. Unidades de Análisis Individual de Caso Mortalidad por Desnutrición SVSP- SDS. 2016.

Conclusión:

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá D.C., presenta una tendencia a la reducción, pasando de 4,1 por cien mil en 2007 a 0,7 por cien mil en 2016 (*información preliminar). Sin embargo, es importante fortalecer las acciones intersectoriales encaminadas a la prevención de la desnutrición, la

detección oportuna de menores en riesgo y la activación de la ruta intersectorial de atención a la desnutrición moderada y severa niños y niñas del Distrito Capital.

De otro lado, las familias residen en localidades de alta vulnerabilidad social, 2 de los casos en Ciudad Bolívar; el 75% de los casos pertenece al régimen subsidiado y el 25% a población pobre no asegurada, con nivel de ingresos provenientes de actividades como el empleo informal, lo que limita el acceso a los alimentos en cantidad y calidad, confirmando que la pobreza en un factor de riesgo directamente relacionado con el evento. Además, se detectaron condiciones de violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

En todos los casos de mortalidad por desnutrición identificados, se evidenció la suspensión temprana de la lactancia materna y el inicio precoz de otros alimentos de insuficiente aporte calórico y pobre aporte de nutrientes de alto valor biológico, entre ellos coladas, leche entera, leches de fórmula diluida incorrectamente y agua de verduras.

Respecto a la atención en salud, se presentan demoras relacionadas con la falta de acciones de demanda inducida, seguimiento al recién nacido, control prenatal y canalizaciones efectivas.

En este contexto, y desde el sector salud es prioritario el reconocimiento de la desnutrición como patología, el fortalecimiento de las acciones de identificación y tratamiento oportuno de los niños y niñas con desnutrición en todos los niveles de atención en salud, la garantía del acceso y seguimiento por los programas de promoción y prevención en salud y empoderamiento de las organizaciones de apoyo comunitario en territorios de alta vulnerabilidad social.

Recomendaciones:

A partir del ejercicio de vigilancia en salud pública, se proponen las siguientes estrategias para aportar efectivamente a la reducción de este indicador:

- Identificación oportuna de los casos de desnutrición severa y desnutrición aguda para la activación de la ruta de atención integral.
- Seguimiento de los casos e implementación de medidas de apoyo para la familia desde otros sectores para garantizar el acceso y ´permanencia en los programas de apoyo alimentario.
- Fortalecimiento de la rectoría en IPS y aseguradoras para garantizar el seguimiento y atención integral de los casos y la demanda inducida a los programas de control prenatal y crecimiento y desarrollo.
- Construcción e implementación de las guías de atención hospitalaria para la atención de casos de desnutrición severa tipo marasmo kwashiorkor.

- Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación dirigidos al personal médico y estudiantes de salud con el fin de desarrollar habilidades en la consejería en lactancia y alimentación saludable
- Diseño de una estrategia de comunicación masiva dirigida a la comunidad en general sobre la alimentación infantil y la introducción adecuada de alimentos en el primer año.
- Fortalecimiento de la estrategia AEPI clínico y comunitario.

Sistema de vigilancia de la Salud Oral

Para el informe se realizó análisis descriptivo retrospectivo de los aspectos relevantes encontrados en el sistema de información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, en la vigilancia centinela del evento 228, Exposición al Flúor; comprende las semanas epidemiológicas número 1 a la 52 del año 2016, periodo que comprende todo el año.

La población captada son personas de 6, 12, 15 y 18 años de edad, que consultan por primera vez en el año a los servicios de salud oral, de las Unidades Primarias Generadoras de Datos, asignadas por el INS, para la región de Bogotá, y que en total son 26 UPGD, en cumplimiento de la IV fase de la vigilancia del evento.
Para la recolección de información, la VEF cuenta con un instrumento de notificación, cara A de datos básicos y cara B, datos específicos del evento. La sistematización se realiza en el aplicativo SIVIGILA.

La vigilancia centinela de la exposición al flúor, se desarrolló en las 20 localidades de Bogotá D.C., en 26 Unidades Primarias Generadoras del Datos (UPGD) de estas el 77,0% (20 UPGD) notificaron casos de fluorosis dental, el resto cumplen con notificación negativa.
El total de población captada en la vigilancia centinela, en el año 2016, fue de 805 personas de 6, 12, 15, y 18 años de edad, de acuerdo a las edades índice establecidas para la vigilancia de este evento; de estas 310 personas, se notificaron como casos de exposición al flúor, evidenciándose fluorosis dental en ellas.

Tabla 219. Número de casos de notificados de exposición al flúor, por edad y sexo. Bogotá D.C. Año 2016.

Edad índice en años	Femenino	Masculino	Total general	%
6 años	18	23	41	13,2
12 años	46	55	101	32,6

15 años	55	45	100	32,3
18 años	49	19	68	21,9
Total general	**168**	**142**	**310**	**100,0**

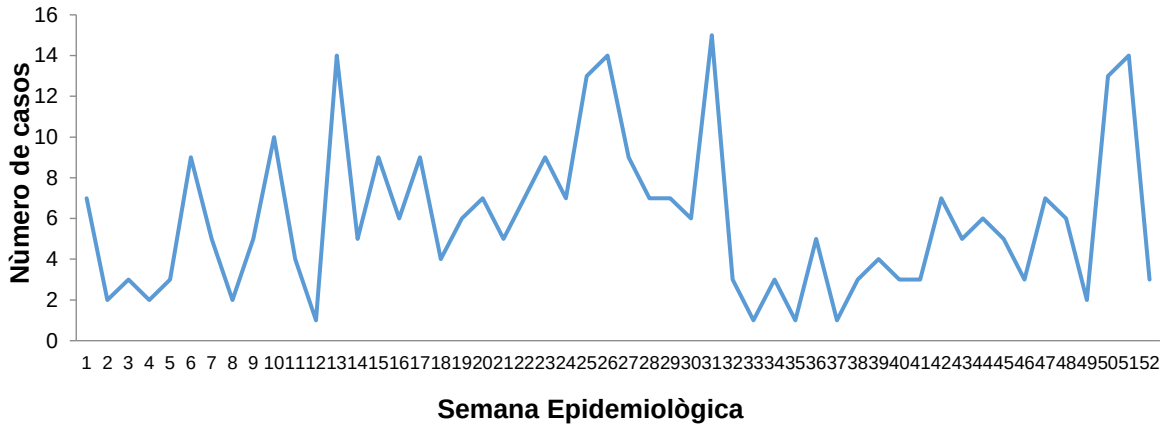
Fuente: Base de datos SIVIGILA, año 2016.

Del total de población reportada para el periodo de estudio (805 personas), el 38,5%(310 personas), se notificaron como caso de fluorosis dental, por exposición al elemento flúor. El 54,2%(168 mujeres) del sexo femenino y el 45,8%(142 hombres) del sexo masculino. Por edad índice la mayor proporción de casos se encontró en la población de 12 y 15 años con 32,6% y 32,3% respectivamente.

De acuerdo al total de población captada en cada edad índice, se encuentra que en la de 6 años (639 niños), el 17,2%(41) fueron notificados como casos de fluorosis dental; en la de 12 años (204 niños), el 49,5%(101); del total de adolescentes de 15 años de edad (230), el 43,5%; y del total en edad de 18 años (132 jóvenes), el 51,5%(68).

En todas las edades índices se captaron casos de fluorosis dental por exposición al elemento flúor.

Grafico 167. Número de casos notificados de exposición al flúor, n=310, por semana Epidemiológica. Bogotá D.C. Año 2016.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016.

La mayor notificación del evento se registra en los periodos relacionados con el receso escolar, semana epidemiológica 23 a la 27, meses de junio y parte de julio y semana 48 a la 52, mediados de noviembre y mes de diciembre; periodos donde generalmente hay mayor acceso a los servicios de salud oral por parte de la

población que pertenece al curso de vida de infancia, adolescencia y juventud, de acuerdo a las edades índice objeto de esta vigilancia.

Según el área de procedencia, el 94,5%(293 personas) del total de los casos (310), se ubicaba en la cabecera municipal, el 4,8% (15 personas) en el centro poblado y 2 en rural disperso.

Del total de casos (310), El 92,6%(287personas), son de procedencia de Bogotá D.C., y por localidad de residencia, en 18 localidades se evidenciaron casos del evento. Un 7,1%(22 casos) son de fuera de Bogotá, y un 0,3%(1 caso) no se registró la zona de residencia.

Del total de casos procedentes de Bogotá, el 81,0%(232 casos) se concentran en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Antonio Nariño, Rafael Uribe y Suba; encontrándose en Ciudad Bolívar y Usme el mayor reporte del evento. El 19,0% se concentró en las localidades de San Cristóbal, Bosa, Fontibón, Teusaquillo, Usaquén, Santa Fe, Puente Aranda, Tunjuelito, Kennedy, Engativá, Chapinero, Los Mártires y La Candelaria.

Tabla 220. Número de casos de fluorosis dental notificados al sistema de vigilancia centinela de exposición al flúor con procedencia de Bogotá según localidad y edad índice en años. Bogotá D.C., Año 2016.

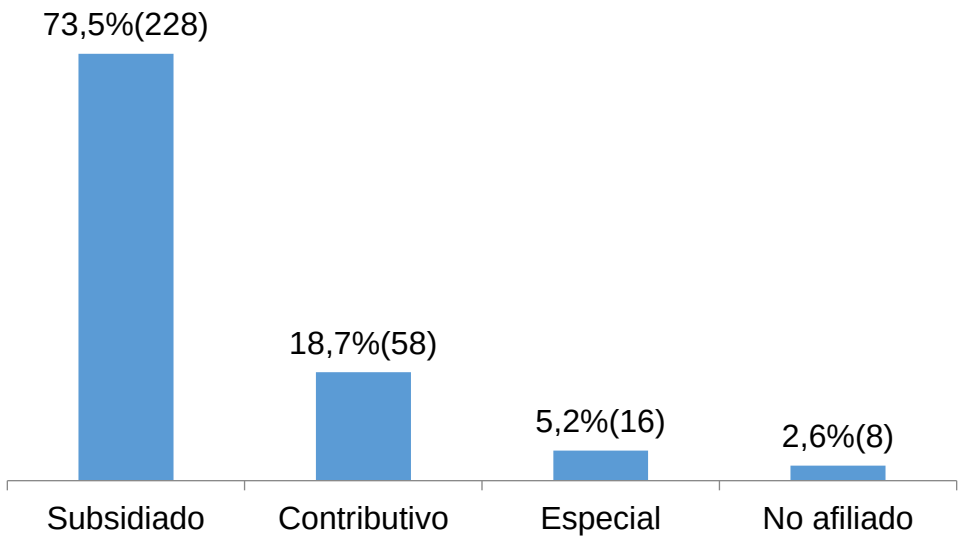
Localidad de procedencia	Edad en años				Total general	%
	6	12	15	18		
Ciudad Bolívar	14	25	33	19	91	31,7
Usme	14	26	18	16	74	25,8
Antonio Nariño	2	8	9	6	25	8,7
Rafael Uribe	1	10	6	7	24	8,4
Suba	6	5	2	5	18	6,3
San Cristóbal	1	3	4	3	11	3,8
Bosa	2	1	4	2	9	3,1
Fontibón			6	1	7	2,4
Teusaquillo		4	1	2	7	2,4
Usaquén		2	3		5	1,7
Santa Fe		4			4	1,4
Puente Aranda		2	1		3	1,0
Tunjuelito	1		1		2	0,7
Kennedy		1		1	2	0,7
Engativá		1	1		2	0,7

Chapinero				1	1	0,3
Los Mártires		1			1	0,3
La Candelaria		1			1	0,3
Total general	**41**	**94**	**89**	**63**	**287**	**100,0**

Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016.

Dentro de la población notificada como caso, se encontraron 9 gestantes; 7 de 18 años y 2 de 15 años de edad. También se encontró población indígena (4) y Negro, mulato, afro colombiano, 3. Población desplazada, 2.

Grafico 168. Porcentaje de casos notificados de exposición al flúor n=310, por tipo de seguridad social en salud. Bogotá D.C., año 2016.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016.

La mayor notificación de casos de exposición al flúor se produjo en las unidades primarias generadoras de datos públicas, donde la mayoría de la población pertenece al régimen subsidiado.73,5%(228 personas).

Tabla 221. Número de casos de exposición al flúor, según severidad de las lesiones de fluorosis dental, por edad. Bogotá D.C., año 2016.

Severidad de la lesión	Edad en años				Total general	%
	6	12	15	18		
Muy Leve	16	36	29	22	103	33,2
Leve	10	20	23	21	74	23,9
Moderada	3	20	23	11	57	18,4
Dudoso	9	19	14	9	51	16,5
Severa	3	6	11	5	25	8,1
Total general	**47**	**113**	**115**	**86**	**310**	**100,0**

Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016.

El 87,0% de los casos se encontraron en las edades de 12 ,15 y 18 años, representando el 32,6%, 32,3%, y el 21,9% respectivamente. En la edad de 6 años se encuentran el 13,2% de los casos.

La clasificación de la severidad de las lesiones ocasionadas por la exposición al flúor, fue establecida de acuerdo a los criterios diagnósticos del índice de Deán. El tipo de severidad de mayor registro son las lesiones muy leves, 33,2% con 103 casos, con mayor registro en la edad de 12 años; siguen las lesiones leves, 23,9%(74 casos) con la mayor frecuencia en la edad de 15 años; las lesiones; moderadas en el 18,4%(57 casos) con mayor registro en las edades de 12 y 15 años; la lesiones dudosas con el 16,5%(51 casos) con la mayoría de casos a la edad de 12 y 15 años y las lesiones severas ocupan el 8,1%(25 casos) con mayor registro de casos a la edad de 15 años.

Tabla 222. Número de casos de exposición al flúor, con presencia de caries cavitacional y no cavitacional. Bogotá D.C., año 2016.

Presencia de caries	No cavitacional	Cavitacional	Total general	%
Si	19	178	197	63,5
No			113	36,5
Total general	**19**	**178**	**310**	**100,0**

Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016.

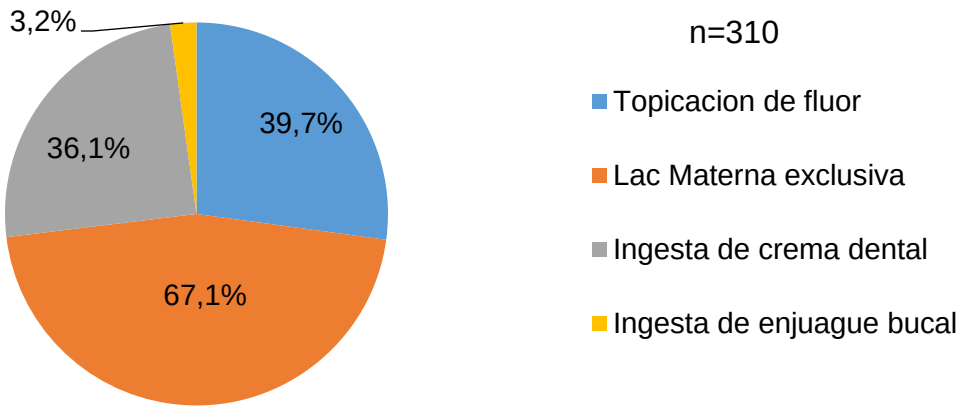
Del total de casos, el 63,5%(197 personas), presentó adicionalmente caries dental, en todas las edades índice; de estos en el 90,4%(178 personas) se evidenció caries de tipo cavitacional, de igual manera en todas las edades índice, y en el 9,6%(19 personas) se evidencio caries no cavitacional.

Para identificar factores de riesgo, que puedan incidir en la presencia de casos de fluorosis dental, se indaga en la población de gestantes, el lugar de residencia durante su segundo y tercer trimestre del embarazo, donde el total (9) refieren haber vivido en zona urbana; y los niños de 6 años de edad, sobre el lugar de residencia de la madre en el segundo y tercer trimestre del embarazo, el total (47) Vivian en zona urbana.

Con respecto a la fuente de consumo de agua, la población de gestantes y niños de 6 años de edad consumen agua del acueducto; y en cuanto al tipo de sal, consumen sal comercial de consumo humano.

El estudio también indaga sobre los hábitos de higiene oral; cuando el niño o niña fue menor de 8 años, el responsable del cepillado fue la madre o cuidador en el 69,1%, mientras que el 30,9% era responsable de su cepillado y realizaba el cepillado dental sin supervisión. Al indagar acerca de la frecuencia diaria de cepillado, la de mayor frecuencia es dos veces al día en el 63,5%(193 personas), y tres veces al día en el 28,7%(89 personas), Un 1% se cepilla 4 veces al día y el resto solo se cepillaba una vez al día.

Grafico 169. Factores de riesgo y factores protectores, presentes en los casos de exposición al flúor. Bogotá D.C. Año 2016.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016

El 90,8% refirieron que la cantidad de crema dental que utilizaron ocupaba todo el tamaño de la cabeza del cepillo dental y en el 36,1% hay ingesta de crema dental; 10 personas refieren ingesta de enjuague bucal, estos considerados factores de riesgo y como factores protectores están considerados la lactancia materna exclusiva que se dio en el 67,1% y la topicación de flúor en el 39,7%.

Tabla 223. Indicador anual, evento exposición al flúor. Bogotá D.C., Año 2016.

Indicador	Valor del indicador año 2016
Porcentaje de casos de exposición al flúor	38,5

Fuente: Base de datos SIVIGILA. Año 2016.

De un total de población captada (805 personas), el 38,5% se notificó como caso de Fluorisis dental.

Discusión

Del total de UPGD que realizan la VEF en Bogotá, 26, el 77,0% (20 UPGD) notificaron casos de fluorosis dental, en niños y niñas de 6 y 12 años de edad, y en jóvenes de 15 y 18 años de edad. La mayor notificación de casos de exposición al flúor se produjo en las unidades primarias generadoras de datos públicas, donde la

mayoría de la población pertenece al régimen subsidiado. Debido a esto, la mayoría de los casos pertenecían al régimen de aseguramiento subsidiado.

La notificación del evento en el año 2016 presento una disminución en la notificación con respecto al año 2015, esto se puede atribuir a la dinámica de la VEF, por el proceso de rotación anual de centinelas, donde los primeros meses del año se despliegan acciones de capacitación y acompañamiento y guarda relación con la población objeto de vigilancia y los periodos escolares. 3

La severidad de las lesiones en su mayoría son muy leves, leves y moderadas, este comportamiento es similar a los resultados generales de la VEF a nivel nacional. Con mayor proporción de casos en las edades de 12, 15 y 18 años de edad. Estos resultados refieren un tiempo corto de exposición al elemento flúor. 1

Los grupos de edad de mayor registro de casos fueron los de 12,15 y 18 años, lo cual también se está relacionado con la dinámica de la consulta odontológica, en Bogotá D.C., donde en el histórico se ha evidenciado que la juventud es la que accede a los servicios de salud oral con mayor frecuencia, y por lo tanto en estos grupos de edad, es donde se ha podido obtener mayor información.

Conclusiones

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, ha realizado la gestión necesaria, para la consolidación de la vigilancia centinela de la exposición a flúor en la ciudad, mediante acciones de acompañamiento y asesoría técnica continua a las 26 UPGD. Esto se ve reflejado en la notificación de casos del evento e identificación de factores definidos como de riesgo.

La situación evidenciada en Bogotá frente al evento vigilado, exposición a flúor, identificó en este período 310 casos de fluorosis dental, en niños de 6 y 12 años y en jóvenes de 15 y 18 años, con mayor registro de casos en la edades de 12, 15 y 18 años. En cuanto a la severidad de las lesiones en su mayoría son muy leves y leves; lo que sugiere exposiciones mínimas de tiempo al elemento flúor. La gran mayoría de los casos son procedentes de Bogotá. Ante esta situación se hace necesaria la investigación para entender la historia natural del evento y las causas de su aparición en población que ha nacido y vivido en esta zona especifica.

Recomendaciones

Desarrollar para Bogotá, a partir de los resultados de la I, II, III y IV fase la vigilancia de exposición a fluor, estudios puntuales o investigaciones especiales de causalidad, considerando la dinámica poblacional y geográfica de la ciudad.

Acompañamiento continuo y programado del ente nacional, en el proceso de vigilancia desarrollado en el Distrito Capital, considerando la dinámica poblacional de la ciudad y la complejidad del evento que se vigila.

Sistema de vigilancia de los Trabajadores

En el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016, con el subsistema de vigilancia SIVISTRA se avanzó en la caracterización de 5.266 eventos notificados como casos sospechosos, de los cuales 2059 (39,1%) correspondieron a casos de enfermedad, y 3207 (60,9%) a casos de accidente.

Las ocupaciones abordadas con mayor frecuencia en este periodo incluyen los peluqueros, estilistas y demás trabajadores de la belleza (15,0%), cocineros y afines (14,1%), vendedores ambulantes (9,8%) y tenderos (10,6%). Aunque con menos frecuencia se identifica una importante proporción de mecánicos (6,8%), cortadores y expendedores de carne (5,1%) y vendedores de quioscos y puestos fijos (4,9%).

Tabla 224. Distribución de casos notificados e investigados según tipo de evento. Enero a Diciembre de 2016.

Eventos	Nº Casos Investigados	% Casos Investigados	Nº Casos probables	% Casos Probables
Accidentes	3207	60,9%	3204	99,9%
Enfermedad	2059	39,1%	1587	77,0%
TOTAL	5266	100,0%	4791	90,9%

Fuente: Base de Datos SIVISTRA. Enero a diciembre de 2016.

En relación con la distribución geográfica, la localidad, con mayor participación es Bosa (8,8% de los casos), seguida de Engativá y Ciudad Bolívar.

Accidentes probablemente asociados con la ocupación en población trabajadora del sector informal del distrito capital

En relación con el evento accidente, no se observa una diferencia significativa por sexo; sin embargo, como para vigencias anteriores, se encuentra una mayor participación de hombres (1636, 51%) con respecto a la participación de mujeres (1574, 49%). Las localidades con mayor participación fueron Engativá (309), Suba (232) y Bosa (201).

En relación con el grupo etáreo se observa para el periodo informado una mayor participación de adultos jóvenes (27 – 44 años) con un 41,6% (1334), seguido de los adultos maduros (45 a 59 años) con un 30,3% (974); aunque con una menor

frecuencia es importante mencionar el abordaje de 19 casos de menores de edad (14 a 17 años). Con relación al régimen de salud se encuentra que el 40.5% (1.399) de casos investigados por accidente, se encuentran afiliados al régimen subsidiado, el mientras que el 46.5% (1492) pertenecen al régimen contributivo; 70% de los que casos en los que se obtuvo esta información, se encuentran en condición de beneficiarios. Dentro del total de casos abordados en el 2016, se identificaron 377 casos (11,7%) en trabajadores no asegurados.

Con relación al tipo de lesión, las heridas ocuparon más de la mitad de la distribución con una frecuencia de 52,8% (1695); le siguen en orden de frecuencia las quemaduras con un 19,6% (630), las contusiones y aplastamientos en una proporción de 16,6% (535) y las torceduras, esguinces o desgarro muscular, que se presentó en 4,4% (141) de los casos.

En el 45,23% (152) de los casos, los accidentes estuvieron relacionados con el manejo de herramientas; el uso inapropiado de estos elementos para fines para los cuales no están diseñados, la falta de mantenimiento preventivo, el no uso de elementos de protección individual y el exceso de confianza en su manipulación son los principales factores que el equipo SIVISTRA percibió como asociados con la ocurrencia de los accidentes. Aunque con mucho menor frecuencia, los materiales y sustancias ocuparon el segundo lugar con 28,10% (902) y en tercer lugar las máquinas y equipos con un 12,90% (414). Las manos (incluyendo dedos) fueron el sitio anatómico de 2151 eventos de este tipo.

Se encontró que el 64,6% (2073) de los accidentes fueron considerados como leves, 32,4% (1041) moderados y 2,4% (78) severos; 386 casos reportaron una incapacidad médica promedio de 10,6 días, con un tiempo de incapacidad que osciló entre 1 día y los 19 meses.

Enfermedades probablemente asociadas con la ocupación en población trabajadora del sector informal del distrito capital

En el año 2016 se investigaron 2059 casos del total de notificados como eventos de posible origen ocupacional; de ellos, 283 casos (13,7%) fueron abordados por condiciones auditivas.

La localidad con mayor número de eventos investigados fue Bosa, lo cual se explica, ya que en esta zona territorial se encuentra centralizado el monitoreo auditivo, y la mayoría de estos eventos cumplen los criterios de enfermedad.

Como para otras vigencias, contrario a lo observado con los accidentes, para el caso de enfermedad las mujeres tienen una mayor representatividad que los hombres; mientras las primeras participaron con un 55,2% (1177) de los casos, los segundos representaron el 44,8% (957); la participación masculina igualmente se

ve incrementada por que son ellos quienes más han participado del monitoreo auditivo. El límite inferior de edad fue de 16 años y el superior de 86 años. Como era de esperarse, la mayor proporción de este tipo de eventos se encuentran en la población adulta madura (37,4%), adulta joven (36,1%) y las personas mayores de 60 años, por cuanto las condiciones mórbidas presentan un periodo de latencia.

Del total de eventos evaluados, se identificó una fuerte asociación con las condiciones de trabajo en el 77,1% (1587). Como para el evento accidente, las ocupaciones notificadas con mayor frecuencia incluyeron cocineros, vendedores de puestos fijos, peluqueros y vendedores ambulantes. Sin embargo, en relación con este evento, cabe resaltar la presencia de modistos o sastres que desplazan al oficio de carnicero de los 5 primeros lugares.

De acuerdo con el sistema corporal comprometido se evidencia que alrededor del 95% de los eventos no auditivos corresponden a desórdenes músculo esqueléticos.

De las enfermedades clasificadas como probables el sistema más comprometido corresponde al osteomuscular con las dorsolumbalgias en primer lugar con un 21,2%, las cuales son ocasionadas por la adopción de posturas forzadas o prolongadas, así como el levantamiento de cargas que excede los límites permisibles, actividades que, en términos generales se realizan durante largas jornadas. En un segundo grupo se encuentran las patologías que afectan las manos como el síndrome del túnel del carpo 19,5% y otras mononeuropatías de miembros superiores 15,2%, las cuales se asocia con movimientos repetitivos y fuerzas aplicadas por tareas que requieren movimientos mantenidos en hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, aprehensión de la mano, posturas forzosas, prolongadas y anti gravitacionales. Cabe mencionar igualmente que, a la afectación de estos sistemas, pueden contribuir características genéticas, hereditarias, metabólicas (sobrepeso), biomecánicas (actitud postural) e inadecuados hábitos de vida (sedentarismo).

En cuanto a los eventos sometidos a monitoreo auditivo, se encuentra que, de los 283 eventos caracterizados, en el 50,5% de los casos se estableció una fuerte asociación con exposición a ruido ocupacional, aspecto bien importante en tanto que afecta la calidad de vida del trabajador y lo expone a mayor riesgo de accidente.

Los diagnósticos más frecuentes fueron en orden de frecuencia: Efectos del ruido sobre el oído interno (62.9%) e Hipoacusia neurosensorial bilateral (36,4%).

Discusión:

- Las cifras obtenidas por el subsistema de vigilancia permiten identificar una tendencia sostenida en el tiempo, de acuerdo con la cual, es posible afirmar que una alta proporción de la población trabajadora del sector informal abordada se

encuentra en importantes condiciones de vulnerabilidad, las cuales se manifiestan en características tales como la baja escolaridad, ingresos en su mayoría inferiores o iguales al salario mínimo integral, alta proporción de trabajadores no afiliados al sistema de seguridad social, una muy baja cobertura por el Sistema General de Pensiones, jornadas extensas y exposición a una variedad de agentes peligrosos que no solo pueden afectar su calidad de vida y su salud, sino que significan altos costos humanos, sociales y económicos.

- En relación con los casos de accidente, se mantiene de forma sostenida una proporción elevada de lesiones tipo heridas con afectación predominante en manos, seguida de quemaduras, contusiones y aplastamiento. Con frecuencias relativamente bajas, pero con impactos importantes en la vida del trabajador y sus familias se han identificado amputaciones, fracturas y traumas serios.
- Las lesiones osteomusculares siguen siendo las condiciones mórbidas identificadas con una mayor frecuencia. Si bien esto es coherente con el alto grado de esfuerzo físico realizado por los trabajadores del sector, y es comparable con lo presentado en el sector formal de la economía, es importante aclarar que en este sentido se registra un importante sesgo dado por el perfil de los profesionales responsables de la investigación (terapeutas).

Conclusiones:

- Se ha avanzado en la identificación e investigación de eventos en salud de la población trabajadora del sector informal lo que permite aproximarse a un diagnóstico de las condiciones de salud y trabajo de la población abordada en el sector. Sin embargo, aún no se cuenta con una notificación sistemática por parte de las IPS.
- Los trabajadores del sector informal se caracterizan por constituir, en una alta proporción, una población en condición de vulnerabilidad, expuesta a condiciones sociales, ambientales y laborales que, no solo incrementan la posibilidad de ocurrencia de accidentes y enfermedades, sino que significan altos costos humanos, sociales y económicos para el individuo, la familia y la sociedad.
- Las heridas y quemaduras son las lesiones que con mayor frecuencia se presentan como consecuencia de la ocurrencia de accidentes en el sector, sin embargo, las fracturas, luxaciones y amputaciones se constituyen en lesiones que, aunque menos frecuentes, generan una alta pérdida de días laborales y afectan la salud y la economía del trabajador y sus familias.
- Los trastornos músculo esqueléticos, particularmente las dorsolumbalgias, el síndrome del túnel del carpo, lesiones de hombro y otros problemas de tejidos blandos son los diagnósticos presuntivos más frecuentes, los cuales se encuentran relacionados principalmente con la exposición elevada a movimientos repetitivos, bipedestación o sedestación prolongada y la manipulación de cargas durante jornadas, frecuentemente, extensas.

- Las características de constitución y dinámica propias del sector informal obligan a repensar la forma de abordar la población trabajadora del sector, pues no solo se trata de una población altamente heterogénea, sino que su dinámica no se compara con la del sector formal.
- El desconocimiento sobre la magnitud en cifras de la informalidad, la alta rotación, la baja cobertura por el sistema de seguridad social integral y la falta de una notificación sistemática y regular por parte de las UPGD, entre otros, son aspectos que limitan la dinámica del sistema y que obstaculizan la generación de indicadores de tendencia que permitan monitorear la incidencia y prevalencia de eventos probablemente asociados con la ocupación en el sector informal de la economía.

Recomendaciones:

- Es importante el compromiso e involucramiento de los entes rectores a nivel nacional, mediante la expedición de normas que incluyan la notificación obligatoria de eventos (accidentes o enfermedades) de los cuales se sospeche una posible asociación con las condiciones y procesos laborales.

- Se debe seguir fortaleciendo el proceso de sensibilización, motivación, asesoría y asistencia técnica tanto a personal administrativo como a profesionales de la salud a fin de instaurar la notificación sistemática por parte de las UPGD.

- Fortalecer cuantitativa y técnicamente los equipos de profesionales y tecnólogos a cargo del subsistema SIVISTRA. Esto es, además de continuar con el fortalecimiento y unificación de conceptos y estandarización de procedimientos, es importante ampliar y diversificar los grupos de trabajo con la inclusión de otros perfiles (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, entre otros) con el objeto de disminuir los sesgos presentados a la fecha.

- Imprimir al subsistema SIVISTRA un enfoque de riesgo, que favorezca la implementación de las intervenciones necesarias antes de que se haga efectivo un evento en salud (prevención).

Sistema de Vigilancia de la Discapacidad

La Secretaría Distrital de Salud es pionera en el país en el desarrollo de la Vigilancia en Salud Pública de la Discapacidad; este tipo de vigilancia opera desde el año 2008 y tiene como estrategia central el “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad”. Dicha estrategia se ha fortalecido en el tiempo, a tal punto que en la actualidad provee el insumo para la identificación de este grupo poblacional en los diferentes planes y programas de la administración distrital; así

como representa la principal fuente de información para los procesos de análisis que desde el nivel local y distrital aportan de forma permanente en la implementación de la Política Publica de Discapacidad para el Distrito Capital (Decreto 470 de 2007).

La Vigilancia en Salud Pública en Discapacidad se entiende como un proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes en la población con discapacidad; para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública; así como para aportar en la comprensión de esta condición humana en los niveles individual y social y de esta manera favorecer la inclusión y la equidad en este grupo poblacional.

La discapacidad es entendida como: "un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"14. La Organización de Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, aproximadamente 400 millones están en los países en vía de desarrollo; en la región de las Américas existen aproximadamente 60 millones[15]. Según el DANE[16], en Colombia el 6,4% de la población tendría una discapacidad, lo que equivale a que 3.119.853 personas en 2016 tendrían dicha condición. Para Bogotá este mismo referente establece una prevalencia del 5%, lo que significa que para el año 2016 alrededor de 399.000 personas tendrían discapacidad en la ciudad.

En Bogotá D.C., hasta el 2016 se ha logrado identificar y caracterizar a través del Registro Para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad hasta el año 2016 a 255.530 personas con discapacidad, lo que representa un 64% de la prevalencia estimada para la ciudad.

Durante el año 2016 se identificaron y registraron 17.380 personas con discapacidad residentes en el Distrito Capital, la distribución por sexo muestra que es mayor el número de mujeres con esta condición representando el 51% de la población identificada. Según curso de vida hubo predominio de la población en la vejez y adultez, en su orden. La población de hombres predomina en la infancia,

[14] ONU. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Recuperado en 10 de enero de 2009, de http://www.unchur.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. 2006.

[15] Organización Mundial de la Salud. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se puede lograr y otros derechos relacionados. Washington (DC); 2006.

[16] DANE. Censo 2005.

adolescencia, juventud; mientras que en la adultez y vejez predominaron las mujeres.

Tabla 225. Población con discapacidad, según curso de vida y sexo; Bogotá D.C. 2016. (Datos preliminares)

Curso de Vida	*Sexo*					
	Hombre		*Mujer*		*Total*	
	Pcd	*%*	*Pcd*	*%*	*Pcd*	*%*
Infancia	973	60,9%	624	39,1%	1597	9,2%
Adolescencia	493	58,3%	352	41,7%	845	4,9%
Juventud	889	60,2%	588	39,8%	1477	8,5%
Adultez	2690	48,3%	2875	51,7%	5565	32,0%
Vejez	3449	43,7%	4447	56,3%	7896	45,4%
Total	8494	48,9%	8886	51,1%	17380	100,0%

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud; 2016. (Informacion preliminar) ** Ultima fecha de actualizacion Marzo17 de 2017.

De acuerdo con la localidad de residencia, se observó que la mayor concentración de población con discapacidad registrada estuvo en las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa y Suba; en su orden. La distribución por sexo mostró para el Distrito Capital que en 8 localidades hubo predominio de hombres y en las 12 restantes el predominio fue de mujeres.

Tabla 226. Población con discapacidad, según localidad de residencia y sexo; Bogotá D.C., 2016. (Datos preliminares)

Localidad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	490	49,3%	504	50,7%	994	5,7%
Chapinero	133	47,7%	146	52,3%	279	1,6%
Santa Fe	462	56,8%	351	43,2%	813	4,7%
San Cristóbal	554	47,4%	614	52,6%	1168	6,7%
Usme	462	45,5%	554	54,5%	1016	5,8%
Tunjuelito	300	45,8%	355	54,2%	655	3,8%
Bosa	745	48,4%	795	51,6%	1540	8,9%
Kennedy	849	51,9%	788	48,1%	1637	9,4%
Fontibón	407	44,0%	517	56,0%	924	5,3%
Engativá	565	47,9%	615	52,1%	1180	6,8%
Suba	719	48,1%	776	51,9%	1495	8,6%
Barrios Unidos	153	50,8%	148	49,2%	301	1,7%
Teusaquillo	114	40,6%	167	59,4%	281	1,6%
Los Mártires	363	55,0%	297	45,0%	660	3,8%
Antonio Nariño	263	59,0%	183	41,0%	446	2,6%
Puente Aranda	359	55,5%	288	44,5%	647	3,7%
Candelaria	92	55,8%	73	44,2%	165	0,9%
Rafael Uribe	636	45,1%	773	54,9%	1409	8,1%
Ciudad Bolívar	821	46,7%	937	53,3%	1758	10,1%
Sumapaz	7	58,3%	5	41,7%	12	0,1%
Total	8494	48,9%	8886	51,1%	17380	100,0%

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud; 2016. (Informacion preliminar) ** Ultima fecha de actualizacion Marzo 17 de 2017.

En la condición de discapacidad se presentan como principales alteraciones o deficiencias las relacionadas con el movimiento del cuerpo (60,8%), el sistema nervioso (41,9%), visuales (24,1%) y sistema cardiorrespiratorio y defensas (20,74%). Las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria fueron en su orden: caminar, correr, saltar (62,2%), pensar y memorizar (39,1%), llevar objetos con las manos (36,4%) y cambiar posiciones del cuerpo (32,7%). Este patrón mostró similitud tanto en hombres como en mujeres.

Según el origen o causa, la discapacidad principalmente se encuentra asociada a enfermedad general (51,2%) y en segundo lugar a alteraciones genéticas o hereditarias (9,8%).Contrario a esto el (16,4%) no conoce el origen de esta condición.

Tabla 227. Alteraciones permanentes de la población con discapacidad, Bogotá D.C. 2016. (Datos preliminares)

Alteraciones permanentes	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
sistema nervioso	3781	44,5%	3508	39,5%	7289	41,9%
los ojos	1981	23,3%	2216	24,9%	4197	24,1%
los oídos	1289	15,2%	1169	13,2%	2458	14,1%
los demás órganos de los sentidos (olfato ,tacto, gusto)	122	1,4%	106	1,2%	228	1,3%
la voz, el habla	1469	17,3%	1183	13,3%	2652	15,3%
el sistema cardiorrespiratorio, las defensas	1561	18,4%	2035	22,9%	3596	20,7%
la digestión, el metabolismo, las hormonas	678	8,0%	960	10,8%	1638	9,4%
el sistema genital, urinario, reproductivo	1018	12,0%	989	11,1%	2007	11,5%
el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	4716	55,5%	5844	65,8%	10560	60,8%
la piel, las uñas, el cabello	159	1,9%	224	2,5%	383	2,2%
otra alteración	1	0,0%	2	0,0%	3	0,0%
Ninguno (persona sin Discapacidad)	5	0,1%	2	0,0%	7	0,0%
Total Población con discapacidad	8494		8886		17380	

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud, 2016. (Informacion preliminar) ** Ultima fecha de actualizacion Marzo 17 de 2017

Tabla 228. Limitaciones en actividades de la vida diaria en la población con discapacidad, Bogotá D.C., 2016. (Datos preliminares)

Limitaciones en actividades de la vida diaria	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Para pensar	3504	41,3%	3293	37,1%	6797	39,1%
Para ver	1834	21,6%	2075	23,4%	3909	22,5%
Para oír	1215	14,3%	1116	12,6%	2331	13,4%
Para distinguir sabores u olores	82	1,0%	79	0,9%	161	0,9%
Para hablar y comunicarse	1873	22,1%	1530	17,2%	3403	19,6%
Para desplazarse en trechos cortos	1515	17,8%	1941	21,8%	3456	19,9%
Para masticar, tragar, asimilar o transformar los alimentos	571	6,7%	783	8,8%	1354	7,8%
Para retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	1021	12,0%	1020	11,5%	2041	11,7%
Para caminar, correr, saltar	4878	57,4%	5936	66,8%	10814	62,2%
Para mantener piel, uñas y cabellos sanos	731	8,6%	880	9,9%	1611	9,3%
Para relacionarse con las demás personas y el entorno	1859	21,9%	1778	20,0%	3637	20,9%
Para llevar, mover, utilizar objetos con las manos	2667	31,4%	3653	41,1%	6320	36,4%
Para cambiar y mantener posiciones del cuerpo	2465	29,0%	3223	36,3%	5688	32,7%
Para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	1543	18,2%	1810	20,4%	3353	19,3%
Otra dificultad	182	2,1%	218	2,5%	400	2,3%
Total Población con discapacidad	8494		8886		17380	

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud; 2016. (Informacion preliminar) ** Ultima fecha de actualizacion Marzo 17 de 2017.

El 90 % de la población con discapacidad pertenece a los regímenes de afiliación en salud contributivo y subsidiado, siendo el régimen contributivo con 51,5% con (8958 personas) el de mayor predominio en este grupo poblacional; por su parte en el régimen subsidiado se encuentran (6745) representando un 38,8%.

Tabla 229. Población con discapacidad, según régimen de afiliación en salud, Bogotá D.C. 2016. (Datos preliminares)

Afiliación	Total	
	Pcd	%
contributivo	8958	51,5%
subsidiado	6745	38,8%
régimen especial	906	5,2%

vinculado	632	3,6%
Ninguno	111	0,6%
No sabe	28	0,2%
Total	17380	100,0%

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localizacion y Caracterizacion de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud; 2016. (Informacion preliminar) ** Ultima fecha de actualizacion Marzo 17 de 2017.

Discusión

La vigilancia en salud pública de la discapacidad, que se realiza en el Distrito Capital, utiliza como estrategia fundamental al "Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad"; esta estrategia se ha fortalecido y posicionado desde hace varios años en la ciudad, convirtiéndose en un instrumento básico para la toma de decisiones y el posicionamiento político. Los resultados de este informe muestran que para el año 2016, las localidades que tuvieron mayor representación de población con discapacidad registrada fueron localidades con alta densidad poblacional como Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa y Suba; este hallazgo es contrario al comportamiento que muestran las prevalencia para el 2015; donde las localidades con mayor carga de esta condición y que ostentan prevalencias superiores a la estimada para el D.C. son de baja densidad poblacional (Candelaria (7,7%), Sumapaz (7,1%), Rafael Uribe Uribe (6,4%), Puente Aranda, Santafé y Mártires con (5,1%)).

Por otra parte en este periodo el comportamiento de las alteraciones o deficiencias es el mismo que ha mostrado la discapacidad desde los inicios del registro; no obstante las limitaciones en actividades de la vida diaria más frecuentes presentan variaciones con respecto a los años anteriores pues, toman un lugar importante las alteraciones relacionadas con llevar objetos con las manos y cambiar posiciones del cuerpo, desplazando a las limitaciones relacionadas con desplazarse en trechos cortos; que son la tercera limitaciones más frecuentes cuando se evalúa la información de forma acumulada. Con relación al sexo se encontró una distribución similar entre hombres y mujeres; mientras que de forma acumulada es mucho más marcado el patrón hacia las mujeres.

Finalmente es importante recalcar que hace falta identificar aproximadamente a un 37,8% de población con discapacidad, residente en el Distrito Capital, por tanto se hace necesario mantener y fortalecer la estrategia de registro en el continuo del tiempo y de igual manera posicionar el subsistema dentro del marco de la vigilancia en salud pública.

Conclusiones

El "Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad"

se ha ido posicionando como un instrumento de decisión política; la información captada a través del mismo ha ofrecido la posibilidad de establecer líneas de base que han permitido orientar acciones intersectoriales y han aportado en el seguimiento a la Política Pública Distrital de Discapacidad.

La Secretaría Distrital de Salud como ente rector debe garantizar el conocimiento de la situación de salud y calidad de vida de la población con discapacidad en Bogotá, D.C, como insumo para la planificación de actividades integrales que permitan transformar realidades adversas mediante políticas públicas construidas y fortalecidas con base en este conocimiento. Según lo anterior, el fortalecimiento y la continuidad en las estrategias planteadas desde este subsistema de vigilancia, garantizarán la provisión de información de la situación de salud y sus determinantes en la población con discapacidad, en forma sistemática y oportuna en la ciudad; logrando de esta manera, identificar inequidades y desigualdades en materia de salud, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, que incluya las acciones de promoción, protección, recuperación y restitución de la autonomía, prevención y control de enfermedades e identificación de factores de riesgo en salud en dicha población.

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario fortalecer estrategias para la ampliación de la cobertura del registro en pro de identificar la prevalencia del 5,0%, estimada para esta condición en la ciudad.

Por último, se debe tener en cuenta que la reducción de la discapacidad durante la infancia requiere de estrategias orientadas hacia el fortalecimiento del proceso preconcepcional y de las estrategias promocionales en salud para la primera infancia; no queriendo afirmar que con esto se va a reducir el número de personas afectadas, pero si se puede llegar a mejorar la calidad de vida y reducir la severidad de la discapacidad en la población. De otra parte el mejoramiento de modos de vida, prevención de enfermedades metabólicas y la detección y control de patologías sistémicas, podrían reducir los eventos discapacitantes en la vejez y adultez.

Recomendaciones

Es de vital importancia continuar con en el posicionamiento de este tipo de vigilancia en salud pública, con el fin de trascender a un enfoque que se centre más en el análisis de la población (desde su condición y su entorno). Del mismo modo el fortalecimiento y articulación con otras estrategias de vigilancia, como las de condiciones crónicas y anomalías y malformaciones congénitas; le aportará integralidad a la estrategia.

4. BIBLIOGRAFÍA

- 2016. Protocolos nacionales de eventos Eventos Prevenibles por Vacuna disponibles en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos.aspx, fecha de revisión: 27 julio de 2013.
- 2013. Fichas de notificación de la vigilancia centinela de la EDA.
- Población DANE, y proyecciones poblacionales, censo año 2005.
- MMWR. (2012). "Pertussis Epidemic—Washington, 2012." 61(28).
- Schmidtke et al. (2012). "Population diversity among *Bordetella pertussis isolates, United States, 1935-2009." EID; 18(8).*
- Lavine et al. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1014394108
- CDC. MMWR 2012;61(28);517-522
- Alerta epidemiológica Tosferina, 16 de Noviembre 2012 ,www.paho.or
- OPS, 2005. El control de las enfermedades transmisibles, decimoctava edición
- Instituto Nacional de Salud. Grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, exposición a Fluor. Segunda versión. Colombia, marzo de 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV. Colombia, año 2.013 - 2.014.
- Instituto Nacional de Salud. Grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. Informe del evento de vigilancia centinela de la exposición a flúor, consolidado del primer año de vigilancia. Colombia, año 2.012 – 2.013.
- Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa, 2000.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Boletín Censo General; 2005.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Información estadística de la discapacidad; 2004. http://salud.latam.msn.com/articulo.aspx?cp-documentid=11771827.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las Personas con discapacidad; 2006.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039; 2007.
- Colombia, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Desarrollo 2012–2016.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF; 2001.
- Anexo Operativo Vigilancia en Salud Publica de la Discapacidad, vigencia febrero - Mayo 2016. Secretaría Distrital de Salud, 2016.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social, Circular 085 de 2010.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 518 de 2015

- Colombia, Congreso de Colombia, Ley 1618 de 2013.
- http://www.preparacionmedica.com/revisiones/microbiologia/Arbovirus.pdf. Infección humana por Arbovirus, Diego Fernando Scarpetta González. Universidad del Valle, Cali.
- Enfermedades transmitidas por vectores, Nota descriptiva Nº387 Febrero de 2016 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/
- Instituto Nacional de Salud, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Dengue. 2014. http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Dengue.pdf
- Instituto Nacional de Salud, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Chikungunya, 2016.
- Boletín de prensa No 274 de 2015 16/10/2015. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Confirmados-primeros-casos-de-virus-del-zika-en-Colombia.aspx.
- Boletín epidemiológico, semana número 52 de 2015 (27 dic. - 02 ene) Instituto Nacional de Salud. http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015%20Boletin%20epidemiologico%20Semana%2052.pdf
- Secretaria Distrital de Planeación. Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.
- Anexo operativo para la acción integrada de gestión del riesgo aplicada a la atención de las urgencias y emergencias en salud pública 2016: Consultado 19 de marzo de 2016
- Ulloa, A. Informe Final del Evento Varicela, Colombia 2016. Instituto Nacional de Salud. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/VARICELA%20PERIODO%20XII%202016.pdf.Consultado el 28-03-17.
- Alvarez, J. Informe Final del Evento Parotiditis, Colombia 2016. Instituto Nacional de Salud. Disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/PAROTIDITIS%20PERIODO%20XIII%202016.pdf. Consultado el 28-03-17.
- Álvarez, C. Informe Final del Evento Enfermedad Diarreica Aguda, Colombia 2014. Instituto Nacional de Salud. Disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA%20-EDA-%20periodo%20XII%20%202016.pdf Consultado el 29-03-17
- Malo, D. Pulido, P. Informe Final del Evento Enfermedad Respiratoria Aguda, Colombia 2014. Instituto Nacional de Salud. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-

- Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/INFECCION%20RESPIRATORIA%20AGUDA%20IRA%20PERIODO%20XII_2016.pdf. Consultado el 29-03-17.
- Bell S. Drugs, poisons and chemistry. Infobase Publishing; 2008. p. 63

- Instituto Nacional de Salud. Lineamientos 2016 para la Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública. Diciembre de 2015, Colombia. [internet]. [Consultado 2016 Ene 20]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Lineamientos%20y%20Documentos/01%20Lineamientos%202016.pdf

- Instituto Nacional de Salud. Lineamientos 2017 para la Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública. Diciembre de 2016, Colombia. [internet]. [Consultado 2017 Mar 10]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Lineamientos%20y%20Documentos/01%20Lineamientos%202017.pdf

- Annette Prüss-Ustün, Carolyn Vickers, Pascal Haefliger, Roberto Bertollini Knowns and unknowns on burden of disease due to chemicals: a systematic review 3. The global burden of disease 2004 ubdate [Internet]. Suiza; 2008 p. 1–160. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

- Rodríguez L, Wilkins A, Olvera R, Romo R. Panorama epidemiológico de las intoxicaciones en México. Medicina Interna de México. 2005;21(2):123–32.

- Instituto Nacional de Salud. Grupo de Factores de Riesgo Ambiental. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intoxicaciones por Sustancias Químicas. Octubre 13 de 2016. Versión 02. Colombia. [internet]. [Consultado 2017 Ene 20]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Intoxicaciones.pdf

- Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica número 52 de 2016, 25 – 31 de diciembre. Colombia. [internet]. [Consultado 2017 Mar 24]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052%20-.pdf

- Secretaría Distrital de Salud. Informe del Comportamiento de las Intoxicaciones Agudas por Sustancias Químicas Reportadas al Sivigila, Bogota. Año 2015. Marzo de 2016, Colombia. [Internet]. [Consultado 2017 Mar 16]. Disponible en: http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/57c59a889ca266ee6533c26f970cb14a/Documentos/Informe_Intoxicaciones_sustancias_quimicas_2015.pdf

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020). Colombia [Internet]. [Consultado 2017 Mar 16]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/VisorCertificaPPO_Oct11.xls

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima versión. CIE-10. 2008

- Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. UICTER. 2003. Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. Consultado el 12 Diciembre de 2011 en: http://www.google.com.co/#sclient=psyzb&hl=es&source=hp&q=libro+manejo+de+la+tuberculosis+para+medicos+especialistas+caminero&pbx=1&oq=libro+manejo+de+la+tuberculosis+para+medicos+especialistas+caminero&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl=11218l13529l1l13844l11l10l0l0l0l3l1552l4131l0.2.1.4.0.1.81l9l0&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=1164c5ef0f4a1597&biw=1280&bih=709

- Organización Mundial de la Salud. Informe Global sobre el control de la TB 2015 http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- Maestro Ángeles, La clase obrera paga con su salud la crisis capitalista. Corriente roja (ed). Consultado el 5 de noviembre de 2011 en: http://www.rebelion.org/docs/113139.pdf.

- Tuberculosis treatment outcome monitoring in European Union countries: systematic review.Eur Respir J. 2012 Jul 12.van Hest NA, Ködmön C, Verver S, Erkens CG, Straetemans M, Manissero D, de Vries G Latent M. tuberculosis infection--pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention strategies. Pol J Microbiol. 2012; 61(1):3-10.Druszczyńska M, Kowalewicz-Kulbat M, Fol M, Włodarczyk M, Rudnicka W.

- Ministerio de la Protección Social. Circular 058 de 2009. Consultado el 3 de diciembre de 2011 en: http://www.dssa.gov.co/index.php/legislacion/circulares/114-circular-externa-00058

- G. A, Álvarez, Comportamiento epidemiológico y clínico de la Lepra en Antioquia 1985 – 1991. Consultado el 2 diciembre de 2011 en: http://www.ces.edu.co/Descargas/comportamiiento_epidemiologico_clinicolepra_dpto_ant.pdf

- Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Año 2000. Consultado el 3 de diciembre de 2011 en: http://www.encolombia.com/medicina/Guialepra/Contenido.htm
- Organización Mundial de la salud. Nota descriptiva de la Lepra No. 101. Consultado el 23 de Marzo de 2017 en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/

- Global lepros situation 2012, Boletín epidemiológico semanal No. 34, 2012, 87, 317–328 http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf

- Informe epidemiológico Tuberculosis Todas las formas Instituto nacional de salud a semana epidemiologica 52 de 2015 http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico

- Informe epidemiológico Tuberculosis Farmacorresistente Instituto nacional de salud a semana epidemiologica 52 de 2015 http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletin

- Informe epidemiológico Lepra Instituto nacional de salud a semana epidemiológica 52 de 2016 http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico.

- Bergonzoli G, Castellanos LG, Rodríguez R, Garcia LM. Determinants of tuberculosis in countries of Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(2):101–5
- Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Guía Para La Presentación De Documentos. Enero de 2015.
- Castro Domínguez AD et al: Guía de Sistemas de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (VETA) y la investigación de brotes. Guía VETA. OPS/OMS /INPAZZ, Buenos Aires, Argentina, 2001.
- Protocolo de vigilancia y control de enfermedades transmitidas por alimentos. Vigilancia Y Control En Salud Pública. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.
- Lineamientos de Vigilancia y Control en Salud Pública 2015. Instituto Nacional De Salud. Colombia, Diciembre de 2014
- Instituto Nacional de Salud, informe del evento: enfermedades transmitidas por alimentos hasta el periodo 12 del año 2012. Bogotá DC, 2012.
- Instituto Nacional de Salud, Anexo 1: Instructivo para la construcción del informe por departamento. Bogotá DC, 2013