

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO DISTRITAL

Semanas Epidemiológicas
01 a 21 de 2016



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretarío Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

SubSecretaría de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento

Directora (e) de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
Daibeth Elena Henríquez Iguarán

Integrantes

Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Urgencias y Emergencias en Salud Pública
Gestión de la Información y Análisis
Yady Cristina González Álvarez – Grupo ASIS
Rubén Darío Rodríguez Camargo – Grupo SIVIGILA

Tema de interés

Diana Patricia Gracia Meza
Salud Sexual y Reproductiva – Salud Materno Infantil

Cartografía

Alirio Otálora - Grupo ASIS

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Ronald Ramírez López

Diseño y Diagramación

Harol Giovanni León Niampira

Fotografía

www.saludcapital.gov.co

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2016
www.saludcapital.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

1. Eventos en Erradicación	13
1.1 Parálisis Flácida Aguda (PFA)	13
2. Eventos en Eliminación	14
2.1 Sarampión	14
2.2 Rubéola	15
2.3 Síndrome de Rubeola Congénita	16
2.4 Sífilis Gestacional	17
2.5 Sífilis Congénita	18
3. Eventos de Control Nacional	19
3.1 Parotiditis	19
3.2 Tuberculosis Pulmonar	20
3.3 Tuberculosis Extra Pulmonar	21
3.4 Tos ferina	22
3.5 VIH SIDA	23
3.6 ESI IRAG	24
4. URGENCIAS Y EMERGENCIAS	25

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los casos de PFA notificados por lugar de residencia hasta la semana 21 - Bogotá D. C., de 2016	13
Tabla 2. Clasificación de los casos de Sarampión notificados por lugar de residencia hasta la semana 21- Bogotá D. C., de 2016	14
Tabla 3. Clasificación de los casos de Rubéola notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016	15
Tabla 4. Clasificación de los casos de Rubéola Congénita notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016	16
Tabla 5. Clasificación de los casos de Sífilis Gestacional notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21 - Bogotá D. C., de 2016	17
Tabla 6. Clasificación de los casos de Sífilis Congénita notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C. de 2016	18
Tabla 7. Clasificación de los casos de Parotiditis notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C. de 2016	19
Tabla 8. Clasificación de los casos de Tuberculosis Pulmonar por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C. de 2016	20
Tabla 9. Clasificación de los casos notificados de Tuberculosis Extra por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016	21

Tabla 10. Clasificación de los casos de Tos ferina notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016	22
Tabla 11. Clasificación de los casos de VIH SIDA notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016	23
Tabla 12. Clasificación de los casos de ESI IRAG por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016	24

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Comportamiento de la notificación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) por localidad semanas 01 - 21. Bogotá D. C., 2016	9
Mapa 2. Comportamiento de la notificación positiva de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) por localidad semanas 01 - 21, Bogotá D. C., 2016	10
Mapa 3. Comportamiento de la notificación negativa de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) por localidad semanas 01 - 21, Bogotá D. C., 2016	11
Mapa 4. Comportamiento de la notificación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) porcentaje de silencio epidemiológico por localidad semanas 01 - 21, Bogotá D. C., 2016	12

FIGURA

Figura 1. Pirámide poblacional comparativa. Bogotá D. C., 2005, 2016 y 2020	7
---	---

SITUACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA-BOGOTÁ D. C., SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 0 A 21 DE 2016

La vigilancia de la morbilidad materna extrema sirve como herramienta de monitoreo, seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios de atención obstétrica, desde las escalas locales hasta ser punto de referencia de comparación entre naciones o continentes.

La información obtenida de dicha vigilancia se convierte entonces en una estrategia epidemiológica para impactar sobre las tasas de mortalidad materna, así como mejorar los desenlaces perinatales de las pacientes obstétricas con complicaciones severas.

En 1991 Stones refirió aquellos casos que ponen en riesgo la vida de la mujer gestante con el termino near mess (Morbilidad Materna Extrema), como propuesta de investigación en el Reino Unido, para la evaluación de la calidad del cuidado obstétrico a nivel hospitalario o a nivel poblacional (Monroy, 2012) . En nuestro país se inicia las primeras pruebas piloto para el año 2008 como una herramienta gerencial en busca del mejoramiento de la salud materno infantil en las instituciones, y como una estrategia del estudio del comportamiento de las causas de ocurrencia de la mortalidad materna.

Para el mes de marzo de 2016, el Instituto Nacional de Salud realiza la actualización del lineamiento nacional para la vigilancia del evento, en el cual se denota el esfuerzo por especificar los determinantes que conllevan a que una gestación se convierta en un factor de riesgo para desenlaces negativos. Ocho años después, Bogotá ha tenido un gran avance en cuanto a dicha identificación, pasando de 132 casos reportados durante los tres meses de la prueba piloto en el año 2011, a 2804 en el 2014 y 3660 para el año 2015, denotando el aumento creciente de la notificación como muestra al reconocimiento entre las instituciones del Distrito, del papel decisivo de la vigilancia de la MME, para la evaluación y planeación de los programas de atención a la emergencia obstétrica.

El año 2015, Bogotá alcanzó una razón MME de 35,8 por 1000 nacidos vivos, y una razón de mortalidad materna de 36% por 100,000 nacidos vivos, ambos comportamientos por encima de las metas esperadas (menor a 8 meta MME y 31 por 100.000 NV).

Teniendo en cuenta que durante las edades extremas de la vida reproductiva se expone a sufrir complicaciones obstétricas, al respecto se encuentra que para el grupo de adolescentes extremas, es decir de 10 a 14 años de edad, ha mantenido una participación en el aporte de la notificación de forma sostenida por debajo del 1%, siendo para el 2014 el 0,6% (n=17) y el 2015 0,4% (n=17). En cuanto a las mujeres mayores de 35 años, se encuentra un aporte del 18,2% para el año 2014 (n=510), para el año 2015 19,2% (n=706).

El comportamiento de la vigilancia de la MME a semana 21 de 2016, presenta un total de 1956 casos residentes en Bogotá, de los cuales el 0,5% (n=10) se suceden entre adolescentes

de 10 a 14 años; así mismo el grupo de 35 y más años aporta el 19,5% de los casos que cursaron con al menos un criterio MME, el grupo de edad con mayor aporte es el de 25 a 29 años con el 25,3%.

La morbilidad materna grave se presenta 1,7 veces más en la cesárea que en el parto vaginal (Toste, 2010); sin embargo la práctica se realiza en el 52% de los casos notificados, en solo el 18,9% se realiza parto, 5,3% termina en aborto, 2% requiere parto instrumentado y 21,6% continua el curso de su gestación posterior a superar la complicación. La cesárea y el parto instrumentado es un factor de riesgo elevado para las infecciones, entre otras complicaciones, el estricto cumplimiento de normativas para este proceder, mitigarían la relación directa y proporcional de la cesárea con la morbilidad y mortalidad materna.

La mortalidad perinatal como desenlace negativo de las gestaciones que cursan con una severidad obstétrica, se convierte en uno de los temas de interés de la salud materna infantil, pilar en los análisis de morbi mortalidad materna; el porcentaje de recién nacidos muertos para el periodo en estudio fue de 2,8%.

Se tiene un total de 809 casos de recién nacidos vivos a término (semana 37 y mas), que corresponde al 41,4%, de los cuales el 4,7% nace con un bajo peso entre 1500 a 2499 gramos, con el sobre costo al sistema de salud que esto acarrea, pero principalmente el costo social y familiar que plantea para la madre y su familia un pronóstico no óptimo en salud.

El desenlace positivo de la complicación obstétrica está sujeta a múltiples determinantes, entre los que se destacan la calidad de los servicios prestados, existencia de condiciones o enfermedades preexistentes, el cuadro de severidad en la que se desarrolla la complicación, entre otras. Al respecto, el promedio del total de criterios de inclusión con que cursan los casos reportados fue de 2,5, teniendo un máximo de 12 criterios. El promedio de días de estancia hospitalaria se encontró en 4,5, máxima de 99 días y en Unidad de Cuidado Intensivo 1,1, máxima de 63 días.

Los trastornos hipertensivos se han situado como protagonista de la gran parte de los casos de morbilidad materna extrema no solo en el país sino a nivel mundial, dada las características propias del evento; es así como ha permanecido en el primer lugar a lo largo de los años 2013 60,3% , 2014 58,7% y 2015 61,7%.

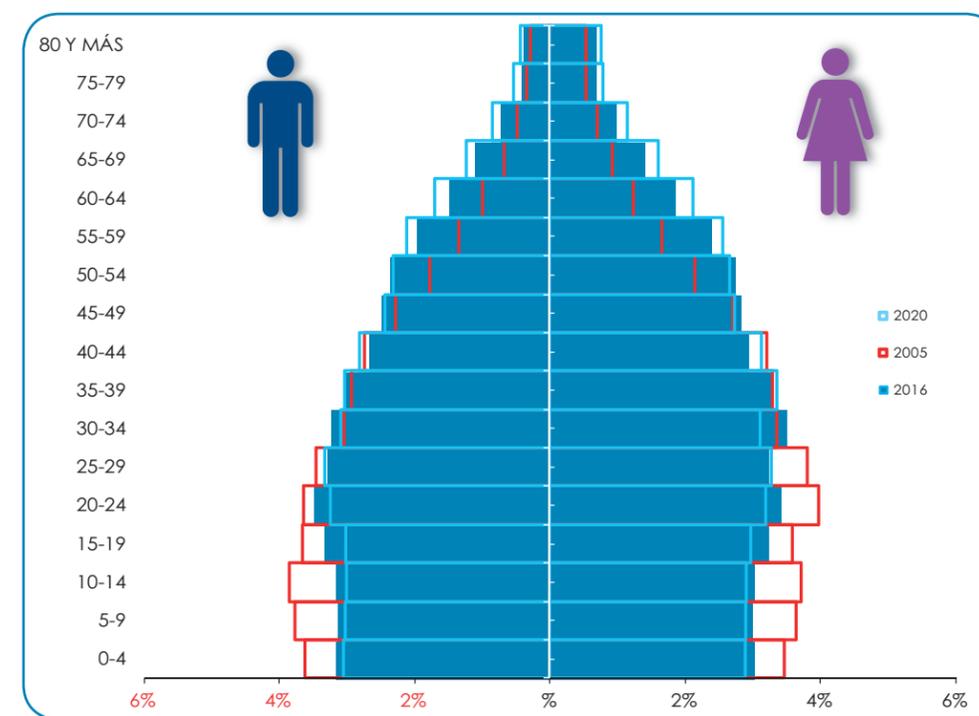
Es indispensable que se continúe con el monitoreo y análisis de la MME y los determinantes que convergen en la ocurrencia o agravamiento de la condición de la gestante, hacia desenlaces fatídicos, que permitan evaluar la calidad de los servicios de atención obstétrica e identificar los factores asociados.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE BOGOTÁ D. C., COMPARATIVO 2005, 2016 y 2020

La pirámide poblacional es la representación gráfica de la distribución de la población por edad y sexo, pone de manifiesto los principales acontecimientos demográficos como la fecundidad, la mortalidad, la esperanza de vida y los flujos migratorios de la población. Entre los principales aspectos a resaltar de la pirámide poblacional de Bogotá, están la base estrecha que muestra el descenso en el número de nacimientos; el rápido ensanchamiento del cuerpo de la pirámide a medida que se asciende en los grupos de edad y su estrechamiento en la cúspide corresponde a las edades avanzadas, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad de la población de Bogotá (figura 1).

Este comportamiento es el reflejo de la entrada de la población bogotana a la segunda transición demográfica, que se caracteriza principalmente por la desaparición de la familia tradicional hacia la consolidación de nuevas formas de familia (monoparentales, parejas del mismo sexo, parejas sin hijos, personas solas, etc), incremento de la soltería, incremento de la edad media para el matrimonio, alargamiento de la etapa previa a la formación de la familia, uso generalizado de los métodos anticonceptivos antes de la maternidad con la consecuente postergación del primer hijo, aumento de la tasa de divorcio y del acceso de las mujeres a la educación y con ello el incremento de su participación en el mercado laboral.

Figura 1. Pirámide poblacional comparativa. Bogotá D. C., 2005, 2016 y 2020



Fuente: DANE, Proyecciones de población. Bogotá, 2016.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 01 A 21

El presente boletín recoge el reporte del comportamiento de la notificación de los desenlaces de interés en salud pública, correspondientes al periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 01 y la semana 21 del año 2016. La información aquí contenida está sujeta a los ajustes que se presenten en las semanas epidemiológicas posteriores.

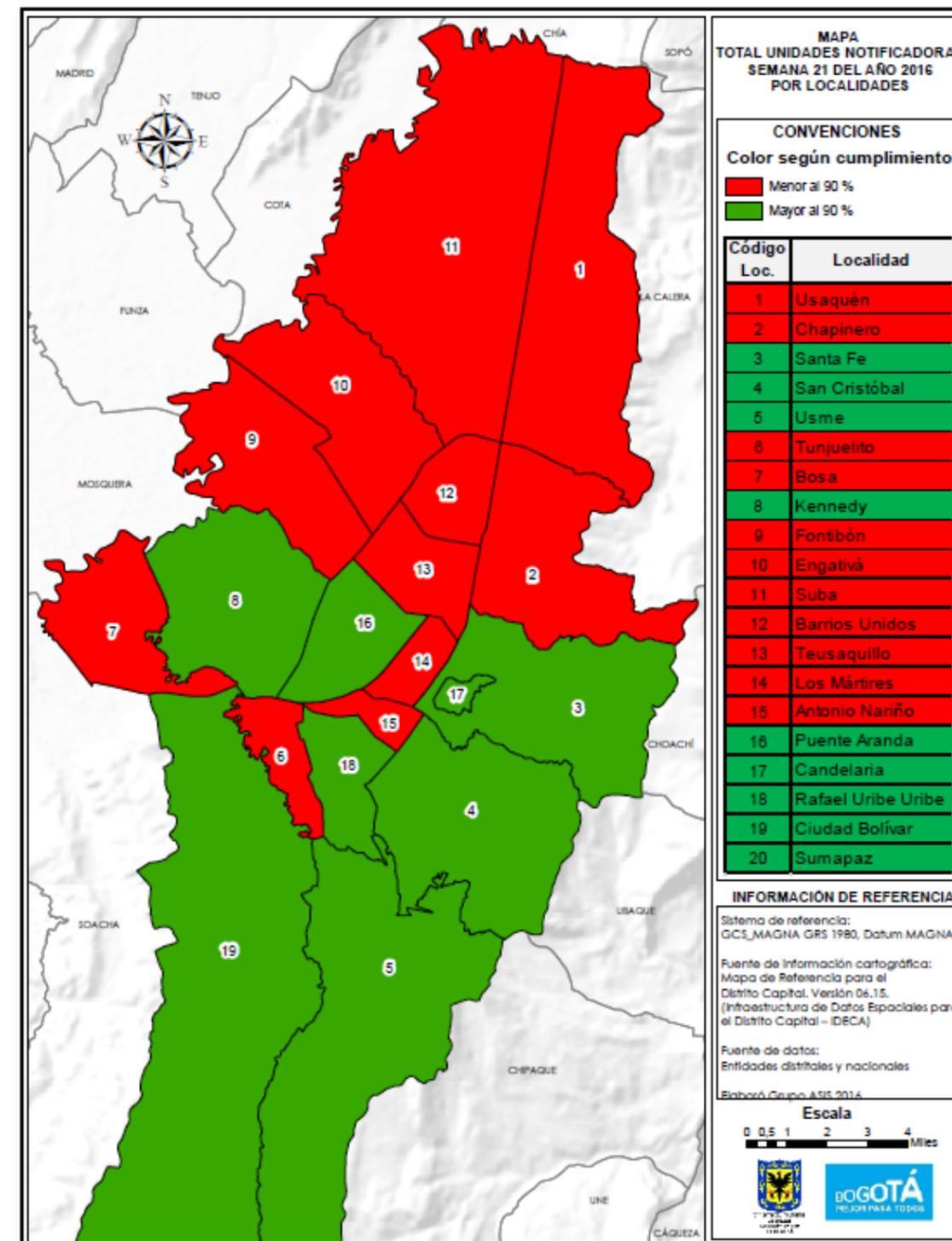
A semana epidemiológica 21, se recibió notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, de 597 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) reportando un cumplimiento general del 95,5%. Las localidades que no cumplieron con la meta son: Usaquén, Chapinero, Tunjuelito, Bosa, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires y Antonio Nariño (ver mapa 1 página 9).

En cuanto al comportamiento de la notificación positiva se reportaron 516 (86,4%) UPGD; las localidades que generaron un porcentaje menor del 80% de notificaciones positivas fueron: Chapinero, Tunjuelito, Bosa, Barrios Unidos y Los Mártires (ver mapa 2 página 10).

En lo que se refiere a la notificación negativa, se reporta 54 UPGD (9,0%); las localidades que presentan un porcentaje mayor al 10% en la notificación negativa fueron: Chapinero, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Barrios Unidos, Los Mártires, Puente Aranda y Rafael Uribe Uribe (ver mapa 3 página 11).

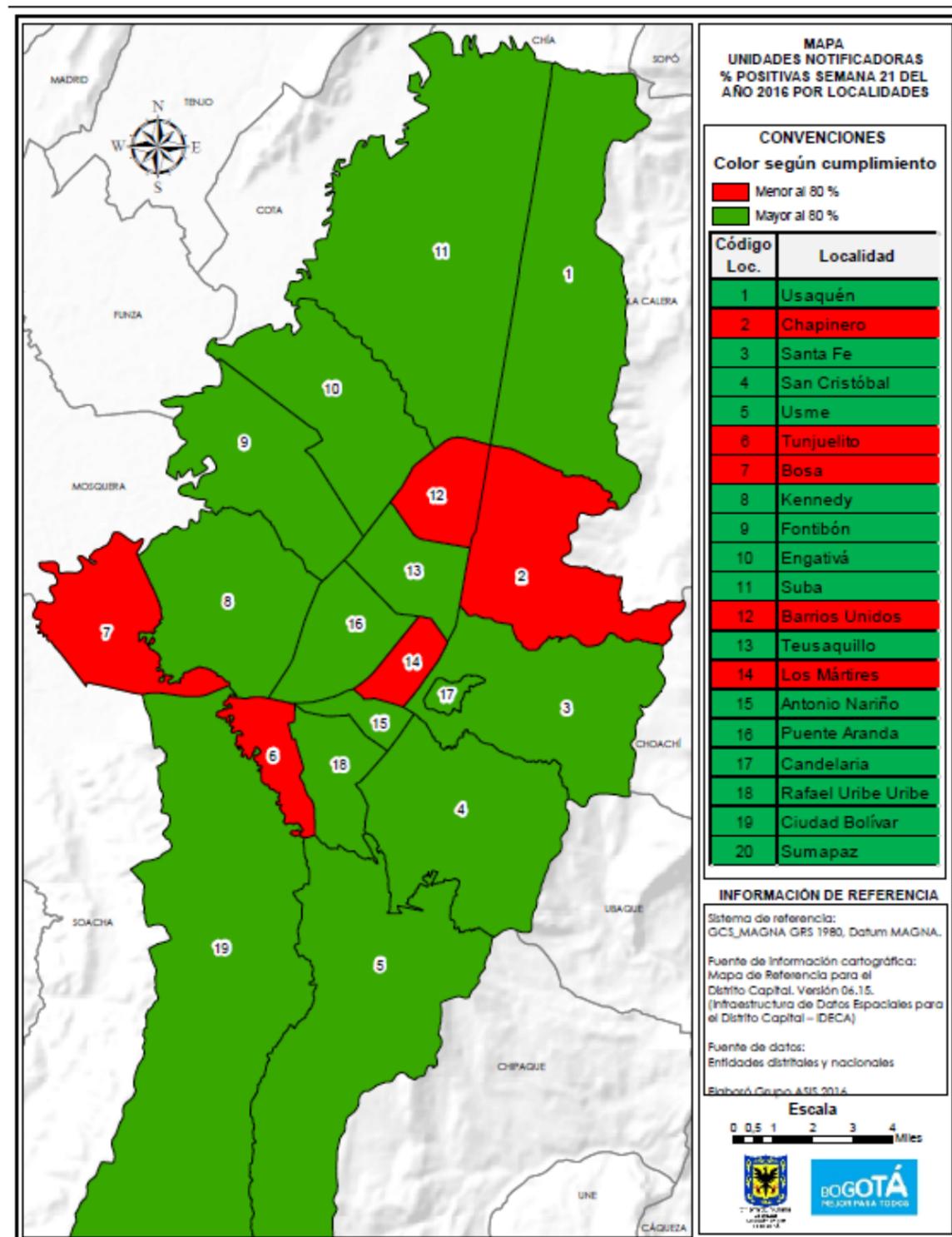
En este periodo de tiempo semanas 01 - 21 el porcentaje de silencio fue del 4,5%. Las localidades que presentaron un porcentaje mayor al 0% fueron: Usaquén, Chapinero, Tunjuelito, Bosa, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo y Los Mártires (ver mapa 4 página 12).

Mapa 1. Comportamiento de la notificación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) por localidad semanas 01 - 21. Bogotá D. C., 2016



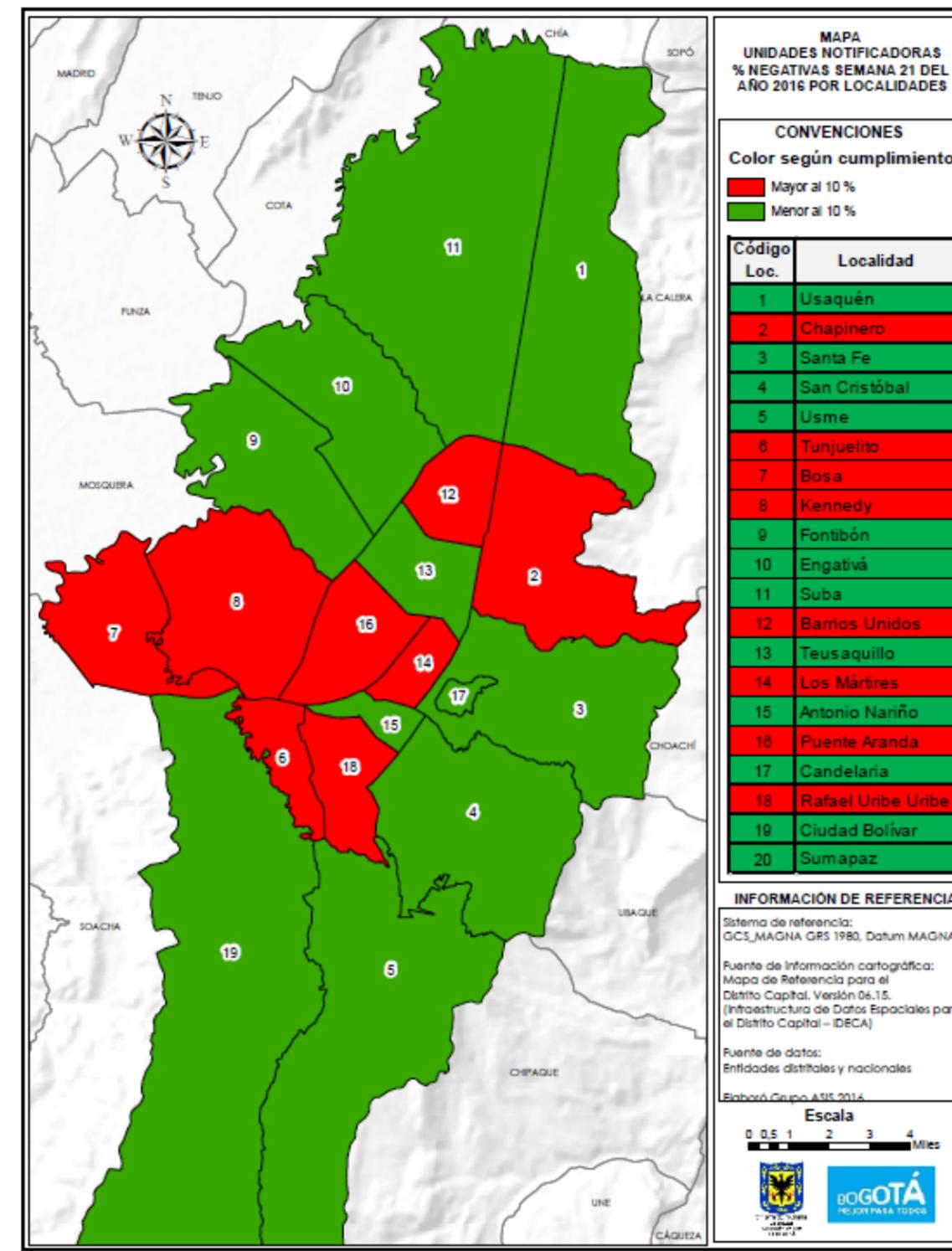
Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2016 V 1.2.0

Mapa 2. Comportamiento de la notificación positiva de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) por localidad semanas 01 - 21, Bogotá D. C., 2016



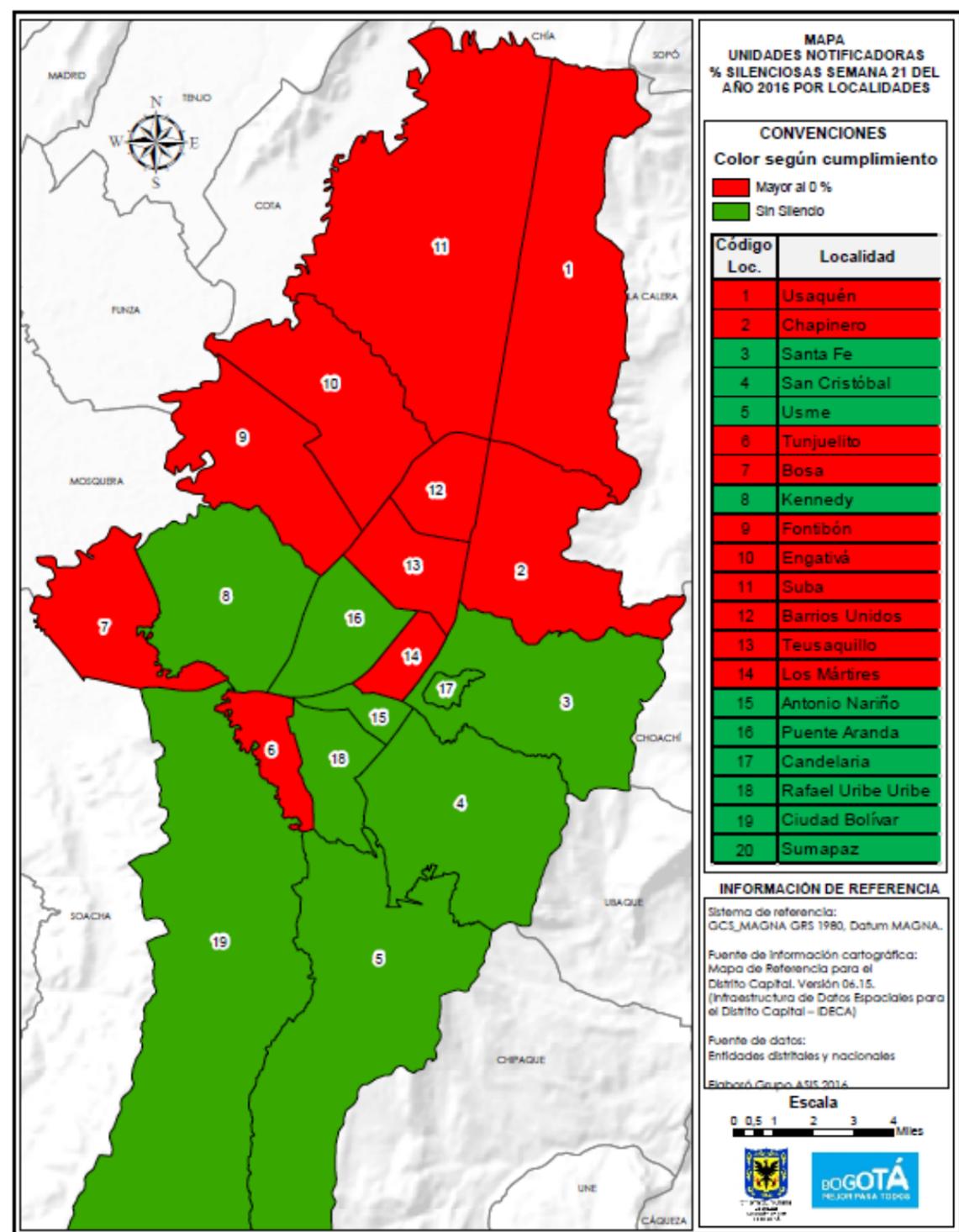
Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2016 V 1.2.0

Mapa 3. Comportamiento de la notificación negativa de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) por localidad semanas 01 - 21, Bogotá D. C., 2016



Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA 2016 V 1.2.0

Mapa 4. Comportamiento de la notificación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) porcentaje de silencio epidemiológico por localidad semanas 01 - 21, Bogotá D. C., 2016



Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2016 V 1.2.0

COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS PRIORITARIOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

1. Eventos en Erradicación

1.1 Parálisis Flácida Aguda (PFA)

Hasta la semana epidemiológica 21 de 2016 se han notificado al SIVIGILA 14 casos probables de Parálisis Flácida Aguda, de los cuales 6 fueron notificados en la localidad de Usaquén, 3 en la localidad Santa Fe, 2 en Suba y los 3 restantes en las localidades de Los Mártires, Chapinero y Barrios Unidos, cada una con un caso. A semana 21 se han descartado 07 casos (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los casos de PFA notificados por lugar de residencia hasta la semana 21 - Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	PROBABLE	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 – Usaquén	6	0	6
02 – Chapinero	1	2	3
03 – Santa Fe	3	0	3
04 - San Cristóbal	0	1	1
05 – Usme	0	0	0
06 - Tunjuelito	0	1	1
07 – Bosa	0	0	0
08 – Kennedy	0	0	0
09 – Fontibón	0	0	0
10 – Engativá	0	0	0
11 – Suba	2	0	2
12 - Barrios Unidos	1	0	1
13 - Teusaquillo	0	0	0
14 - Los Mártires	1	1	2
15 - Antonio Nariño	0	0	0
16 - Puente Aranda	0	0	0
17 - La Candelaria	0	0	0
18 - Rafael Uribe Uribe	0	1	1
19 - Ciudad Bolívar	0	1	1
20 - Sumapaz	0	0	0
Fuera de Bogotá	0	0	0
Sin Dato	0	0	0
Total general	14	7	21

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. Subdirección de Salud Pública. SIVIGILA 2016.

2. Eventos en Eliminación

2.1 Sarampión

Hasta la semana epidemiológica 21 se notificaron 269 casos de Sarampión, de los cuales 59 fueron sospechosos y 210 descartados. Las localidades que notificaron el mayor número de casos sospechosos fueron: Chapinero 22 casos equivalentes al 37,3%, seguido de Kennedy con 10 casos que equivalen al 16,9% (tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los casos de Sarampión notificados por lugar de residencia hasta la semana 21- Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	SOSPECHOSO	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	1	5	6
02 - Chapinero	22	98	120
03 - Santafe	0	1	1
04 - San Cristóbal	1	6	7
05 - Usme	0	0	0
06 - Tunjuelito	0	0	0
07 - Bosa	1	4	5
08 - Kennedy	10	7	17
09 - Fontibón	1	6	7
10 - Engativá	1	1	2
11 - Suba	3	4	7
12 - Barrios Unidos	2	2	4
13 - Teusaquillo	7	28	35
14 - Los Mártires	0	0	0
15 - Antonio Nariño	3	31	34
16 - Puente Aranda	3	3	6
17 - La Candelaria	0	0	0
18 - Rafael Uribe Uribe	4	12	16
19 - Ciudad Bolívar	0	1	1
20 - Sumapaz	0	1	1
Fuera de Bogotá	0	0	0
Sin Dato	0	0	0
TOTAL GENERAL	59	210	269

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

2.2 Rubéola

Hasta la semana epidemiológica 21 fueron notificados 255 casos de Rubéola, de los cuales 27 fueron sospechosos y 228 fueron descartados. Las localidades que notificaron el mayor número de casos sospechosos fueron: Kennedy con 6 casos equivalentes al 22,2% y San Cristóbal con 5 casos equivalentes al 18,5% (tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de los casos de Rubéola notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	SOSPECHOSO	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	1	3	4
02 - Chapinero	1	1	2
03 - Santafe	0	6	6
04 - San Cristóbal	5	33	38
05 - Usme	0	22	22
06 - Tunjuelito	0	6	6
07 - Bosa	0	17	17
08 - Kennedy	6	28	34
09 - Fontibón	1	9	10
10 - Engativá	2	7	9
11 - Suba	3	9	12
12 - Barrios Unidos	0	1	1
13 - Teusaquillo	0	4	4
14 - Los Mártires	0	3	3
15 - Antonio Nariño	1	8	9
16 - Puente Aranda	1	4	5
17 - La Candelaria	0	2	2
18 - Rafael Uribe Uribe	3	31	34
19 - Ciudad Bolívar	0	13	13
20 - Sumapaz	0	0	0
Fuera de Bogotá	2	21	23
Sin Dato	1	0	1
Total general	27	228	255

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

2.3 Síndrome de Rubéola Congénita

Hasta la Semana epidemiológica 21 han sido notificados 69 casos de Rubéola Congénita, de los cuales 16 casos fueron sospechosos y 53 casos descartados. La mayoría de los casos sospechosos fueron de fuera de Bogotá con 6 casos (37,5%), seguido de la localidad de Kennedy con 5 casos (31,2%) (tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de los casos de Rubéola Congénita notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21 - Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	SOSPECHOSO	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	0	1	1
02 - Chapinero	1	0	1
03 - Santa Fe	0	1	1
04 - San Cristóbal	0	2	2
05 - Usme	0	1	1
06 - Tunjuelito	1	0	1
07 - Bosa	0	3	3
08 - Kennedy	5	5	10
09 - Fontibón	0	0	0
10 - Engativá	0	6	6
11 - Suba	1	2	3
12 - Barrios Unidos	1	0	1
13 - Teusaquillo	0	0	0
14 - Los Mártires	0	2	2
15 - Antonio Nariño	0	0	0
16 - Puente Aranda	0	2	2
17 - La Candelaria	0	0	0
18 - Rafael Uribe Uribe	0	2	2
19 - Ciudad Bolívar	0	3	3
20 - Sumapaz	1	0	1
Fuera de Bogotá	6	22	28
Sin Dato	0	1	1
Total general	16	53	69

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

2.4 Sífilis Gestacional

Hasta la semana epidemiológica 21 se notificaron 351 casos confirmados por laboratorio de Sífilis Gestacional. Las localidades que mayor número de casos notificaron fueron Kennedy con 43 casos (12,2%) y Ciudad Bolívar con 41 casos (11,7%) (tabla 5).

Tabla 5. Clasificación de los casos de Sífilis Gestacional notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21 - Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	CONF. POR LABORATORIO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	7	7
02 - Chapinero	1	1
03 - Santa Fe	14	14
04 - San Cristóbal	30	30
05 - Usme	18	18
06 - Tunjuelito	5	5
07 - Bosa	30	30
08 - Kennedy	43	43
09 - Fontibón	7	7
10 - Engativá	22	22
11 - Suba	21	21
12 - Barrios Unidos	5	5
13 - Teusaquillo	2	2
14 - Los Mártires	18	18
15 - Antonio Nariño	6	6
16 - Puente Aranda	11	11
17 - La Candelaria	6	6
18 - Rafael Uribe Uribe	15	15
19 - Ciudad Bolívar	41	41
20 - Sumapaz	0	0
Fuera de Bogotá	37	37
Sin Dato	12	12
Total general	351	351

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

2.5 Sífilis Congénita

Hasta la semana epidemiológica 21 fueron notificados 62 casos de Sífilis Congénita, de los cuales 53 fueron confirmados por nexo epidemiológico, 8 casos confirmados por laboratorio y 1 caso confirmado por clínica. Las localidades que mayor número de casos notificaron fueron Bosa y Kennedy con 7 casos cada una (11,3% respectivamente) (tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de los casos de Sífilis Congénita notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C. de 2016

LOCALIDAD	CONF. POR LABORATORIO	CONF. POR CLÍNICA	CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	0	0	0	0
02 - Chapinero	0	0	0	0
03 - Santa Fe	0	0	4	4
04 - San Cristóbal	0	0	5	5
05 - Usme	1	0	3	4
06 - Tunjuelito	0	0	2	2
07 - Bosa	3	0	4	7
08 - Kennedy	2	0	5	7
09 - Fontibón	1	0	1	2
10 - Engativá	0	0	3	3
11 - Suba	0	0	0	0
12 - Barrios Unidos	0	0	0	0
13 - Teusaquillo	0	0	0	0
14 - Los Mártires	0	0	6	6
15 - Antonio Nariño	0	0	0	0
16 - Puente Aranda	0	0	2	2
17 - La Candelaria	0	0	3	3
18 - Rafael Uribe Uribe	0	0	4	4
19 - Ciudad Bolívar	1	0	5	6
20 - Sumapaz	0	0	0	0
Fuera de Bogotá	0	0	0	0
Sin Dato	0	1	6	7
Total general	8	1	53	62

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

3. Eventos de Control Nacional

3.1 Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 21 fueron notificados 1512 casos confirmados por clínica de Parotiditis. Las localidades que mayor número de casos notificaron fueron: Suba con 262 casos (17,3%), Kennedy con 180 casos (11,9%) y Engativá con 139 casos (9,2%) (tabla 7).

Tabla 7. Clasificación de los casos de Parotiditis notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C. de 2016

LOCALIDAD	CONF. POR CLÍNICA	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	87	87
02 - Chapinero	32	32
03 - Santa Fe	13	13
04 - San Cristóbal	53	53
05 - Usme	51	51
06 - Tunjuelito	60	60
07 - Bosa	98	98
08 - Kennedy	180	180
09 - Fontibón	52	52
10 - Engativá	139	139
11 - Suba	262	262
12 - Barrios Unidos	22	22
13 - Teusaquillo	19	19
14 - Los Mártires	12	12
15 - Antonio Nariño	26	26
16 - Puente Aranda	93	93
17 - La Candelaria	23	23
18 - Rafael Uribe Uribe	59	59
19 - Ciudad Bolívar	116	116
20 - Sumapaz	2	2
Fuera de Bogotá	68	68
Sin Dato	45	45
Total general	1512	1512

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

3.2 Tuberculosis Pulmonar

Hasta la semana epidemiológica 21 se notificaron 457 casos, 320 (70,0%) casos confirmados por laboratorio, 127 (27,8%) casos confirmados por clínica, 2 (0,4%) casos confirmados por nexo epidemiológico y 8 (1,8%) casos fueron descartados. La mayor proporción de casos fueron de fuera de Bogotá con 60 casos (13,1%); las localidades que mayor número de casos notificados fueron la localidad de Suba con 41 casos (9,0) y la localidad de Kennedy con 40 casos (8,7%), seguido de Ciudad Bolívar con 39 casos (8,5%) y Engativá con 37 casos (8,1%) (tabla 8).

Tabla 8. Clasificación de los casos de Tuberculosis Pulmonar por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C. de 2016

LOCALIDAD	CONF. POR LABORATORIO	CONF. POR CLÍNICA	CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	13	8	0	2	23
02 - Chapinero	7	2	0	0	9
03 - Santa Fe	11	3	0	0	14
04 - San Cristóbal	18	3	0	1	22
05 - Usme	11	3	0	0	14
06 - Tunjuelito	4	3	0	0	7
07 - Bosa	14	11	0	0	25
08 - Kennedy	28	12	0	0	40
09 - Fontibón	9	2	0	0	11
10 - Engativá	25	8	0	0	33
11 - Suba	24	16	0	1	41
12 - Barrios Unidos	7	4	0	1	12
13 - Teusaquillo	5	4	0	0	9
14 - Los Mártires	20	4	1	2	27
15 - Antonio Nariño	8	2	0	0	10
16 - Puente Aranda	13	2	0	0	15
17 - La Candelaria	6	2	0	0	8
18 - Rafael Uribe Uribe	14	6	0	0	20
19 - Ciudad Bolívar	27	12	0	0	39
20 - Sumapaz	0	0	0	0	0
Fuera de Bogotá	41	17	1	1	60
Sin Dato	15	3	0	0	18
Total general	320	127	2	8	457

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

3.3 Tuberculosis Extra Pulmonar

Hasta la semana epidemiológica 21 se notificaron 215 casos, 82 confirmados por laboratorio, 123 confirmados por clínica y 10 descartados. Las localidades que mayor número de casos notificaron fueron Chapinero con 38 casos (17,7%), seguido de Usaquén con 27 casos (12,6%) y Los Mártires con 23 casos (10,7) (tabla 9).

Tabla 9. Clasificación de los casos notificados de Tuberculosis Extra por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLÍNICA	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	4	21	2	27
02 - Chapinero	25	13	0	38
03 - Santa Fe	0	0	0	0
04 - San Cristóbal	1	10	1	12
05 - Usme	0	0	0	0
06 - Tunjuelito	4	1	0	5
07 - Bosa	0	0	0	0
08 - Kennedy	7	7	0	14
09 - Fontibón	0	1	0	1
10 - Engativá	6	6	1	13
11 - Suba	7	10	1	18
12 - Barrios Unidos	6	10	0	16
13 - Teusaquillo	4	9	1	14
14 - Los Mártires	8	13	2	23
15 - Antonio Nariño	5	11	0	16
16 - Puente Aranda	2	1	0	3
17 - La Candelaria	0	0	0	0
18 - Rafael Uribe Uribe	3	7	2	12
19 - Ciudad Bolívar	0	3	0	3
20 - Sumapaz	0	0	0	0
Fuera de Bogotá	0	0	0	0
Sin Dato	0	0	0	0
TOTAL GENERAL	82	123	10	215

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

3.4 Tos ferina

Hasta la semana epidemiológica 21 fueron notificados 1149 casos de Tos ferina, de los cuales fueron probables 402 casos, confirmados por laboratorio fueron 32, confirmados por clínica 1, confirmados por nexo epidemiológico 2 y descartados 712 casos. Las localidades que mayor número de casos notificaron fueron: Suba con 154 casos (13,4%) y Kennedy con 136 casos (11,8%) (tabla 10).

Tabla 10. Clasificación de los casos de Tos ferina notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	PROBABLE	CONF. POR LABORATORIO	CONF. POR CLÍNICA	CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	19	1	0	0	39	59
02 - Chapinero	4	0	0	0	9	13
03 - Santa Fe	7	1	0	0	6	14
04 - San Cristóbal	23	1	0	0	45	69
05 - Usme	29	3	0	1	45	78
06 - Tunjuelito	11	1	0	0	9	21
07 - Bosa	41	2	0	0	66	109
08 - Kennedy	49	1	0	0	86	136
09 - Fontibón	20	1	0	0	13	34
10 - Engativá	20	6	1	0	37	64
11 - Suba	45	3	0	0	106	154
12 - Barrios Unidos	4	0	0	0	7	11
13 - Teusaquillo	6	1	0	0	7	14
14 - Los Mártires	6	1	0	1	11	19
15 - Antonio Nariño	6	0	0	0	11	17
16 - Puente Aranda	13	0	0	0	9	22
17 - La Candelaria	3	0	0	0	5	8
18 - Rafael Uribe Uribe	17	1	0	0	30	48
19 - Ciudad Bolívar	32	3	0	0	82	117
20 - Sumapaz	1	0	0	0	0	1
Fuera de Bogotá	37	6	0	0	79	122
Sin Dato	9	0	0	0	10	19
Total general	402	32	1	2	712	1149

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

3.5 VIH SIDA

Hasta la semana epidemiológica 21 fueron notificados 1.127 casos de VIH/SIDA, todos fueron confirmados por laboratorio. Las localidades que mayor número de casos notificaron fueron Suba con 106 casos (9,4%), Kennedy 103 casos (9,1%) y Engativá con 102 casos (9,0%) (tabla 11).

Tabla 11. Clasificación de los casos de VIH SIDA notificados por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	CONF. POR LABORATORIO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	53	53
02 - Chapinero	47	47
03 - Santa Fe	31	31
04 - San Cristóbal	33	33
05 - Usme	26	26
06 - Tunjuelito	26	26
07 - Bosa	62	62
08 - Kennedy	103	103
09 - Fontibón	38	38
10 - Engativá	102	102
11 - Suba	106	106
12 - Barrios Unidos	34	34
13 - Teusaquillo	30	30
14 - Los Mártires	34	34
15 - Antonio Nariño	17	17
16 - Puente Aranda	37	37
17 - La Candelaria	11	11
18 - Rafael Uribe Uribe	56	56
19 - Ciudad Bolívar	61	61
20 - Sumapaz	0	0
Fuera de Bogotá	109	109
Sin Dato	111	111
Total general	1.127	1.127

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

3.6 ESI IRAG

Hasta la semana epidemiológica 21 fueron notificados 750 casos de ESI/IRAG, de los cuales entraron como sospechosos 232 (30,9%) casos, fueron confirmados por laboratorio 183 (24,4%) y se descartaron 335 (44,7%). Las localidades que mayor número de casos reportaron fueron Suba con 185 (24,6%), Kennedy con 123 casos (16,4%) y Usaquén con 72 casos (9,6%) (tabla 12).

Tabla 12. Clasificación de los casos de ESI IRAG por lugar de residencia hasta la semana epidemiológica 21- Bogotá D. C., de 2016

LOCALIDAD	SOSPECHOSO	CONF. POR LABORATORIO	DESCARTADO	TOTAL GENERAL
01 - Usaquén	15	12	45	72
02 - Chapinero	6	3	0	9
03 - Santa Fe	1	1	2	4
04 - San Cristóbal	8	6	3	17
05 - Usme	8	15	13	36
06 - Tunjuelito	3	4	10	17
07 - Bosa	17	17	12	46
08 - Kennedy	42	29	52	123
09 - Fontibón	2	1	4	7
10 - Engativá	7	4	13	24
11 - Suba	50	42	93	185
12 - Barrios Unidos	1	0	1	2
13 - Teusaquillo	4	0	3	7
14 - Los Mártires	3	5	2	10
15 - Antonio Nariño	5	5	3	13
16 - Puente Aranda	4	4	1	9
17 - La Candelaria	0	0	1	1
18 - Rafael Uribe Uribe	7	5	6	18
19 - Ciudad Bolívar	19	11	23	53
20 - Sumapaz	0	0	0	0
Fuera de Bogotá	19	10	34	63
Sin Dato	11	9	14	34
Total general	232	183	335	750

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. SIVIGILA 2016.

4. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

La información que se presenta a continuación corresponde a las alertas epidemiológicas internacionales con corte a semana epidemiológica 21 de 2016.

BROTE DE FIEBRE DE ÉBOLA ZAIRE EN ÁFRICA

La emergencia de Salud Pública de interés internacional ESPII, por Ébola, fue levantada por la OMS el 29 de marzo de 2016, contabilizando un total de 28.616 casos confirmados probables y sospechosos de la Enfermedad del Virus del Ébola (EVD) en tres países afectados: Guinea, Liberia y Sierra Leona, incluyendo 11.310 mortalidades. Liberia y Sierra Leona continúan la vigilancia intensificada durante 42 días, mientras en Guinea el último caso negativo por segunda vez para el virus del Ébola fue el 19 de abril.

CORONAVIRUS DEL MEDIO ORIENTE

Al 16 de mayo de 2016, el Reino de Arabia Saudita notificó a la OMS la muerte de 3 casos MERS-CoV, que fueron reportados el 14 de abril (2 casos) y el 22 de abril (1 caso).

A nivel mundial desde septiembre de 2012, a la OMS han sido notificados 1.733 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 628 muertes relacionadas.

FIEBRE DE LASSA EN NIGERIA

Entre agosto de 2015 y el 17 de mayo de 2016, Nigeria ha notificado 273 casos de fiebre de Lassa, 149 de ellos mortales. Del total de casos notificados, 165 (89 mortales; tasa de letalidad del 53,9%) se han confirmado mediante pruebas de laboratorio. Los casos se han notificado en 23 estados del país.

Desde agosto de 2015 se han infectado con el virus de Lassa 10 profesionales sanitarios, 2 de los cuales han fallecido. Cuatro de los 10 casos corresponden a infecciones nosocomiales. Hasta el 17 de mayo de 2016, 8 estados seguían notificando casos (sospechosos, probables o confirmados) o muertes y/o siguiendo a contactos durante el periodo de incubación máximo de 21 días.

ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE OROPOUCHE — PERÚ

El 2 de mayo de 2016, el Ministerio de Salud del Perú notificó 57 casos de fiebre de Oropouche, la mayoría de ellos en ciudades localizadas en el norte de la Región del Cusco. La mayoría de los casos con un 79% se detectaron en enero, un 7% en febrero y un 14% en marzo. Hasta

la fecha no se han presentado casos mortales y todos los pacientes se han recuperado tras recibir tratamiento sintomático.

En febrero de 2016, una misión conjunta del Ministerio de Salud del Perú y de la OPS/OMS enviada a la Región de Madre de Dios detectó un brote mixto por virus del dengue (DENV-2) y de Oropouche, de mayor magnitud (120 casos) que el de 1994. Aunque en el pasado se han descrito casos en el Perú, esta es la primera vez que se registran en la Región del Cusco. Será fundamental determinar si el vector competente (*Culicoides paraensis*) está presente en la región, pues ello podría explicar la aparición de la enfermedad en esta zona. Dada la amplia distribución geográfica del vector en la Región de las Américas, hay un riesgo considerable de que se identifiquen casos en otros países.

SARAMPIÓN

España notificó el 14 de mayo de 2016, un brote de sarampión con 9 casos, donde el caso primario fue un no vacunado del Reino Unido.

En Rumania, el 16 de mayo a través de los medios, se conoció que hay brotes de sarampión en el condado de Arad con cientos de casos, donde el número de vacunados se redujo significativamente.

Bélgica, según un informe de los medios de comunicación el 13 de mayo de 2016, informó un brote en tres hijos, un hermano, una hermana y su sobrino, en un centro de acogida de los solicitantes de asilo en Elsenborn (distrito Bütgenbach). El centro alberga a unos 500 solicitantes de asilo. Las medidas de control se pusieron en marcha, incluyendo una campaña de vacunación masiva con 300 personas vacunadas.

En Reino Unido cursan varios brotes en el este de Inglaterra y Londres con serotipo D8 en su mayoría en adolescentes y adultos jóvenes no inmunizados jóvenes (de 14 a 40 años).

En Italia, desde noviembre 2015 a abril 2016, se viene presentando un brote en dos regiones del norte de Italia que afecta a Roma, originado por la transmisión nosocomial. En general, se reportaron 67 casos. El brote fue causado por una nueva variante del virus del sarampión B3.1.

En otras regiones del mundo como Nueva Zelanda, Mongolia, Nigeria, Pakistán se siguen presentando brotes aislados, que han reportado algunas mortalidades.

ZIKA EN EL MUNDO

Brasil: Desde octubre de 2015 al 21 de mayo de 2016, se han informado 7.623 casos sospechosos de microcefalia y otros trastornos del sistema nervioso sugestivos de infección congénita en 25 estados de la federación. De estos casos, 1.434 casos confirmados, de los cuales 208 han sido confirmados por laboratorio.

Colombia: Desde la semana 40 de 2015 y hasta la semana 19 en 2016, se han reportado 77.487 casos sospechosos y 6.402 casos confirmados. Desde la semana 5 de 2016, sigue existiendo una disminución constante en el número de casos sospechosos y confirmados. Entre las semanas epidemiológicas 1 a 19 en 2016, Colombia ha reportado cinco casos confirmados de microcefalia asociados al virus de Zika, 26 han sido descartados y 50 permanecen en investigación.

Al 26 de mayo de 2016, 23 casos de transmisión del virus Zika no vectorial transmitida probablemente a través de la transmisión sexual se han informado en nueve países: Argentina (1), Chile (1), Francia (5), Italia (1), Nueva Zelanda (1), Portugal (1), Perú (1), Canadá (1), los Estados Unidos de América (10) y Alemania (1).

POLIOVIRUS

En el año 2016, se han reportado 16 casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1), en comparación con 25 casos para el mismo período en 2015. Los casos fueron detectados en Pakistán (11 casos) y en Afganistán (5 casos).

Hasta el 24 de mayo de 2016, tres casos de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) se han notificado a la OMS, todos de Laos, en el mismo periodo de 2015, se presentaron dos casos PVOVc.

