

# BED

# Boletín Epidemiológico Distrital

ISSN 0123-8590. Volumen 16, número 4. Julio de 2019



## Caracterización de los brotes de sarampión en Bogotá, D. C. y lecciones aprendidas en las acciones de control

### Contenido

Editorial	3
Artículo central	4
OMS declara el brote de Ébola en República Democrática del Congo como una emergencia de salud pública internacional	23
Comportamiento de eventos a escala internacional	25
Comportamiento de eventos a escala distrital	29

Alcaldía de Bogotá

Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública  
Patricia Arce Guzmán

### Coordinación general del documento

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de  
Políticas de Salud Colectiva  
Manuel Alfredo González Mayorga

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Elizabeth Coy Jiménez

### Comité Editorial

Elkin Osorio Saldarriaga  
Libia Janet Ramírez Garzón  
Diane Moyano  
Hernán Alexis Vargas Bustos  
Leonardo Salas  
Sandra Liliana Gómez Bautista

Reporte de eventos de interés en salud pública  
Ruben Darío Rodríguez Camargo

### Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud  
Ronald Ramírez López

Corrección de estilo  
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación  
Manuel Francisco Díaz R.

Fotografía portada  
[www.pixabay.gov.co](http://www.pixabay.gov.co)

Secretaría Distrital de Salud  
Carrera 32 # 12-81  
Conmutador: 364 9090  
Bogotá, D. C. - 2019  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## Contenido

Editorial ..... 3

Caracterización de los brotes de  
sarampión en Bogotá, D. C. y  
lecciones aprendidas en las  
acciones de control.....4

La Organización Mundial de la Salud  
declara el brote de Ébola en  
República Democrática del Congo  
como una emergencia de salud  
pública internacional ..... 23

Comportamiento de los principales  
eventos de salud pública a escala  
internacional (fecha de corte: 7.º  
periodo epidemiológico de 2019) ..... 25

Comportamiento de la notificación  
de casos confirmados, para los  
eventos trazadores, en Bogotá .....29

## Editorial

Las Américas fueron la primera región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ser declarada libre de los virus de la rubéola y el sarampión en 2015 y 2016, respectivamente, por el Comité Internacional de Expertos (CIE) de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas. Para sostener este logro, cada país ha elaborado un Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018-2023, de acuerdo con los lineamientos dados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que brinda una hoja de ruta concreta, con líneas estratégicas de acción, objetivos e indicadores, con el fin de evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola en cualquiera de los países de nuestra región. Sin embargo, como resultado de la globalización y del consecuente aumento de las migraciones, la incidencia del sarampión se ha aumentado y se han declarado brotes, lo que constituye un problema de salud pública a pesar de que existen medidas efectivas para su prevención y control.

Mientras circule el virus en alguna región del mundo se mantiene el riesgo de brotes en los países y la reintroducción en las Américas, como ocurre actualmente; según el reporte publicado en el sitio web de la OMS en agosto de 2019, en los primeros siete meses del año se ha notificado un número de casos (364.808) tres veces superior al del mismo periodo de 2018 (129.239 casos). Teniendo en cuenta la fragilidad de los sistemas de vigilancia de muchos países, se estima que el número real de casos probablemente sea hasta de 10 veces más. Es el mayor número de casos desde 2006, y confirma el incremento constante observado desde 2017.

En este escenario, la ciudad no ha sido ajena a los casos de sarampión importados, que han puesto a prueba el sistema de salud, mediante la vigilancia en salud pública y de una respuesta rápida y oportuna frente a los casos, para cortar la cadena de transmisión y así lograr proteger nuestros niños.

Reconocer las lecciones aprendidas en la ciudad, en un evento de alto impacto, en una ciudad que alberga cerca de 7.500.000 personas y más de 600.000 menores de cinco años, se constituye en un reto permanente para el Distrito Capital de Bogotá.

## Caracterización de los brotes de sarampión en Bogotá, D. C. y lecciones aprendidas en las acciones de control

Rodrigo Rodríguez Fernández<sup>a</sup>  
Patricia Arce Guzmán<sup>b</sup>  
Diane Moyano<sup>e</sup>  
Carolina García<sup>a</sup>  
Claudia García<sup>c</sup>  
Kimberly Piñeros<sup>e</sup>  
Jacqueline Jiménez<sup>d</sup>  
Juliana Damelines<sup>e</sup>  
Janeth Rueda<sup>f</sup>  
Carolina Peralta<sup>b</sup>  
Patricia Calderón<sup>c</sup>  
Liliana Lesmes<sup>d</sup>  
Olga Álvarez<sup>c</sup>  
Elizabeth Coy<sup>a</sup>

### Resumen

Entre las semanas epidemiológicas 23 de 2018 y 19 de 2019 se presentaron 23 casos confirmados de sarampión, 10 en 2018 y 13 en 2019, en 11 migrantes venezolanos y 12 colombianos en nueve de las veinte localidades, sin defunciones; primero ocurrieron casos importados aislados de migrantes. Se identificaron cuatro cadenas de transmisión, una con predominio de venezolanos y dos entre colombianos. Los menores de un año fueron los más afectados con una tasa de incidencia de 4,89 casos por 100.000 menores. Se identificó el genotipo *D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11* en 20 casos, similar al

<sup>a</sup>.Subdirección de Vigilancia en Salud Pública (VSP)

<sup>b</sup>.Subsecretaría de Salud Pública (SSP)

<sup>c</sup>.Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

<sup>d</sup>.Laboratorio de Salud Pública (LSP)

<sup>e</sup>. Análisis de Condiciones y Calidad de Vida Salud y Enfermedad (ACCVSyE)

<sup>f</sup>.Urgencias y Emergencias

virus que ha circulado en Venezuela, y el genotipo *D8, linaje MVi/Gir Somnath.IND/42.16/* en el caso importado de España. Se describe la situación epidemiológica y las principales actividades de control realizadas. Los factores determinantes para el efectivo control fueron la cobertura alta en la población de 1 a 5 años y en grupos vulnerables debido a su ocupación y la rápida respuesta a los brotes. Ha transcurrido un tiempo prudencial para afirmar que, a la fecha del presente artículo, se ha logrado la interrupción de la transmisión del virus importado del sarampión.

**Palabras clave:** sarampión, brotes de sarampión, esquema de vacunación, programas de inmunización

### 1. Introducción

El sarampión es una enfermedad infecciosa viral aguda, potencialmente grave para la infancia, muy contagiosa desde cuatro días antes hasta cuatro después del inicio del exantema, mediante el contacto con una persona infectada al toser, hablar o respirar, y por partículas virales en suspensión en un ambiente cerrado hasta dos horas después de la presencia de un infectado que cursa el período de transmisión (1).

La región de las Américas fue certificada como libre de la circulación del virus de sarampión autóctono y endémico en septiembre de 2016. El riesgo de importación es alto debido a la circulación del virus en otras regiones, principalmente en el Pacífico Occidental, Sudeste Asiático, África y por brotes en países de Europa y de la antigua Unión Soviética desde 2013. La OPS/OMS estableció criterios para el control rápido de brotes asociados a

la importación de casos, prevenir la reinstalación del virus y mantener la certificación (2). Su aplicación concluyó en la pérdida de la certificación de la República Bolivariana de Venezuela y del Brasil por las epidemias iniciadas en 2017 y 2018, respectivamente (3,4).

En la región de las Américas, en Estados Unidos y Canadá se han identificado casos importados cada año (5). A mediados del 2017, se inició una epidemia en la República Bolivariana de Venezuela, que a partir del año 2018 se extendió a varios países: Brasil, en la semana epidemiológica (SE) 6, Perú (SE 8), Colombia (SE 11), Argentina (SE 11), Ecuador (SE 13) y Chile (SE 45). En estos países se aisló el genotipo *D8*, linaje *MVi/HuluLangat.MYS/26.11*, similar al detectado en Venezuela en 2017. Fallecieron 86 niños, principalmente en población indígena de Venezuela y Brasil (2).

De acuerdo con el boletín de sarampión y rubéola de la OPS/OMS, a la SE 52 de 2018, se habían confirmado 16.514 casos de sarampión en 12 (34 %) de los países de la región de las Américas, el 62 % (10.262) en Brasil, 34 % (5.643) en Venezuela, 2 % (349) en Estados Unidos y el 1 % (208) en Colombia. En 2019, con corte al 4 de mayo, se habían confirmado 1.140 casos de sarampión en esos países, de los cuales el 67 % (64) en Estados Unidos, 12 % (140) en Venezuela, 8 % (95) en Colombia, 6 % (72) en Brasil y el 4 % (48) en Canadá (2,6,7). En los países de las Américas se han identificado tres genotipos diferentes (*D8*, *D4* y *B3*), lo cual refleja la importación de casos desde varios continentes (8).

En Colombia, en 2018 se confirmaron 208 (2,9 %) casos de sarampión de 7.102 casos sospechosos notificados. Hasta la SE 21 de 2019, de 2.396 casos sospechosos notificados, 113 (4,7 %) habían sido confirmados, 1.907 (79,5 %) descartados y 376 (15,6 %) permanecían en estudio. En 2018, 35 entidades territoriales

notificaron casos sospechosos, mientras que 13 entidades territoriales presentaron casos confirmados de sarampión en 2018 y cinco hasta la SE 21 de 2019 (9,10).

Es importante resaltar que desde 2014, Bogotá se preparó para la contención de posibles brotes de sarampión con base en vigilancia epidemiológica intensificada, talleres sobre respuesta rápida para la prevención y control de brotes de secundarios a la importación según lineamientos de la OPS/OMS y vacunación a grupos de riesgo (11), cuya efectiva aplicación evitó brotes extensos en la ciudad, por lo cual el presente artículo caracteriza y destaca los aspectos de dicho comportamiento.

## 2. Materiales y métodos

Se utilizaron las definiciones operativas de casos dadas por el Instituto Nacional de Salud (INS) y la de brote internacional (11,12). Se realizó un análisis descriptivo de los casos sospechosos notificados y confirmados al sistema de vigilancia integrada de sarampión y rubéola en 2018 y hasta la SE 21 de 2019, utilizando cifras absolutas, porcentajes y tasas de incidencia general y específicas por edad; se hizo análisis de los casos descartados y confirmados de sarampión según localidades, las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC), resultados de laboratorio del INS de los casos confirmados, seguimiento a contactos, la vacunación de menores de un año y otros grupos susceptibles, y las actividades de vigilancia en los puntos de entrada según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Para la fuente de infección se usaron las definiciones del boletín semanal de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la OPS/OMS (10,12).

### 3. Resultados

#### 3.1 Notificación de los casos sospechosos de sarampión y rubéola en 2018 y 2019

En 2018 se notificaron 4.137 casos sospechosos de sarampión y rubéola, 3.806 (92 %) de ellos procedentes de Bogotá y 331 (8 %) de fuera de la ciudad. La tasa de notificación acumulada fue de 46,5 casos por 100.000 habitantes para 2018. De 12 casos confirmados, dos residían fuera de Bogotá

(Soacha y Barranquilla), y han sido excluidos del presente análisis, nueve (90 %) eran migrantes venezolanos y solamente uno (10 %) era residente de la ciudad, para una tasa de incidencia de 0,01 por 100.000 habitantes para el Distrito Capital. El 99,8 % (4.124) de los casos notificados fueron descartados (tabla 1, figura 1).

**Tabla 1. Notificación de sarampión y rubéola según localidad de residencia. Bogotá D. C., 2018 y 2019**

Localidad		Población *		N.º de casos sospechosos		Tasa de notificación por 100.000 hab.	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
1	Usaquén	475.275	476.184	211	77	44,4	16,2
2	Chapinero	126.192	125.750	54	24	42,8	19,1
3	Santa Fe	93.857	92.490	78	24	83,1	26,0
4	San Cristóbal	392.220	389.945	319	124	81,3	31,8
5	Usme	342.940	345.689	220	95	64,1	27,5
6	Tunjuelito	186.383	184.743	102	37	54,7	20,0
7	Bosa	753.496	776.363	244	89	32,4	11,5
8	Kennedy	1.230.539	1.252.014	409	158	33,2	12,7
9	Fontibón	424.038	434.446	159	72	37,5	16,6
10	Engativá	883.319	887.886	348	118	39,4	13,3
11	Suba	1.315.509	1.348.372	709	207	53,9	15,4
12	Barrios Unidos	270.280	273.396	40	17	14,8	6,2
13	Teusaquillo	140.135	139.776	79	24	56,4	17,2
14	Los Mártires	93.248	92.755	53	32	56,8	34,5
15	Antonio Nariño	109.199	109.104	65	22	59,5	20,2
16	Puente Aranda	218.555	215.191	129	62	59	28,8
17	La Candelaria	22.243	22.041	7	4	31,5	18,2
18	Rafael Uribe Uribe	348.023	344.990	305	92	87,6	26,7

Localidad		Población *		N.º de casos sospechosos		Tasa de notificación por 100.000 hab.	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
19	Ciudad Bolívar	748.012	762.184	259	103	34,6	13,6
20	Sumapaz	7.584	7.711	0	1	0,0	13,0
Sin dato				16	4		
<b>Total</b>		<b>8.181.047</b>	<b>8.281.030</b>	<b>3.806</b>	<b>1.386</b>	<b>46,5</b>	<b>16,7</b>
Fuera de Bogotá				331	122		

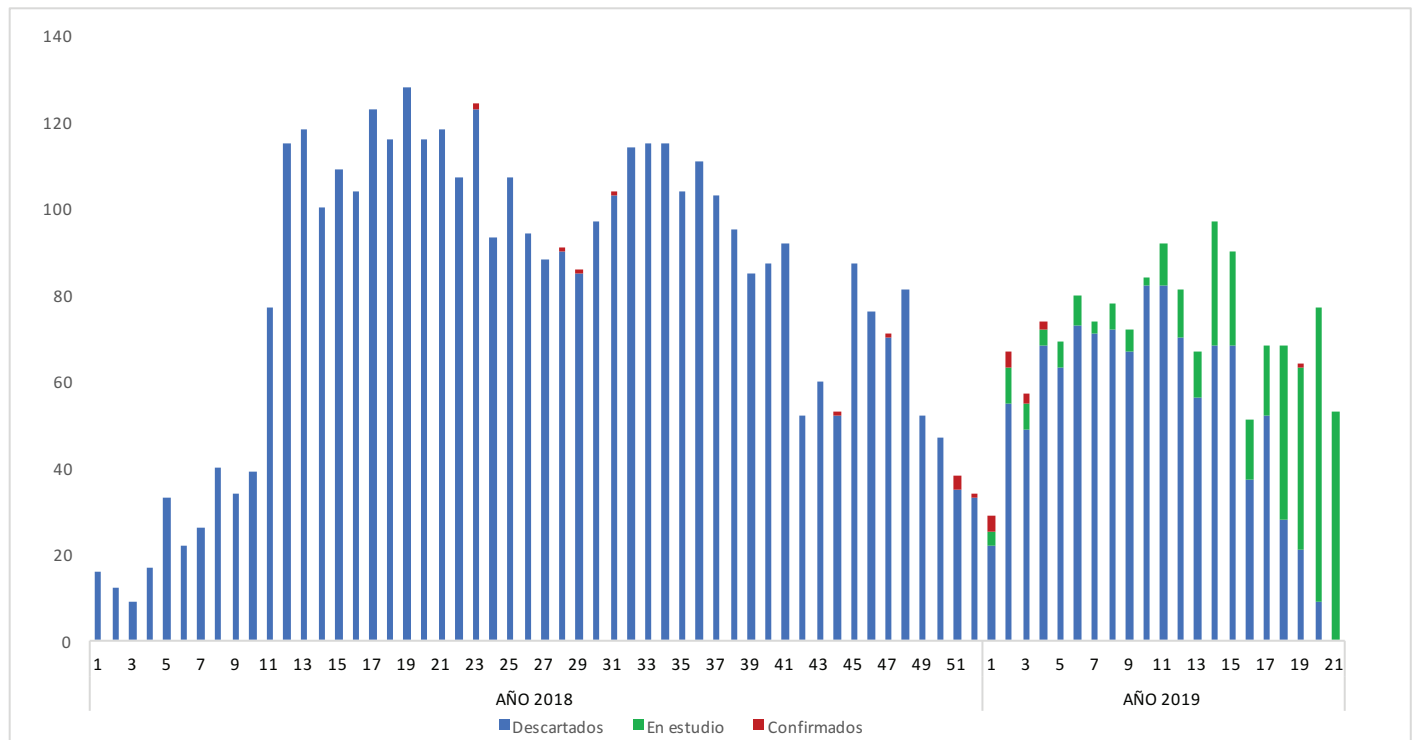
\*Proyección DANE

Fuente: SIVIGILA, bases de datos de sarampión, 2018 y 2019 (a SE 21).

En 2019, a la SE 21, se habían notificado 1.508 casos sospechosos, 1.386 (91,9 %) de ellos procedentes de Bogotá y 122 (8,1 %) de otros municipios, 1.150 (76,2 %) se descartaron, 13 (1 %) se confirmaron y 345 (22,8 %) permanecían en estudio. De los 13 casos confirmados,

once (84,6 %) residían en Bogotá, para una tasa de incidencia de 0,1 por 100.000 habitantes, y los dos eran venezolanos. La tasa acumulada de notificación de Bogotá, hasta la SE 21 ascendió a 16,7 casos por 100.000 habitantes (tabla 1 y figura 1).

**Figura 1. Casos confirmados, descartados y en estudio según semana epidemiológica. Bogotá D.C., 2018-2019 (a SE 21)**



Fuente: Sivigila, bases de sarampión y rubéola de 2018 y preliminares de 2019 (a SE 21).

La distribución de los casos sospechosos según edad, sexo, aseguramiento, pertenencia

étnica y localidad de intervención fue similar en 2018 y 2019 (tabla 2).

**Tabla 2. Características sociales y demográficas de los casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados. Bogotá, D. C., 2018 y 2019 a SE 21**

Variable	Categoría	Total 2018		2019 a SE 21	
		Casos	%	Casos	%
Edad	< 1 año	1.587	38,4	514	34,1
	1-4 años	1.587	43,4	736	48,8
	5-9 años	305	7,4	100	6,6
	10-14 años	118	2,9	32	2,1
	15-19 años	65	1,6	18	1,2
	20 a <60 años	253	6,1	103	6,8
	60 y más	11	0,3	5	0,3
Sexo	Femenino	1.951	47,2	709	47,0
	Masculino	2.185	52,8	799	53,0
Tipo de Régimen	Contributivo	3.361	81,3	1.217	80,7
	Subsidiado	565	13,7	188	12,5
	No asegurado	88	2,1	68	4,5
	Especial	56	1,4	9	0,6
	Excepción	43	1,0	8	0,5
	Indeterminado	23	0,6	18	1,2
Pertenencia étnica	Raizal	3	0,1	1	0,1
	Afrocolombiano	11	0,3	2	0,1
	Indígena	2	0,0	2	0,1
	Rrom-gitano	15	0,4	4	0,3
	Palenquero	1	0,0	1	0,1
	Otros	4.104	99,2	1.498	99,3
Área	Cabecera municipal	3.985	96,3	1.454	96,4
	Centro poblado	132	3,2	50	3,3
	Rural disperso	19	0,5	4	0,3
Población en condición de discapacidad	Sí	5	0,1	1	0,1
	No	4.131	99,9	1.507	99,9



Variable	Categoría	Total 2018		2019 a SE 21	
		Casos	%	Casos	%
Población carcelaria	Sí	1	0,0	5	0,3
	No	4.135	100,0	1.503	99,7
Población migrante	Sí	66	1,6	60	4,0
	No	4.070	98,4	1.448	96,0

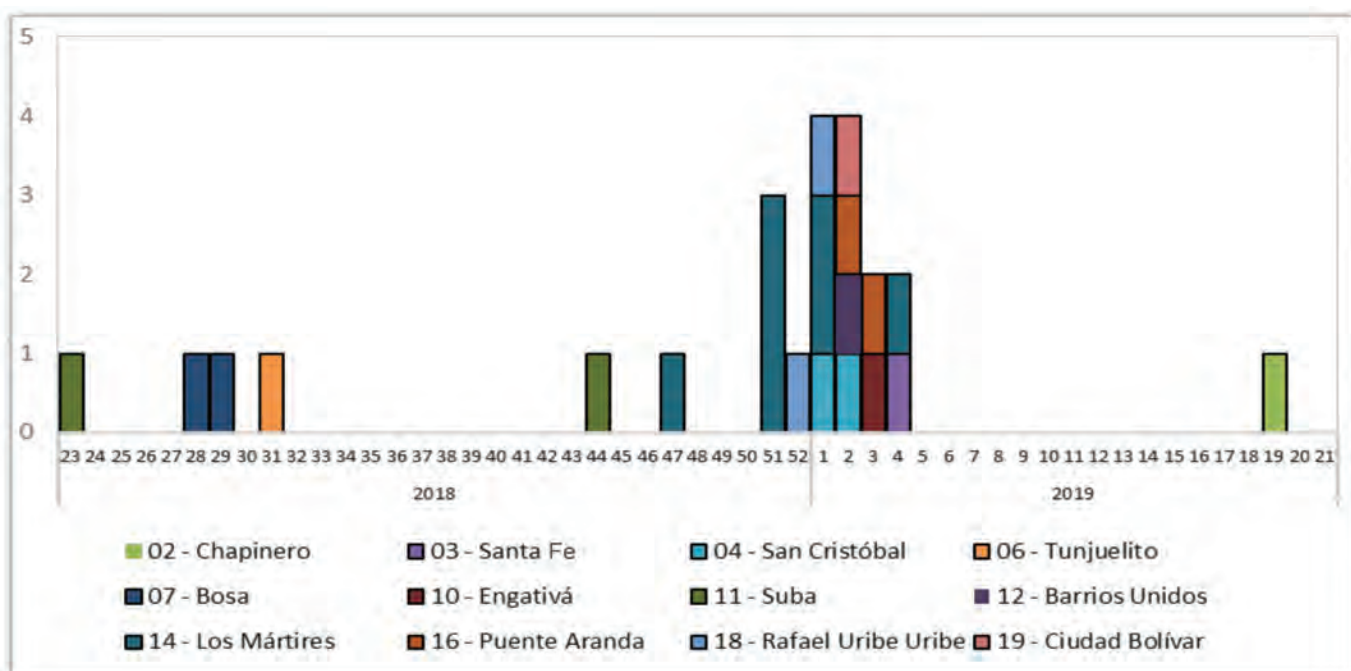
Fuente: Sivigila, 2018 y 2019 a SE 21 (bases preliminares).

### 3.2 Caracterización epidemiológica de los casos de sarampión

Entre las semanas epidemiológicas 23 de 2018 y 19 de 2019 se presentaron 23 casos confirmados de sarampión, los primeros casos fueron casos únicos e importados, intervenidos en cinco localidades (Bosa, Suba y Tunjuelito); luego, Los Mártires tuvo cuatro casos en las SE 47 y 51. Estos nueve casos

correspondieron a inmigrantes venezolanos. En la SE 52 la localidad de Rafael Uribe Uribe reportó el primer caso en un bogotano, un menor de 9 meses de edad. En 2019, a la SE 21 se habían presentado 13 casos, 11 de ellos colombianos, distribuidos en tiempo y lugar como se muestra en la figura 2.

Figura 3. Mapa de distribución de la mortalidad para los diagnósticos seleccionados, de acuerdo con la cercanía con las vías troncales, Bogotá, 2016



Fuente: Sivigila, 2018 y 2019 a SE 21 (bases preliminares).

La tasa de incidencia general en 2018 fue de 0,01 casos por 100.000 habitantes y, a la SE 21 de 2019, alcanzó los 0,13 casos por 100.000 habitantes. Las localidades con mayores tasas de incidencia para el periodo evaluado fueron Los Mártires con 3,23, Santa Fe con 1,08 y Chapinero con 0,80 casos por 100.000 habitantes (tabla 3).

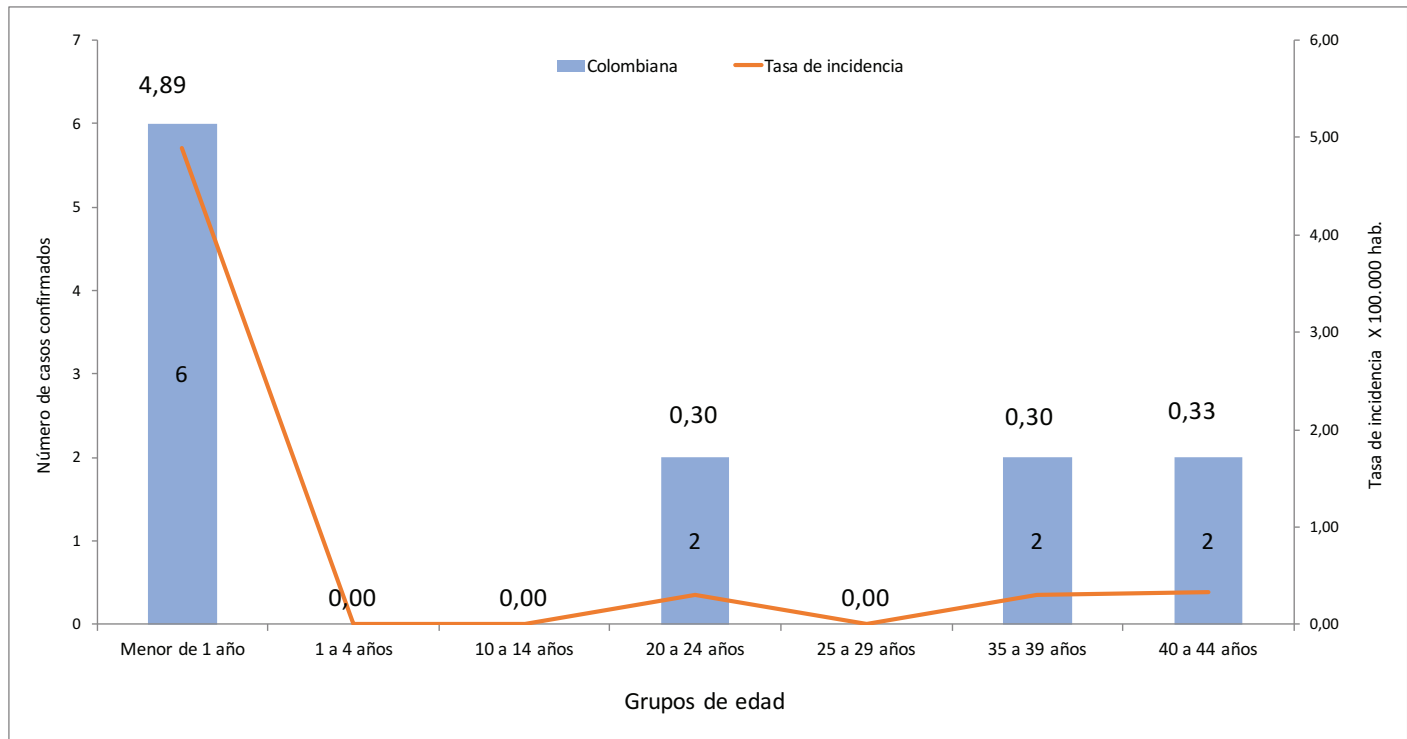
Según edad, la tasa de incidencia en menores de un año residentes en Bogotá fue de 0,82 casos por 100.000 menores de un año en el 2018, de 4,1 en 2019 y acumulada de 4,89 casos por 100.000 menores de un año, 16 veces mayor que la tasa de los demás grupos de edad que fueron similares entre sí (figura 3).

**Tabla 3. Número y tasa de incidencia de sarampión en colombianos según localidad de residencia en menores de un año y total. Bogotá, D. C., 2018-2019 (a SE 21)**

Localidad	Incidencia en población general					
	Año		Proyección de población (DANE)*		Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Chapinero	0	1	126.192	125.750	-	0,80
Santa Fe	0	1	93.857	92.490	-	1,08
San Cristóbal	0	2	392.220	389.945	-	0,51
Engativá	0	1	883.319	887.886	-	0,11
Barrios Unidos	0	1	270.280	273.396	-	0,37
Los Mártires	0	3	93.248	92.755	-	3,23
Puente Aranda	0	1	218.555	215.191	-	**
Rafael Uribe	1	0	348.023	344.990	0,29	-
Ciudad Bolívar	0	1	748.012	762.184	-	0,13
<b>Bogotá</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>8.181.047</b>	<b>8.281.030</b>	<b>0,01</b>	<b>0,13</b>

\*Departamento Administrativo Nacional de Estadística.  
 \*\*Casos identificados en la Unidad de Reacción Inmediata (URI).  
 Fuente: Sivigila, 2018 y 2019 a SE 21.

**Figura 3. Casos y tasa de incidencia de sarampión según grupo de edad. Bogotá, D. C., 2018-2019 (a SE 21)**



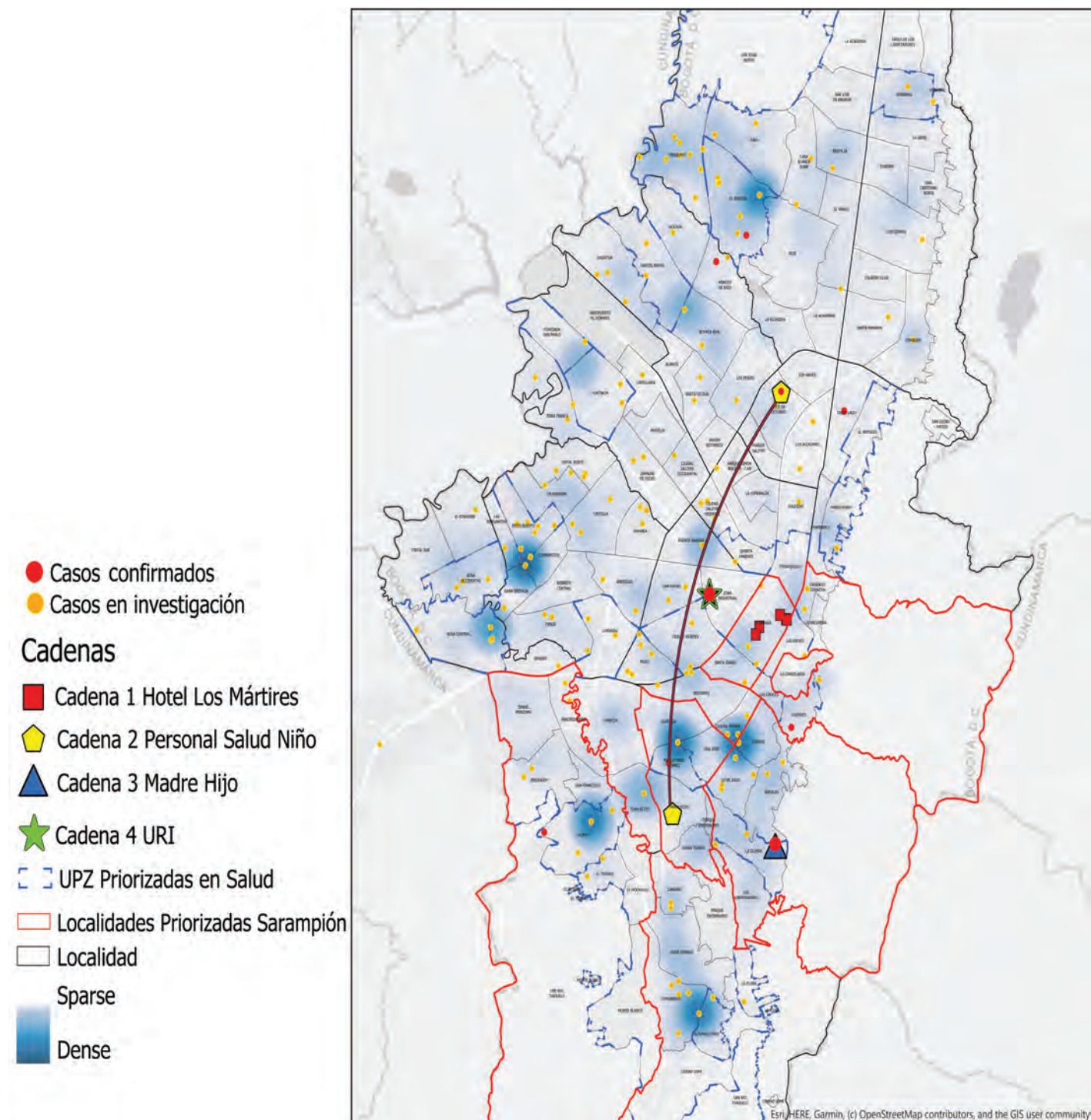
Fuente: Sivigila, 2018 y 2019 a SE 21 (bases preliminares).

### 3.3 Cadenas de transmisión

Se identificaron cuatro cadenas de transmisión que involucraron once casos. En Los Mártires se identificó la primera cadena de transmisión de cinco casos, originada en migrantes venezolanos, que afectó a cuatro venezolanos hospedados en un "pagadiario" y un vecino tendero colombiano; la segunda cadena se detectó en la unidad de servicios de salud que afectó a dos colombianos, un menor de un año residente en Rafael Uribe

Uribe y el trabajador de salud que lo apoyó en la toma de muestras, residente en Barrios Unidos; la tercera cadena se configuró por una madre de 21 años y su hijo de tres meses en San Cristóbal; la cuarta, conformada por dos personas privadas de la libertad en la Unidad de Respuesta Inmediata (URI) de Puente Aranda que compartían celda. Las tres últimas cadenas no tienen fuente de infección conocida (figura 4).

**Figura 4. Densidad de casos descartados vs. casos confirmados, cadenas de transmisión, y casos en investigación**



Fuente: Base de datos Sivigila de Vigilancia integrada de sarampión y rubéola, año 2018-2019. Mapa elaborado por Grupo ACCVSyE-SDS.

### 3.4 Criterios de confirmación y clasificación según la fuente de infección

El 91,3 % (21/23) de los casos de sarampión fueron confirmados por RT-PCR en hisopado nasofaríngeo o en orina en el INS previa prueba positiva de IgM para sarampión en el LSP-SDS (10); dos casos (8,7 %) fueron confirmados por nexo epidemiológico. El INS identificó el genotipo D8, linaje *MVi/HuluLangat.MYS/26.11* en 20 casos, similar al hallado en Venezuela, y el D8, linaje *MVs/Gir Somnath.IND/42.16/* en el caso importado de España, virus circulante en Europa, Asia y Estados Unidos, presentado en la semana 19 del 2019.

Según la fuente de infección, tanto los casos importados como los de fuente desconocida representaron el 39,1 % (9/23) cada uno y cinco casos (21,7 %) estuvieron relacionados con la importación. Según la nacionalidad, el 63,6 % (7/11) de los confirmados en venezolanos fueron importados, incluidos los dos confirmados por nexo epidemiológico; entre los colombianos solo dos (16,7 %) fueron importados, uno desde Venezuela y otro desde España, y en el 58,3 % (7/12) de los colombianos no se identificó la fuente de la infección (tabla 4).

**Tabla 4. Casos de sarampión según nacionalidad y origen de la infección. Bogotá D. C., 2018-2019 (a SE 21)**

Fuente de la infección	Nacionalidad				Total	
	Colombiana		Venezolana			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Importado	2	16,7	7	63,6	9	39,1
Relacionado con la importación	3	25,0	2	18,2	5	21,8
Fuente desconocida	7	58,3	2	18,2	9	39,1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila. Base integrada de sarampión y rubéola 2018 y 2019 (a SE 21).

### 3.5 Seguimiento a contactos de los casos de sarampión

De 1.448 contactos de casos confirmados con seguimiento, 196 (13,5 %) fueron familiares o convivientes, 892 (61,6 %) fueron comunitarios o sociales, 261 (18,0 %) personal de salud en las instituciones de atención y 99 (6,9 %) usuarios que pudieron ser identificados en las salas de espera de las instituciones de atención.

Cuatro contactos tuvieron sarampión, para una tasa general de ataque de 0,21 %, de 0,51 % para familiares, de 0,22 % para contactos comunitarios o sociales y de 0,38 % para el personal de salud. El seguimiento diario en Los Mártires captó dos casos (un familiar migrante y el tendero que le expendía los alimentos) y el seguimiento al personal de salud detectó en Barrios Unidos al camillero,

contacto del menor residente en San Cristóbal.

### 3.6 Vigilancia epidemiológica en puntos de entrada

En cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (13), se intensificó la vigilancia epidemiológica en el aeropuerto internacional El Dorado y los terminales satélites Salitre, del Sur y del Norte. Se cumplieron la revisión de la declaración de aeronaves de vuelos internacionales sobre presencia de pasajeros con sintomatología sospechosa de un evento de salud pública de interés internacional (ESPPI) según el Anexo 9 del RSI, la búsqueda activa de pasajeros sintomáticos que ingresaban, la canalización de viajeros a los puntos de vacunación y acciones de comunicación de riesgo a viajeros según las alertas epidemiológicas. Los datos de las acciones realizadas se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5. Acciones en puntos de entrada años 2016-mayo 2019**

Actividad	2016	2017	2018	2019 (a mayo)
Revisión de la Declaración General de Aeronave	27.477	30.001	26.399	13.256
Pasajeros con cuadro sugestivo de ESPPI en el aeropuerto	412	673	404	280
Pasajeros con cuadro sugestivo de ESPPI en terminales terrestres	176	158	650	102

Fuente: Informe mensual subredes Suroccidente y Norte.

Además, por medio de los comités seccionales portuarios dirigidos por la SDS, se fortaleció la articulación de todas las entidades portuarias que son facilitadoras del proceso de vigilancia, para la obtención de listados

de pasajeros de aeronaves para búsqueda y seguimiento de contactos, de aeronaves sujetas a limpieza y desinfección ante eventos sospechosos en vuelo y se efectuaron simulacros para evaluar la respuesta ante ESPPI.

### 3.7 Respuesta del PAI ante los brotes de sarampión

En alianza con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), administradores de instituciones de alto impacto, centros integrales a la diversidad sexual (CAIDS), alcaldías locales, iglesias, ONG, asociación de migrantes venezolanos, Secretaría Distrital de Educación, Secretaría Distrital de Integración Social y el ICBF, se concretó la participación comunitaria y ciudadana en actividades de vacunación intensiva y búsqueda activa diaria de casos en Los Mártires, zona de la ciudad caracterizada por condiciones de vulnerabilidad y problemáticas poblacionales como prostitución, inseguridad, habitabilidad en calle, consumo de sustancia ilícitas, estancia de migrantes en pagadarios, entre otras. Los equipos extramurales del PAI vacunaron personas que son susceptibles por los diferentes oficios y ocupaciones que realizan en aeropuerto, terminales, hoteles, hostales, casas de inquilinato o pagadarios, centros

de alto impacto (tabla 6), jardines infantiles, colegios, albergues de indígenas y habitantes de calle. El 28,5 % (33.504/117.668) de las dosis se aplicaron a viajeros, 16,2 % (5.440/35.504) en dos puestos fijos y 83,8 % (28.064/35.504) por medio de brigadas en los terminales y el aeropuerto. Las dosis de sarampión-rubéola (SR) suministradas al grupo de 1 a 10 años fueron mínimas y la mayor cantidad correspondió a jóvenes y adultos jóvenes.

Dada la alta incidencia en menores de un año, se vacunó de manera focalizada al grupo más vulnerable y de alto riesgo por no ser elegible para la triple viral, a los infantes de 6 a 11 meses en cinco localidades priorizadas. Se inició la vacunación el 23 de octubre de 2018, y se alcanzaron coberturas por encima del 95 % en un lapso de 8 a 12 semanas en las localidades priorizadas (figura 4).

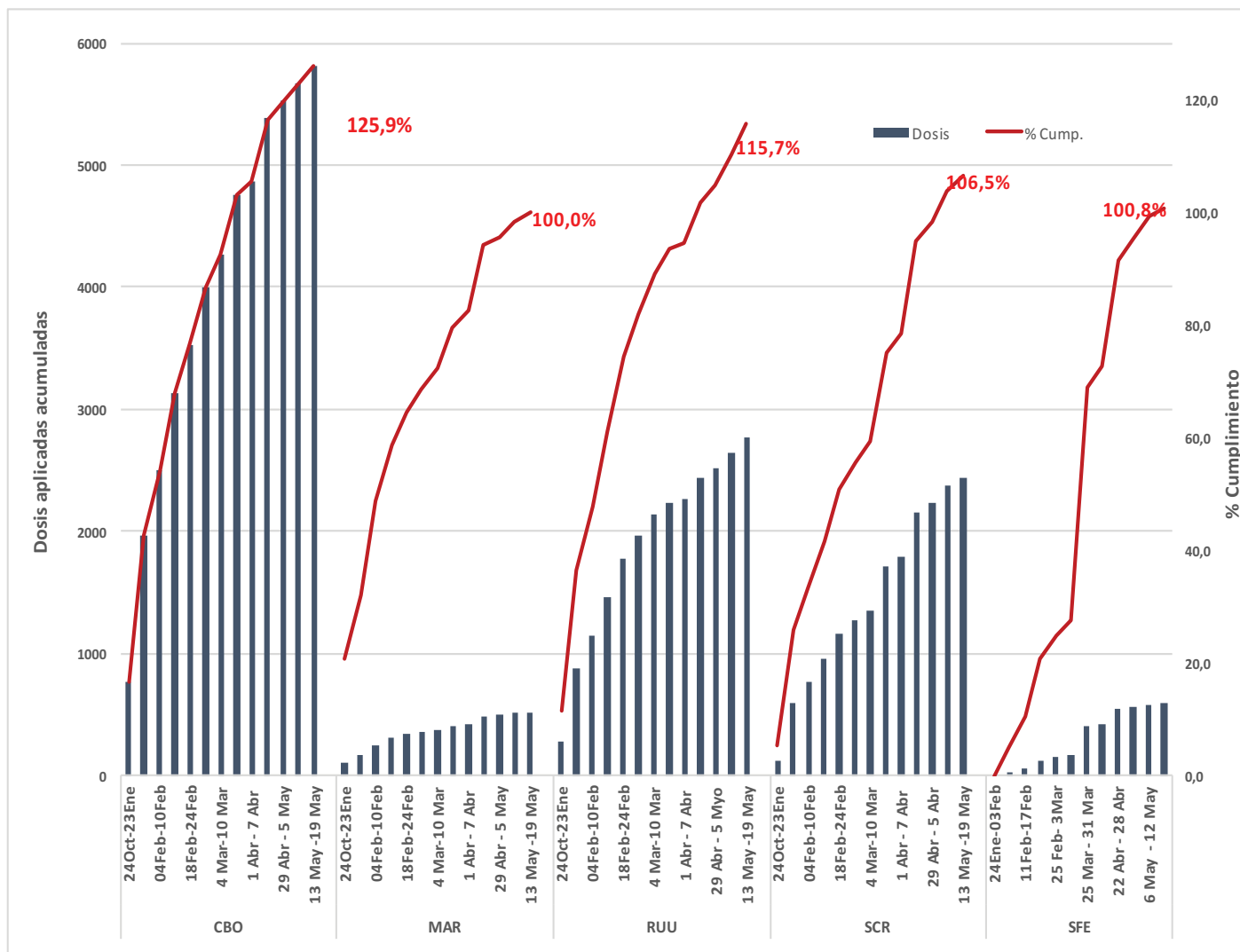
**Tabla 6. Dosis de dupla SR aplicadas según estrategia. Bogotá, D. C., 2018-2019\***

Estrategia	Grupo de edad						Total	
	1 a 10	11 a 19	20 a 39	40 y más	Subtotal	Viajeros (sin edad)	N.º	%
	Extramural	143	9.029	28.283	4.029	41.484	28.064	69.548
Institucional	55	6.811	31.248	4.566	42.680	5.440	48.120	40,9
Total	198	15.840	59.531	8.595	84.164	33.504	117.668	100,0
<b>Porcentaje</b>	<b>0,2</b>	<b>18,8</b>	<b>70,7</b>	<b>10,2</b>	<b>100,0</b>			

\*A mayo 30 de 2019.

Fuente: Cubo de datos del Aplicativo PAI 2,0 para 2018 y 2019.

**Figura 4. Número de dosis SR “cero” y porcentaje de cumplimiento según localidad priorizada. Bogotá, D. C., a mayo de 2019**



Fuente: PAI - Web Bogotá.

## 4. Discusión

Las descripciones de las epidemias de Venezuela, Brasil y Colombia en los informes “Actualización de Epidemiológica” de la OPS/OMS, muestran diferencias en la proporción de casos y las tasas de incidencia según edad, siendo los menores de un año

el grupo de mayor riesgo, con tasas de incidencia elevadas, como registran los informes citados.

La ocurrencia de los brotes de sarampión en Colombia y Bogotá está directamente



asociada al flujo masivo de inmigrantes venezolanos debido a la crisis social, económica y humanitaria, con bajas coberturas de vacunación en niños y jóvenes, muchos en condiciones económicas desfavorables, alojados en precarias condiciones y hacinamiento, con frecuencia en inquilinatos o “pagadarios”, hoteles pequeños, albergues transitorios en barrios con condiciones de vida menos favorables y, a veces, en condiciones de habitabilidad de calle con gran movilidad dentro de una localidad o la ciudad. Se estima que arribaron más de 400.000 inmigrantes con acceso universal a la vacunación y, condicionado al estatus migratorio, selectivo a otros servicios de salud y sociales (14). La estadía en la ciudad fluctuaba entre pocos días o más de un mes, lo cual se relaciona con el riesgo de importación y la fuente de infección.

Con la información precedente y la evidencia de casos en menores de un año migrantes venezolanos y nacionales, la SDS decidió vacunar con la dupla SR a los infantes de 6 a 11 meses de edad con vacuna suministrada por el Ministerio de Protección y Salud Pública (MSPS) y, de acuerdo con la situación epidemiológica, se priorizaron cuatro localidades (Los Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal y Ciudad Bolívar) focalizando recursos y acciones intensificadas recomendadas para el control de brotes ante la importación de casos de sarampión, a las que se sumó Santa Fe en la SE 4 de 2019.

Dos factores explicarían la baja magnitud de los brotes secundarios a casos importados en Bogotá respecto al resto de Colombia y Brasil: existencia de altas coberturas de vacunación y la respuesta rápida e intensiva a los brotes. El primero, producto del desempeño del PAI en las cohortes de niños, ratificadas por los resultados de la encuesta de vacunación de 2018, y la vacunación sostenida de susceptibles de grupos de población de alto riesgo debido a su ocupación y de viajeros en años anteriores. El segundo, relacionado con la capacitación continuada sobre las orientaciones de la OPS/OMS para la res-

puesta rápida de control efectivo de brotes asociados a la importación del sarampión. A continuación, se detallan aspectos de los dos factores.

Entre 2014 y 2017 el PAI aplicó tácticas de búsqueda de susceptibles de 2 a 10 años de edad para asegurar el esquema de dos dosis de triple viral (TV) con el involucramiento de las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB). También se promovió y se realizó la vacunación de viajeros susceptibles de 11 a 39 años con destino a países con brotes de sarampión, con énfasis en los siguientes eventos de concentración masiva: Mundial de Fútbol de Sudáfrica 2014, Copa América Chile 2015, Copa América Centenario EUA 2016, Juegos Olímpicos Río 2016, Eliminatoria Mundial 2018, Juegos Bolivarianos Santa Marta 2017, visita del Papa en 2017, Mundial de Rusia 2018, Juegos Centroamericanos y del Caribe Barranquilla 2018, Encuentro de Juventudes en Panamá en 2018. Se vacunaron 25.031 personas con SR en los años mencionados (tabla 6).

Ante la inmigración masiva de venezolanos durante 2018 y 2019, se promovió la vacunación en la red pública, que inicia desde marzo del 2018, con ferias intersectoriales de la primera infancia, que en conjunto con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Secretaria de Educación del Distrito y los Centros de Orientación e Información de Salud (COIS), se coordinó la atención en salud y vacunación con líderes de la asociación venezolana, lo cual mejoró el acceso a los servicios de salud públicos en forma regular.

La ausencia de casos en el grupo de 1 a 19 años residentes de Bogotá, confirma la existencia de coberturas altas o aceptables, verificadas por las encuestas de cobertura con representación estadística en el Distrito por muestreo polietápico de conglomerados distribuidos de manera proporcional a la población de las localidades, cuyos resultados para triple viral se muestran en la tabla 7.

**Tabla 7. Coberturas de TV1 y TV2 en 2018, encuesta de monitoreo anual, Bogotá, D.C.**

N.º	Localidad	TV1 (12-23 meses)				TV2 (60-71 meses)			
		Ambas nacionalidades		Solo colombianos		Ambas nacionalidades		Solo colombianos	
		N.º de niños	Cobertura	N.º de niños	Cobertura	N.º de niños	Cobertura	N.º de niños	Cobertura
1	Usaquén	157	94,9	141	96,5	59	76,3	47	83,0
2	Chapinero	56	92,9	47	97,9	31	90,3	27	88,9
3	Santa Fe	46	100,0	41	100,0	31	83,9	28	92,9
4	San Cristóbal	81	98,8	78	98,7	41	78,0	36	80,6
5	Usme	84	96,4	81	98,8	41	92,7	37	91,9
6	Tunjuelito	59	96,6	55	96,4	32	81,3	27	92,6
7	Bosa	175	94,9	156	98,7	87	82,8	78	85,9
8	Kennedy	275	94,5	227	97,8	82	74,4	71	81,7
9	Fontibón	76	94,7	70	97,1	43	88,4	39	92,3
10	Engativá	111	98,2	97	100,0	77	79,2	68	80,9
11	Suba	196	95,9	172	98,3	88	79,5	78	87,2
12	Barrios Unidos	43	97,7	39	100,0	21	76,2	18	88,9
13	Teusaquillo	50	98,0	45	97,8	19	73,7	15	73,3
14	Los Mártires	35	97,1	28	96,4	25	92,0	21	95,2
15	Antonio Nariño	87	93,1	73	97,3	52	69,2	48	70,8
16	Puente Aranda	79	97,5	75	98,7	47	83,0	44	88,6
17	La Candelaria	32	96,9	17	100,0	11	72,7	9	77,8
18	Rafael Uribe	123	95,1	111	97,3	52	67,3	43	74,4
19	Ciudad Bolívar	170	99,4	164	100,0	81	87,7	75	90,7
20	Sumapaz	8	100,0	8	100,0	2	100,0	2	100,0
<b>Totales</b>		<b>1.923</b>	<b>96,2</b>	<b>1.725</b>	<b>98,3</b>	<b>922</b>	<b>80,4</b>	<b>811</b>	<b>85,1</b>

Convenciones: Verde (95 % o más); amarillo (90 a 94,9 %); rojo (menos de 90 %).

Fuente: Encuesta de Monitoreo de Vacunación Anual 2018 en niños de 0 a 35 meses y de 60 a 71 meses, Bogotá D.C. Consorcio PAI CCRP-SIAT, febrero de 2019.

La encuesta incluyó un 10,3 % (198/1923) de niños venezolanos de 12 a 23 meses de edad en la muestra y un 12 % (111/922) de niños de 60 a 71 meses de edad (15). A pesar de la población migrante, el Distrito ha logrado mantener la cobertura de la TV1 por encima del 95 %, situación contraria para la TV2, en la cual solo se llega hasta el 85 %.

En los años 2014, 2016, 2017 y comienzos de 2018 se realizaron talleres de capacitación a personal de los servicios de urgencias, vigilancia en salud pública, laboratorio clínico, equipos PAI territoriales, con el propósito de mejorar las destrezas de los responsables de la vigilancia epidemiológica local en la etapa de posteliminación, análisis del brote y establecimiento de las salas de situación, con alrededor de 500 participantes por año (11) repetido.

La vacunación de bloqueo en casos sospechosos, según el protocolo del INS, abarca nueve manzanas, consta de un censo de viviendas y población según grupos de edad, indaga el estado de la vacunación de las personas, lo cual permite estimar los porcentajes de viviendas con visita efectiva, de vacunados antes y después del bloqueo, y las dosis aplicadas a susceptibles. El análisis de los datos operativos condujo a tomar decisiones para mejorar la oportunidad del inicio de la vacunación de bloqueo, mejorar la eficiencia y efectividad de las visitas y vacunación de susceptibles, movilizar el talento humano suficiente con clara asignación de funciones y mejor coordinación de tareas en terreno, y estandarizar los criterios para ampliar la vacunación de barrido más allá de las nueve manzanas del bloqueo inicial.

Como resultado, se aseguraba una reducción de susceptibles, consolidar la inmunidad de rebaño y disminuir el riesgo de brotes.

Los casos confirmados y en investigación no son cercanos a las zonas donde se presenta concentración de casos descartados, lo que refuerza que son zonas sin circulación del virus de sarampión. Los casos con identificación del virus D8 linaje *MVi/HuluLangat.MYS/26.11*, residen o se detectaron en las localidades priorizadas, a excepción del personal de salud, que se contagió de niño residente en localidad priorizada, y el caso importando procedente de España asociado al virus D8, linaje *MVs/Gir Somnath.IND/42.16/* (figura 4).

Finalmente, se adecuó con prontitud el sistema de información nominal del PAI de la SDS para registrar las dosis SR en los diferentes grupos de edad, de especial importancia para monitorear el avance en la vacunación de los niños de 6 a 11 meses de edad. Simultáneamente, la experiencia en campo exigió el rediseño y simplificación de los formularios de registro de la vacunación en consonancia con el monitoreo de los grupos priorizados y para la identificación de la ruta seguida por los casos en los períodos de exposición y transmisión, el censo y seguimiento de contactos según la relación con el caso (familiares, sociales cercanos e institucionales).

Se prestó asistencia técnica para afinar el *triage*, agilizar la atención inmediata y el manejo adecuado de los casos sospechosos en los servicios de salud.

## 5. Conclusiones

El control del brote de sarampión en la ciudad se consolida como una de las experiencias exitosas de la salud pública en la ciudad, el país y la región, y es el reflejo de un trabajo articulado sectorial e intersectorial.

Entre las lecciones aprendidas, tenemos:

- La acertada previsión y preparación para la implementación y efectiva ejecución de actividades de vacunación que elevaron y mantuvieron coberturas altas y para contar con una vigilancia sensible e intensificada.
  - El uso del análisis epidemiológico en torno a las salas de situación, que orientaron las decisiones clave, como la focalización de las acciones en las localidades según el riesgo observado y vacunación oportuna de menores de un año.
  - La vacunación y seguimiento de contactos, junto con la búsqueda activa comunitaria, con énfasis en los migrantes y las comunidades receptoras para anticipar la transmisión del virus.
  - La combinación de estrategias y tácticas de bloqueo y barridos extendidos según los resultados operativos con la asignación de suficiente personal de salud y la movilización social que involucró a las organizaciones comunitarias locales, de migrantes y otros sectores de la administración pública para un control efectivo.
- El apoyo en redes sociales y mensajes interpersonales para orientar a los menores de un año hacia los servicios de vacunación, dado que no se podía acudir a los medios masivos de comunicación; mantener al Distrito Capital libre de sarampión en la agenda política de las autoridades de salud y civiles.

A la fecha de redacción del artículo se habían completado 121 días libres de sarampión, que supera los 90 días fijados por la OPS/OMS como criterio de interrupción de un brote asociado a una importación y evidencia de la efectividad de la respuesta de la ciudad, aun incluyendo el caso procedente de España. Sin embargo, el riesgo de importación existe dado que, además de Venezuela y otros países con circulación del virus, Brasil muestra aumento de la transmisión, sobre todo en la provincia de São Paulo, de donde parten varios vuelos internacionales al día.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, 2007. (Publicación Científica y Técnica No. 605) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2007. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49144>
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Sarampión. 18 de junio de 2019 [Internet]. Washington, D.C.; 2019 [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sarampion-2183&alias=49078-18-de-junio-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=49078-18-de-junio-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es)
3. Organización Panamericana de la Salud. La Comisión Regional de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola se reúne en la OPS. Boletín de Inmunización. 2019;41(1).
4. Organización Panamericana de la Salud. Twenty-Fifth Meeting of the Technical Advisory Group (TAG) on Vaccine-preventable Diseases. 2019.
5. Patel M, Lee AD, Redd SB, Clemmons NS, McNall R, Cohn AC, et al. Morbidity and Mortality Weekly Report. Increase in Measles Cases — United States, January 1–April 26, 2019. *Susan B.* 2019;68(17).
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 18 de enero de 2019 [Internet]. Washington, D.C.; 2019 [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sarampion-2183&alias=47520-18-de-enero-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=47520-18-de-enero-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es)
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 4 de marzo de 2019 [Internet]. Washington, D.C.; 2019 [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sarampion-2183&alias=49078-18-de-junio-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=49078-18-de-junio-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es)
8. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia del sarampión y de la rubéola en las Américas. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. 2018;24(52).
9. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Sarampión y rubéola. Código 730 y 710 [Internet]. 2017 [citado 4 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO\\_Sarampion-Rubéola.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Sarampion-Rubéola.pdf)
10. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 19. 2019.

11. Organización Panamericana de la Salud. Manual de preparación de la respuesta a casos importados de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la era poseliminación en las Américas. 2018.
12. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.
13. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Ginebra; 2005.
14. Ministerio de relaciones exteriores. Reporte migratorio de venezolanos en Colombia. Seguimiento Estadístico No. 118.
15. Consorcio PAI CCRP-SIAT. Evaluación de coberturas vacunales en la población de cero a veintitrés (0-23) meses, veinticuatro a treinta y cinco (24-35) meses y de sesenta a setenta y un (60-71) meses, en las veinte localidades de Bogotá D. C. 2019.



Foto: [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

## La Organización Mundial de la Salud declara el brote de Ébola en República Democrática del Congo como una emergencia de salud pública internacional

Nelly Yaneth Rueda<sup>1</sup>

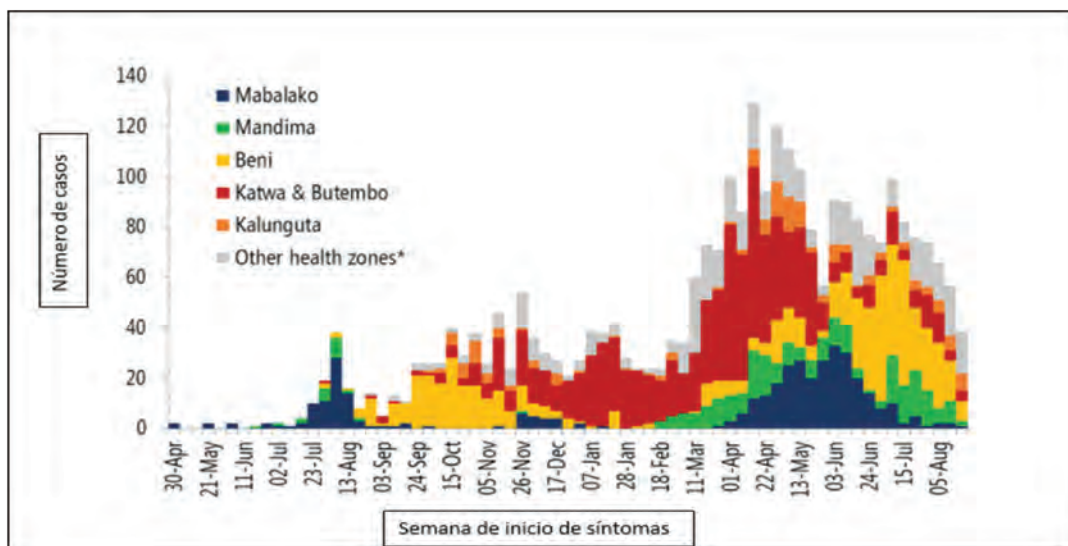
El brote de enfermedad por virus de Ébola en República Democrática del Congo, que inició en agosto de 2018, ha sido declarado como una emergencia de salud Pública de interés internacional (ESPII) por el Director General de la OMS en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005), luego de que el 30 de julio se confirmara un caso de Ébola en un menor, en las afueras de la ciudad de Goma. Dicha ciudad tiene una población de más de dos millones de habitantes, y es un punto estratégico para el comercio y la movilización de viajeros, lo que le da un potencial para la propagación dentro de la República Democrática del Congo a los países vecinos y al resto del mundo.

Es así como la República Democrática del Congo está lidiando con la segunda epidemia de Ébola más grande del mundo, con más de 1.998 vidas

perdidas y 2.997 casos confirmados desde que se declaró el brote el 1 de agosto de 2018 (actualización 29 de agosto de 2019). El brote está ocurriendo en las provincias de Kivu del Norte e Ituri en medio de una crisis compleja, en las últimas seis semanas, se ha informado un promedio de 86 casos por semana. La mayoría de los casos recientes provienen de las zonas de Salud de Beni y Mandima.

Las acciones de contención se han reforzado por meses de preparación, se ha implementado rápidamente una respuesta considerable, que incluye el rastreo exhaustivo de contactos y la vacunación en anillo con el objetivo de prevenir la diseminación terciaria o la transmisión local sostenida en la ciudad de Goma y las demás áreas con brote. Los contactos de los casos se han vacunado y se están monitoreando durante 21 días (figura 1).

**Figura 1. Casos de EVE confirmados y probables por semana de inicio de síntomas, al 5 de agosto de 2019**



Fuente: Organización Mundial de la salud. Actualización 29 de agosto de 2019.

<sup>1</sup>Urgencias y emergencias en Salud Pública, Secretaría Distrital de salud, SDS

La OMS hace un llamado a la comunidad global para adoptar las recomendaciones y aumentar los recursos, así como la asistencia técnica adecuada, humana, financiera y sostenible para dar respuesta al brote.

La OMS ha realizado la evaluación de riesgo de propagación del virus de Ébola y teniendo en cuenta que no se han presentado casos de la enfermedad en otros países y atendiendo las recomendaciones de los expertos del RSI, hace un llamado a los países miembro para no aplicar restricciones que interfieran con los viajes y el comercio internacional con la República Democrática del Congo, ni tampoco se haga la exigencia de vacuna como requi-

sito para movilización de pasajeros ya que esta no está autorizada aún.

Ante la alerta, la Secretaría Distrital de Salud ha activado el Plan distrital de preparación y respuesta frente a la eventual entrada del virus Ébola a Bogotá. Dentro del plan de acción de preparación ante la ESPII, se designó la IPS de atención del caso sospechoso, se inició la capacitación en los 28 procedimientos operativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, capacitación en el uso y retiro de elementos de protección personal dirigidos al personal médico y de vigilancia en salud pública y se intensificó la vigilancia epidemiológica en puntos de entrada en viajeros provenientes de República Democrática del Congo.

## Bibliografía

Ministerio de Salud y protección Social. [internet]. Bogotá, Colombia. [citado 29 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/virus-ebola-colombia.aspx>

Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza [actualizado 29 de agosto de 2019; citado 29 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/29-august-2019-ebola-drc/en/>

Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza [publicado el 17 de julio de 2019; citado 29 de agosto de 2019]. Statement on the meeting of the International Health.

Organización Mundial de la Salud [internet]. Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 17 July 2019. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/procedures/statement-emergency-committee-ebola-drc-july-2019.pdf?ua=1>



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

Fecha de corte: 7.º periodo epidemiológico 2019.

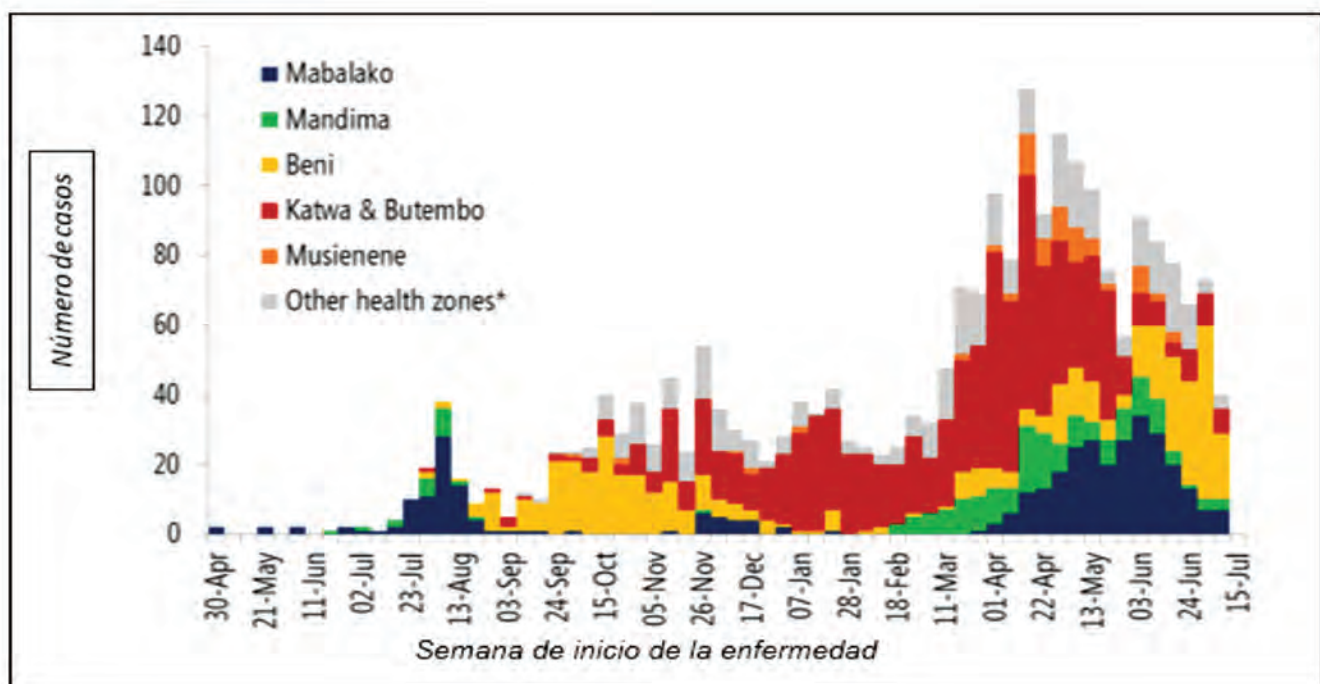
### 1. Actualización del brote de enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo

Desde el inicio del brote el 1 de agosto de 2018 y hasta el 9 de julio de 2019, se notificaron un total de 2.437 casos de EVE, de los cuales 2.343 eran casos confirmados y 94 casos probables. Se notificaron un total de 1.646 muertes (tasa general de letalidad del 68 %), de las que 1.552 fueron muertes de casos confirmados.

De los 2.437 casos confirmados y probables de los que se sabe la edad y sexo, el 57 %

(1.384) eran mujeres y el 29 % (704) niños menores de 18 años. Además, el número de profesionales de la salud afectados continúa en aumento y a la fecha se tienen 132 (el 5 % del número total de casos). Solo se dispone de información de 128 de ellos y la mayoría trabajan en centros de salud (20 %,  $n = 26$ ) y en establecimientos de salud privados (35 %,  $n = 45$ ) y la mayoría de los profesionales infectados son enfermeras (68 %,  $n = 87$ ) (figura 1).

**Figura 1. Casos confirmados y probables de enfermedad por virus de Ébola, según semana de inicio de la enfermedad por zona de salud**



\*Corte al 9 de julio de 2019.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1).

## 2. Actualización del síndrome neurológico agudo en Perú

Desde inicios de 2019 y hasta el 3 de julio de 2019, el Ministerio de Salud de Perú notificó 653 casos de síndrome de Guillain-Barré, con 10 defunciones. Las zonas más afectadas son Lima, Piura y Junín. El pico del brote se registró en el periodo del 3 al 9 de junio de 2019, con 314 casos y en adelante ha descendido el número de casos semanales. Hasta el momento no se ha informado oficialmente etiología, pero un artículo reciente publicado en *ScienceDirect* menciona la detección de diversos agentes infecciosos hallados en varios casos de síndrome de Guillain-Barré (2).

## 3. Actualización del síndrome respiratorio de medio oriente por coronavirus (MERS-COV)

Desde que la enfermedad se identificó por primera vez en Arabia Saudita en septiembre de 2012 y hasta el 12 de julio 2019, se cuentan más de 2.468 casos en más de 27 países y 908 defunciones asociadas.

Ocho países han informado casos confirmados, todos con conexiones directas o indirectas al Medio Oriente. En lo corrido de 2019, 11 de las 13 regiones de Arabia Saudita han reportado un total de 158 casos y Omán, 13, incluidas 45 defunciones, de estas, en Arabia Saudita, 41 y Omán, 4. En Arabia Saudita 80 casos fueron primarios (37 de los cuales informaron contacto con camellos), 39 fueron adquiridos por profesionales de la salud, 31 fueron contactos domésticos y 8, casos secundarios no especificados (3).

## 4. Sarampión en el mundo

El Centro Europeo para Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), en el Informe de Amenazas de Enfermedades Transmisibles (CDTR) publicado el 13 de julio de 2019, menciona que se han generado actualizaciones del brote en 20 países de la UE/EEE: Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Lituania, Países Bajos, Noruega, Polonia, Rumania, España, Suecia y el Reino Unido.

Los países que han reportado brotes en curso o nuevos: Bélgica, Bulgaria, República Checa, Francia, Polonia, Italia, Lituania, los Países Bajos, Polonia, Rumania y España.

La mayoría de los casos en 2019 se han notificado en Rumania (2.152), Francia (2.125), Polonia (1.290), Italia (1.096), Bulgaria (1.053) y Lituania (787). Además, se han notificado 7 muertes en la Unión Europea: Rumania (5), Italia (1) y Francia (1) (4).

Mientras tanto, en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el boletín del 13 de julio de 2019, reporta un total de 12.542 casos notificados. De estos, 2.259 casos confirmados de sarampión en 13 países hasta la SE 28 de 2019, así: Argentina (5 casos), Bahamas (3 casos), Brasil (561 casos), Canadá (81 casos), Chile (5 casos), Colombia (125 casos), Costa Rica (10 casos), Estados Unidos (1.123 casos), México (2 casos), Perú (2 casos), Uruguay (9 casos), Cuba (1) y la República Bolivariana de Venezuela (332 casos) (5).

En Colombia, según el más reciente boletín epidemiológico publicado por el Instituto Nacional de Salud, hasta la semana epide-

miológica 28 de 2019 han ingresado 2.991 casos sospechosos, se han descartado 2.295 casos, permanecen en estudio 532 y se han confirmado 164. De los 164 casos confirmados en 2019, el 30 % (53) es importado; el 59 % (97) corresponde a casos relacionados con la importación, así: 36 en personas procedentes de Venezuela y 61 en colombianos; para los casos restantes, el 9 % (14) se encuentran con fuente de infección en investigación: cinco de transmisión en personas que proceden de Venezuela y nueve en colombianos (6).

## 5. Monitoreo de poliomielitis

La OMS declaró la poliomielitis como una emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) en mayo de 2014, debido a las preocupaciones sobre el aumento de la circulación y la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014 y a la fecha continúa la alerta.

Desde el 1 de enero hasta el 18 de junio de 2019, se han notificado 32 casos de poliovirus salvaje en dos países endémicos: Pakistán (24) y Afganistán (8), mientras en el mismo período en 2018, se presentaron 12 casos: Afganistán (8) y Pakistán (4).

En cuanto a poliovirus derivado de la vacuna cVDPV hasta el 29 de mayo de 2019, se han notificado 32 casos de cVDPV2: Nigeria (12), China (1), Angola (3), República del Congo (11), Somalia (3), Etiopía (1) y Níger (1) (7).

## 6. Actualización de difteria en las Américas

La OPS, en la actualización del 3 de julio de 2019, informa que en 2019 solo dos países han notificado casos de difteria: Haití y Venezuela (8).

En Haití, entre la semana epidemiológica (SE) 32 de 2014 y la SE 22 de 2019 se notificaron 852 casos probables, incluidas 108 defunciones; de estos, 276 casos fueron confirmados (267 por laboratorio y 9 por nexo epidemiológico). En relación con los casos confirmados en 2019, las mayores tasas de incidencia se observan en los grupos de 6 a 14 años y de 1 a 5 años, con un caso fatal registrado en un menor de 5 años.

En Venezuela, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo y hasta la SE 25 de 2019 se han notificado 2.897 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1.040 en 2017, 1.208 en 2018 y 324 en 2019), de los cuales fueron confirmados 1.721 (571 por laboratorio y 1.151 por criterio clínico o nexo epidemiológico). Se registraron 286 defunciones (17 en 2016, 103 en 2017, 151 en 2018 y 15 en 2019). En 2019, la tasa de letalidad más alta se observa en el grupo de edad de 5 a 9 años (7 %), seguida por el grupo de 10 a 15 años (4 %).

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza [actualizado 9 de julio de 2019; citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/11-july-2019-ebola-drc/es/>
2. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). [Internet]. Estocolmo, Suecia. [Actualizado 12 de julio de 2019; citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-7-13-july-2019-week-28>
3. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). [Internet]. Estocolmo, Suecia. [Actualizado 12 de julio de 2019; citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/communicable-disease-threats-report-7-july-2019.pdf>
4. Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). [Internet]. Estocolmo, Suecia. [Actualizado 13 de julio de 2019; citado 04 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/monthly-measles-and-rubella-monitoring-report-july-2019>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Internet]. Washington, Estados Unidos. [Actualizado 13 de julio de 2019; citado 04 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=measles-bulletin-8&alias=49500-measles-rubella-weekly-bulletin-28-13-july-2019&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=measles-bulletin-8&alias=49500-measles-rubella-weekly-bulletin-28-13-july-2019&Itemid=270&lang=en)
6. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Bogotá, Colombia. [Actualizado 13 de julio de 2019; citado 04 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2028.pdf>
7. Iniciativa de erradicación mundial de la poliomielitis [Internet]. Ginebra, Suiza [actualizado 19 de junio de 2019; citado 25 de julio de 2019]. Disponible en: [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/06/Weekly\\_GPEI\\_Polio\\_Analysis-es-20190618.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/06/Weekly_GPEI_Polio_Analysis-es-20190618.pdf)
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Internet]. Washington, Estados Unidos. [Actualizado 3 de julio de 2019; citado 04 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=2019-3&alias=49261-3-de-julio-de-2019-difteria-alerta-epidemiologica&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=2019-3&alias=49261-3-de-julio-de-2019-difteria-alerta-epidemiologica&Itemid=270&lang=es)

**Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores  
en Bogotá con corte a periodo 7 de 2019  
(Periodo epidemiológico 7, del 16 de junio al 13 de julio de 2019. Información preliminar)**

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento		
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo				
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	809	117	284	45	1246	182	1775	241	223	27	233	33	4570	645	
Bajo peso al nacer	110	142	15	42	7	220	24	397	55	73	5	40	6	914	112	
Cáncer de mama y cuello uterino	155	88	8	42	6	199	33	235	31	37	8	54	4	655	90	
Cáncer en menores de 18 años	115	10	0	2	0	16	0	11	0	3	0	1	0	43	0	
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	
Chikungunya	217	6	1	2	0	5	0	11	0	2	0	1	0	27	1	
Defectos congénitos	215	45	8	21	4	33	3	121	13	11	5	12	1	243	34	
Dengue	210	85	9	28	6	114	14	156	26	26	5	25	2	434	62	
Dengue grave	220	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	46	3	20	4	97	11	186	35	10	0	15	2	374	55	
Endometritis puerperal **	351	9	0	15	0	11	1	33	1	1	0	37	1	106	3	
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	90	9	2	0	16	4	86	3	5	0	4	0	203	16	
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Enfermedades huérfanas-raras	342	174	15	49	3	193	24	287	36	39	4	73	7	815	89	
Evento adverso seguido a la vacunación	298	4	1	0	0	2	0	10	0	0	0	1	0	17	1	
Exposición a flúor	228	31	4	2	0	5	0	41	1	0	0	5	1	84	6	

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engaivá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Hepatitis A	330	16	1	16	2	24	0	25	3	6	2	14	1	101	9
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	29	3	20	2	35	5	54	7	9	0	18	0	165	17
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	48	2	59	6	3	0	35	1	6	1	77	5	228	15
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	9	1	0	0	5	1	7	2	0	0	3	0	24	4
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	28	0	45	3	14	2	21	0	8	0	76	1	192	6
Intento de suicidio	356	4	2	1	0	4	0	5	0	0	0	1	0	15	2
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	136	17	64	11	205	27	334	36	59	6	54	8	852	105
Leishmaniasis cutánea	420	4	0	0	0	13	0	6	0	1	0	0	0	24	0
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0
Leptospirosis	455	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lesiones de causa externa	453	1	0	0	0	6	0	6	0	2	0	3	1	18	1
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	2	2	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	6	2
Malaria	465	11	0	5	0	14	1	12	1	3	0	4	0	49	2
Meningitis	535	8	0	1	0	6	1	7	0	1	0	0	0	23	1
Morbilidad materna extrema	549	150	18	53	5	232	34	456	65	37	6	41	5	969	133
Mortalidad materna, datos básicos	551	3	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	8	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	31	4	10	4	51	5	95	15	6	0	8	2	201	30
Parotiditis	620	259	37	78	14	317	33	507	60	70	12	68	5	1299	161
Sarampión	730	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Sífilis congénita	740	1	1	0	0	6	2	18	3	1	0	0	0	26	6

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engaivá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Sífilis gestacional	750	17	1	0	0	29	6	56	9	7	0	0	0	109	16
Tosferina	800	2	0	1	0	4	0	6	1	0	0	1	0	14	1
Tuberculosis (todas las formas/farmacoresistente)	813	39	4	7	3	72	3	91	8	15	2	7	2	231	22
Varicela individual	831	356	60	75	10	632	69	1371	159	191	14	101	19	2726	331
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	4	0	4	0	1	0	0	0	9	0
VIH/sida/mortalidad por sida	850	148	16	163	29	278	39	386	53	83	17	84	13	1142	167
Zika	895	4	0	0	0	2	0	4	0	1	1	0	0	11	1
<b>Total por localidad</b>		<b>2838</b>	<b>359</b>	<b>1095</b>	<b>164</b>	<b>4112</b>	<b>523</b>	<b>6833</b>	<b>867</b>	<b>940</b>	<b>115</b>	<b>1025</b>	<b>118</b>	<b>16843</b>	<b>2146</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	272	38	782	103	142	21	143	30	58	11	741	93	2138	296
Bajo peso al nacer	110	52	2	134	14	28	5	27	4	7	0	139	17	387	42
Cáncer de mama y cuello uterino	155	47	2	89	16	31	2	31	5	5	0	96	13	299	38
Cáncer en menores de 18 años	115	4	0	13	0	3	0	0	0	0	0	16	1	36	1
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente														Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe					
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe		
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Chikungunya	217	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0		
Defectos congénitos	215	20	0	34	5	14	2	7	1	2	0	51	13	128	21		
Dengue	210	16	1	31	1	13	2	16	2	6	1	48	7	130	14		
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	39	10	106	15	19	2	18	2	2	0	113	12	297	41		
Endometritis puerperal **	351	0	0	15	0	15	1	0	0	0	0	5	0	35	1		
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	8	0	1	0	3	0	0	0	1	0	13	0		
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	5	0	7	0	2	0	5	0	2	0	20	0	41	0		
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Enfermedades huérfanas-raras	342	25	3	36	2	23	5	16	2	9	1	57	6	166	19		
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	0	7	0		
Exposición a flúor	228	44	6	190	31	26	5	25	2	19	1	132	24	436	69		
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Hepatitis A	330	6	0	10	2	3	0	1	0	0	0	7	2	27	4		
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	9	2	21	3	6	1	1	0	0	0	21	3	58	9		
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	5	0	40	5	98	7	28	3	0	0	18	1	189	16		
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	5	0	8	0	1	0	0	0	0	0	2	0	16	0		
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	0	0	28	1	33	1	2	0	0	0	16	1	79	3		
Intento de suicidio	356	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	1	6	1		
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	32	4	86	9	27	6	18	4	3	0	76	8	242	31		



Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Centro Oriente												Total por evento	
		03 - Santa Fe		04 - San Cristóbal		14 - Los Mártires		15 - Antonio Nariño		17 - La Candelaria		18 - Rafael Uribe Uribe			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Leishmaniasis cutánea	420	1	0	3	0	1	0	3	0	0	0	1	0	9	0
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lesiones de causa externa	453	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Malaria	465	6	0	7	1	5	0	3	0	2	2	14	0	37	3
Meningitis	535	4	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Morbilidad materna extrema	549	78	12	160	26	47	1	33	5	11	1	203	30	532	75
Mortalidad materna, datos básicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	16	4	30	4	6	0	5	2	6	0	35	6	98	16
Parotiditis	620	44	4	112	13	46	6	44	3	10	0	170	10	426	36
Sarampión	730	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	7	0
Sífilis congénita	740	5	2	9	3	7	0	1	1	1	0	3	2	26	8
Sífilis gestacional	750	24	4	37	7	20	5	11	3	3	0	47	6	142	25
Tosferina	800	1	0	4	0	2	0	0	0	0	0	3	0	10	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacoresistente)	813	32	3	43	5	24	1	13	2	6	0	67	8	185	19
Varicela individual	831	109	11	360	62	61	6	67	11	10	3	484	44	1091	137
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0	9	2
VIH/sida/mortalidad por sida	850	80	10	116	18	57	10	34	2	10	5	112	14	409	59
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total por localidad</b>		<b>986</b>	<b>120</b>	<b>2517</b>	<b>346</b>	<b>751</b>	<b>88</b>	<b>558</b>	<b>84</b>	<b>172</b>	<b>25</b>	<b>2710</b>	<b>322</b>	<b>7694</b>	<b>985</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Suroccidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1013	137	1382	187	469	63	395	67	3259	454
Bajo peso al nacer	110	256	35	353	41	82	8	64	12	755	96
Cáncer de mama y cuello uterino	155	90	14	215	19	82	16	55	1	442	50
Cáncer en menores de 18 años	115	13	0	23	1	6	1	7	1	49	3
Chagas agudo	205	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Chagas crónico	205	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Chikungunya	217	3	1	4	1	3	0	0	0	10	2
Defectos congénitos	215	74	14	111	19	21	3	27	3	233	39
Dengue	210	76	8	136	24	50	8	36	5	298	45
Dengue grave	220	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	254	32	253	33	61	5	37	3	605	73
Endometritis puerperal **	351	2	0	12	0	2	0	0	0	16	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	11	0	26	1	10	0	2	1	49	2
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	95	14	186	25	98	8	72	5	451	52
Evento adverso seguido a la vacunación	298	2	0	2	0	1	0	1	0	6	0
Exposición a flúor	228	269	58	198	68	47	8	51	12	565	146
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Hepatitis A	330	8	0	18	0	10	0	3	0	39	0
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	15	3	37	4	7	0	17	2	76	9
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	62	4	0	0	0	0	62	4
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	2	0	8	2	1	0	2	0	13	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	3	0	13	1	2	0	0	0	18	1

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Suroccidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Intento de suicidio	356	2	0	2	1	0	0	4	2	8	3
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	98	12	216	23	108	16	80	9	502	60
Leishmaniasis cutánea	420	3	0	7	0	0	0	15	0	25	0
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lesiones de causa externa	453	8	1	3	0	1	0	9	4	21	5
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	0	0	4	0	1	1	0	0	5	1
Malaria	465	13	1	19	1	12	2	1	0	45	4
Meningitis	535	7	0	8	0	4	0	1	0	20	0
Morbilidad materna extrema	549	318	52	463	59	115	15	79	18	975	144
Mortalidad materna, datos básicos	551	3	0	1	1	1	0	1	0	6	1
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	49	7	100	11	20	4	14	3	183	25
Parotiditis	620	265	37	450	56	187	15	108	12	1010	120
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Sífilis congénita	740	15	7	20	3	3	1	3	3	41	14
Sífilis gestacional	750	44	6	90	11	19	4	15	3	168	24
Tosferina	800	5	0	1	0	0	0	0	0	6	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	39	6	77	7	28	4	31	4	175	21
Varicela individual	831	557	87	1065	118	271	30	171	23	2064	258
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	6	1	4	1	1	0	1	0	12	2
VIH/sida/mortalidad por sida	850	206	26	353	49	93	12	80	14	732	101
Zika	895	1	0	5	0	2	1	0	0	8	1
<b>Total por localidad</b>		<b>3826</b>	<b>559</b>	<b>5926</b>	<b>771</b>	<b>1818</b>	<b>225</b>	<b>1387</b>	<b>207</b>	<b>12957</b>	<b>1762</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	600	80	254	27	1071	171	4	1	1929	279
Bajo peso al nacer	110	150	24	72	6	306	37	1	0	529	67
Cáncer de mama y cuello uterino	155	49	4	50	3	123	18	0	0	222	25
Cáncer en menores de 18 años	115	15	0	4	1	21	0	0	0	40	1
Chagas agudo	205	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Chagas crónico	205	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Chikungunya	217	1	0	1	0	2	0	0	0	4	0
Defectos congénitos	215	54	10	22	3	102	9	0	0	178	22
Dengue	210	33	2	21	4	61	6	1	0	116	12
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	123	18	40	3	262	43	1	0	426	64
Endometritis puerperal **	351	0	0	0	0	18	0	0	0	18	0
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	1	0	2	0	1	1	0	0	4	1
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	17	0	11	0	22	0	0	0	50	0
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	39	3	28	4	66	8	3	0	136	15
Evento adverso seguido a la vacunación	298	3	0	1	0	1	0	0	0	5	0
Exposición a flúor	228	64	9	30	5	212	29	2	0	308	43
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	2	0	2	0	4	1	0	0	8	1
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	14	2	9	2	21	4	0	0	44	8
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	23	0	6	1	0	0	29	1
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	2	0	1	0	2	0	0	0	5	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	0	0	1	0	8	0	0	0	9	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Intento de suicidio	356	3	1	2	0	1	1	0	0	6	2
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	65	4	23	4	114	15	0	0	202	23
Leishmaniasis cutánea	420	4	0	2	0	10	0	0	0	16	0
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lesiones de causa externa	453	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	1	0	2	1	2	0	0	0	5	1
Malaria	465	8	1	4	1	11	2	0	0	23	4
Meningitis	535	2	0	0	0	1	1	0	0	3	1
Morbilidad materna extrema	549	166	25	93	18	307	50	1	0	567	93
Mortalidad materna, datos básicos	551	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	42	4	16	3	62	7	0	0	120	14
Parotiditis	620	159	28	122	12	219	33	2	0	502	73
Sarampión	730	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Sífilis congénita	740	7	1	2	0	19	3	0	0	28	4
Sífilis gestacional	750	42	6	18	2	87	9	0	0	147	17
Tosferina	800	2	0	2	0	4	0	0	0	8	0
Tuberculosis (todas las formas/farmacorresistente)	813	27	5	19	2	52	14	0	0	98	21
Varicela individual	831	311	44	186	12	496	60	3	0	996	116
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	4	0	1	0	6	1	0	0	11	1
VIH/sida/mortalidad por sida	850	104	10	56	13	169	26	2	0	331	49
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total por localidad</b>		<b>2117</b>	<b>281</b>	<b>1122</b>	<b>126</b>	<b>3859</b>	<b>551</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>7118</b>	<b>959</b>

Eventos SIVIGILA	Código INS	Total Redes								21 - Fuera de Bogotá		22 - Sin dato		Total por evento	
		Red Norte		Red Centro Oriente		Red Suroccidente		Red Sur							
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	0	0	1	0	0	0	7	1	8	0	16	1
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	4570	645	2138	296	3259	454	1929	279	804	130	539	80	13239	1884
Bajo peso al nacer	110	914	112	387	42	755	96	529	67	452	66	13	2	3050	385
Cáncer de mama y cuello uterino	155	655	90	299	38	442	50	222	25	227	23	27	6	1872	232
Cáncer en menores de 18 años	115	43	0	36	1	49	3	40	1	122	8	2	0	292	13
Chagas agudo	205	2	1	0	0	4	0	2	0	2	0	0	0	10	1
Chagas crónico	205	2	1	0	0	4	0	2	0	2	0	0	0	10	1
Chikungunya	217	27	1	3	0	10	2	4	0	9	1	0	0	53	4
Defectos congénitos	215	243	34	128	21	233	39	178	22	213	19	14	1	1009	136
Dengue	210	434	62	130	14	298	45	116	12	355	50	30	1	1363	184
Dengue grave	220	2	1	0	0	2	0	0	0	8	0	1	0	13	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	374	55	297	41	605	73	426	64	165	23	34	9	1901	265
Endometritis puerperal **	351	106	3	35	1	16	0	18	0	1	0	0	0	176	4
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	605	3	0	13	0	3	0	4	1	2	0	1	0	26	1
Enfermedad similar a influenza, infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	203	16	41	0	49	2	50	0	36	2	3	0	382	20
Enfermedades de origen priónico	295	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	815	89	166	19	451	52	136	15	404	55	745	111	2717	341
Evento adverso seguido a la vacunación	298	17	1	7	0	6	0	5	0	1	0	0	0	36	1
Exposición a flúor	228	84	6	436	69	565	146	308	43	114	23	7	1	1514	288
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Hepatitis A	330	101	9	27	4	39	0	8	1	23	2	2	0	200	16

Eventos SIVIGILA	Código INS	Total Redes								21 - Fuera de Bogotá		22 - Sin dato		Total por evento	
		Red Norte		Red Centro Oriente		Red Suroccidente		Red Sur							
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	165	17	58	9	76	9	44	8	38	7	2	1	383	51
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	228	15	189	16	62	4	29	1	4	0	0	0	512	36
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	24	4	16	0	13	2	5	0	13	2	1	0	72	8
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico-quirúrgico **	352	192	6	79	3	18	1	9	0	3	0	0	0	301	10
Intento de suicidio	356	15	2	6	1	8	3	6	2	6	1	154	96	195	105
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	852	105	242	31	502	60	202	23	129	18	39	4	1966	241
Leishmaniasis cutánea	420	24	0	9	0	25	0	16	0	31	0	14	0	119	0
Leishmaniasis mucosa	430	1	0	0	0	2	0	1	1	2	0	1	0	7	1
Leishmaniasis visceral	440	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	4	0	0	0	1	0	2	0	4	1	0	0	11	1
Leptospirosis	455	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Lesiones de causa externa	453	18	1	3	0	21	5	4	0	6	2	5	1	57	9
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	452	6	2	2	0	5	1	5	1	11	1	10	2	39	7
Malaria	465	49	2	37	3	45	4	23	4	57	4	16	1	227	18
Meningitis	535	23	1	8	0	20	0	3	1	18	0	2	1	74	3
Morbilidad materna extrema	549	969	133	532	75	975	144	567	93	685	89	19	3	3747	537
Mortalidad materna, datos básicos	551	8	0	2	0	6	1	1	0	6	1	1	0	24	2
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	201	30	98	16	183	25	120	14	176	20	10	0	788	105
Parotiditis	620	1299	161	426	36	1010	120	502	73	209	22	19	2	3465	414
Sarampión	730	3	0	7	0	2	0	1	0	0	0	0	0	13	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Total Redes								21 - Fuera de Bogotá		22 - Sin dato		Total por evento	
		Red Norte		Red Centro Oriente		Red Suroccidente		Red Sur							
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Sífilis congénita	740	26	6	26	8	41	14	28	4	23	10	0	0	144	42
Sífilis gestacional	750	109	16	142	25	168	24	147	17	53	11	3	1	622	94
Tosferina	800	14	1	10	0	6	0	8	0	3	0	0	0	41	1
Tuberculosis (todas las formas/farmaco-resistente)	813	231	22	185	19	175	21	98	21	179	17	8	1	876	101
Varicela individual	831	2726	331	1091	137	2064	258	996	116	394	42	55	1	7326	885
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, IRA y desnutrición	591	9	0	9	2	12	2	11	1	6	0	1	0	48	5
VIH/sida/mortalidad por sida	850	1142	167	409	59	732	101	331	49	297	49	30	5	2941	430
Zika	895	11	1	0	0	8	1	0	0	4	0	1	0	24	2
<b>Total</b>		<b>16843</b>	<b>2146</b>	<b>7694</b>	<b>985</b>	<b>12957</b>	<b>1762</b>	<b>7118</b>	<b>959</b>	<b>5304</b>	<b>700</b>	<b>1817</b>	<b>330</b>	<b>51908</b>	<b>6886</b>

\*ac - acumulado (del 30 de diciembre de 2018 al 13 de julio de 2019)

\*pe - periodo (del 16 de junio al 13 de julio de 2019)

\*\*Eventos reportados según localidad de notificación.

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2018 - 2020

Información preliminar 2019

NOTA: Por la dinámica del análisis de la información, los casos pueden presentar procesos de ajuste y clasificación

Elaborado: Ing. Rubén Rodríguez, epidemiólogo SIVIGILA

No se presentaron casos para los siguientes eventos: Carbunco, cólera, difteria, Ébola, encefalitis del Nilo Occidental en humanos, encefalitis Equina del Este en humanos, encefalitis Equina del Oeste en humanos, encefalitis Equina Venezolana en humanos, fiebre amarilla, mortalidad por dengue, parálisis flácida aguda (menores de 15 años), peste (bubónica/neumónica), rabia animal en perros y gatos, rabia humana, rubéola, síndrome rubéola congénita, tétanos accidental, tétanos neonatal, tífus endémico transmitido por pulgas, tífus epidémico transmitido por piojos, vigilancia de la rabia por laboratorio, vigilancia en salud pública de las violencias de género.



