

BED

Boletín Epidemiológico Distrital



ISSN 0123 - 8590 - ISSN: 2954- 6567 (En línea). Volumen 22, número 2 de 2025



Factores clínicos y sociodemográficos asociados a la coinfección Virus de Inmunodeficiencia Humana – Tuberculosis del 2018 al 2023 Bogotá, Colombia

4

Editorial

5

Artículo central

17

Noticia epidemiológica

19

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

23

Comportamiento de eventos a nivel Distrital



SECRETARÍA DE
SALUD



Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

Coordinación general del documento**Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

María Belén Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Comité editorial

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Libia Janet Ramírez Garzón

Diane Moyano Romero

Luz Mery Vargas Gómez

Sandra Liliana Gómez Bautista

Leonardo Salas Zapata

Gestora editorial

Claudia Angelica Rodríguez Sánchez

Reporte de eventos de interés en Salud Pública

Rubén Darío Rodríguez Camargo

Oficina Asesora de Comunicaciones**Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones**

Estefanía Fajardo De la Espriella

Corrección de estilo

Adriana Helena Carrillo Monsalve

Líder equipo de diseño

Ana Gabriel Rodríguez Salamanca

Diseño y diagramación

Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada

Secretaría Distrital de Salud

ISSN 0123 - 8590

ISSN: 2954- 6567 (En línea)

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: (601) 364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	4
Factores clínicos y sociodemográficos asociados a la coinfección Virus de Inmunodeficiencia Humana – Tuberculosis del 2018 al 2023 Bogotá, Colombia	5
Tos ferina, enfermedad respiratoria que aún sigue entre nosotros	17
Información sobre emergencias en salud de interés internacional – ESPII. Corte a febrero del 2025	19
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en Bogotá, con corte a periodo 2 de 2025	23

Editorial

La coinfección entre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis (TB) constituye un evento de alto interés en salud pública dada su contribución a la carga de enfermedad prevenible y su asociación con condiciones estructurales de vulnerabilidad social. Más allá de la interacción biológica entre ambos agentes infecciosos, la coinfección VIH–TB refleja brechas persistentes en el acceso oportuno a los servicios de salud, en la continuidad de la atención y en la capacidad de respuesta integral del sistema sanitario.

El análisis comparado con otras grandes ciudades latinoamericanas de tamaño y complejidad similares — como São Paulo, Ciudad de México, Lima y Buenos Aires—, muestra que Bogotá presenta una prevalencia de coinfección VIH–TB de nivel intermedio y superior al promedio nacional. La evidencia disponible indica que la coinfección se concentra principalmente en poblaciones expuestas a pobreza, segregación urbana, movilidad poblacional y exclusión social, lo que plantea desafíos importantes para su prevención, detección temprana y control. Estas condiciones demandan intervenciones diferenciadas y focalizadas, tanto en escenarios convencionales como no convencionales, con énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

A pesar de la complejidad del abordaje, el Distrito Capital cuenta con sistemas de vigilancia en salud pública consolidados y modelos de atención orientados por la atención primaria, lo que representa una oportunidad para fortalecer la respuesta programática y operativa frente a la coinfección VIH–TB. La consolidación de las rutas integrales de atención con un enfoque ampliado que incorpore otras condiciones clínicas relevantes y determinantes sociales —como la diabetes mellitus— constituye una estrategia clave para mejorar los resultados en salud.

En este contexto, el fortalecimiento de la capacidad analítica del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el desarrollo de estudios como el presentado en el artículo central de este número del Boletín Epidemiológico Distrital permiten aprovechar el valor estratégico de la información para la toma de decisiones. Los estudios de corte transversal aportan a la descripción de la magnitud, distribución y características de la coinfección, así como a la identificación de asociaciones con variables clínicas y sociodemográficas. No obstante, sus limitaciones para el análisis causal hacen necesario complementarlos con otros diseños epidemiológicos.

En síntesis, la coinfección VIH–TB debe abordarse no solo como un evento clínico, sino como un indicador de inequidades sociales y retos estructurales del sistema de salud. Su control requiere decisiones basadas en evidencia, integración programática e intervenciones intersectoriales orientadas a reducir brechas, fortalecer la detección temprana y optimizar la respuesta integral de salud pública en Bogotá, D. C.

Factores clínicos y sociodemográficos asociados a la coinfección Virus de Inmunodeficiencia Humana – Tuberculosis del 2018 al 2023 Bogotá, Colombia

Autoras:

Lina María Pineda¹,
Andrea Paola Villamizar Monroy².

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la coinfección virus de inmunodeficiencia humana (VIH) - tuberculosis (TB) en la población de Bogotá durante el periodo comprendido entre el 2018 y el 2023.

Se realizó un estudio observacional transversal analítico, en una población de 23 221 personas que viven con VIH, reportadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA de Bogotá, Colombia, entre el 2018 y el 2023.

La coinfección VIH-TB se identificó en el 3,2 % (n=749) de la población con VIH durante el periodo de estudio. El análisis mediante regresión logística identificó varios factores asociados a la coinfección con significancia estadística: población de los momentos del curso de vida adultez y vejez; personas de los estratos socioeconómicos 1 y 2, población indígena y personas privadas de la libertad. También se encontraron asociaciones con la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo modalidades del régimen especial, subsidiado y no afiliado. Es particularmente relevante la notificación de pacientes en el sistema de vigilancia epidemiológica durante hospitalización, así como aquellos que presentaban comorbilidades relacionadas con el sistema digestivo.

Conclusiones: La coinfección VIH-TB se asocia a factores de vulnerabilidad social. Es fundamental

priorizar la detección temprana y el manejo oportuno de la coinfección VIH-TB, dado que un diagnóstico tardío contribuye a complicaciones severas en la salud de los pacientes. Las comorbilidades diferentes a TB agravan la situación de estos pacientes, lo que genera la necesidad de enfoques integrales para la atención.

Palabras Clave: Coinfección TB/VIH, Factores asociados.

1. Introducción

La coinfección entre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis (TB) constituye un desafío significativo para la salud pública, especialmente en regiones con alta carga de ambas enfermedades, debido a su impacto en la morbilidad y mortalidad, reconociendo que para el desarrollo de dicho evento confluyen diversas condiciones dependientes no únicamente de los servicios de salud sino de las condiciones sociales, culturales y económicas en las cuales se encuentra una comunidad. El VIH incrementa el riesgo de reactivación de infección tuberculosa latente y acelera la progresión de la enfermedad debido al aumento de la carga viral y la disminución de la población de linfocitos CD4, afectando la presentación clínica y evolución de la TB; por otra parte, la TB acelera la progresión de la infección de VIH a SIDA, agravando el pronóstico de los pacientes infectados por VIH (1,2). La disminución de células T CD4 asociada a la infección por VIH desempeña un papel importante en el aumento del riesgo de TB en personas infectadas por VIH (3), siendo clave esta información para actuar de forma contundente en el manejo preventivo de esta coinfección.

De acuerdo con la información del último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2020 se estimó que 787 000 personas con TB estaban coinfectadas con VIH (9 %); en las Región de las Américas se notificaron 29 000 casos nuevos de TB en personas con VIH (10 %); 27 000 muertes por TB de las cuales el 29 % ocurrieron en personas con VIH (3). Con relación a la mortalidad, se presenta un aumento en el número de personas que fallecieron por TB en 2020 en todos los niveles: mundial, regional y nacional, situación afectada de manera importante por la pandemia de COVID-19 y las condiciones

1. Secretaría Distrital de Salud, <https://orcid.org/0000-0003-0771-851X>
2. Secretaría Distrital de Salud, <https://orcid.org/0000-0003-3601-9638>

de acceso oportuno a servicios de salud, acceso a tratamientos, y condiciones sociales que se vieron perjudicadas en este periodo, revirtiendo así, años de progreso en la prestación de servicios esenciales (4).

Desde las acciones de salud pública, la intervención a dichas enfermedades por lo general se aborda desde frentes independientes, con una atención fragmentada que da lugar a resultados subóptimos. Sin embargo, se reconoce que de forma efectiva el trabajo coordinado entre los programas de TB y de VIH para la integración del cuidado y tratamiento de ambas infecciones es una estrategia que mejora el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes que conviven con ambas enfermedades (1).

Hay estudios sobre factores de riesgo sociodemográficos y clínicos asociados a la coinfección VIH-TB en la ciudad de Bogotá que hacen referencia a poblaciones específicas que han recibido manejo en instituciones de salud, sin embargo, no se evidencian estudios que incluyan la totalidad de los casos identificados y notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), el cual corresponde a un sistema nacional colombiano encargado del registro, análisis y seguimiento de eventos de interés en salud pública, entre ellos, el VIH y la TB. Esta limitación destaca la necesidad de realizar un análisis más integral que permita caracterizar a los pacientes con coinfección VIH-TB notificados en Bogotá durante el periodo 2018-2023, e identificar los principales factores sociodemográficos, clínicos y de acceso a servicios de salud asociados a esta condición, a partir de los datos oficiales registrados en dicho sistema.

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional transversal analítico, en una población de 23 221 personas que viven con VIH, reportadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA de Bogotá, Colombia durante el periodo 2018-2023.

El estudio se realizó utilizando como fuente de información los registros de Bogotá en SIVIGILA. Se incluyeron los registros de la población con reporte de ficha de notificación VIH / SIDA código INS 850 y población con reporte de ficha de notificación

Tuberculosis código INS 813 coinfección VIH, se excluyeron los casos por duplicidad en la notificación y los casos que no cumplen con criterios de calidad de los datos respecto a coherencia y completitud.

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos del estudio, se revisó la calidad de la información suministrada, evaluando aspectos como completitud, exactitud, consistencia y coherencia, seguido de un proceso de depuración de datos. Para el análisis estadístico se estimó la prevalencia y se realizaron análisis univariado, bivariado y multivariado. En el análisis univariado se caracterizaron los factores de riesgo sociodemográficos y clínicos cualitativos mediante el uso de frecuencias y proporciones, mientras que las comorbilidades se agruparon por sistemas. En el análisis bivariado se calcularon estadísticas, incluyendo la prueba de chi-cuadrado, estableciendo significancia estadística con un valor de $p < 0,05$. Además, se estimó la magnitud de la asociación mediante el cálculo del odds ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95 %. En los casos con muestras inferiores a cinco se utilizó la prueba exacta de Fisher para asegurar la validez de los resultados.

Para el análisis multivariado, se consideraron las variables identificadas como factores de riesgo en el análisis bivariado, así como aquellas basadas en la plausibilidad biológica, respaldadas por la revisión de la literatura científica.

Se utilizó regresión logística binaria para el análisis. En la fase exploratoria se empleó el método de entrada Intro para incluir todas las variables en el modelo; posteriormente se realizó una regresión logística utilizando el método de eliminación hacia atrás con el criterio de Wald, realizando la selección de variables por bloques para optimizar el modelo y determinar los factores de riesgo más significativos. La medida de asociación utilizada fue el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95 %. Los análisis se realizaron con SPSS v 27 y hoja de cálculo Excel.

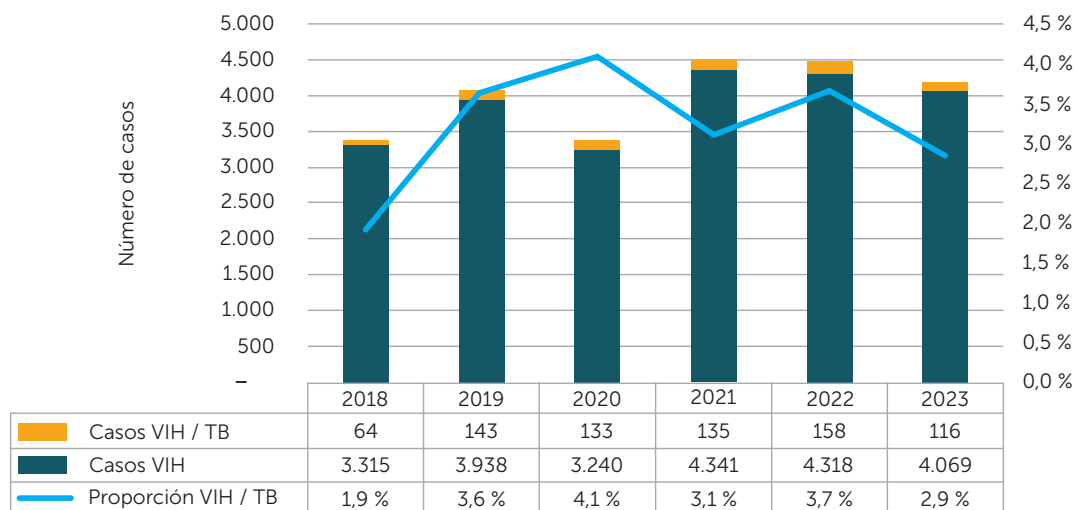
El protocolo de la investigación se presentó ante el Comité Curricular de la Fundación Área Andina para su revisión metodológica, así como ante el Comité de Ética de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para obtener el permiso y uso de la base de datos.

3. Resultados

El estudio se realizó con 23 221 registros de casos únicos, cada uno correspondiente a una persona distinta notificada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por infección por VIH en la ciudad de Bogotá, Colombia. La coinfección VIH/TB afectó

al 3,2 % (n=749) de la población con VIH, siendo la proporción más alta observada en el año 2020 con un 4,1 % (n=133), y la más baja en el año 2018 con un 1,9 % (n=64) (Figura 1). Las tasas de coinfección VIH/TB fueron fluctuantes, presentándose la más alta en 2022 (2,00 por 100 000 habitantes), mientras que la más baja se dio en 2018 (0,86 por 100 000 habitantes).

Figura 1. Proporción de casos de VIH y Coinfección VIH /TB. 2018 a 2023, Bogotá – Colombia



Fuente: Base de datos SIVIGILA / SDS Subdirección Vigilancia Epidemiología Programa VIH.

Entre la población con coinfección VIH/TB: el 83,4 % (n=625) eran hombres; en términos de los momentos de curso vida, el 76,1 % (n=570) corresponde a la adultez, el 16,7 % (n=125) pertenecía a la juventud y el 7,1 % (n=53) a la vejez; referente al estrato socioeconómico el 93,7 % (n=702) de la población se ubicó en los estratos 1, 2 y 3: hay una mayor proporción de casos de coinfección VIH/TB en los estratos 1 y 2 con proporciones del 27,6 % y 47,70 % respectivamente; la población asegurada (régimen contributivo y régimen subsidiado) representa el 74,6 % (n=559), la no asegurada el 20,8 % (n=156). La población migrante que presenta coinfección VIH/TB representa el 19 % (n=141), siendo mayor que la que vive con VIH y no tiene coinfección con TB. Finalmente, el 4,0 % (n=30) corresponde a población de régimen especial y de excepción. En cuanto a poblaciones vulnerables la población predominante fue el grupo migrante con 17 % (n=3,945), se identificó que hay una proporción mayor en el grupo VIH/TB en población privada de la libertad, con discapacidad y en condición de desplazamiento. No se encontraron

casos entre la población gestante o desmovilizada dentro del grupo VIH/TB (Tabla 1, ver página 8).

En cuanto a la atención médica, se observó que el servicio de hospitalización generó notificación del 75,5 % (n=566) de los casos de VIH/TB, los restantes fueron notificados por otros servicios como consulta externa.

Se llevó a cabo una clasificación de las comorbilidades por sistemas, identificando que en la población con VIH/SIDA las comorbilidades más representadas se encuentran en el sistema digestivo, con un 1,69 % (n=393), seguido por las relacionadas con el sistema nervioso, con un 1,25 % (n=291). En la población con VIH/TB se observa el mismo patrón, pero con una mayor representación estadística: las asociadas a condiciones en el sistema digestivo alcanzan un 7,61 % (n=57), seguidas a las asociadas con comorbilidades en el sistema nervioso con un 6,41 % (n=48) (Tabla 2, ver página 9).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población VIH/TB. 2018-2023, Bogotá – Colombia

Variable		Coinfección VIH /TB (n=749)			
		Recuento	Acumulado	%	% acumulado
Sexo	Mujer	124	124	16,60 %	16,60 %
	Hombre	625	749	83,40 %	100,00 %
Momento de curso de vida	Primera infancia	-	-	0,00 %	0,00 %
	Infancia	-	-	0,00 %	0,00 %
	Adolescencia	1	1	0,10 %	0,10 %
	Juventud	125	126	16,70 %	16,80 %
	Adultez	570	696	76,10 %	92,90 %
	Vejez	53	749	7,10 %	100,00 %
Pertenencia étnica	Indígena	9	9	1,20 %	1,20 %
	Rrom	3	12	0,40 %	1,60 %
	Raizal	-	12	0,00 %	1,60 %
	Palenquero	-	12	0,00 %	1,60 %
	Negro /afro	9	21	1,20 %	2,80%
	No etnia	728	749	97,20%	100,00%
Estrato	1	207	207	27,60%	27,60 %
	2	357	564	47,70 %	75,30 %
	3	138	702	18,40 %	93,70 %
	4	20	722	2,70 %	96,40 %
	5	2	724	0,30 %	96,70 %
	6	3	727	0,40 %	97,10 %
	SD	22	749	2,90 %	100,00 %
Afiliación a la seguridad social	Contributivo	302	302	40,30 %	40,30 %
	Subsidiado	257	559	34,30 %	74,60 %
	No asegurado	156	715	20,80 %	95,50 %
	Excepción	16	731	2,10 %	97,60 %
	Especial	14	745	1,90 %	99,50 %
	SD	4	749	0,50 %	100 %
Población vulnerable	Migrante	141	141	19 %	19 %
	Gestante	0	141	0 %	19 %
	Población privada de la libertad	16	157	2 %	21 %
	Desplazado	6	163	1 %	22 %
	Victima conflicto armado	1	164	0 %	22 %
	Discapacidad	5	169	1 %	23 %
	Desmovilizado	0	169	0 %	23 %
	Ninguno	580	749	77 %	100 %

Fuente: Base de datos SDS - Subdirección Vigilancia Epidemiología Programa VIH /SIVIGILA.

Tabla 2. Clasificación de comorbilidades asociadas a VIH y VIH/TB por sistemas. 2018-2023, Bogotá – Colombia

Comorbilidades por sistemas	VIH (n= 23 221)		Coinfección VIH /TB (n= 749)	
	Recuento	%	Recuento	%
DIGESTIVO - Candidiasis esofágica - Isosporidiasis - Criptosporidiasis - Histoplasmosis diseminada - Hepatitis B - Hepatitis C	393	1,69	57	7,61
NERVIOSO - Encefalopatía por VIH - Leucoencefalopatía multifocal - Toxoplasmosis cerebral - Criptococosis extrapulmonar - Meningitis - Herpes Zoster	291	1,25	48	6,41
RESPIRATORIO - Coccidioidomicosis - Neumonía por pneumocystis - Neumonía recurrente - Histoplasmosis	295	1,27	41	5,47
TEGUMENTARIO - Sarcoma de Kaposi	91	0,40	10	1,34
LINFATICO - Linfoma de Burkitt - Linfoma inmunoblástico	48	0,21	1	0,13
VISUAL - Retinitis por citomegalovirus	17	0,07	1	0,13
CIRCULATORIO -Septicemia recurrente por Salmonella	6	0,03	1	0,13

Fuente: Base de datos SIVIGILA / SDS Subdirección Vigilancia Epidemiología Programa VIH.

El análisis bivariado (Tabla 3) reveló asociaciones significativas estadísticamente entre la coinfección VIH/TB y variables demográficas y socioeconómicas. Las mujeres tenían un 69 % más de probabilidad de coinfección en comparación con los hombres (ORc = 1,69; IC 95 %: 1,39 – 2,06; $p < 0,001$). En el momento de vida adultez y vejez mostraron probabilidades significativamente mayores de coinfección (ORc = 2,02; IC 95 %: 1,70 – 2,39; $p < 0,001$) y (ORc = 2,61; IC 95 %: 1,95 – 3,48; $p < 0,001$), respectivamente. También se observaron asociaciones en grupos étnicos con indígenas (ORc 2,90; IC 95 %: 1,46 – 5,76; $p = 0,002$) y afrodescendiente (ORc= 2,17; C 95 %: 1,10 – 4,29; $p = 0,022$), así como a los estratos socioeconómicos 1 (ORc = 2,42; IC 95 %: 2,05 – 2,86; $p < 0,001$) y 2 (ORc = 1,30; IC 95 %: 1,12– 1,50; $p = < 0,001$). En cuanto al régimen de aseguramiento, se observó asociación en quienes se encuentran en el régimen especial (ORc = 3,83; IC 95 %: 2,19 – 6,72; $p < 0,001$), subsidiado (ORc = 2,43; IC 95 %: 2,08 – 2,84; $p < 0,001$) y quienes no se encuentran asegurados en el sistema de seguridad social (ORc = 1,80; IC 95 %: 1,50 – 2,15; $p < 0,001$),

el régimen contributivo se presenta como un factor protector probabilidad (ORc = 0,33; IC 95 %: 0,28– 0,38; $p < 0,001$).

Respecto a grupos vulnerables se evidenció asociación en la población privada de la libertad (ORc = 5,07; IC 95 %: 2,96 – 8,62; $p < 0,001$), población con discapacidad y desplazada (ORc = 2,64; IC 95 %: 1,05 – 6,58; $p < 0,037$) y (ORc = 2,47; IC 95 %: 1,07 – 5,68; $p = 0,02$) respectivamente.

La notificación desde el servicio de hospitalización se presenta como un factor de riesgo asociado a la coinfección (ORc = 16,62; IC 95 %: 14,02 – 19,70; $p < 0,001$).

En relación con la clasificación de las comorbilidades por sistemas, se identificó asociación de las patologías del sistema nervioso (ORc = 5,21; IC 95 %: 3,81 – 7,14; $p < 0,001$), del sistema respiratorio (ORc = 4,35; IC 95 %: 3,11 – 6,08; $p < 0,001$), del sistema digestivo (ORc= 4,62; IC 95 %: 3,47 – 6,17; $p < 0,001$) y el tegumentario (ORc = 3,32; IC 95 %: 1,72 – 6,42; $p = 0,02$). (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado de factores sociodemográficos y clínicos en la coinfección VIH /TB

		COINFECCIÓN		Total	X	P	ORc	Límite inferior	Límite superior
		SI	NO						
Sexo	Mujer	124	2.357	2.481	27,63	< 0,001	1,69	1,39	2,06
	Hombre	625	20.115	20.740					
Adolescencia	SI	1	209	210	5,13	0,02*	0,14	0,02	1,02
	NO	748	22.263	23.011					
Juventud	SI	125	7.846	7.971	106,8	< 0,001	0,37	0,31	0,45
	NO	624	14.626	15.250					
Adultez	SI	570	13.761	14.331	67,79	< 0,001	2,02	1,7	2,39
	NO	179	8.711	8.890					
Vejez	SI	53	638	691	45,07	< 0,001	2,61	1,95	3,48
	NO	696	21.834	22.530					
Indígena	SI	9	94	103	10,071	0,002	2,9	1,46	5,76
	NO	740	22378	23118					
Rrom	SI	3	107	110	0,088	0,524*	0,84	0,27	2,65
	NO	746	22365	23111					
Afrodescendiente	SI	9	125	134	5,262	0,022	2,17	1,1	4,29
	NO	740	22347	23087					
Estrato 1	SI	207	3.004	3.211	116,07	< 0,001	2,42	2,05	2,86
	NO	520	18.263	18.783					
Estrato 2	SI	357	9.266	9.623	8,75	< 0,001	1,3	1,12	1,5
	NO	392	13.206	12.371					

		COINFECCIÓN		Total	X	P	ORc	Límite inferior	Límite superior
		SI	NO						
Estrato 3	SI	138	7.224	7.362	12,34	< 0,001	0,48	0,4	0,58
	NO	611	15.248	15.859					
Estrato 4	SI	20	1.380	1.400	15,41	< 0,001	0,41	0,27	0,65
	NO	729	21.092	21.821					
Estrato 5	SI	2	254	256	4,95	0,01*	0,23	0,58	0,94
	NO	747	22.218	22.965					
Estrato 6	SI	3	139	142	0,36	0,63*	0,65	0,21	2,03
	NO	746	22.333	23.079					
Contributivo	SI	302	15.063	15.365	231	< 0,001	0,33	0,28	0,38
	NO	447	7.409	7.856					
Especial	SI	14	111	125	25,6	< 0,001	3,83	2,19	6,72
	NO	735	22.361	23.096					
Excepción	SI	16	343	359	1,71	0,18	1,4	0,84	2,33
	NO	733	22.129	22.862					
No asegurado	SI	156	2.862	3.018	41,9	< 0,001	1,8	1,5	2,15
	NO	593	19.610	20.203					
Subsidiado	SI	257	3.965	4.222	134	< 0,001	2,43	2,08	2,84
	NO	492	18.507	18.999					
Privación de la libertad	SI	16	96	112	46,89	< 0,001	5,07	2,96	8,62
	NO	733	22.290	23.023					
Discapacidad	SI	5	57	62	6,69	0,037*	2,64	1,05	6,58
	NO	744	22.356	23.100					
Desplazada	SI	6	73	79	7,77	0,02*	2,47	1,07	5,68
	NO	743	22.311	23.054					
Migrante	SI	141	3.804	3.945	3,29	0,19	1,14	0,94	1,36
	NO	608	18.623	19.231					
Víctima de la violencia	SI	1	35	36	1,69	0,43*	0,86	0,18	6,23
	NO	748	22.387	23.135					
Paciente hospitalizado	SI	566	3.493	4.059	1803,11	<0,001	16,62	14,02	19,7
	NO	185	18.979	19.164					
S. Respiratorio	SI	41	295	336	88	<0,001	4,35	3,11	6,08
	NO	708	22.175	22.883					
S. Digestivo	SI	57	393	450	131,03	<0,001	4,62	3,47	6,17
	NO	692	22.019	22.711					
S. Nervioso	SI	48	291	339	121,75	<0,001	5,21	3,81	7,14
	NO	701	22.181	22.882					
S. Linfático	SI	1	48	49	0,221	0,528*	0,62	0,86	4,53
	NO	748	22.424	23.172					
S. Circulatorio	SI	1	6	7	2,74	0,205*	5	0,603	42,6
	NO	748	22.466	23.214					
S. Visual	SI	1	17	18	0,313	0,446*	1,77	0,235	13,28
	NO	748	22.455	23.203					
S. Tegumentario	SI	10	91	101	14,48	0,02	3,32	1,725	6,42
	NO	739	22.381	23.120					

Fuente: Base de datos SIVIGILA / SDS Subdirección Vigilancia Epidemiología Programa VIH; Sistema de información SPSS; Nota: IC:95%,

*Se estima valor p con Fisher. ORc= Odds ratio crudo

Se realizó una regresión binaria logística con las variables significativas del análisis bivariado. Los resultados de la prueba de ómnibus indicaron un valor de 1384,20 ($p < 0,001$), y los coeficientes de

determinación R^2 de Cox y Snell y Nagelkerke fueron 0,060 y 0,241 respectivamente, indicando que el modelo explica aproximadamente el 24,1 % de la variabilidad de la variable dependiente (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis multivariado de factores asociados a la coinfección VIH/TB

	B	Wald	Sig.	OR Ajustado	95 % I.C para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Adulthood (Si)	0,695	44,056	<0,001	2,003	1,632	2,460
Vejez (Si)	0,767	17,952	<0,001	2,153	1,510	3,070
Estrato 1 (Si)	0,504	17,953	<0,001	1,656	1,311	2,091
Estrato 2 (Si)	0,310	9,838	0,002	1,364	1,123	1,655
Indígena (Si)	1,124	6,690	0,010	3,077	1,313	7,212
Población privada de la libertad (Si)	1,112	10,821	<0,001	3,040	1,567	5,896
SGSSS Especial (Si)	1,243	12,048	<0,001	3,466	1,718	6,992
SGSSS Subsidiado (Si)	0,512	21,099	<0,001	1,668	1,341	2,075
SGSSS No afiliado (Si)	0,423	19,323	<0,001	1,527	1,264	1,844
Paciente hospitalizado (Si)	2,529	743,272	<0,001	12,539	10,455	15,039
Comorbilidades S. Digestivo (Si)	0,420	6,943	0,008	1,522	1,114	2,080
Sexo (F)	-0,103	0,910	0,340	0,902	0,730	1,115
Desplazado (Si)	0,712	1,908	0,167	2,038	0,742	5,595
Discapacidad (Si)	0,076	0,024	0,878	1,079	0,409	2,845
Comorbilidades S. Respiratorio (Si)	-0,052	0,082	0,775	0,950	0,667	1,353
Comorbilidades S. Nervioso (Si)	0,210	1,540	0,215	1,234	0,885	1,720
Comorbilidades S. Tegumentario (Si)	-0,025	0,005	0,943	0,975	0,492	1,933

Fuente: Base de datos SDS - Subdirección Vigilancia Epidemiología. Programa VIH /SIVIGILA/ Sistema de información SPSS; OR ajustado.

El modelo determinó como factores asociados a la coinfección VIH/TB los siguientes: población por ciclo vital adultez (OR=2,00; $p<0,001$; IC 95 % 1,63 – 2,46) y en ciclo vejez (OR=2,15; $p<0,001$; IC 95 % 1,51 – 3,07); población de estratos socioeconómicos 1 y 2 (OR=1,65; $p<0,001$; IC 95 % 1,31 – 2,091) y (OR=1,36; $p=0,002$; IC 95 % 1,12 – 1,65) respectivamente; población indígena y privada de la libertad (OR=3,077; $p<0,010$; IC 95 % 1,31 – 7,21) y (OR=3,04; $p<0,001$; IC 95 % 1,56 – 5,89) respectivamente; población con régimen de afiliación al SGSS especial, subsidiado y no afiliado (OR=3,46; $p<0,001$; IC 95 % 1,71 – 6,99), (OR=1,66; $p<0,001$; IC 95 % 1,34 – 2,07) y (OR=1,52; $p<0,001$; IC 95 % 1,26 – 1,84); paciente con notificación en hospitalización (OR=12,53; $p<0,001$; IC 95 % 10,45 – 15,03) y comorbilidades relacionadas con el sistema digestivo (OR=1,52; $p=0,008$; IC 95 % 1,11 – 2,08).

Para las variables sexo, población desplazada, con discapacidad, con comorbilidades del sistema respiratorio, nervioso y tegumentario no se presenta OR con ajustes significativos.

4. Discusión

Para el periodo de estudio la coinfección VIH/TB afectó al 3,2 % de los casos de personas con diagnóstico de VIH, información que se contrasta con los datos obtenidos en informe de la Cuenta de Alto Costo para Colombia de la vigencia 2023, donde se observa una discrepancia a nivel nacional -donde la prevalencia de coinfección es del 6,37 %- (5), teniendo en cuenta que el número de casos a nivel distrital es menor que el total de casos de VIH a nivel nacional.

Con relación a la tasa de coinfección se establece que fue más alta en el año 2020 (4,1 %) respecto a la más baja que fue en el año 2018 (1,9 %); dichas fluctuaciones están relacionadas con el impacto de la pandemia por COVID-19 en cuanto a la capacidad de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y del VIH en los servicios de salud la cual fue limitada con relación al cierre parcial y la limitación de la movilidad de las personas en los momentos de confinamiento. La disminución en la proporción de coinfección en 2023 puede indicar una recuperación en la asistencia a los servicios de salud tras la pandemia;

este aspecto también se refleja en un estudio realizado sobre los efectos de la COVID-19 en la calidad de atención en Colombia, donde se destacó que la prestación de servicios se vio afectada en todas sus dimensiones durante las distintas fases de la pandemia, especialmente en la población con enfermedades crónicas (6).

Frente a los factores de riesgo asociados con la coinfección VIH/TB, desde el análisis multivariado se observa una relación significativa desde el punto de vista sociodemográfico con la población en las etapas adulta y de vejez con mayor prevalencia entre RQA 28-46 años. En este contexto, un estudio realizado por Ashila-Faza y colaboradores reveló que la mayor prevalencia de coinfección se encuentra en el grupo etario de 25 a 49 años, que corresponde a la etapa de vida productiva (7); en contraposición, para el autor Espinoza-Chiong en el estudio realizado en Perú el rango de edad entre 26 y 56 años representa un factor protector, sugiriendo que la coinfección es más prevalente en pacientes jóvenes, lo cual se relacionó con las conductas de riesgo para la salud de esta población, en las que se incluye el consumo de drogas ilegales (8).

Los estratos 1 y 2 son los de más bajos niveles socioeconómicos y agrupan a personas con menos recursos. Estos individuos tienen una mayor probabilidad de enfrentar dificultades en el acceso a recursos financieros, educativos, sociales y de salud en comparación con los estratos medios y altos. Los estudios de Souza Neves y Bastos en Brasil muestran una correlación entre el perfil social de las epidemias de VIH/SIDA y tuberculosis (TB) y los individuos con menor nivel educativo y menor ingreso económico (9,10). Otro factor de riesgo asociado es la población indígena, la cual enfrenta desafíos en términos de acceso a servicios de salud, lo que puede afectar su vulnerabilidad a enfermedades infecciosas; la coinfección de VIH/TB en estas comunidades puede experimentar una carga desproporcionada debido a factores como el aislamiento geográfico, la falta de recursos adecuados y barreras culturales en la atención médica. En el Informe de Tuberculosis 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se destaca la elevada prevalencia de estas enfermedades en la población indígena, subrayando la necesidad de intervenciones específicas para abordar estas disparidades. En el informe de TB 2021 de esta

misma entidad se enfatiza, igualmente, la prevalencia en la población indígena (11).

Otro grupo de población vulnerable identificado como factor de riesgo corresponde a la población privada de la libertad, la cual se encuentran condiciones de hacinamiento y ventilación inadecuada, lo que facilita la transmisión de TB, sumado a las limitaciones de acceso a los servicios de salud para la detección precoz, el tratamiento oportuno e interrupciones de tratamientos con antirretrovirales o a los tratamientos de TB. Estudios realizados en países como Brasil, Colombia y Paraguay, así como en Pekín, reflejan cómo estas condiciones sociales afectan a la población privada de libertad, exacerbando su vulnerabilidad y aumentando el riesgo de desarrollo de enfermedades infectocontagiosas; en particular, se observa un incremento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y otras infecciones de contacto directo (12–14).

Frente al aseguramiento al SGSSS se identifica a las poblaciones del régimen subsidiado, del régimen especial y la población no asegurada como factores de riesgo asociados a la coinfección VIH/TB; respecto al régimen subsidiado, aunque se proporciona cobertura básica, se han identificado barreras de acceso relacionadas con la provisión tardía en servicios de medicina especializada, disponibilidad e interrupción de medicamentos esenciales, problemas de comunicación y trámites para recibir la atención en salud; la población no asegurada enfrenta mayores dificultades para acceder a servicios de salud, sumado a las condiciones económicas de bajos ingresos y a las barreras para recibir atención médica, contribuyendo a un manejo deficiente de sus condiciones de salud.

El estudio realizado en Colombia por Piedrahita muestra cómo se han identificado barreras económicas y administrativas que restringen el acceso a los servicios de salud en poblaciones pobres y vulnerables, estas barreras se manifiestan en demoras en la obtención de medicamentos y en la dispensación incompleta de los mismos, lo que obliga a las personas a asumir gastos adicionales generando el abandono en el tratamiento (15). La oportunidad en el diagnóstico es fundamental para garantizar un manejo adecuado y eficaz de la coinfección VIH-TB. En este estudio se observó

un factor de riesgo particularmente relevante: la alta proporción de casos diagnosticados durante la hospitalización. En total, el 75,5 % de las personas con coinfección recibió su diagnóstico inicial en una fase avanzada de la enfermedad, momento en el que el sistema inmunológico se encuentra gravemente comprometido y muchos pacientes ya se encuentran en estadio SIDA, incrementando de manera significativa el riesgo de infecciones oportunistas como la tuberculosis.

Este hallazgo sugiere que una proporción considerable de los pacientes accede al sistema de salud en etapas tardías, lo que coincide con el patrón de diagnóstico retrasado tanto para VIH como para TB. Esta situación no solo incrementa el riesgo de mortalidad —especialmente atribuible a TB—, sino que también evidencia brechas persistentes en el acceso oportuno a los servicios de salud. Por lo anterior, la detección temprana y el inicio precoz del tratamiento resultan cruciales para prevenir la progresión a fases avanzadas y mejorar los resultados en salud a largo plazo. Este comportamiento es coherente con lo reportado por Girardi y colaboradores, quienes encontraron que más del 50% de los casos de TB fueron diagnosticados al momento de la primera consulta por VIH (16).

El presente estudio reveló que, al analizar otras comorbilidades asociadas a la coinfección VIH-TB, las patologías del sistema digestivo presentan una relación estadísticamente significativa con esta coinfección; las complicaciones gastrointestinales afectan notablemente la progresión tanto del VIH como de la TB, agravando la disfunción inmunológica y facilitando la aparición de infecciones oportunistas. Baum y Tamargo señalan que el compromiso nutricional es una de las complicaciones más comunes en las infecciones por VIH y TB, existiendo una relación directamente proporcional entre la inmunidad, la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, en función del estado nutricional del individuo (17).

La coinfección VIH-TB se asocia a factores sociodemográficos como edad, estrato socioeconómico y etnicidad. Se destaca la vulnerabilidad de la población indígena y de las personas privadas de la libertad, quienes enfrentan barreras estructurales que limitan su acceso a servicios de salud. Además, el régimen

de aseguramiento también se asocia a la coinfección, revelando que las poblaciones en condiciones de pobreza y exclusión tienen mayores dificultades para recibir atención adecuada.

De tal manera, se evidencia la necesidad de implementar políticas de salud pública orientadas a reducir las disparidades en el acceso a los servicios de salud y mejorar la atención de los grupos más vulnerables, lo que requiere fortalecer el tamizaje bidireccional sistemático de TB en personas con VIH y de VIH en personas con TB en todos los niveles de atención, acompañado de estrategias de búsqueda activa comunitaria, especialmente en zonas de alta vulnerabilidad social, y de mecanismos que optimicen la trazabilidad y el seguimiento clínico mediante sistemas de alertas tempranas.

Estas medidas deben complementarse con la implementación de políticas de salud intercultural que respondan a las necesidades específicas de comunidades indígenas y otros grupos étnicos, asegurando que las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento se adapten a sus contextos socioculturales y territoriales. Es importante reconocer que en muchos de estos grupos persisten bajos niveles de conocimiento sobre las implicaciones del VIH y la TB, así como resistencias al abordaje del personal de salud, lo que dificulta la aceptación de las intervenciones, por ello se requieren estrategias que fortalezcan la educación comunitaria, la comunicación participativa y la construcción de confianza con los equipos de salud, de modo que las acciones programáticas puedan implementarse de manera efectiva y culturalmente pertinente.

Finalmente, se recomienda consolidar rutas integradas de atención VIH-TB de obligatorio cumplimiento para las EPS y las IPS, con el fin de asegurar continuidad terapéutica, disponibilidad oportuna de medicamentos y acciones coordinadas entre los programas de VIH y TB, incluyendo la atención hacia la población privada de la libertad, donde la vulnerabilidad es especialmente marcada.

Las limitaciones del proyecto se deben a la escasez de datos sobre la población estudiada, lo que afecta la robustez de los análisis. Esto resulta en odds ratios ajustados con intervalos de confianza amplios, generando incertidumbre en la interpretación de los resultados.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington D. C.; 2017.
2. Úriz J, Repáraz J, Castiello J, Sola J. Tuberculosis in patients with HIV infection. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(2):131–42. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s2/original9.pdf>
3. OPS, OMS. Coinfección TB/VIH en las Américas [Internet]. 2022. Disponible en: www.paho.org/es/temas/tuberculosis.
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2022 [Internet]. Geneva; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>.
5. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH en Colombia 2023; Bogotá, D. C. 2024. [Internet]. [citado el 24 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2024/07/final-vih-2023-2.pdf>.
6. Gutiérrez-Toro CJ, Noreña-Herrera C. Efectos de la COVID-19 en la calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia: Revisión de literatura. *Univ Salud*. 2024 May 7;26(2):D16–27. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.242602.323>
7. Ashila-Faza H, pudy-Asmarawati T, Bakhtiar A. Demographic and Clinical Risk Factors for Tuberculosis Co-Infection in HIV patients: A Literature Review. *Int J Res Pub*. 2023 Dec 1;139(1). DOI: 10.47119/IJRP10013911220235836
8. Espinoza-Chiong C, Quiñones-Laveriano D, Llanos-Tejada F, Patrón-Ordóñez G, Cárdenas M MC. Factores asociados a la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en un hospital peruano. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2021;40(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000400003.
9. de Souza-Neves LA, Castrighini C de C, Reis RK, Canini SRM da S, Gir E. Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/

IV. Enfermería Global. 2018 Mar 27;17(2):1–29. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>.

10. Bastos SH, Taminato M, Fernandes H, Figueiredo TMRM de, Nichiata LYI, Hino P. Sociodemographic and health profile of TB/HIV co-infection in Brazil: a systematic review. *Rev Bras Enferm*. 2019 Oct;72(5):1389–96. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0285.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Evento Tuberculosis 2021 [Internet]. Colombia; 2021 [citado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamiento-tuberculosis-2020.pdf>
12. Lopera-Medina MM, Hernández-Pacheco J. Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. Una revisión sistemática de la literatura. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2020 Mar 30;19:1–26.
13. Gómez-Vasco JD, Candelo C, Victoria S, Luna L, Pacheco R, Ferro BE. Vulnerabilidad social, un blanco fatal de la coinfección tuberculosis-VIH en Cali. *Infectio*. 2021 Apr 11;25(4):207. Disponible en: <https://doi.org/10.22354/in.v25i4.953>.
14. Qiu B, Wu Z, Tao B, Li Z, Song H, Tian D, et al. Risk factors for types of recurrent tuberculosis (reactivation versus reinfection): A global systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 2022 Mar;116:14–20. DOI: 10.1016/j.ijid.2021.12.344.
15. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2020 Jul 1;25(2):29–38. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>.
16. Girardi E, Caro-Vega Y, Cozzi-Lepri A, Musaazi J, Carriquiry G, Castelnuovo B, Gori A, Manabe YC, Gotuzzo JE, D'arminio Monforte A, Crabtree-Ramírez B, Mussini C. The contribution of late HIV diagnosis on the occurrence of HIV-associated tuberculosis. *AIDS*. 2022 Nov 15;36(14):2005–13. DOI: 10.1097/QAD.0000000000003321.
17. Baum MK, Tamargo JA, Wanke C. Nutrition in HIV and Tuberculosis. In: *Nutrition and Infectious Diseases*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 243–81. DOI:10.1007/978-3-030-56913-6_9.

Tos ferina, enfermedad respiratoria que aún sigue entre nosotros

Autoras:

Jenny Jazmín Sánchez Madrigal¹,
Diane Moyano².

La tos ferina es una enfermedad altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis* que afecta principalmente al sistema respiratorio. Inicialmente los síntomas se asemejan a los de un resfriado común, como secreción nasal, fiebre baja y estornudos. No obstante, tras una o dos semanas, suelen desarrollarse ataques intensos de tos que pueden causar vómitos, dificultad para respirar y agotamiento, siendo más severos en lactantes y niños menores de 5 años. Los adolescentes y adultos también pueden contraer la enfermedad y actuar como transmisores, representando un riesgo para los más pequeños. La vacunación y la detección oportuna son fundamentales para prevenir y controlar la propagación (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que entre 2010 y 2019 se registraron aproximadamente 170 000 casos anuales de tos ferina a nivel mundial, con una notable disminución durante la pandemia de COVID-19. En la Región de las Américas desde 2012, cuando los casos de tos ferina alcanzaron los 72 328, se presentó una disminución anual progresiva en el número de casos reportados, cayendo a 3 283 en 2022. Sin embargo, en 2024 los casos aumentaron en varios países, incluidos Brasil, México, Perú y Estados Unidos. (2)

Ante el incremento de casos el 22 de julio de 2024 la OPS emitió una alerta epidemiológica, resaltando el aumento de casos de tos ferina a nivel global que fue vinculado a un descenso en las coberturas de vacunación durante la pandemia de COVID-19 y otros fenómenos como la migración. (3)

En 2024 Colombia reportó al Sistema de Salud Pública (Sivigila) 1 475 casos que cumplían los

criterios para tos ferina. De éstos se confirmaron 63, lo que representa una incidencia en de 0,12 casos por cada 100 000 habitantes. Esta cifra representa un aumento respecto a 2023, en el que se confirmaron 54 casos con una incidencia de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes. (1)

En Bogotá para el 2024 se notificaron 505 casos probables de tos ferina, con 11 confirmados y una incidencia de 0,14 casos por 100 000 habitantes, con aumento en comparación con el 2023, donde se confirmaron 2 casos con una la tasa de 0,03 casos por 100 000 habitantes.

Los niños menores de 1 año son los más afectados, con una tasa de 12,31 casos por cada 100 000 niños (n=9 casos reportados). En comparación con el 2023 se observó un aumento significativo en varias localidades, destacando Santa Fe con una tasa de 73,5, seguida de Antonio Nariño (48,45), Barrios Unidos (45,64), Ciudad Bolívar (27,60), Suba (20,29) y Usaquén (16,34).

En el 55 % de los casos el paciente no contaba con esquema de vacunación para la edad, incluyendo dos casos menores de dos meses que debieron haber recibido protección a través de la vacuna Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) administrada a sus madres durante la semana 26 de gestación.

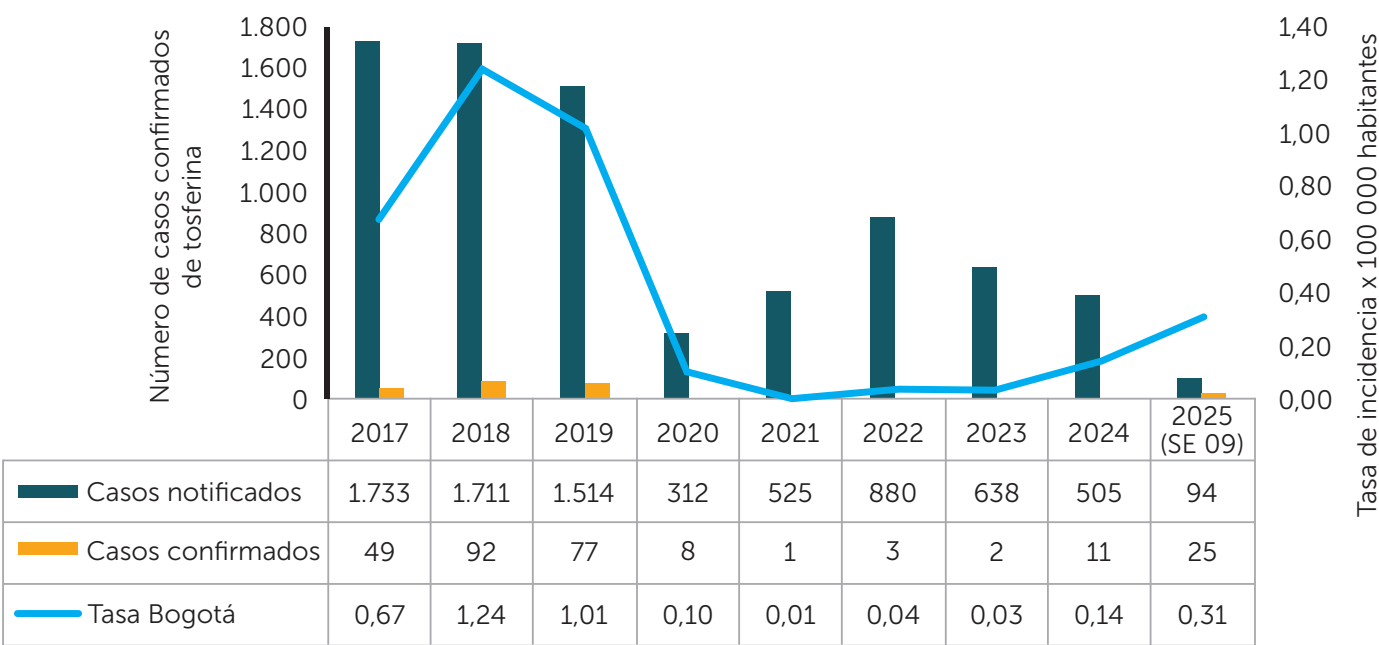
Para el 2025 entre las semanas epidemiológicas 1 a 9 se han reportado 94 casos probables de tos ferina, lo que representa un aumento del 100 %, en comparación con el mismo período epidemiológico de 2024, cuando se notificaron 47 casos probables. De estos casos se han confirmado 25, mientras que en el mismo período del año pasado no se registraron casos confirmados. De los casos confirmados se presentaron 18 en menores de 5 años, 2 casos en niños de entre 5 y 14 años y 5 en adultos.

Por localidad de residencia en Bogotá, los casos confirmados se han presentado en San Cristóbal (5 casos), Usme, Engativá y Ciudad Bolívar (cada una con 4 casos), Suba y Rafael Uribe Uribe (cada una con 2 casos), Bosa, Kennedy, Fontibón y Teusaquillo (cada una con 1 caso). Para el mismo periodo no se han presentado mortalidades. En cuanto a grupos poblacionales se han presentado 3 casos (12 %) en población migrante.

1. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

2. Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva, SDS.

Grafica 1. Comportamiento de los casos notificados por semana epidemiológica para tos ferina en Bogotá D. C., 2017 – 2024 y SE 09 de 2025



Fuente: Sivigila, evento 800, 2017 -2024; 2025 (SE09)

La tos ferina continua en la comunidad y la vacunación es la principal estrategia para hacerle frente, por lo cual la SDS avanza en:

- Fortalecer la vacunación Tdap en gestantes, especialmente en la semana 26 de gestación, como estrategia clave para la protección de neonatos.
- Aumentar las coberturas de vacunación en menores de 1 año mediante seguimiento nominal, estrategias extramurales y actividades de búsqueda activa en las localidades con mayores brechas.
- Reforzar la capacitación del personal de salud para el diagnóstico clínico y de laboratorio, especialmente en niveles primarios de atención, para mejorar la clasificación y confirmación de casos.
- Implementar campañas de comunicación dirigidas a padres, cuidadores y mujeres embarazadas sobre la importancia de la vacunación y los signos de alarma de la tos ferina.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal, Semana 2, 2025. Instituto Nacional de Salud; 2025 [consultado 2025 Feb 28]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/2025-boletin-epidemiologico-semana-2.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Ante el aumento global de casos de tos ferina, la OPS insta a reforzar la vigilancia y aumentar la vacunación en las Américas. OPS; 2024 Jul 24 [consultado 2025 Feb 28]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-7-2024-ante-aumento-global-casos-tos-ferina-ops-insta-reforzar-vigilancia-aumentar>
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Tos Ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 22 de julio del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024

Información sobre emergencias en salud de interés internacional – ESPII. Corte a febrero del 2025

Autora:

Jenny Mora¹ .

Alerta Epidemiológica por Sarampión en la Región de las Américas

En datos publicados el 28 de febrero por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señala que hasta el 1 de febrero de 2025 se habían notificado 7 633 casos sospechosos de sarampión en 54 Estados Miembros, de los cuales 3 098 (40,6 %) fueron confirmados. Los datos del 2024 reportan 664 144 casos sospechosos en 184 Estados Miembros, con 334 144 (50,3 %) confirmados.

En la Región de las Américas para el 2025, con corte de 28 de febrero, se reportaron 268 casos confirmados, incluyendo una defunción: Argentina con cuatro casos confirmados en Buenos Aires, incluyendo dos niñas sin antecedentes de vacunación y dos adultos con vacunación completa; Canadá con 66 casos confirmados por laboratorio y 30 por vínculo epidemiológico, principalmente en Ontario y Quebec, la mayoría de los casos no estaban vacunados; Estados Unidos con 164 casos confirmados en nueve estados, con un fallecido en Texas, la mayoría de los casos no estaban vacunados, y México con cuatro casos confirmados en Oaxaca y Chihuahua, con uno importado y tres en estudio. Esto representa un aumento de 4,5 veces en comparación con el mismo periodo en 2024.

Para el año 2024 se notificaron 17 887 casos sospechosos con 464 confirmados distribuidos en: Argentina (n= 14), Bermuda (n= 2), Bolivia (n= 3), Brasil (n= 4), Canadá (n= 146), los Estados Unidos (n= 284), las Islas Turcas y Caicos (n= 2), México (n= 7) y Perú (n= 2). La mayoría de los casos confirmados se presentaron en personas de 10-19 años (27 %), 1-4 años (25 %) y 20-29 años (23 %).

1. Equipo Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud hacen énfasis en que es crucial fortalecer la vigilancia y respuesta rápida a esta enfermedad, así como alcanzar coberturas de vacunación ≥ 95 % con dos dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP). La preocupación radica en que el riesgo de brote se incrementa dado el aumento de los casos de sarampión a nivel mundial, aunado a factores como la baja cobertura de las primera y segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1 y SRP2). (1)

Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas

Durante el 2024 se notificaron 16 239 casos confirmados de Oropouche, incluidas cuatro defunciones, en once países y un territorio de la Región de las Américas. En el 2025, hasta el 1 de febrero se notificaron 3 765 casos confirmados en seis países de la Región de las Américas: Brasil (n= 3 678), Canadá (n= 1 caso importado), Cuba (n= 4), Guyana (n= 1), Panamá (n= 79) y Perú (n= 2).

En Brasil para 2024 se reportaron 13 785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones (la mayoría de los casos se concentraron en la región amazónica). Hasta el 1 de febrero de 2025 se notificaron 3 678 casos en los estados de Espírito Santo, Rio de Janeiro y Minas Gerais. Colombia en 2024 notifica 74 casos confirmados en los departamentos de Amazonas, Caquetá y Meta, sin registrarse defunciones (seis casos de coinfección con dengue). Cuba en 2024 reportó 626 casos confirmados en 109 municipios de las 15 provincias del país, mientras que hasta el 1 de febrero de 2025 se notificaron cuatro casos en cuatro provincias. Panamá en 2024 confirmó 15 casos en la provincia de Coclé, y hasta el 8 de febrero de 2025 se notificaron 79 casos en la provincia de Darién. En Perú para el 2024 se reportaron 1 263 casos confirmados en nueve departamentos, sin registrarse defunciones; hasta el 1 de febrero de 2025 se notificaron dos casos en el departamento de Loreto.

En Canadá se han registrado tres casos confirmados importados (dos en 2024 y uno en 2025, con antecedentes de viaje a Cuba y Colombia); En Estados

Unidos en 2024 se reportaron 108 casos, no se han notificado casos en 2025; en Islas Caimán se reportó un caso importado en 2024, con antecedente de viaje a Cuba.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud recomiendan continuar con la vigilancia en el contexto de la circulación de otros arbovirus (dengue, chikunguña y Zika). Detectar la introducción y monitorear la dispersión del virus Oropouche; enfocar el tratamiento en aliviar los síntomas (fiebre, dolor, entre otros) y monitorear casos graves, debido a que no hay vacunas ni medicamentos antivirales específicos; implementar medidas para reducir las poblaciones de vectores (*Culicoides paraensis* y *Culex quinquefasciatus*) y prevenir picaduras. Esto incluye eliminar criaderos, usar mosquiteros y repelentes, y evitar actividades al aire libre durante los periodos de mayor actividad de los vectores. (2)

Enfermedad del virus de Marburgo – República Unida de Tanzania

Desde la declaración del brote por enfermedad de virus de Marburgo el 20 de enero de 2025 en la República de Tanzania en los distritos de Biharamulo, región de Kagera, se han confirmado dos casos e identificado ocho probables, los 10 casos han fallecido. Hasta el 10 de febrero de 2025 se habrían identificado 281 contactos que estaban bajo vigilancia y habían completado el seguimiento de 21 días.

El caso índice presunto, una mujer adulta, comenzó a presentar síntomas el 9 de diciembre y murió el 16 de diciembre de 2024. La edad media de los casos fue de 30 años (rango: 1 a 75 años) y el 70 % de los casos fueron mujeres. En total se notificaron 90 casos sospechosos entre el 20 de enero y el 10 de febrero, dando todos negativo en las pruebas de detección para el virus.

La enfermedad de Marburgo es muy virulenta, pudiendo causar enfermedad grave y es clínicamente similar a la enfermedad del Ébola. Es causada por el virus orthomarburgvirus, miembro de la familia Filoviridae (filovirus). Las personas se infectan después

de una exposición prolongada a minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros *Rousettus*, un tipo de murciélago frugívoro que puede transmitir el virus de Marburgo. La transmisión de persona a persona se da por contacto directo con fluidos corporales de personas infectadas o superficies contaminadas. Los síntomas se caracterizan por fiebre alta, dolor de cabeza, malestar general, diarrea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, y en casos graves, hemorragias. No hay tratamiento o vacuna aprobados; algunas vacunas y terapias candidatas están actualmente en investigación.

La respuesta de salud pública se ha centrado en la coordinación multisectorial —reuniones de coordinación, despliegue de equipos de respuesta rápida—, búsqueda activa de casos —rastreo de contactos, pruebas de laboratorio—, medidas de prevención y control en centros de salud, uso de equipo de protección personal —Sensibilización pública, educación sanitaria, participación comunitaria; y protocolos de entierro seguro y digno. La OMS recomienda fortalecer la vigilancia en puntos de entrada y regiones fronterizas, realizar evaluaciones de preparación en regiones de alto riesgo, y no restringir viajes o comercio con Tanzania.

Dentro de la evaluación que realiza la OMS determina que el riesgo nacional es alto, debido a la tasa de letalidad del 100 % y la transmisión nosocomial; también establece el riesgo regional como alto, por el movimiento transfronterizo de población, y el riesgo global como bajo, sin propagación internacional confirmada. (3)

Enfermedad por el virus del Sudán – Uganda

Hasta el 20 de febrero de 2025 se han confirmado nueve casos de la enfermedad del virus de Sudán en Uganda, incluyendo una muerte. Ocho de estos casos, confirmados por laboratorio, fueron tratados y dados de alta después de dos pruebas negativas. Se identificaron un total de 299 contactos, de los cuales más del 75 % han completado el seguimiento de 21 días. Actualmente 58 contactos están bajo seguimiento en instalaciones de cuarentena. Los casos se distribuyen en cuatro distritos: Jinja, Kampala,

Mbale y Wakiso. El primer caso fue un trabajador de salud que falleció el 29 de enero de 2025. Los casos secundarios fueron detectados de manera oportuna y recibieron tratamiento en hospitales designados.

La enfermedad del virus de Sudán pertenece a la misma familia de la enfermedad del virus del Ébola. Es una enfermedad grave con una alta tasa de letalidad que ha variado entre el 41 % y el 70 % en brotes anteriores. Las edades de los casos varían de 1,5 a 49 años, con un promedio de 27 años, y los hombres representan el 56 % de los casos totales. La enfermedad se caracteriza por fiebre aguda y síntomas no específicos, seguidos de náuseas, vómitos y diarrea. La transmisión ocurre por contacto directo con fluidos corporales infectados. Una persona contagiada puede desarrollar síntomas entre 2 y 21 días después de haber contraído el virus.

Desde el comienzo del brote, el 30 de enero, las autoridades sanitarias del país han implementado una respuesta de salud pública que incluye la activación de estructuras de coordinación, vigilancia y rastreo de contactos, así como el establecimiento de unidades de aislamiento y tratamiento. Además, se han realizado investigaciones para identificar la fuente del brote y se han establecido medidas de prevención y control de infecciones.

La OMS considera que el riesgo de un impacto serio en la salud pública es alto debido a la ausencia de vacunas y terapias licenciadas. Actualmente se llevan a cabo investigaciones para determinar la fuente y el alcance del brote, y se han implementado medidas de detección en puntos de entrada para reducir el riesgo de exportación de casos. Para controlar el brote la OMS recomienda el fortalecimiento de la vigilancia, el rastreo de contactos, y la participación comunitaria. También se aconseja implementar programas de apoyo para personas que se recuperan de la enfermedad y colaborar con países vecinos para armonizar los mecanismos de reporte y compartir datos críticos en tiempo real. (4)

Actualización brotes de Chikunguña (CHIKVD) y dengue en el mundo

Desde principios de 2025 y hasta el 25 de febrero se han notificado más de 30 000 casos de enfermedad

por el virus de chikunguña (CHIKVD) y 14 muertes relacionadas en 14 países y territorios de las Américas, África, Asia y Europa. Las Américas han registrado el mayor número de casos, con Brasil reportando 31 484 casos, seguido por Argentina, Bolivia y Paraguay. Fuera de las Américas, Pakistán ha notificado 201 casos, Senegal 2 casos, y en el departamento francés de ultramar de La Reunión se han registrado 1 631 casos en 22 de los 24 municipios. En Brasil también se han reportado muertes asociadas a Chikunguña.

En cuanto al dengue, desde principios de 2025 se han notificado 640 349 casos y 159 muertes en 48 países y territorios. Los países con más casos son Brasil (n= 518 017), Colombia (n=31 967), México (n= 14 587), Perú (n= 11 833), Vietnam (n= 6 945), Sri Lanka (n= 6 801), Ecuador (n= 6 607), Paraguay (n= 6 597), Guyana (n= 6 012), Nicaragua (n= 5 702), Guatemala (n= 4 439), Tailandia (n= 4 005), Bolivia (n= 2 354), Guadalupe (n= 2 220) e India (n= 1 847). La circulación del dengue se ha reportado en África, América, el Sudeste Asiático y la región del Pacífico Occidental.

En Europa continental no se han notificado casos autóctonos de dengue en 2025; sin embargo, en el archipiélago de Madeira (Portugal) se han registrado dos casos de transmisión local. En los territorios franceses de ultramar, como Guadalupe, Martinica, San Martín, San Bartolomé y la Guayana Francesa, hay casos de dengue, pero la situación varía desde epidemias avanzadas hasta niveles bajos de circulación del virus. (5)

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica - Sarampión en la Región de las Américas - 28 de febrero del 2025 [Internet]. [Consultado el 11/03/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 11 de febrero del 2025 [Internet].

[Consultado el 11/03/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025>

3. Organización Mundial de la Salud. Marburg Virus Disease–United Republic of Tanzania - 14 February 2025 [Internet]. [Consultado el 11/03/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON554>
4. Organización Mundial de la Salud. Sudan virus disease – Uganda - 21 February 2025 [Internet].

[Consultado el 11/03/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON556>

5. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report, 22 - 28 February 2025, week 9 [Internet]. [Consultado el 11/03/2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-22-28-february-2025-week-9>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ, con corte a periodo 2 de 2025, (periodo epidemiológico 2- 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	1	1	0	0	0	0	3	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	1	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	0	14	5
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	278	117	92	46	413	206	588	264	66	37	57	35	4.401	2.062
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	70	32	20	14	66	33	112	51	16	7	28	16	834	466
Cáncer en menores de 18 años	115	2	0	0	0	3	1	7	4	0	0	2	0	71	29
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	38	19	10	6	59	30	113	53	8	6	7	5	805	399
Dengue	210	56	17	16	4	71	14	139	24	8	0	18	4	852	176
Dengue Grave	220	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	17	11	4	4	39	18	56	33	7	3	6	3	504	284
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	18	11	3	0	3	2	29	13	1	1	1	1	132	60
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquén		02 - Chapinero		10 - Engativá		11 - Suba		12 - Barrios Unidos		13 - Teusaquillo			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Enfermedades huérfanas-raras	342	25	15	12	10	33	22	56	33	7	5	8	7	719	392
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	2	0	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0	21	10
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	10	5	16	13	18	9	22	17	3	2	11	1	209	119
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	34	15	8	1	4	0	10	4	7	3	8	4	120	48
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	10	1	4	3	5	1	12	4	0	0	12	3	79	27
Intento de suicidio	356	47	27	19	11	84	45	94	50	9	3	19	10	798	421
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	77	42	34	19	71	33	123	69	14	8	27	10	668	358
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	19	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Lesiones de causa externa ***	453	6	1	3	3	12	9	7	6	3	3	4	1	52	35
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	0	0	3	1	4	0	0	0	0	0	86	6
Malaria	465	2	1	0	0	4	1	4	0	0	0	1	1	53	25
Meningitis	535	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	26	11
Morbilidad Materna Extrema	549	48	30	21	11	79	41	146	83	13	2	12	6	1.040	543
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	7	6	3	2	5	3	15	6	2	1	1	1	137	72

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
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	21	9	2	2	15	7	37	19	2	0	1	0	194	96
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	12	5
Sífilis gestacional	750	4	1	2	1	7	3	15	7	0	0	0	0	154	80
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	2
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	7	5	1	1	21	12	26	12	2	1	6	5	282	138
Varicela Individual	831	49	25	9	5	47	30	103	56	10	6	12	8	668	380
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	212	132	71	38	436	238	700	388	41	19	70	41	5.820	3.261
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	41	26	31	18	60	33	99	45	14	5	20	11	862	458
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total por localidad		1.091	549	385	215	1.564	795	2.529	1.249	233	112	332	173	19.666	9.987

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	3	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	5
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	102	38	201	88	46	23	0	0	18	5	232	115	4.401	2.062
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	10	6	28	18	10	6	0	0	3	1	37	22	834	466
Cáncer en menores de 18 años	115	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	71	29
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	13	6	34	17	6	2	0	0	1	0	32	16	805	399
Dengue	210	9	0	18	3	7	2	0	0	3	0	26	3	852	176
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	6	3	42	25	9	8	0	0	2	0	24	14	504	284
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	3	1	9	3	4	1	0	0	0	0	4	2	132	60
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	12	8	25	11	8	4	0	0	2	0	23	13	719	392
Evento adverso seguido a la vacunación	298	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
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	21	10
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	2	2	3	2	2	2	0	0	2	1	7	5	209	119
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	1	0	9	5	14	7	5	2	0	0	2	2	120	48
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	8	2	3	1	0	0	0	0	4	2	79	27
Intento de suicidio	356	16	9	46	22	12	5	0	0	3	2	41	26	798	421
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	20	10	24	12	14	7	0	0	1	1	24	9	668	358
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis Cutánea	420	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	19	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	1	1	3	3
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	52	35
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	86	6
Malaria	465	1	1	3	2	1	0	0	0	0	0	1	1	53	25
Meningitis	535	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	1	26	11
Morbilidad Materna Extrema	549	24	14	47	26	17	6	0	0	2	1	40	23	1.040	543
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	0	0	7	2	1	0	0	0	0	0	2	0	137	72
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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
Parotiditis	620	1	1	11	8	0	0	0	0	0	0	12	5	194	96
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	5
Sífilis gestacional	750	5	1	9	5	7	4	0	0	1	1	5	4	154	80
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	8	2	15	7	8	5	0	0	2	2	29	11	282	138
Varicela Individual	831	16	7	28	20	10	5	0	0	4	4	30	19	668	380
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	90	53	307	180	80	47	0	0	9	4	268	165	5.820	3.261
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	35	14	20	10	32	13	0	0	4	1	36	17	862	458
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		375	176	901	470	296	153	5	2	58	23	885	479	19.666	9.987

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente Ofídico	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	0	0	2	0	0	0	0	0	14	5
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	349	179	446	206	183	71	115	64	4.401	2.062
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	49	29	85	49	31	16	24	15	834	466
Cáncer en menores de 18 años	115	7	1	3	1	1	1	1	0	71	29
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	1	0	0	0	0	0	6	2
Chagas crónico	205	0	0	1	0	0	0	0	0	6	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	51	24	74	38	29	12	19	8	805	399
Dengue	210	62	14	105	22	41	4	34	9	852	176
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	47	27	56	33	9	5	10	8	504	284
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	6	3	13	7	2	1	1	1	132	60
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	22	11	48	32	17	7	17	9	719	392
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	3	2	1	0	0	0	1	0	21	10
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	15	7	29	14	10	6	7	4	209	119
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	17	5	0	0	0	0	120	48
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	2	2	7	4	4	1	0	0	79	27
Intento de suicidio	356	75	34	115	61	25	13	23	15	798	421
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	30	17	55	34	30	20	18	10	668	358
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis Cutánea	420	1	1	1	0	0	0	3	1	19	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Leptospirosis	455	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Lesiones de causa externa ***	453	1	1	2	1	2	1	1	0	52	35
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	6	0	13	1	3	2	1	0	86	6
Malaria	465	2	2	7	6	1	1	0	0	53	25
Meningitis	535	2	1	4	2	0	0	1	1	26	11
Morbilidad Materna Extrema	549	86	43	128	65	36	20	22	14	1.040	543
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	7	4	17	12	6	4	3	0	137	72
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Parotiditis	620	10	5	22	10	9	4	6	3	194	96
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	0	0	1	1	0	0	0	0	12	5
Sífilis gestacional	750	9	5	26	18	7	3	5	3	154	80
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	18	10	15	5	6	6	30	7	282	138
Varicela Individual	831	62	49	85	38	19	11	20	11	668	380
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	630	362	858	484	199	101	151	82	5.820	3.261
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	92	55	98	62	28	14	27	11	862	458
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		1.644	888	2.337	1.212	698	324	540	276	19.666	9.987

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	3	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	1	0	0	0	0	0	0	0	14	5
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	258	154	93	48	372	185	3	2	4.401	2.062
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	20	13	14	7	29	16	1	1	834	466
Cáncer en menores de 18 años	115	1	1	1	1	1	0	0	0	71	29
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	0	0	0	6	2
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	0	0	0	6	2
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	43	20	15	7	64	37	0	0	805	399
Dengue	210	24	1	11	0	30	3	0	0	852	176
Dengue Grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	32	21	17	10	65	33	0	0	504	284
Difteria	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ébola	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	275	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	345	4	0	4	2	14	5	0	0	132	60
Enfermedades de Origen Priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	20	11	11	7	34	25	0	0	719	392
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Eventos SIVIGILA	Código INS	Red Sur								Total por evento	
		05 - Usme		06 - Tunjuelito		19 - Ciudad Bolívar		20 - Sumapaz			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Hepatitis A	330	1	1	3	1	0	0	0	0	21	10
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	5	5	4	3	11	6	0	0	209	119
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	1	0	0	0	0	0	120	48
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	1	0	5	3	0	0	79	27
Intento de suicidio	356	40	17	25	12	62	36	0	0	798	421
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	11	4	4	3	39	21	0	0	668	358
IRA Virus Nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis Cutánea	420	0	0	0	0	0	0	0	0	19	6
Leishmaniasis Mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Leishmaniasis Visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	0	0	6	5	0	0	52	35
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	5	0	2	0	8	1	0	0	86	6
Malaria	465	0	0	0	0	6	1	0	0	53	25
Meningitis	535	0	0	0	0	2	0	0	0	26	11
Morbilidad Materna Extrema	549	36	22	18	7	89	35	0	0	1.040	543
Mortalidad Materna Datos Basicos	551	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal y neonatal tardía	560	7	2	3	1	10	6	0	0	137	72
Mortalidad por Dengue	580	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	610	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	620	9	5	1	1	11	7	0	0	194	96
Peste (Bubónica / Neumónica)	630	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia animal en perros y gatos	650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia humana	670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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
Rubéola	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	740	1	0	1	1	3	0	0	0	12	5
Sífilis gestacional	750	6	3	6	2	26	9	0	0	154	80
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome rubéola congénita	720	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	6	1	6	5	13	8	0	0	282	138
Varicela Individual	831	30	17	16	10	63	33	2	2	668	380
Vigilancia de la Rabia por laboratorio	652	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género ***	875	317	191	118	62	697	374	4	3	5.820	3.261
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y Desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Viruela Símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	34	17	14	6	45	27	0	0	862	458
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		911	506	389	196	1.708	877	10	8	19.666	9.987

* ac - acumulado del 29 de diciembre de 2024 al 22 de febrero de 2025

* pe - periodo del 26 de enero de 2025 al 22 de febrero de 2025

** Eventos reportados según localidad de notificación.

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

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2025

Elaborado: Ing. Ruben Rodríguez, Epidemiólogo SIVIGILA

Información preliminar 2025

