



Morbilidad materna extrema y mortalidad materna: factores de riesgo y vulnerabilidad en gestantes, Bogotá D. C., 2024

- 4** Editorial
- 6** Artículo central
- 21** Noticia epidemiológica
- 24** Emergencias en salud de interés internacional - ESPII
- 28** Comportamiento de eventos a nivel Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

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

María 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

www.magnific.com

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
Morbilidad materna extrema y mortalidad materna: factores de riesgo y vulnerabilidad en gestantes, Bogotá D. C, 2024	6
Hemorragia obstétrica, principal causa de muerte materna en el mundo. Avances y desafíos desde la evidencia global y la situación de Bogotá	21
Información emergencias en salud de interés internacional - ESPII Corte a mayo del 2025	24
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en Bogotá, con corte a periodo 5 de 2025	28

Editorial

La salud materno perinatal es considerada como un buen indicador del desarrollo social y del desempeño de los sistemas de salud de los países por su directa relación con el bienestar físico, mental y social de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y con el inicio de vida saludable y potencial desarrollo para el recién nacido; por esto, es considerada una prioridad en salud pública, que se traduce en la actualidad en políticas y planes a nivel global, regional y nacional, como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente el Objetivo 3 - Salud y bienestar, en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 de Colombia, por ejemplo.

En este contexto la atención materna y perinatal se incorpora de manera natural en los marcos conceptuales de los derechos sexuales y reproductivos que incluyen el derecho al disfrute pleno, libre e informado de la sexualidad, sin coerción, violencia ni discriminación, así como la autonomía para la toma de decisiones sobre el propio cuerpo y el proyecto de vida, incluida la reproducción.

Desde esta perspectiva, la promoción de relaciones saludables, el acceso a información integral, la planificación reproductiva voluntaria y la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio se constituyen en componentes esenciales de la salud y el bienestar. En el mismo sentido, a la morbilidad materna se le considera como un desenlace no deseado y evitable de un proceso que en condiciones adecuadas debería transcurrir de manera segura; consecuentemente, su atención debería ser abordada de manera integral, mediante intervenciones que garanticen el acceso oportuno, la continuidad, la calidad y la efectividad de los servicios de salud, que incluya la articulación de acciones orientadas a la identificación y reducción de riesgos y al cierre de brechas en salud de las poblaciones más vulnerables.

Colombia cuenta con diversos instrumentos de acción pública orientados a este propósito: al Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE) y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal se les suman la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, las Guías de Práctica Clínica para la atención del embarazo, parto y puerperio, los planes territoriales, entre otros. De igual forma, estos esfuerzos se articulan con lineamientos y estrategias liderados por instancias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que promueve el fortalecimiento de los sistemas de salud, la atención centrada en las personas y la garantía de servicios accesibles, continuos, resolutivos y de calidad, con el fin de prevenir desenlaces negativos y reducir las inequidades en salud materno perinatal.

En esta línea, el artículo central del presente número del Boletín Epidemiológico Distrital (BED) ofrece un análisis puntual de la situación de salud de las gestantes en Bogotá desde un enfoque de riesgo, concebido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso, y de vulnerabilidad, entendida como el resultado de la interacción de factores sociales, económicos, biológicos y del sistema de salud que condicionan dicha probabilidad. Los hallazgos reafirman que la morbilidad materna no solo responde a condiciones clínicas, sino también a fenómenos sociales que los determinan. La pobreza, la desigualdad en el acceso a servicios y las barreras culturales o administrativas, impactan directamente la capacidad de las gestantes para recibir atención oportuna y de calidad. Propone que la priorización de grupos vulnerables se convierte en una estrategia necesaria para avanzar hacia la equidad en salud. Adicionalmente, la oportuna identificación de situaciones de riesgo potencial —como trastornos hipertensivos, infecciones de transmisión sexual y alteraciones nutricionales— señala oportunidades para la prevención, y evidencia que el fortalecimiento

de la atención primaria, la continuidad del cuidado y la articulación entre niveles de atención resultan determinantes para evitar la progresión hacia eventos graves.

En conclusión, avanzar hacia la reducción sostenida de la mortalidad materna exige fortalecer la implementación de políticas de atención integrales, garantizar los derechos sexuales y reproductivos y consolidar sistemas de vigilancia robustos. El enfoque de riesgo y vulnerabilidad, apoyado en la gestión del conocimiento, se posiciona como un elemento central para proteger la salud de la población gestante en el Distrito Capital.

Morbilidad materna extrema y mortalidad materna: factores de riesgo y vulnerabilidad en gestantes, Bogotá D. C., 2024

Paola León Velasco¹,
Erika Castillo Pantoja¹,
Diana Fajardo Niño¹,
Mariluz Trilleras¹,
Diana Franco²,
Claudia Pacheco²,
Martha Becerra³,
María Belén Jaimes Sanabria⁴,
Julián Alfredo Fernández Niño⁵,
Gerson Orlando Bermont⁶,
Leonardo Salas Zapata¹.

Resumen

La salud de las gestantes es una prioridad que refleja la calidad y accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, a través de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal busca proteger la salud del binomio madre-hijo, fortaleciendo el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud, con equidad. Los perfiles de riesgo y vulnerabilidad materna en Bogotá han cambiado recientemente, dado el envejecimiento poblacional y los cambios de prácticas maternas, lo que genera nuevos desafíos para el sistema de salud. El objetivo de este análisis fue identificar factores de riesgo y vulnerabilidad en gestantes residentes en Bogotá durante el 2024. Se realizó un estudio descriptivo y analítico longitudinal retrospectivo realizado en una población de 57 213 gestantes identificadas en Bogotá en 2024, de las cuales 4875 fueron notificadas por Morbilidad Materna Extrema (MME) y 21 por Mortalidad Materna (MM). Se estimaron frecuencias y se calculó la proporción de

ocurrencia de cada desenlace (condición adecuada, MME o MM), con su respectivo intervalo de confianza al 95 %. Posteriormente, se realizó una regresión logística para identificar factores de riesgo y vulnerabilidad que se asociaron con cambios en la probabilidad de morbilidad materna extrema o mortalidad materna.

El estudio arrojó como resultados: el riesgo de desarrollar complicaciones como MME o MM está relacionado principalmente con la edad en mujeres mayores de 40 años (OR = 2,17; IC95 %: 1,63 - 2,74) con régimen de afiliación No asegurado (OR = 3,37; IC95 %: 3,00 - 3,75), embarazo múltiple (OR = 1,8; IC95 %: 1,51 - 2,09) procedentes de países de Suramérica con baja adherencia a los controles prenatales y con escolaridad primaria. Se identificaron condiciones clínicas clasificadas como factores de potencial riesgo en el espectro de la MME en gestantes que no han sido notificadas por MME ni por MM, tales como: alteración de las cifras tensionales (n=8692) y tromboembolismo (3642), así mismo se identificaron estados nutricionales mórbidos como bajo peso (n= 3650; 6,5 %), sobrepeso (n=11 288; 7,3 %) y obesidad (n=5758; 9,1 %). Del total de gestantes se identificó que 18 tenían diagnóstico de VIH y 322 de sífilis gestacional. Se pudo concluir que si bien las gestantes de 20 a 34 años aportan el 69,9 % de la notificación por MME y las de 25 a 39 años el 60 % de la MM, el riesgo de desarrollar estas complicaciones es mayor en edades extremas. Las condiciones de riesgo identificadas pueden ser consideradas para la priorización de grupos poblaciones. Así mismo, es fundamental priorizar las mujeres con diagnóstico de riesgo para los neonatos, tales como VIH y sífilis gestacional, en los que hay riesgo de transmisión.

Palabras claves: Embarazo, Mortalidad materna, Morbilidad materna extrema, Patología Obstétrica aguda severa.

1. Introducción

La morbilidad materna extrema (MME) se define como “un estado en el que una gestante presenta un alto riesgo de fallecer, pero sobrevive a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminación del embarazo” [1]; en cuanto a la mortalidad materna (MM), esta se define como

- ¹ Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData, Secretaría Distrital de Salud.
- ² Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.
- ³ Subdirección de Garantía del Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud.
- ⁴ Directora de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva, Secretaría Distrital de Salud.
- ⁵ Subsecretario de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.
- ⁶ Secretario de salud, Secretaría Distrital de Salud.

“la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, independientemente de la duración, localización del embarazo y las causas de defunción” [2].

La MME y la MM son indicadores críticos de la calidad y accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), específicamente a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, que busca proteger la salud de la madre y el bebé a través de diversas acciones [3]. Desde 2016 el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ha establecido la meta de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, para lo que se estableció la meta de reducir la mortalidad materna en el mundo a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos; por su parte, en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030 (ASSA2030) de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se planteó la meta de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 30 muertes por cada 100 000 nacidos vivos para 2030 [4].

En concordancia, en Colombia el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 - 2031 estableció una meta de reducción de la mortalidad materna a 32 por cada 100 000 nacidos vivos y a 70 por cada 100 000 nacidos vivos en zonas rurales dispersas para el 2031 [5]. En Bogotá el Plan Territorial de Salud 2024-2028 estableció como meta estratégica reducir la razón de mortalidad materna a 27,5 por cada 100 000 nacidos vivos [6].

En 2021 Colombia reportó una RMM de 75 casos por cada 100 000 nacidos vivos que disminuyó a 44,3 en 2024p [7]. En Bogotá la razón de MM fue de 68,7 en 2021, disminuyendo a 37,1 por cada 100 000 nacidos vivos (NV) en 2024 [8]. La razón de MME ha tenido una tendencia creciente, pasando de 49,2 en 2021 a 74,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2024 en Colombia y, en Bogotá, de 71,5 en 2021 a 88,3 por cada 1 000 NV en 2024 [9].

Reconociendo la importancia del seguimiento y abordaje integral de la población gestante, la Subdirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS) implementó el seguimiento de la cohorte de gestantes distrital, establecida a partir de la información entregada por cada una de las Entidades

Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) del Distrito, con el propósito de fortalecer acciones preventivas, especialmente en la atención primaria —que comprende los controles prenatales (CPN) y seguimiento de factores de riesgo obstétrico—, así como conocer el comportamiento de la población gestante y hacer seguimiento a temas de interés como vacunación, tamizajes y gestionar el riesgo asociado a morbilidad materna y perinatal. Esta iniciativa es concordante con las metas locales, nacionales e internacionales en esta materia.

Adicionalmente, para la vigilancia en salud pública de la MM y la MME, la SDS realiza el seguimiento de los casos notificados a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) Distrital, en concordancia con los protocolos de MME [1] y de MM del Instituto Nacional de Salud [2].

Los perfiles de riesgo y vulnerabilidad materna en Bogotá han cambiado recientemente dado el envejecimiento poblacional y los cambios de prácticas maternas, lo que genera nuevos desafíos para el sistema de salud. Tanto la MME como la MM son prevenibles en la medida en que se identifiquen riesgos y vulnerabilidades de forma oportuna y se monitoreen los factores relacionados sin perder de vista aspectos como la diversidad étnica y el contexto territorial de las gestantes, convirtiendo el análisis de información en una herramienta estratégica para mitigar la tendencia creciente de ambos indicadores. De acuerdo con esto el objetivo de este análisis fue identificar factores de riesgo y vulnerabilidad en gestantes residentes en Bogotá durante el 2024.

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y analítico longitudinal retrospectivo. La población de estudio correspondió a todas las gestantes identificadas en Bogotá en 2024, a partir de la información proveniente de las siguientes fuentes de Información:

- » **Estadísticas vitales (EEVV):** se captaron los nacidos vivos y las MM en concordancia con los casos notificados y confirmados por Sivigila (Código 550).

- » **Sivigila distrital:** notificación de los eventos MME (Código 549).
- » **Cohorte de gestantes distrital:** correspondiente a información reportada por las EAPB.

Plan de análisis

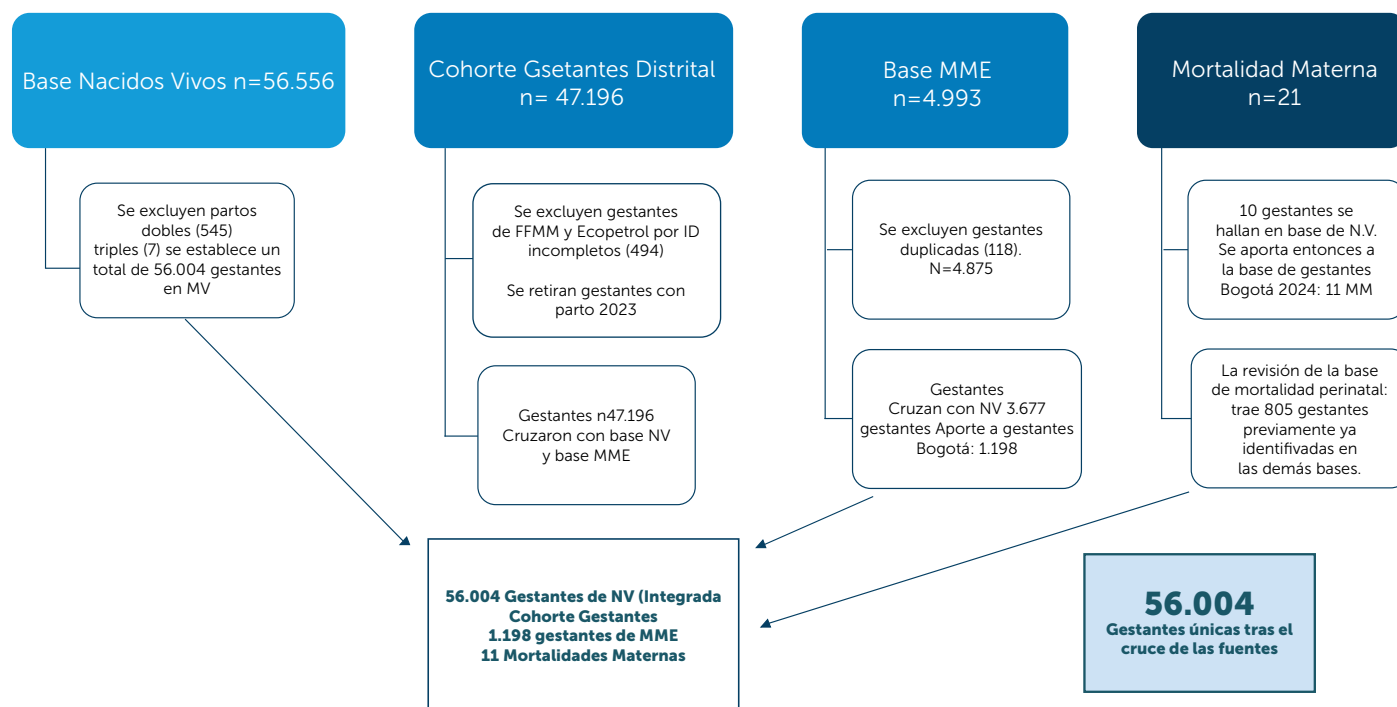
Se realizó en dos fases (descriptiva y analítica). En la fase descriptiva se realizó la caracterización en tiempo, lugar y persona de las gestantes residentes en Bogotá identificadas en 2024. Para la consolidación de la base de gestantes se integraron cuatro fuentes de información: i. Base de nacidos vivos (NV) con 56 556 registros, ii. Cohorte de gestantes distrital con 47 196 gestantes únicas, iii. Base de MME con 4993 gestantes identificadas mediante notificación y iv. Base de MM con 21 registros.

Durante el tratamiento de cada fuente se aplicaron procesos de depuración. En la base de NV se excluyeron 545 partos dobles y 7 partos triples, permitiendo identificar 56 004 gestantes (madres) únicas mediante su número de identificación. En la cohorte distrital de

gestantes se excluyeron 1494 registros correspondientes a entidades del régimen de excepción, debido a la ausencia de datos completos de identificación. Al comparar con la base de NV se encontró que el 82 % de las gestantes ya estaban contenidas allí, y el 28 % restantes se hallaron en la base de MME.

Respecto a la base de MME, se eliminaron 118 registros duplicados, para una total de 4875 gestantes únicas. Al realizar el cruce con la base de NV, se identificaron 1198 gestantes adicionales que no estaban previamente registradas. Finalmente, en la base de MM se encontró que 10 de las 21 mujeres se hallaban en la base de NV, por lo tanto 11 mujeres se sumaron como casos nuevos a la estimación de gestantes para el 2024. Adicionalmente se revisó la base de mortalidad perinatal del aplicativo RUAF_ND del Sistema de estadísticas vitales de la SDS, donde se identificaron 805 gestantes que ya se encontraban previamente incluidas en las bases anteriores, evitando su doble conteo. Como resultado de este proceso se identificaron finalmente 57 213 gestantes, que constituyeron la muestra de este análisis (Ver figura 1).

Figura 1. Proceso de consolidación de la base de datos de gestantes, Bogotá 2024



En el análisis se definieron tres categorías de desenlace:

- 1. Condición adecuada:** Gestantes identificadas por las EAPB del distrito que no han sido notificadas por Sivigila como casos confirmados por clínica de MME, ni como MM por estadísticas vitales.
- 2. Morbilidad Materna Extrema:** Caso compatible con definición de caso y notificado a Sivigila. Se define un caso de MME como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive, y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.
- 3. Mortalidad Materna:** Caso de muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Para el análisis se consideraron las siguientes variables disponibles en las fuentes de información: edad por quinquenio, estado civil, pertenencia étnica, escolaridad, régimen de seguridad social, EAPB, localidad, nacionalidad, controles prenatales, tipo de parto, número de nacidos vivos, clasificación SISBEN, condición de beneficiario en programas sociales, condiciones de morbilidad y complicaciones por hipertensión arterial (HTA), riesgo tromboembólico, complicaciones hemorrágicas, sepsis, enfermedades de transmisión sexual, riesgo nutricional, aborto y enfermedad preexistente.

Por categoría de cada variable se estimaron frecuencias, proporciones y la proporción de ocurrencia de cada desenlace, con intervalos de confianza (IC) al 95 % de la proporción del riesgo identificada; para los IC con valor negativo se realizó la corrección de Wald Wilson. Se semaforizó de verde a rojo el percentil por cada variable y categoría de interés generando la diferenciación entre los cuatro cuartiles ($Q1 = <p25$, $Q2 = \geq p25$, $Q3 = \geq p50$, $Q4 = \geq p75$) clasificando la proporción del desenlace materno grave (MME o MM) de acuerdo a su ocurrencia en relación con las variables analizadas.

En la fase analítica se desarrolló un modelo de regresión logística a partir de cuatro criterios: i. Criterio de Hosmer-Lemeshow, ii. Diagrama acíclico direccionado, iii. Variables de riesgo identificadas en el modelo descriptivo y semaforización de riesgo, y iv. Análisis de correspondencias múltiples (ACM). La categoría de referencia seleccionada fue aquella que representaba menor nivel de riesgo. Se evaluó la bondad de ajuste del modelo a través de la prueba Hosmer-Lemeshow, Accuracy y la estimación del pseudo-r-cuadrado.

Se realizó: i. Descripción del conjunto de datos mediante factorización de variables según su naturaleza y nivel de medición, ii. Definición del problema y formulación de hipótesis (H_0 y H_a), iii. Verificación de los supuestos del modelo (colinealidad, homocedasticidad, curva roc, distribución de los residuales), iv. Preprocesamiento de datos y gestión de valores faltantes, v. Evaluación y aplicación de técnicas de balanceo de datos (se realizó balanceo de datos: técnica Over sampling), vi. Selección e interpretación de parámetros (coeficientes), considerando la significancia estadística (valor $p < 0,05$), estimación e interpretación de Odds Ratio (OR), vii. Para la definición del modelo de regresión logística, se realizó eliminación paso a paso de variables (stepwise), identificando las variables más relevantes de acuerdo con este procedimiento y considerando los criterios de selección. Se desarrollaron tres propuestas de modelo y se seleccionó el que presentó mejor desempeño evaluando el ajuste y rendimiento del modelo.

Para el procesamiento de datos se utilizó R Studio y Microsoft Excel.

Consideraciones éticas

Los procedimientos aplicados cumplen con lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se clasifica como un estudio *sin riesgo* en el que no se realizaron acciones que influyeran en variables físicas o psicológicas. Los datos se presentan de manera anonimizada y agrupada. Se garantizó la adecuada cadena de custodia y la confidencialidad de la información.

3. Resultados

Se identificaron 57 213 gestantes en Bogotá durante el 2024, de las cuales 52 317 correspondieron a gestantes clasificadas como “Condición adecuada”; 4875 fueron notificadas por MME (evento 549) a

través de Sivigila y 21 gestantes correspondientes a MM (datos preliminares). A continuación, se presentan características sociodemográficas de interés y su respectiva semaforización de riesgo estimado en cada categoría (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de características sociodemográficas de gestantes, Bogotá, 2024

Variable	Categoría	MME	%	MM	%	Condición adecuada	%	Total	% Desenlace grave (MME o MM)	IC 95%
										(LI - LS)
Edad	≤ 14 años	25	13,9	0	0	155	86,1	180	14,00	8,8-19,0
	15 a 19 años	428	9,6	1	0,02	4034	90,3	4463	9,60	8,7-10,5
	20 a 24 años	1006	7,9	3	0,02	11719	92,1	12728	7,90	7,4-8,4
	25 a 29 años	1244	7,6	4	0,02	14975	92,3	16223	7,70	7,3-8,1
	30 a 34 años	1159	8,4	5	0,03	12604	91,5	13768	8,5	7,9-8,9
	35 a 39 años	744	9,6	4	0,05	7016	90,4	7764	9,60	8,9-10,3
	40 a 44 años	245	12,5	1	0,05	1707	87,4	1953	12,60	11,1-14,1
	45 a 49 años	22	17,6	0	0	103	82,4	125	17,60	10,9-24,3
	50 a 54 años**	2	33,3	0	0	4	66,7	6	33,30	9,7-70,0
	Sin dato	0	0	3	100	0	0	3		
Estado civil	Divorciada	5	7,9	0	0	58	92,1	63	7,90	1,2-14,6
	Soltera	563	6,8	1	0	7734	93,2	8298	6,80	6,3-7,3
	> 2a.v.* su pareja	1949	6,7	6	0	27227	93,3	29182	6,70	6,4-7,0
	< 2a.v. su pareja	538	6,4	2	0	7889	93,6	8429	6,40	5,9-6,9
	Casada	609	6,2	1	0	9260	93,8	9870	6,20	5,7-6,7
	Viuda**	1	5	0	0	19	95	20	5,00	0,9-23,6
	Sin dato	1210	89,6	11	0,7	130	9,6	1351		
Escolaridad	Ninguno**	3	6,3	0	0	45	93,8	48	6,3	2,1 - 16,8
	Primaria	157	8,2	1	0,05	1755	91,7	1913	8,3	7,1 - 9,5
	Bachillerato	1751	6,6	9	0,03	24925	93,4	26685	6,6	6,3 - 6,9
	Media técnica	762	6,6	1	0,01	10699	93,3	11462	6,7	5,6 - 9,4
	Profesional	757	6,3	3	0,03	11203	93,6	11963	6,4	6,0 - 6,8
	Postgrado	229	6,1	0	0	3550	93,9	3779	6,1	5,3 - 6,9
	Sin dato	1216	89,3	7	0,44	140	10,3	1363		

Variable	Categoría	MME	%	MM	%	Condición adecuada	%	Total	% Desenlace grave (MME o MM)	IC 95% (LI - LS)
Pertenencia étnica	Otro	4826	8,5	11	0,02	51938	91,5	56775	8,5	8,8 - 9,2
	Indígena	23	13	0	0	151	86,8	174	13,2	8,0 - 18,0
	Afrodescendiente	25	10	0	0	223	89,9	248	10,1	6,3 - 13,7
	Raizal**	1	17	0	0	5	83,3	6	17	3,0 - 56,4
	Sin Dato	0	0	10	100	0	0	10		
Régimen de Seguridad Social	No asegurado	304	11,9	1	0	2.251	88,1	2556	12	10,6-13,2
	Subsidiado	1346	9,3	6	0	13079	90,6	14431	9,4	8,9-9,9
	Contributivo	3153	8	9	0	36140	91,9	39302	8,0	7,7-8,3
	Excepción	62	7,1	1	0,1	816	92,8	879	7,2	5,5-8,9
	Especial**	2	6,1	0	0	31	93,9	33	6,1	1,7-19,7
	Indeterminado	8	0,7	4	0	0	0	12		
Nacionalidad de la gestante	Colombia	4147	8,2	16	0,03	46574	91,8	50737	8,2	8,0-8,4
	Venezuela	704	11,4	5	0,08	5478	88,5	6187	11,5	11,2-11,8
	Ecuador	6	12,2	0	0	43	87,7	49	12,2	11,9-12,5
	EE. UU.	1	2,9	0	0	34	97,1	35	2,9	2,8-3,0
	Perú	2	7,7	0	0	24	92,3	26	7,7	7,5-7,9
	Brasil	1	4,7	0	0	20	95,2	21	4,8	4,6-5,0
	México	2	13,3	0	0	13	86,6	15	13,3	13,0-13,6
	Otras	12	8,4	0	0	131	91,6	143	8,4	2,8-13,6
Total		4875		21		52317		57213		

* 2a.v. p: 2 años viviendo con su pareja – No casada. ** Intervalo de confianza con ajuste de Wald Wilson.
LI Limite inferior - LS Limite superior

Las gestantes de 20 a 34 años aportan el 69,9 % de la notificación por MME y las de 25 a 39 años el 60 % de la MM; sin embargo, el riesgo de desarrollar estas complicaciones es mayor en edades extremas: menores de 14 años y mayores de 40 años. De acuerdo con esto, se identificó alto riesgo y vulnerabilidad en los grupos de 50 a 54 años con 33,3 %, seguido de las de 45 a 49 años con 17,6 %, luego las de 14 años o menos con el 14 %, seguidas de las de 40 a 44 años con 12,6 % (Ver figura 2).

Con respecto al régimen de afiliación en salud, se identificó mayor proporción de riesgo en mujeres "No aseguradas" con 12 %, seguidas de las registradas en el régimen subsidiado con 9,4 %. En cuanto a la nacionalidad de la gestante, se estimó una proporción de riesgo de 11,5 % para Venezuela (709 / 6187). En relación con la escolaridad se destaca que las mujeres con nivel educativo de educación básica primaria presentaron el riesgo más alto (8,3 %) respecto a los otros grupos (Ver figura 3.)

Figura 2. Distribución de ocurrencia de un desenlace materno grave (MME o MM) por categoría de edad en gestantes, Bogotá 2024

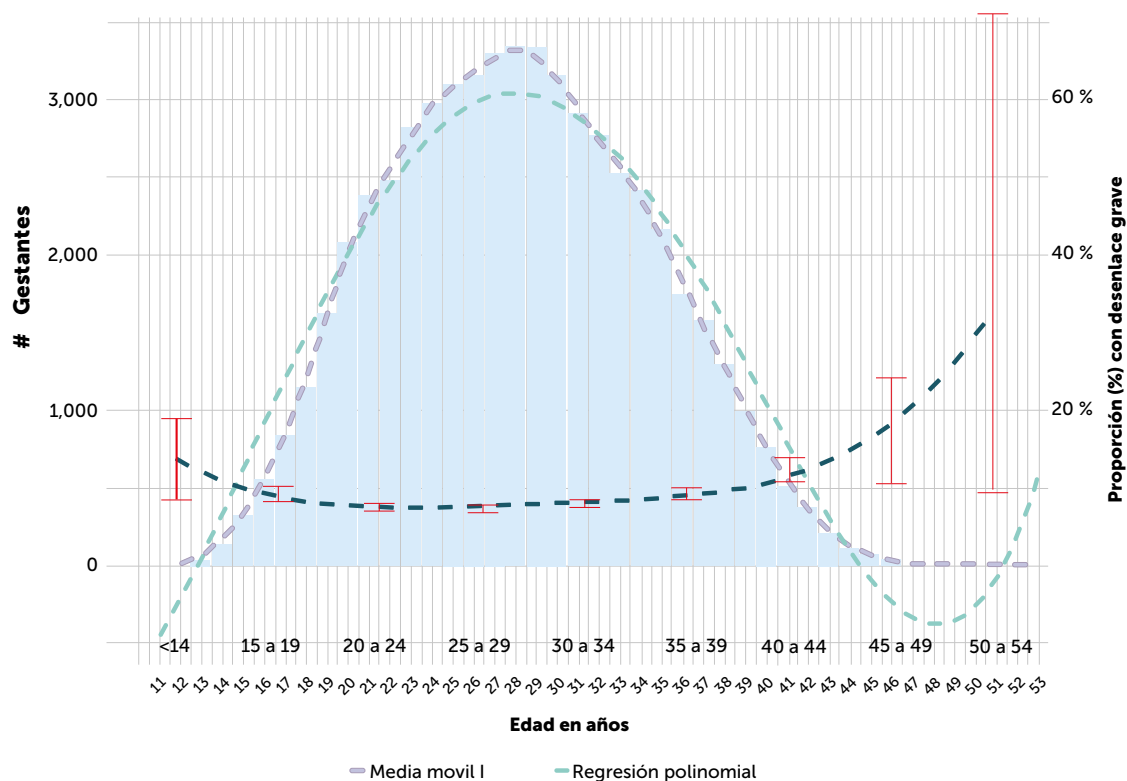
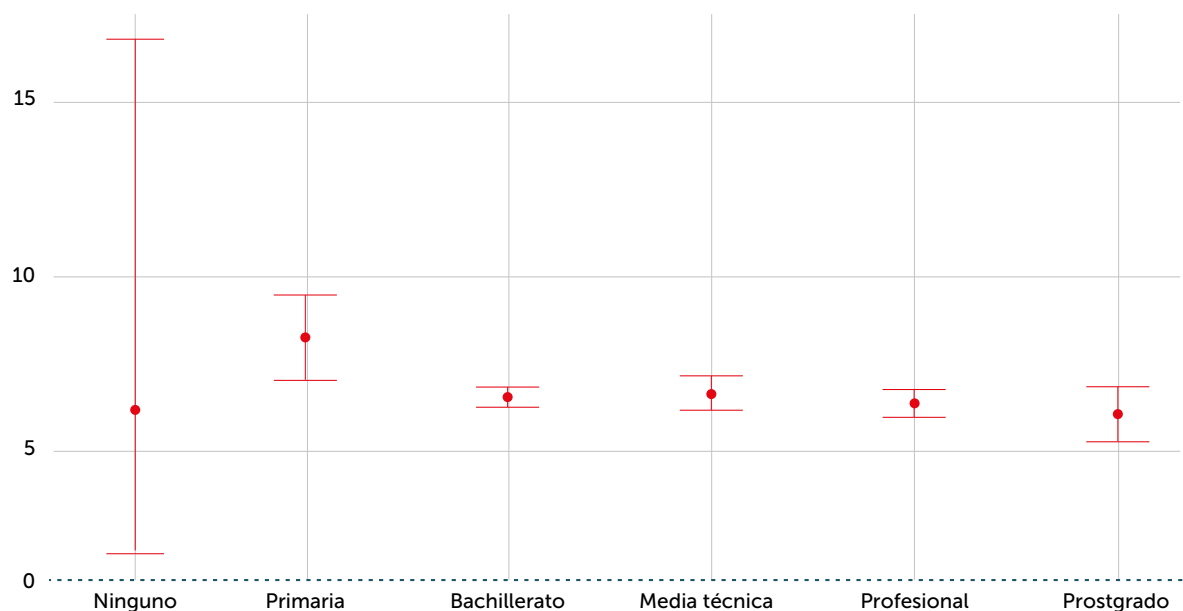


Figura 3. Distribución de ocurrencia de un desenlace materno grave (MME o MM) por escolaridad en gestantes, Bogotá 2024



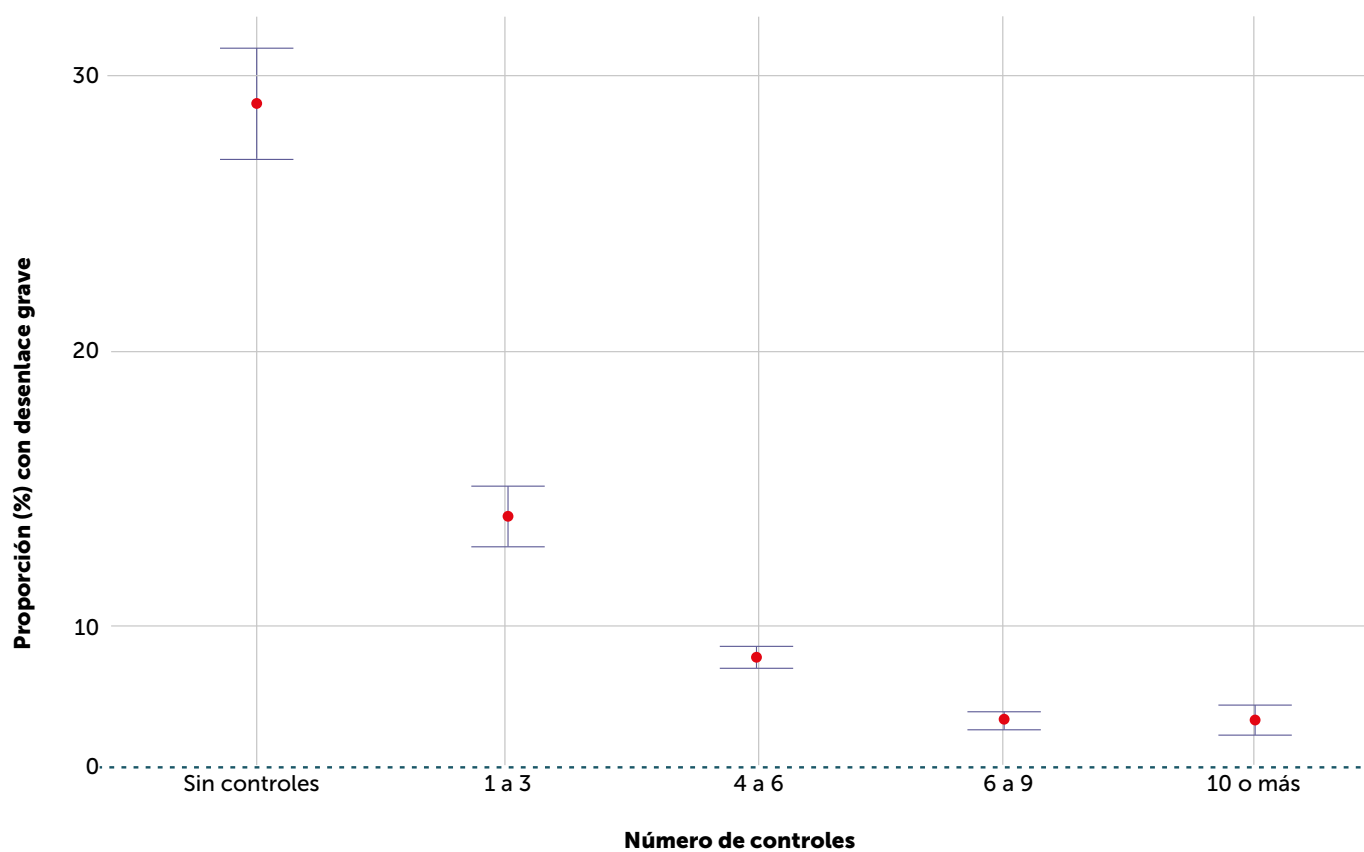
Por tipo de parto se identificó que la mayor proporción de un desenlace grave se presentó en mujeres cuyo producto gestacional fue aborto o en las que la modalidad obstétrica en el momento de dar a luz correspondió a cesárea o parto instrumentado. El riesgo se distribuyó de la siguiente manera: las gestantes que cursaron con “aborto” presentaron una proporción de desenlace grave mayor ($n=328$), de estas, 195 presentaron complicaciones (59,4 %). Las gestantes a las que se les realizó cesárea correspondieron a 29 296, de las cuales el 10 % ($n=2919$) presentaron una proporción de desenlace grave alta (IC 95 % LI 9,7 – LS 10,3). Con respecto al parto instrumentado ($n=1450$) se identificaron 86 mujeres con una alta proporción de desenlace grave correspondiente al 5,9 % (IC 95 % LI 4,7 – LS 7,1).

En cuanto a la multiplicidad en el embarazo se identificó que las mujeres con embarazo simple presentaron

una ocurrencia de desenlace de 6,5 % (3603 / 55 446), quienes cursaban con embarazo doble presentaron una proporción de ocurrencia del desenlace del 15 % (83 / 553) y embarazo triple del 25 % (1 / 4).

La distribución de la proporción de desenlace grave, de acuerdo con el número de los controles prenatales fue superior principalmente en las categorías: “sin controles”, “1 a 3” y “4 a 6”. Se identificaron 1899 gestantes “sin controles”, de las cuales 449 fueron notificadas por MME y se presentó 1 MM, con 29 % de ocurrencia del desenlace. La categoría de “1 a 3” controles prenatales presentó 14 % de ocurrencia del desenlace materno grave (544 / 3878). Las que asistieron de 4 a 6 presentaron 8,9 % de ocurrencia de desenlace materno grave (1546 / 17 440) (Ver figura 4).

Figura 4. Distribución de ocurrencia de un desenlace materno grave (MME o MM) por controles prenatales en gestantes, Bogotá 2024



En lo referente a la clasificación SISBEN se identificó que la ocurrencia un desenlace grave fue mayor en las gestantes en condición de pobreza extrema (8,4 %) seguido de las de pobreza moderada (8,2 %) y en condición de vulnerabilidad (7,9 %) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de ocurrencia un desenlace materno grave por clasificación SISBEN en gestantes, Bogotá, 2024

Variable	Categoría	MME	%	MM	%	C. adecuada	%	Total	% Riesgo	IC 95% (LI - LS)
Clasificación SISBEN	Pobreza extrema	144	8,31	1	0,06	1588	91,63	1733	8,4	7,1-9,7
	Pobreza moderada	497	8,11	3	0,03	5631	91,86	6130	8,2	7,4-8,8
	Vulnerable	715	7,88	3	0,03	8360	92,09	9078	7,9	7,3-8,5
	No pobre, No vulnerable	224	6,97	0	0	2989	93,03	3213	7,0	6,1-7,9
	Sin clasificación SISBEN	3.519	40,16	14	14,45	36738	545,39	37058		
Total		4875		21		52317		57213		

Como parte del seguimiento de la cohorte de gestantes distrital se vigilan nueve condiciones en las que se consideran los criterios de inclusión para la definición de caso de MME: complicación por hipertensión arterial (HTA), riesgo tromboembólico, complicaciones hemorrágicas y sepsis; también se incluyen otros criterios de riesgo tales como infecciones de transmisión sexual (ITS), riesgo nutricional, abortos y enfermedades preexistentes. Estas condiciones fueron analizadas para la población de estudio, encontrando que de las gestantes sin notificación por MME o MM 8692 presentaban elevación de las cifras tensionales, 3642 registraban riesgo tromboembólico, 285 tenían diagnóstico de sífilis gestacional y 16 de VIH. En cuanto a las alteraciones nutricionales, 3414 presentaban bajo peso, 10 472 sobrepeso y 5 233 obesidad.

Continuando con el modelo de regresión logística, a continuación, se presenta el modelo final seleccionado; para cada variable se presenta las razones de odds,

con su intervalo de confianza y su respectivo valor de p. (ver Tabla 3)

Se estima que existe 3,5 veces más probabilidad (OR = 3,48; IC95 %: 3,20–3,75) de encontrar complicaciones en gestantes venezolanas en comparación con las de nacionalidad colombiana. Respecto al régimen de afiliación en salud, las gestantes no aseguradas tienen alrededor de 3,4 veces más probabilidad (OR = 3,37; IC95 %: 3,00–3,75) de padecer complicaciones frente a las gestantes de régimen “especial”. En cuanto al número de gestaciones, tomando como referencia la categoría de 1 a 3, se identifica que las mujeres que han cursado con 7 a 9 gestaciones tienen cerca de 3 veces más probabilidad (OR = 2,98; IC95 %: 2,39 - 3,72) de pertenecer a la categoría de riesgo (MME / MM), lo que también se relaciona con la etapa del ciclo vital. Con relación a la multiplicidad en el embarazo, el embarazo múltiple (doble o triple) reporta mayor riesgo que el embarazo simple.

Tabla 3. Modelo de regresión logística para un desenlace materno grave (MME o MM), Bogotá, 2024

Variable	OR	IC LI	IC LS	V. P(> z)
31 a 34 años (Categoría de referencia)				
<14 años	0,54	0,22	-0,18	0,01
15 a 19 años	-0,58	-1,02	-0,15	0,06
25 a 30 años	-2,17	0,24	-4,94	0,00
35 a 39 años	-0,82	1,25	-0,39	0,00
Edad > 40 años	2,17	1,63	2,74	0,00
Profesional (Categoría de referencia)				
N. educativo ninguno	0,30	-0,18	0,78	0,22
Primaria*	0,06			0,54
Bachillerato*	-0,03			0,51
Media técnica	-0,13	-0,22	-0,033	0,00
N. educativo postgrado	0,78	0,83	0,96	0,00
Colombia (Categoría de referencia)				
País nacimiento Venezuela	3,48	3,20	3,75	0,00
País nacimiento Ecuador*	-16,05			0,94
País nacimiento Perú*	-15,43			0,97
País nacimiento Otras*	-16,99			0,92
Contributivo (Categoría de referencia)				
Régimen No asegurado	3,37	3,00	3,75	0,00
Régimen subsidiado	-0,08			0,51
> 10 CPN (Categoría de referencia)				
Número de CPN – Ninguno	0,01			0,93
Número de CPN 1 a 3	0,07			0,94
Número de CPN 4 a 6	-0,06			0,57
Número de CPN 7 a 9	0,77	0,56	0,97	0,02
N. de gestaciones 1-3 (Categoría de referencia)				
N. de gestaciones 4-6	-0,21	0,81	-0,37	0,01
N. de gestaciones 7-9	2,98	2,32	3,64	0,00
Embarazo simple (Categoría de referencia)				
Embarazo múltiple	1,8	1,51	2,09	0,00
Estrato 4 (Categoría de referencia)				
Estrato 1	-0,20	-0,26	0,04	0,00
Estrato 2	0,05	-0,03	0,12	0,20
Estrato 3	0,00			0,99
Estrato 5	0,38	-0,71	-0,07	0,02
Estrato 6	-0,03			0,86

Variable	OR	IC LI	IC LS	V. P(> z)
No pobre, No vulnerable (Categoría de referencia)				
C. SISBEN vulnerable	1,41	1,26	1,56	0,00
C. SISBEN pobreza extrema	1,30	1,09	1,52	0,01
C. SISBEN pobreza moderada	0,14	-0,01	0,31	1,73
No registra riesgo nutricional (Categoría de referencia)				
Riesgo nutricional bajo peso	1,12	1,01	1,24	0,03
Riesgo nutricional obesidad	0,09			0,84
Riesgo nutricional sobrepeso	0,07	0,15	0,00	0,06
No registra alteración de cifras tensionales (Categoría de referencia)				
Elevación de la TA - Riesgo preeclampsia	1,16	1,07	1,24	0,00

	Factor de riesgo $p < 0,05$; OR > 1 ; IC 95 % no pasa por el 1
	Factor protector $p < 0,05$; OR < 1 ; IC 95 % no pasa por el 1

Nota:

OR: Odds Ratio,

IC IL: Intervalo de confianza. límite inferior,

IC LS: Intervalo de confianza, límite superior

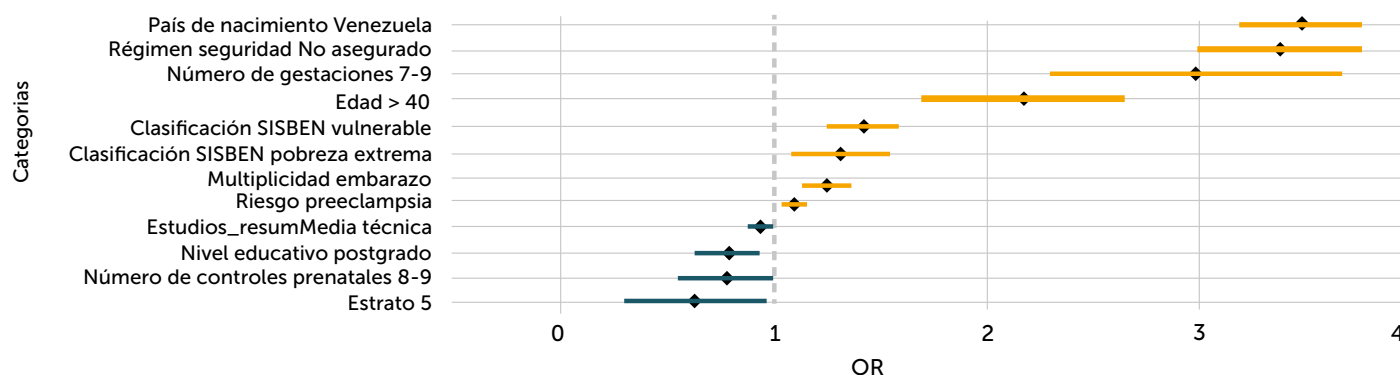
V. P: significancia estadística por valor p

En cuanto a la edad de la gestante, se identifica que, las mujeres en la categoría de mayores de 40 años, tienen aproximadamente 2,2 veces más probabilidad de presentar complicaciones (OR = 2,21; IC95 %: 1,63 - 2,74) frente a las de 20 a 34 años. Respecto a la clasificación del SISBEN, tomando como referencia "No pobre, no vulnerable", las categorías "Pobreza extrema" (OR = 1,35; IC95 %: 1,20–1,52) y "Vulnerable" (OR = 1,41; IC95 %: 1,29–1,55) muestran un aumento significativo en la probabilidad del evento.

De acuerdo con lo anterior, el modelo de regresión logística identificó varios factores asociados de manera estadísticamente significativa con la condición de riesgo y vulnerabilidad materna. La identificación de categorías de riesgo en variables de interés aporta información relevante que contribuye a la comprensión de la vulnerabilidad y el riesgo perinatal en las gestantes, que pueden resumirse de la siguiente manera: país de nacimiento Venezuela, No asegurado al sistema de salud, con de 7 a 9 gestaciones, mayores de 40 años, clasificadas en pobreza extrema y vulnerabilidad en SISBEN, que hayan presentado alteraciones de la tensión arterial, lo que indica riesgo de preeclampsia. A

continuación, se presenta el resumen de las categorías que presentan significancia estadística (Ver figura 5).

Estos resultados indican que, aunque el modelo resulta útil para identificar factores asociados, su validez predictiva es limitada (Accuracy = 52,44 %). Para futuros análisis conviene ampliar y optimizar la selección de variables, ajustar umbrales de clasificación y explorar otros enfoques de modelado que mejoren la capacidad discriminativa. Si bien el índice Kappa (-0,151) y la exactitud global son modestos, el desempeño simétrico del modelo y la significación conjunta de los predictores respaldan su validez interna como herramienta exploratoria y de análisis de asociaciones. La sensibilidad (50,36 %) y la especificidad (49,54 %) muestran un equilibrio en la clasificación de las dos categorías ("Adecuado" y "Riesgo maternas"), evitando sesgos marcados hacia alguno de los grupos. La prueba de Hosmer–Lemeshow arrojó $p < 0,1$ y el pseudo- R^2 fue de 49,7%, lo que indica que el modelo explica una proporción considerable de la variabilidad con capacidad explicativa moderada-alta. Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se realizó la prueba Hosmer–Lemeshow obteniendo $p = < 0,1$ y pseudo- r -cuadrado = 49,694.

Figura 5. Factores asociados con las condiciones de riesgo y vulnerabilidad materna en Bogotá 2024 -

4. Discusión

Para este análisis se consideró pertinente adoptar un enfoque de riesgo para identificar factores que aumentan la probabilidad de presentar un evento de interés en salud pública como MME o MM. El riesgo es un indicador de necesidad que identifica a individuos y poblaciones vulnerables, “esta vulnerabilidad se debe a la presencia de características biológicas, ambientales, psicológicas, genéticas sociales o económicas y la interacción entre ellas”. Este enfoque se basa en el concepto de equidad, según el cual las estrategias y recursos deben ser priorizados para aquellos que más los necesitan [10].

Una revisión sistemática de literatura científica en el marco de los determinantes sociales en salud en Latinoamérica identificó que existen determinantes estructurales e intermedios relacionados con la salud materno perinatal; en Colombia se menciona la “clase social y posición socioeconómica” como determinante estructural y “factores biológicos y sistemas de salud” como factores intermedios, esto es concordante con los hallazgos de nuestro análisis, donde se identificó mayor riesgo en mujeres gestantes con grado de escolaridad primaria (8,3 %), así mismo, en mujeres no aseguradas (12 %; OR = 3,37; IC95 %: 3,00–3,75) y clasificadas en pobreza extrema (8 %; OR = 1,35; IC95 %: 1,20–1,52) [11].

Con respecto a la edad, se identificó mayor riesgo en mujeres mayores de 40 años. De acuerdo con el análisis de Roza, et al., en Colombia la razón de MME más alta se concentra en las mujeres de 40 años y más (75,8 casos por cada 1000 nacidos vivos)

y en las de 35 a 39 años (53,5 casos por cada 1000 nacidos vivos) [12].

Por pertenencia étnica se identificó riesgo alto en Bogotá en población raizal (17 %) y en indígenas gestantes (13 %). Un estudio nacional reportó que en Colombia existe un incremento significativo en la tendencia de gestantes afrocolombianas notificadas por MME y que la razón de MME más alta se concentra en “otros grupos poblacionales” (37,4 casos por cada 1000 nacidos vivos), indígena (32,1 casos por cada 1000 nacidos vivos) y afrocolombiano (31,5 casos por cada 1000 nacidos vivos) [12].

De las gestantes clasificadas como “condición adecuada” (n=52 317), se identificaron 8692 gestantes con alteraciones de las cifras tensionales (riesgo preeclampsia) y 3642 con tromboembolismo. Estas condiciones se encuentran clasificadas como factores de potencial riesgo en el espectro de la morbilidad materna extrema, por lo cual su abordaje debe ser priorizado; vale la pena mencionar que desde la cohorte de gestantes también se viene realizando seguimiento a complicaciones hemorrágicas y sepsis, en concordancia con la definición de caso de MME [1].

La Organización Mundial de la Salud afirma que. Casi el 73 % de todas las muertes maternas entre 2003 y 2009 se debieron a causas obstétricas directas, mientras que las muertes por causas indirectas representaron el 27,5 % (IC del 95 %: 19,7–37,5) de todas las muertes por causas conocidas. La hemorragia fue la principal causa directa de muerte materna a nivel mundial, representando el 27,1 % (IC del 95 %: 19,9–36,2). Más de dos tercios de las muertes por hemorragia notificadas se clasificaron como hemorragia posparto

[...]. La hipertensión fue la segunda causa directa más común a nivel mundial (14,0 %, IC del 95 %: 11,1-17,4). La mortalidad materna por sepsis fue del 10,7 % (IC del 95 %: 5,9-18,6), el aborto representó el 7,9 % (IC del 95 %: 4,7-13,2) y la embolia y otras causas directas representaron el 12,8 % restante de las muertes a nivel mundial. [13]

De acuerdo con esto, el riesgo por preeclampsia no debe ser subestimado: si bien la mayoría de preeclampsias leves se resolverán sin mediar ningún tratamiento, también pueden evolucionar a complicaciones y transformarse en preeclampsias severas, eclampsias o síndrome de HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets, por sus siglas en inglés) [14].

Por otra parte, se identificaron 322 casos de sífilis gestacional, de las cuales 37 (11,5 %) estaban notificadas con MME; teniendo en cuenta que es un evento prioritario es importante considerar la importancia de intensificar el monitoreo del estado clínico, garantizando el tratamiento oportuno prioritariamente en las clasificadas como MME [10]; así mismo, considerando el riesgo de transmisión de VIH y sífilis gestacional para los recién nacidos, es fundamental realizar seguimiento a los neonatos producto de las gestantes con diagnóstico confirmado de estos eventos. De tal manera, es prioritario que los servicios de salud sexual y reproductiva se implementen de manera integral, priorizando la prevención de infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado, garantizando la accesibilidad a métodos de planificación [10].

El análisis de Figueiredo, afirma que los datos de varias encuestas realizadas en América Latina evidencian que las cifras de embarazos no deseados son altas. De forma similar, la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar es elevada en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, variando entre 21 % en México y 67 % en Guatemala; la demanda insatisfecha se concentra principalmente en mujeres de bajos ingresos, tanto en áreas urbanas como rurales [10].

En cuanto a los estados nutricionales, en las gestantes analizadas se identificaron alteraciones nutricionales para la edad gestacional como bajo peso (n=3650; 6,5 %), sobrepeso (n=11 288; 7,3 %) y obesidad (n=5758; 9,1 %), siendo esta última la que aumenta mayoritariamente

la probabilidad de presentar complicaciones de tipo hipertensivo, cardiovascular, osteomuscular y diabetes gestacional, entre otros [15].

Por otra parte, vale la pena mencionar que en futuros estudios deben considerarse condiciones de riesgo y de disfunción orgánica incluidos en el protocolo del evento MME de 2024, en el que se priorizan criterios clásicos como proteinuria, se amplía el diagnóstico de MME al puerperio temprano (4 semanas) y se integran criterios clínicos y de laboratorio como determinantes de severidad y de intervención inmediata; también se recomienda considerar la importancia de hacer seguimiento a comorbilidades como enfermedad oncológica, embarazo ectópico roto, enfermedad cardio-cerebrovascular y enfermedad autoinmune, las cuales deben ser identificadas tempranamente con el fin de realizar acciones oportunas de tratamiento y manejo clínico para evitar desenlaces fatales [1].

En Colombia la reducción global de la tasa de mortalidad materna entre 2000 y 2020 ha sido de 19,5 %. Para alcanzar la meta mundial de los ODS en 2030 la tasa promedio anual de reducción se ha estimado en 11,6 % de 2021 a 2030 [16], lo cual plantea un desafío sin precedentes en los Distritos de Colombia, así como en otras entidades territoriales de orden municipal y departamental.

En el 2022 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) puso en vigencia el Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna (PARE) con el objetivo de reducir la mortalidad materna a través de la implementación de acciones estratégicas y operativas sectoriales e intersectoriales, adoptando un enfoque de género e intercultural. Este se ha venido implementando a nivel nacional y de manera intensificada en los territorios con mayor carga de muertes maternas evitables, instaurando acciones mediante la articulación entre niveles de atención, fortalecimiento de la capacidad resolutoria del talento humano, atención con enfoque diferencial basado en derechos y la gestión del riesgo en gestantes con condiciones de alto riesgo obstétrico [17].

Es importante mencionar que en Colombia la vigilancia del evento de morbilidad materna extrema se realiza desde el 2012, sin embargo, el Instituto Nacional de Salud ajustó la definición de caso en 2015, ampliando los criterios de inclusión y modificando los tiempos

de notificación; de esta forma se promueve la generación de alertas tempranas, dado que frente a la identificación del primer criterio de inclusión señala que la notificación se debe hacer de manera inmediata y no al momento del egreso hospitalario de la gestante, como se realizaba antes, generando consecuentemente mayor sensibilidad del sistema de vigilancia [1]. Aunque lo anterior implica que los datos anuales no son comparables y que el aumento de casos registrados durante los últimos años obedece al fortalecimiento del sistema de vigilancia de la morbilidad materna extrema en Bogotá.

La oportuna identificación de este evento ha permitido una mejor gestión de riesgo de los casos de gestantes con riesgo aumentado de morir; de esta forma Bogotá presenta un índice de letalidad de 0,3, lo que significa que por cada 100 casos de morbilidad materna extrema se presenta menos de una muerte materna, uno de los índices de letalidad más bajos del país, lo cual evidencia el alto nivel de resolutivez de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá [2]. En concordancia con esto, la administración Distrital continua fortaleciendo la capacidad de vigilancia y respuesta a través de diferentes estrategias, entre las que se destaca la Mesa ampliada distrital de seguimiento a condiciones de riesgo de las gestantes, buscando garantizar la atención en salud integral, humanizada, oportuna y de calidad para las gestantes y para aquellas personas que buscan quedar en gestación, con el objetivo de prevenir cualquier tipo de afectación y mortalidad, defender los derechos y profundizar la prevención de violencia sexual [3].

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública — Morbilidad materna extrema [Internet]. Bogotá; septiembre de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_MME%202024.pdf doi:10.33610/RHBI4446
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública — Mortalidad materna [Internet]. Bogotá; abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_
3. Secretaría Distrital de Salud (Bogotá). ABECÉ para el cuidado de gestantes, ruta de atención y consulta preconcepcional [Internet]. Bogotá; 2024 [consultado el 05 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Salud-Materna.aspx>
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. 2016 [consultado el 08 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2022 - 2031. 2022. [consultado el 05 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
6. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan territorial de salud Bogotá, D. C., 2024-2028 "Bogotá Camina Segura" [Internet]. Bogotá; 2024 [consultado el 08 de Agosto de 2025]. Disponible en: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2024/06/4__plan_territorial_de_salud_2024_2027.pdf
7. Instituto Nacional de Salud. Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024 [Internet]. [consultado el 12 de Agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
8. Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá - SaluData. Mortalidad materna en Bogotá D. C. [Internet]. 2025 [consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mortalidad-materna/>
9. Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá - SaluData. Morbilidad materna extrema en Bogotá D. C. [Internet]. [consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-materna/>

saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-materna-extrema/

10. Sotelo Figueiredo JM. Informe especial: El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana Bol Oficina Sanit Panam. [Internet]. 1993 [consultado el 21 de junio de 2025]; 114(4): 290-301. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/c4f1766c-cbce-4722-a95f-5672c78d2e73/content>
11. Cardona Arias J, Román Jurado LF, Suárez Fernández LV. Revisión sistemática sobre calidad de vida relacionada con la salud en gestantes 2008-2019. Hech Microbiol [Internet]. 1 de mayo de 2021;12(1):18-29. doi:10.17533/udea.hm.v12n1a03
12. Rozo N. Morbilidad materna extrema en Colombia: un reto que continúa vigente. Rep epidemiol nac [Internet]. 30 de diciembre de 2020;2(3):14. Disponible en: <https://epidemiologiains.org/index.php/ren/article/view/59>. doi:10.33610/01229907.2020v2n3a4
13. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6). doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X PubMed PMID: 25103301.
14. De Mucio B, Sosa-F C, Martino-S N. Morbilidad materna extremadamente grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2023;34(1):26-32. doi:10.1016/j.rmclc.2023.01.005
15. Lopez-Jaramillo P, Barajas J, Rueda-Quijano SM, Lopez-Lopez C, Felix C. Obesity and preeclampsia: common pathophysiological mechanisms. Front Physiol. 2018;19:9:1838. doi:10.3389/fphys.2018.01838
16. Organización Mundial de la Salud. Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA: resumen ejecutivo [Internet]. 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/088a8e01-b09e-4684-a993-c738b2e538c6/content>.
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención – Grupo salud sexual y reproductiva - Grupo curso de vida. Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna – PARE [Internet]. 2023 [consultado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf>

Hemorragia obstétrica, principal causa de muerte materna en el mundo. Avances y desafíos desde la evidencia global y la situación de Bogotá

Erika Milena Castillo Pantoja¹,
Paola Elena León Velasco².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en abril el artículo titulado *Global and regional causes of maternal deaths 2009–2020: a WHO systematic analysis*, con el objetivo de actualizar la evidencia sobre las causas de las muertes maternas en el periodo 2009–2020; en el artículo presentó la distribución global de la hemorragia obstétrica, problemática prioritaria de salud pública y proporcionó una base robusta para informar acerca de la reducción de la mortalidad materna y su evaluación respecto al avance y cumplimiento de las metas internacionales en esta materia [1].

La importancia de este estudio se justifica en su contribución al monitoreo del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.1, que plantea reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos para el 2030. El análisis es relevante dado que la mayoría de las regiones alrededor del mundo no están cerca de cumplir esta meta y las causas varían entre regiones [2].

En términos metodológicos los autores llevaron a cabo una revisión sistemática multimodal, utilizando múltiples fuentes: registros de estadísticas vitales, datos de registro civil de la OMS, informes nacionales de los estados miembros y artículos en revistas nacionales y subnacionales. Se empleó un modelo jerárquico bayesiano para estimar la distribución de causas de muerte materna globalmente y por región, y se realizaron análisis adicionales como el análisis de mortalidades maternas con causa de suicidio y de muertes maternas tardías (más allá de los 42 días posparto) [1].

Los resultados muestran que la causa más frecuente de muerte materna a nivel global fue la hemorragia obstétrica (27 %; IC 22-32 %), seguida por muertes

obstétricas indirectas (23 %; IC 18-30 %) y por trastornos hipertensivos del embarazo (16 %; IC 14-19 %). En la región de África subsahariana la proporción de muertes maternas por hemorragia obstétrica es la más alta con un 28 % (IC 22-36 %), al igual que en Asia Occidental y Norte de África con el 29 % (IC 22-35 %). En la región de América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos del embarazo representaron alrededor del 22 % (IC 21-23 %) de las muertes maternas, una proporción mayor que en regiones de altos ingresos. En regiones más desarrolladas como Europa y Norteamérica, la hemorragia representó aproximadamente el 15 % (IC 13-16 %) de las muertes maternas [1].

En conclusión, este análisis sistemático reafirma que la hemorragia obstétrica sigue siendo la causa principal de muerte materna y hace énfasis en que las causas indirectas exigen una integración más estrecha entre la atención obstétrica y otros servicios de salud, mientras que las diferencias regionales evidencian que cada contexto debe adaptar sus estrategias según sus patrones locales.

Al comparar estos resultados con la situación del Distrito Capital, la tendencia de Bogotá entre 2009 y 2024 muestra un avance sostenido en la reducción de la mortalidad materna, con la excepción de los años en pandemia (2020 y 2021). La razón de mortalidad materna (RMM) pasó de 52,7 por 100 000 nacidos vivos en 2009 a 37,1 en 2024, evidenciando una disminución del 29,6 %. El número absoluto de muertes maternas descendió de 61 a 21 casos; sin embargo, hubo un pico registrado en 2021 (68,6 por 100 000 nacidos vivos -NV-) asociado al impacto del COVID-19 y las problemáticas consecuentes que sugieren barreras en la prestación de los servicios de salud. Bogotá presenta una evolución positiva que la ubica por debajo de la meta global del ODS 3.1 (70/100 000 nacidos vivos -NV-). Con respecto a las causas de las mortalidades, se encuentra coherencia con el hallazgo que indica que en la región de América Latina son predominantes los trastornos hipertensivos del embarazo [1].

En Bogotá, de un total de 267 muertes maternas ocurridas de 2015 a 2024 se estima que las causas básicas de preclamsia severa, preclamsia no especificada y eclampsia en el embarazo y puerperio representan el 16,5 % de las causas (44 muertes), mientras que el

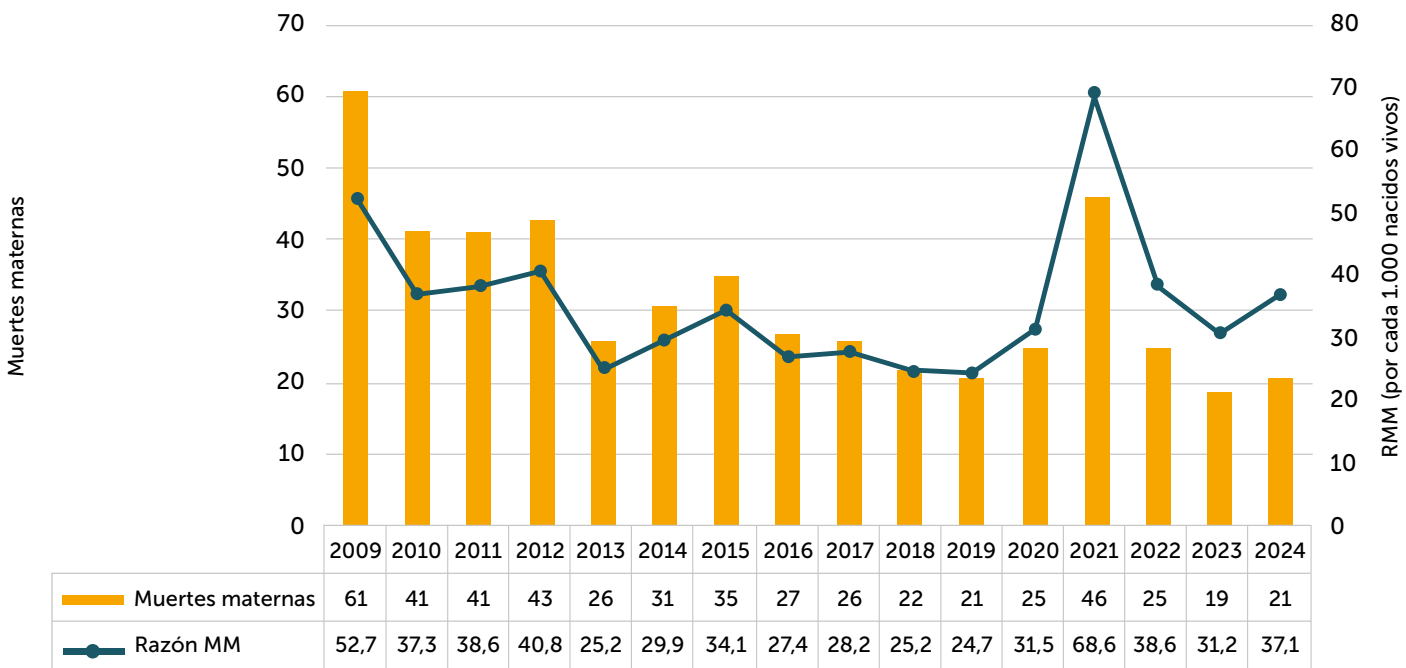
¹ Observatorio de Salud de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.
<https://orcid.org/0009-0005-0025-8356>.

² Observatorio de Salud de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.
<https://orcid.org/0000-0002-9653-8643>.

10,1 % (27 muertes) corresponde a otras enfermedades o afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio y el 7,9 % (21 muertes) son atribuibles a enfermedades del sistema circulatorio que complican

el embarazo, parto y puerperio. Con respecto a las hemorragias obstétricas, obtienen el 6 % (16 muertes) y las embolias de coágulo sanguíneo el 5,9 % (15 muertes) [3,4].

Figura 1. Mortalidad materna en Bogotá, D. C., 2009-2024



Fuente: Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData. Indicador de Razón de Mortalidad Materna en Bogotá. 2009-2024.

Para dar cumplimiento a las metas en salud materna, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá trabaja articuladamente con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)³, las entidades de regímenes especiales y de excepción y la red de prestadores de servicios de salud [5], tomando parte en el seguimiento de acciones como:

- » La promoción de la consulta preconcepcional, para la identificación y mitigación temprana de los riesgos reproductivos y psicosociales, con el fin de planear el momento más adecuado para una gestación.
- » El seguimiento a la adherencia a las guías de atención materna de la red de prestadores en:
1) Atención para la planificación familiar y la

anticoncepción, 2) Atención preconcepcional, 3) Control prenatal, 4) Trabajo de parto y puerperio, 5) Sepsis materna, 6) Hemorragia Posparto - Código Rojo, 7) Atención de trastornos hipertensivos en el embarazo, 8) Atención integral en interrupción voluntaria del embarazo, 9) Percepción de la humanización, 10) Sífilis gestacional.

- » El monitoreo permanente del evento (549) morbilidad materna extrema (MME) en Sivigila D.C.⁴, supervisando las alertas tempranas y verificando el cumplimiento del reporte, criterios de inclusión, validación de la oportunidad y calidad de las intervenciones individuales.

Adicionalmente, la entidad continúa fortaleciendo la estrategia distrital de la red colaborativa denominada “Ángeles guardianes” que, en conjunto

³. Entidades encargadas de administrar los planes de beneficios en salud, asegurando que los afiliados reciban atención médica adecuada y oportuna.

⁴. Sivigila: Sistema de Vigilancia Salud Pública Distrito Capital.

con las EAPB, los equipos básicos extramurales y los prestadores de servicios de salud, dan cumplimiento a las acciones de monitoreo en las gestantes con riesgo de morbilidad materna extrema u otro tipo de riesgos en etapa de gestación, parto o posparto, mediante la identificación oportuna de los casos y la intervención intra y extramural, garantizando una gestión eficiente del riesgo.

Todo esto se realiza en el marco del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna del Ministerio de Salud y Protección Social—PARE (vigencia alineada con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026) [6], con el objeto de establecer acciones que permitan reducir las muertes maternas evitables y mejorar la atención durante la gestación, parto y puerperio.

Referencias

1. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. Abril de 2025 [Consultado el 25 de septiembre de 2025]; 13(4): e626–e634. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00560-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/fulltext)
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible: Objetivo 3 - Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. 2016 [Consultado el 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
3. Ministerio de Salud y Protección Social - Aplicativo RUAF-ND [Internet]. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- 2024 preliminar- ajustado 09-10-2025.
4. Secretaria Distrital de Salud (Bogotá), Subdirección de vigilancia en salud pública, Observatorio de Salud de Bogotá – SaluData [Internet]. Indicador de razón de mortalidad materna en Bogotá 2009-2024. [Consultado el 28 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mortalidad-materna/>
5. Secretaria Distrital de Salud (Bogotá). Resolución 1400 de 2024: Por la cual se establecen acciones para la atención integral y segura de la población en edad fértil y gestantes en el marco de la salud materna en el Distrito Capital. Bogotá. 2024 [Consultado el 29 de septiembre de 2025]. R. D. 8218. Disponible en: <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=170417>
6. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud. 2023 [Consultado el 29 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf>

Información emergencias en salud de interés internacional - ESPII

Corte a mayo del 2025

Jenny Mora¹.

Situación sobre el cólera (OCV)

En publicación realizada el 22 de mayo por Organización Mundial de la Salud (OMS) se informa que entre el 1 de enero y el 27 de abril de 2025 se reportaron un total de 157 035 casos de cólera y 2148 muertes en 26 países, distribuidos en tres regiones de la OMS. La población en riesgo se estima en más de mil millones de personas y el riesgo global se mantiene en un nivel muy alto. Durante el mes de abril se registraron 37 147 nuevos casos y 561 muertes. En comparación con abril de 2024 los casos disminuyeron un 35 %, pero las muertes aumentaron un 71 %, lo que sugiere una mayor letalidad o retrasos en el acceso oportuno a tratamiento médico.

En la Región de África se reportaron 22 801 casos y 504 muertes en abril, distribuidos en 12 países. Los países más afectados fueron Sudán del Sur con 8042 nuevos casos de cólera y 187 muertes asociadas, con una tasa de mortalidad infantil del 2,3 %; Angola, donde se registraron 6201 casos y 164 muertes en abril, con una expansión geográfica preocupante en 17 de las 21 provincias, y la República Democrática del Congo que reportó 5600 casos y 129 muertes, con un deterioro de la situación en varias provincias clave. Factores como los conflictos armados, desplazamientos masivos, inundaciones y la deficiente infraestructura sanitaria han agravado la situación.

En la Región del Mediterráneo Oriental se notificaron 14 103 casos y 57 muertes en abril, con un aumento del 338 % en las muertes respecto a marzo. Los países más afectados fueron Afganistán, Sudán, Yemen y Somalia. En particular, Sudán mostró un aumento alarmante del 345 % en las muertes, se reportaron 1801 casos y 49 muertes, con brotes activos en 12 de los 18 estados del país.

En la Región del Sudeste Asiático se reportaron 243 casos en Myanmar y Nepal, sin muertes registradas. Se observó una disminución del 47 % en los casos respecto a marzo, lo que indica una tendencia positiva en esta región.

La respuesta incluye el despliegue de equipos médicos de emergencia. Se han implementado nuevas guías para mejorar la vigilancia, recolección y análisis de datos. En el ámbito de laboratorio, se ha brindado apoyo técnico, suministro de pruebas rápidas y se ha adelantado el fortalecimiento de capacidades locales. La vacuna enfrenta una escasez crítica con un stock global de solo 3,6 millones de dosis de vacunas orales contra el cólera (OCV). Se han reforzado los centros de tratamiento mejorado el acceso a soluciones de rehidratación y se han implementado medidas para mejorar la calidad del agua.

Entre los principales desafíos se encuentran la alta transmisibilidad del cólera, agravada por desastres naturales y el cambio climático, la deficiente infraestructura, la escasez de vacunas, el acceso limitado a atención médica en zonas de conflicto, los retrasos en la vigilancia y el reporte de datos, el riesgo de transmisión transfronteriza, la falta de coordinación entre gobiernos y agencias, la escasez de personal capacitado, la sobrecarga de capacidades nacionales debido a múltiples crisis, y la falta de financiamiento sostenido [1].

Seguimiento a la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas

Desde inicios y hasta el 25 de mayo de 2025 se han confirmado 235 casos de fiebre amarilla en humanos en cinco países de la Región de las Américas con un total de 96 defunciones, lo que representa una alta tasa de letalidad del 41 %. Los países afectados son Brasil, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia, siendo Brasil el más impactado con 111 casos y 44 muertes; Colombia reportó 74 casos y 31 muertes, seguido por Perú con 38 casos y 13 muertes, Ecuador con 8 casos y 6 muertes, y Bolivia con 4 casos y 2 muertes. Un aspecto preocupante de este brote es la aparición de casos fuera de la región amazónica, en zonas montañosas y de transición ecológica, lo que sugiere una expansión geográfica del virus y un mayor riesgo

¹ Equipo Urgencias y Emergencias Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud

de brotes urbanos debido a la proximidad de estas áreas a centros poblados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado el riesgo regional como alto, considerando el aumento de casos, la alta letalidad y la propagación a zonas previamente no afectadas. Se ha observado una reactivación del ciclo selvático de transmisión, con casos humanos y epizootias (muertes de primates no humanos) en áreas donde no se habían reportado casos en décadas. Esta situación resalta la importancia de la vigilancia activa, tanto en humanos como en fauna silvestre, para detectar tempranamente la circulación del virus.

El diagnóstico de la fiebre amarilla se basa en métodos virológicos durante la fase virémica, sin embargo, la interpretación de los resultados serológicos debe hacerse con cautela debido a la posibilidad de reactividad cruzada con otros virus como dengue y Zika. En cuanto al manejo clínico, no existe un tratamiento específico, por lo que se recomienda una atención estratificada según la gravedad del caso: atención primaria para casos leves, hospitalización para casos moderados y unidades de cuidados intensivos para casos graves con complicaciones hepáticas o renales.

La vacunación sigue siendo la principal medida preventiva. La OPS/OMS recomienda una sola dosis de la vacuna, que confiere inmunidad de por vida. Se enfatiza la necesidad de mantener coberturas de vacunación superiores al 95 % en zonas de riesgo, asegurar inventarios de reserva, y realizar campañas preventivas y de respuesta rápida ante brotes. En situaciones de escasez, se puede recurrir a dosis fraccionadas, aunque estas no cumplen con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional para viajes. También se destacan las precauciones y contraindicaciones para ciertos grupos, como niños menores de seis meses, personas inmunocomprometidas y alérgicos al huevo.

Finalmente, se insta a los países a fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección de epizootias, el control de vectores, la comunicación de riesgo y la capacitación del personal de salud. Estas acciones integradas son esenciales para prevenir la propagación del virus y proteger a las poblaciones vulnerables en la región [2].

Actualización situación de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

En informe publicado por la OPS/OMS el 15 de mayo de 2025 se señala que desde 2020 el virus de influenza aviar de alta patogenicidad A(H5N1) clado 2.3.4.4b ha provocado una propagación sin precedentes a nivel mundial, afectando a aves silvestres y de corral en múltiples continentes. Su llegada a las Américas se dio a través de rutas migratorias de aves acuáticas, primero en América del Norte en 2021 y luego en Centro y Sudamérica en 2022. Desde entonces, la región ha experimentado una creciente cantidad de brotes tanto en aves como en mamíferos, lo que ha generado preocupación por su potencial zoonótico. Hasta el 3 de mayo de 2025 se han reportado 4948 brotes animales en 19 países y territorios de las Américas, con un aumento de 235 brotes desde la última actualización en marzo. Estos brotes incluyen infecciones en aves domésticas y silvestres, así como en mamíferos, especialmente en ganado bovino lechero en Estados Unidos, donde se han visto afectados más de mil rebaños en 17 estados.

En cuanto a los casos humanos, desde 2022 se han confirmado 75 infecciones por A(H5N1) en cinco países de la región: Estados Unidos, Canadá, Chile, Ecuador y, más recientemente, México. El caso más reciente, reportado el 2 de abril de 2025, corresponde a una niña de tres años en el estado de Durango, México, quien falleció tras desarrollar complicaciones respiratorias graves; este caso fue particularmente relevante por no presentar antecedentes de contacto directo con aves infectadas, lo que sugiere una posible exposición indirecta. A pesar de la gravedad de algunos casos, no se ha observado transmisión sostenida entre humanos, lo que indica que el virus aún no ha adquirido la capacidad de propagarse eficientemente de persona a persona.

La OPS/OMS, en coordinación con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), ha emitido una serie de recomendaciones dirigidas a los países para contener la propagación del virus y mitigar los riesgos para la salud pública. Estas incluyen el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en animales y humanos, especialmente

en poblaciones de alto riesgo como trabajadores agrícolas, veterinarios y personal de salud. También se recomienda implementar medidas estrictas de bioseguridad en granjas, promover el consumo de productos avícolas y lácteos adecuadamente cocinados o pasteurizados, y establecer protocolos de notificación rápida ante la detección de casos sospechosos. En el ámbito clínico, se pide a los servicios de salud aplicar medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo el uso adecuado de equipos de protección personal y la recolección segura de muestras para diagnóstico.

Finalmente, se hace un llamado a adoptar un enfoque de "Una Sola Salud" (*One Health*) que promueva la colaboración intersectorial entre los sectores de salud humana, animal y ambiental. Este enfoque es esencial para anticipar y responder eficazmente a los brotes, compartir información genética del virus, y preparar a los sistemas de salud ante la eventualidad de una pandemia. La situación actual subraya la necesidad de mantener una vigilancia activa, una comunicación de riesgo efectiva y una preparación integral a todos los niveles [3].

Seguimiento a la situación de viruela símica (mpox)

De acuerdo con publicación del 29 de mayo del 2025 realizada por la OMS, hasta el 30 de abril de 2025 se han confirmado 142 151 casos de mpox y 328 muertes en 133 países, lo que refleja una persistente circulación global de la enfermedad. En abril se notificaron 3915 nuevos casos, lo que representa una disminución del 12,5 % respecto a marzo. África continúa siendo la región más afectada, concentrando el 88,7 % de los casos globales en abril, con 3470 casos reportados. En contraste, otras regiones como las Américas y el Pacífico Occidental mostraron descensos significativos, mientras que el Sudeste Asiático experimentó un aumento del 83 %. España fue el país fuera de África con más casos en abril, con 93 notificaciones.

En África, entre el 1 de enero de 2024 y el 18 de mayo de 2025, se han confirmado 17 193 casos y 72 muertes por esta causa. Los países más afectados son la República Democrática del Congo con 8084 casos y 22 muertes, Uganda con 4972 casos y 28

muertes, Sierra Leona con 2648 casos y 14 muertes, y Burundi con 988 casos sin muertes. Sierra Leona ha experimentado un aumento abrupto de casos, especialmente entre jóvenes adultos en zonas urbanas como Freetown. Uganda, aunque muestra una tendencia a la baja, continúa reportando cerca de 200 casos semanales. Burundi ha logrado una reducción significativa desde el pico del brote, mientras que la República Democrática del Congo sigue siendo el país más afectado, aunque enfrenta limitaciones en su capacidad de diagnóstico.

En paralelo, la vacunación contra mpox ha avanzado en África, con más de 720 000 dosis de vacuna administradas en siete países hasta el 20 de mayo de 2025. La República Democrática del Congo ha recibido el 81 % de estas dosis (586 199), inicialmente con un esquema de dos dosis, que se redujo a una sola dosis desde febrero. Uganda ha aplicado 72 060 dosis, Sierra Leona 39 655, y otros países como Ruanda, Nigeria, Liberia y la República Centroafricana han administrado cantidades menores, aunque en algunos casos la vacunación se ha suspendido por falta de fondos.

En cuanto a la evaluación de riesgo, la OMS considera que el riesgo global para la salud pública por mpox es moderado. El clado Ib representa el mayor riesgo, con una propagación internacional asociada al contacto físico cercano, incluyendo contacto sexual. El clado Ia, aunque vinculado a zonas endémicas, ha mostrado transmisión sostenida en Kinshasa. El clado IIb afecta principalmente a hombres que tienen sexo con hombres, con predominancia de transmisión sexual. En todos los casos, la confianza en la información disponible es moderada, lo que apunta a la necesidad de mantener una vigilancia activa y una respuesta coordinada [4].

Actualización de situación del coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Entre el 5 y el 12 de mayo de 2025 Arabia Saudita notificó nueve nuevos casos de coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), incluidos dos fallecimientos. Ocho de los casos se

registraron en la ciudad de Riad y uno en Hail. Siete de los casos en Riad pertenecían a un mismo grupo, compuesto por un paciente sin contacto previo con camellos y seis trabajadores de la salud que contrajeron la infección en el entorno hospitalario. De estos trabajadores, dos presentaron síntomas leves y cuatro fueron asintomáticos. Los otros dos casos incluyeron una persona con contacto indirecto con camellos y otra sin historial de exposición.

Ambos fallecidos presentaban enfermedades preexistentes. Se realizó seguimiento a todos los contactos cercanos, tanto familiares como personal de salud, y no se identificaron casos secundarios adicionales más allá de los seis trabajadores de salud ya mencionados.

En lo que va del 2025 se han reportado diez casos de MERS en Arabia Saudita, con dos muertes. Desde el inicio de la vigilancia, en abril de 2012, se han confirmado 2638 casos de MERS-CoV a nivel mundial, con un total de 957 fallecimientos.

Aunque los casos humanos de MERS continúan registrándose en la Península Arábiga, el número de nuevos casos ha disminuido a los niveles más bajos desde 2014. El riesgo de transmisión sostenida de persona a persona se considera muy bajo [5].

MERS-CoV es una infección respiratoria que puede cursar como leve o grave. Es un virus que se transmite a los humanos a través de dromedarios infectados. Es un virus zoonótico, que se transmite entre animales y personas, y se contrae por contacto directo o indirecto con animales infectados. Se ha identificado en dromedarios en varios países de Oriente Medio, África y el sur de Asia. En total 27 países han notificado casos desde 2012. La transmisión entre personas se ha detectado en algunos casos entre familiares que conviven en el mismo hogar y en entornos sanitarios; la transmisión entre familiares que conviven en el mismo hogar parece ser más frecuente que la infección nosocomial [6].

2025 [Consultado 11/06/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--26--22-may-2025>

2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 31 de mayo del 2025 [Internet]. 2025 [Consultado 10/06/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-31-mayo-2025>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 15 de mayo del 2025 [Internet]. 2025 [Consultado 10/06/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americas-15-mayo-2025>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Multi-country outbreak of mpox, External situation report 52 - 14 May 2025 [Internet]. 2025 [Consultado 10/06/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--52--14-may-2025>
5. Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 10-16 May 2025, week 20 [Internet]. 2025 [Consultado 10/06/2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-10-16-may-2025-week-20>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) [Internet]. 2025 [Consultado 10/06/2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Multi-country outbreak of cholera, external situation report 26 - 22 May 2025 [Internet].

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ, con corte a periodo 5 de 2025, (periodo epidemiológico 5- 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	0	0	0	0	0	8	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	3	1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	29	7
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	702	148	236	49	957	159	1426	266	185	44	183	34	10631	1957
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	177	37	58	12	200	43	317	77	42	7	66	20	2263	501
Cáncer en menores de 18 años	115	11	0	0	0	12	2	19	3	4	1	4	0	252	50
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	1	0	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0	15	3
Chagas crónico	205	1	0	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0	15	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	118	23	25	6	159	33	266	47	28	6	29	2	2132	416
Dengue	210	102	21	31	5	118	19	224	45	17	3	32	5	1391	223
Dengue grave	220	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	51	8	9	4	81	15	162	30	13	1	14	1	1390	269
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	103	34	11	3	17	7	147	39	4	2	7	1	964	296
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	79	24	32	4	97	18	154	35	19	0	19	2	1939	385
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	8	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	7	1	6	0	3	0	8	2	1	1	4	1	68	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	23	4	36	11	41	9	69	18	14	6	25	4	560	115
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	99	29	36	11	16	1	28	3	27	5	54	18	431	109
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	58	16	33	6	22	6	52	10	25	3	74	14	423	93
Intento de suicidio	356	121	25	44	8	208	41	251	59	33	10	43	10	2116	470
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	199	44	102	16	177	38	357	63	58	12	76	13	1915	409
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis cutánea	420	7	2	1	0	6	0	10	0	1	0	3	0	179	18
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	1
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	9	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	16	5
Lesiones de causa externa ***	453	17	4	9	1	17	2	23	1	4	0	9	1	141	24
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	3	0	0	0	5	0	3	0	0	0	0	0	81	2
Malaria	465	6	2	1	1	12	3	5	1	0	0	1	0	123	26
Meningitis	535	7	0	1	0	4	1	6	1	0	0	0	0	83	14
Morbilidad materna extrema	549	139	27	41	8	195	40	350	77	26	8	32	6	2574	565
Mortalidad materna	550	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	10	1	3	1	13	4	37	8	6	1	2	0	336	67

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	60	14	11	4	58	13	118	27	15	3	8	3	673	152
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	2	0	0	0	0	0	5	1	1	0	0	0	29	4
Sífilis gestacional	750	8	1	2	0	13	1	38	9	3	1	3	1	370	78
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	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico 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	9	3	1	0	8	0	13	2	0	0	2	1	170	25
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	35	10	5	1	51	8	60	9	9	2	14	1	722	137
Varicela Individual	831	125	35	41	16	179	51	311	54	34	6	32	6	1999	480
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	642	145	204	53	1285	276	2040	427	184	42	217	53	16899	3638
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	11	3
Viruela símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	102	24	75	8	166	38	241	39	38	9	63	13	2042	410
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total por localidad		3028	683	1055	228	4128	830	6748	1355	793	173	1018	210	53045	10973

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	8	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	29	7
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	240	40	560	105	121	26	0	0	43	12	581	105	10631	1957
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	51	19	78	16	30	12	0	0	10	3	107	26	2263	501
Cáncer en menores de 18 años	115	1	0	6	1	1	1	0	0	0	0	5	1	252	50
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	15	3
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	32	3	96	16	29	11	0	0	8	3	78	14	2132	416
Dengue	210	13	2	39	11	12	2	0	0	6	0	37	2	1391	223
Dengue grave	220	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	16	3	84	14	29	4	0	0	6	2	86	21	1390	269
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	37	9	68	19	36	9	0	0	6	4	55	23	964	296
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	23	3	67	8	21	2	0	0	6	2	55	10	1939	385
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	8	0
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	5	3	0	0	0	0	1	1	68	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	17	6	22	3	13	3	0	0	2	0	19	4	560	115
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	1	0	32	8	54	9	18	7	0	0	5	1	431	109
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	1	1	30	9	15	4	0	0	0	0	19	5	423	93
Intento de suicidio	356	34	10	107	25	35	8	0	0	7	2	104	23	2116	470
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	56	11	80	25	42	11	0	0	8	4	58	11	1915	409
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis cutánea	420	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	179	18
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1
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	0	9	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	16	5
Lesiones de causa externa ***	453	1	0	3	0	3	0	0	0	0	0	6	4	141	24
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	81	2
Malaria	465	3	0	7	2	4	2	0	0	0	0	3	1	123	26
Meningitis	535	1	0	9	1	1	0	0	0	0	0	2	0	83	14
Morbilidad materna extrema	549	52	11	109	30	54	15	0	0	14	3	92	16	2574	565
Mortalidad materna	550	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	1	1	14	2	5	2	0	0	0	0	11	3	336	67
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	5	0	37	12	7	2	0	0	2	0	38	7	673	152
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	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	29	4
Sífilis gestacional	750	11	2	15	2	12	4	0	0	1	0	23	4	370	78
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	0	0
Tétanos accidental	760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	8	1	24	2	6	0	0	0	0	0	8	0	170	25
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	31	7	34	5	30	8	0	0	4	0	57	11	722	137
Varicela Individual	831	25	3	81	21	27	0	0	0	7	2	108	38	1999	480
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	246	60	951	224	223	42	0	0	41	12	800	150	16899	3638
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	11	3
Viruela símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	67	13	70	10	61	12	0	0	12	4	104	29	2042	410
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		978	206	2629	571	879	192	18	7	184	53	2469	512	53045	10973

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	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	1	1	2	0	1	0	0	0	29	7
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	851	142	1110	197	443	75	281	52	10631	1957
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	131	29	238	50	74	16	69	12	2263	501
Cáncer en menores de 18 años	115	15	2	18	3	5	2	3	0	252	50
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	2	0	2	1	0	0	0	0	15	3
Chagas crónico	205	2	0	2	1	0	0	0	0	15	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	134	32	227	46	74	13	46	7	2132	416
Dengue	210	91	17	152	22	62	9	53	9	1391	223
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	149	37	180	40	32	3	31	8	1390	269
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	52	10	132	49	18	8	12	4	964	296
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	62	11	119	23	51	5	44	10	1939	385
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	8	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	330	5	0	8	2	1	0	3	0	68	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	47	5	66	10	29	6	17	3	560	115
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	55	14	2	0	0	0	431	109
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	1	0	0	0	0	0	7	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	6	0	40	9	16	3	7	3	423	93
Intento de suicidio	356	201	33	294	70	64	11	68	22	2116	470
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	87	16	170	40	80	21	71	19	1915	409
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis cutánea	420	11	1	7	0	3	0	56	6	179	18
Leishmaniasis mucosa	430	1	0	2	0	0	0	2	1	7	1
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1
Leptospirosis	455	1	0	6	3	1	1	0	0	16	5
Lesiones de causa externa ***	453	4	0	13	6	7	2	4	0	141	24
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	5	0	11	0	2	0	2	0	81	2
Malaria	465	9	2	10	3	1	0	1	0	123	26
Meningitis	535	7	3	11	4	0	0	3	0	83	14
Morbilidad materna extrema	549	210	38	310	63	92	22	68	16	2574	565
Mortalidad materna	550	1	0	4	0	0	0	0	0	14	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	26	8	41	9	12	0	3	0	336	67
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	40	9	74	16	29	2	26	5	673	152
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	1	0	3	0	0	0	0	0	29	4
Sífilis gestacional	750	40	8	58	15	13	4	12	3	370	78
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	0	0
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	6	0	13	4	6	1	2	0	170	25
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	48	10	44	8	14	4	50	8	722	137
Varicela Individual	831	203	44	264	60	72	22	54	11	1999	480
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	1780	359	2359	485	604	145	463	96	16899	3638
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y desnutrición	591	0	0	0	0	0	0	0	0	11	3
Viruela símica	880	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	175	28	221	45	80	20	65	12	2042	410
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		4405	845	6268	1298	1888	395	1516	307	53045	10973

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	8	1
Accidentes por otros animales venenosos	101	2	1	0	0	1	0	0	0	29	7
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	650	129	221	50	931	194	5	1	10631	1957
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	72	15	47	9	103	33	1	0	2263	501
Cáncer en menores de 18 años	115	4	1	4	1	7	3	0	0	252	50
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	2	0	0	0	15	3
Chagas crónico	205	0	0	0	0	2	0	0	0	15	3
Chikungunya	217	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	95	10	30	3	155	37	0	0	2132	416
Dengue	210	36	12	16	2	41	3	0	0	1391	223
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	87	17	35	2	185	33	0	0	1390	269
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	52	16	40	12	113	29	0	0	964	296
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	46	9	30	5	79	11	0	0	1939	385
Evento adverso seguido a la vacunación	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	310	0	0	0	0	1	0	0	0	8	0
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	4	0	3	0	3	1	0	0	68	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	16	1	9	2	26	8	0	0	560	115
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	2	1	1	1	0	0	431	109
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	3	1	19	3	0	0	423	93
Intento de suicidio	356	106	18	62	15	180	41	0	0	2116	470
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	43	10	23	9	107	24	0	0	1915	409
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUDATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/									
Leishmaniasis cutánea	420	7	1	1	1	6	1	0	0	179	18
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	7	1
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	450	0	0	0	0	1	0	0	0	9	1
Leptospirosis	455	0	0	0	0	0	0	0	0	16	5
Lesiones de causa externa ***	453	2	0	2	0	9	2	0	0	141	24
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	4	0	2	0	7	0	0	0	81	2
Malaria	465	0	0	0	0	10	3	0	0	123	26
Meningitis	535	1	0	2	0	11	2	0	0	83	14
Morbilidad materna extrema	549	96	26	42	8	210	51	2	1	2574	565
Mortalidad materna	550	1	0	0	0	1	0	0	0	14	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	17	4	6	1	26	4	0	0	336	67
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	35	8	9	5	48	17	1	0	673	152
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	3	0	0	0	6	1	0	0	29	4
Sífilis gestacional	750	15	3	10	2	57	12	0	0	370	78
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	0	0
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	16	2	1	0	33	5	0	0	170	25
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	23	8	7	0	42	6	0	0	722	137
Varicela Individual	831	89	18	38	9	195	50	2	0	1999	480
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	1009	228	330	81	1936	447	16	4	16899	3638
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA IRA y desnutrición	591	1	1	0	0	1	0	0	0	11	3
Viruela símica	880	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	73	19	30	1	119	23	0	0	2042	410
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		2606	557	1005	220	4675	1045	27	6	53045	10973

* ac - acumulado del 29 de diciembre de 2024 al 17 de mayo de 2025

* pe - periodo del 20 de abril de 2025 al 17 de mayo 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

