

Boletín Epidemiológico Distrital

1 de septiembre a 31 de diciembre de 2010. Volumen 15 - Edición 21 / ISSN 0123-8590



La hipertensión arterial, un enemigo silencioso para la salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Boletín Epidemiológico Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Aldo Enrique Cadena Rojas

Subsecretario Distrital de Salud
Helver Giovanni Rubiano García

Director de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Vigilancia en Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Editores
Luis Jorge Hernández Flórez
Daibeth Elena Henríquez Iguarán

Comité Editorial
Hernán Vargas
Bibiana Pérez
Claudia Moreno
Diana Guevara Jaramillo
Sandra Gómez

Coordinación editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Oriana Obagi Orozco

Corrección de Estilo
Gustavo Patiño Díaz

Fotografía
<http://www.freepik.es>

Diseño y Diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Impresión
Subdirección Imprenta Distrital D.D.D.I.

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 No.12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2013
www.saludcapital.gov.co

Oswaldo Cáliz Peña, M.D. MSP
Referente de vigilancia de enfermedades crónicas
Secretaría Distrital de Salud

Correspondencia
Oswaldo Cáliz Peña
calizpe@yahoo.com

La hipertensión arterial, un enemigo silencioso para la salud

CONTENIDO

Introducción	3
Factores predisponentes	5
Consecuencias de la presión arterial alta	7
Situación epidemiológica	8
Conclusión	12
Referencias	14

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, progresiva, que en la mayoría de los sujetos afectados evoluciona de manera silenciosa; sus consecuencias se manifiestan principalmente en daños irreversibles en el funcionamiento del corazón, el cerebro y los riñones. La HTA se considera establecida cuando los valores de la presión arterial en un sujeto se elevan en forma persistente por encima de 139 mm Hg de presión sistólica y 89 mm Hg diastólica. Con base en estos valores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en 1.000 millones las personas que tienen actualmente la presión arterial elevada (31% de los adultos) y, para el 2025, en 1.500 millones.

La prevalencia de la HTA es alta en todos los países; no obstante, su mayor carga por mortalidad prematura y discapacidad la sufren los países de medianos y bajos ingresos (1). En las tribus nómadas de Kenya y en los indígenas yanomami del Brasil, la hipertensión arterial es casi desconocida, situación atribuida al escaso consumo de sal (2). Por otro lado, la región del sureste de Estados Unidos es conocida como el “Stroke Belt”, por la alta incidencia de la enfermedad cerebrovascular entre la población afroamericana.

Ahora bien, la ocurrencia de la HTA en la población puede estudiarse desde diversos ámbitos y perspectivas, a partir de las condiciones sociales de los afectados o desde su impacto en los diferentes órganos del cuerpo humano, o desde las alteraciones moleculares en el lecho vascular. Sus causas también pueden estudiarse en varios ámbitos, incluyendo los factores de riesgo, los determinantes sociales, los estilos de vida y las alteraciones genéticas. Es muy ventajoso entender las causas de las enfermedades desde muchas perspectivas, porque permite ampliar la visión del problema y generar mejores estrategias para su prevención o control.

Así, en el análisis de la enfermedad es importante obtener información de todos los ámbitos posibles, pero en salud pública es fundamental entender el ámbito poblacional para conocer su magnitud, tendencia y distribución, con el fin de planear acciones para su prevención y control en la población. En este documento se analiza la situación de la HTA en Bogotá, con énfasis en la perspectiva del impacto poblacional.

Objetivo

Presentar una revisión de los factores predisponentes y de las consecuencias que representa para la salud la HTA en Bogotá, con base en los datos disponibles de la mortalidad, de la morbilidad atendida en consultas ambulatorias, y de la prevalencia de algunos factores de riesgo estimados por las encuestas.

Definición

La hipertensión arterial es una alteración hemodinámica caracterizada por un incremento de la resistencia vascular periférica, lo que da lugar a una enfermedad vascular hipertensiva, que se traduce clínicamente en elevación de la presión arterial y en arteriosclerosis, con sus consecuencias de isquemia miocárdica, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. La prevalencia de la HTA se incrementa con la edad, al punto que más de la mitad de las personas de 60 a 69 años de edad y las tres cuartas partes de la población de 70 años en adelante la padecen en Estados Unidos (3). El aumento de la presión arterial sistólica es el responsable de esta prevalencia.

Serpa Flórez (4) expone sobre la historia de la medición de la presión arterial, lo siguiente:

Quien por primera vez experimentó y publicó, en 1733, sus investigaciones al respecto, fue un clérigo y fisiólogo inglés, Stephen Hales (1677-1761), quien canalizó la arteria de una yegua con un tubo de vidrio y observó cómo la columna de sangre ascendía con cada latido del corazón. Después vinieron, en 1896, el invento del manómetro y el brazalete neumático, por el italiano Scipione Riva-Rocci (1873-1937) y el descubrimiento por Nicolai Sergeievich Korotkoff, en 1905, de sus sonidos epónimos, gracias al método ideado por él de determinar la presión arterial.

Es, pues, justo, cuando se habla de la hipertensión arterial, citar estos tres nombres: Hales, Riva-Rocci y Korotkoff. Las categorías actuales para la clasificación de la presión arterial en individuos adultos de ambos sexos se establecieron por consenso en el séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta de Estados Unidos (5). Esta clasificación ha sido adoptada por la mayoría de los países del mundo, entre ellos Colombia, y se encuentra vigente hasta cuando se pronuncie nuevamente el Comité con el octavo reporte. En la tabla 1 se muestra la clasificación.

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial para adultos (JNC7)

Clasificación de la presión arterial	Presión arterial sistólica en mm Hg	Presión arterial diastólica en mm Hg
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión estado 1	140-159	90-99
Hipertensión estado 2	≥160	≥100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SDS. Bogotá, D. C.

La prehipertensión no es una categoría de enfermedad; más bien, es una denominación escogida para identificar individuos con alto riesgo de desarrollar hipertensión. En ellos se recomienda adoptar estilos de vida saludable. La presencia de diabetes o enfermedad renal en sujetos prehipertensos los hace elegibles para el tratamiento farmacológico si los cambios en el estilo de vida fallan en bajar su presión arterial a 130/80 mm Hg.

Al ser la presión arterial un parámetro biológico continuo, no existe un umbral aparente para la aparición de las complicaciones cardiovasculares asociadas. Entre más altos sean los niveles, mayores son los riesgos cerebrovasculares. La definición de “hipertensión” se basa en niveles de presión arterial en los cuales la intervención es más benéfica. Y desde el punto de vista epidemiológico, los niveles Grado 1 son los más importantes, porque ellos aportan el mayor volumen de complicaciones, por su curso clínico silencioso.

Factores predisponentes

Entre los factores que se han relacionado con el riesgo de la HTA se señalan: la edad, el sexo, el grupo étnico, la herencia, la obesidad, los hábitos alimenticios ricos en sal e hipercalóricos, el estrés, la ingesta excesiva de alcohol y el bajo peso al nacer. Desde el punto de vista de su fisiopatología, en el 95% de los sujetos con HTA se considera que su enfermedad es esencial o idiopática; es decir, no se encuentra una alteración orgánica imputable. En el 5% de los casos se encuentran las siguientes condiciones asociadas: enfermedad renal crónica, enfermedad renovascular, feocromocitoma, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, coartación de la aorta y uso de anticonceptivos orales.

Edad: la presión arterial promedio tiende a aumentar con el envejecimiento, especialmente la sistólica. Este es un hallazgo común en la clínica y se asocia con mayor riesgo de muerte en los mayores de 50 años cuando no se controla.

Sexo: de manera general se acepta que la HTA es mayor en los hombres que en las mujeres, pero después de los 60 años, la relación edad-HTA es similar en hombres y mujeres.

Grupo étnico: la información epidemiológica actual (6) indica la alta prevalencia de la HTA en poblaciones de origen africano en Europa, América y el Caribe; en África también se registra un alto impacto, especialmente en zonas urbanas. Para explicar estas diferencias raciales de la HTA, se han emitido varias hipótesis: alteraciones genéticas, mayor hiperactividad vascular y sensibilidad a la sal, actividad reducida de la bomba sodio-potasio-ATPasa, baja actividad de sustancias vasodilatadoras, alimentación con alto contenido de sal, tabaquismo y estrés sociocultural.

Herencia: en el componente causal de la HTA, el factor genético desempeña un papel importante en el origen de la enfermedad. Por observaciones clínicas, se sabe que los hijos de hipertensos tienden a padecerla con mayor frecuencia que el promedio poblacional (7).

Obesidad: en las personas obesas, con índice de masa corporal $>30 \text{ kg/m}^2$, se presenta una prevalencia mayor de HTA. El hipertenso obeso tiene mayor gasto cardíaco y resistencia vascular periférica alterada, lo que da lugar a un estado hipercinético circulatorio que eleva progresivamente las cifras tensionales. La obesidad central está particularmente asociada con la hipertensión y con el aldosteronismo primario, condición hipertensora.

Alimentación rica en sodio: varios estudios han demostrado la relación directa entre el mayor consumo de sodio y los valores elevados de presión arterial, entre estos se destaca el INTERSALT (8). La alimentación actual, preparada con alimentos procesados y escasa en frutas y vegetales, además de ser rica en sodio, es pobre en potasio. El consumo de alimentos bajos en potasio también se relaciona con el desarrollo de la HTA (9). El exceso de sodio en la dieta produce aumento de sodio plasmático, lo que lleva, por una parte, al aumento del volumen intravascular; y por otra, a disfunción endotelial, aumento de la resistencia vascular periférica, hiperactividad simpática y estimulación del sistema renina angiotensina.

Estrés crónico: puede desencadenar reacciones vasopresoras con HTA por aumento del tono simpático y de los niveles de catecolaminas (10).

Ingesta de alcohol: esta tiene una fuerte asociación con la presión arterial, especialmente cuando es alta en la vida adulta (11).

Bajo peso al nacer: la observación de que el bajo peso al nacimiento está relacionado con la presión arterial en la vida adulta ha sido una parte central de la hipótesis “del origen fetal” de las enfermedades crónicas, en la cual se relaciona la nutrición fetal y la enfermedad cardiovascular en el adulto (12).

En un estudio de casos y controles para evaluar factores de riesgo para la HTA en una población colombiana en 1996 (13), se destacaron el antecedente familiar y el índice de masa corporal (IMC) mayor de 25. En el análisis univariado se relacionaron con la HTA, el IMC (OR 3,5 IC95% 1,4-7,6), el antecedente familiar (OR 2,4 IC95% 1,4-8,7) y el antecedente familiar de muerte por HTA (OR 2,4 IC95% 1,04-5,4). En la regresión logística condicional solo el IMC mantuvo su asociación con la HTA.

Consecuencias de la presión arterial alta

El impacto patológico de la HTA en los órganos del cuerpo humano se ha medido en diversos estudios por la fracción atribuible poblacional (fracción de enfermedad o muerte atribuible al factor de riesgo) y también en su aporte porcentual en la mortalidad general.

En la tabla 2 se comparan los cálculos del riesgo atribuible poblacional de la HTA, en dos de sus complicaciones principales, en varios estudios.

Tabla 2. Riesgo atribuible poblacional de la hipertensión en la enfermedad isquémica cardíaca y la cerebrovascular (porcentajes)

Estudio	Enfermedad isquémica cardíaca	Enfermedad cerebrovascular
American Public Health Association 1998 EUA (6)	25 (20-29)	26 (20-50)
International Society of Hypertension 2001 (14)	47	54
OMS 2009 (15)	45	51

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SDS. Bogotá, D. C.

Por otro lado, en el informe de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2009, de la Cuenta de Alto Costo (CAC), la HTA se encontró como precursora de la enfermedad renal crónica (ERC) (16) en el 37,3% de los casos, cifra similar, según el informe, al de otras partes del mundo, cuyo intervalo oscila entre 25 y 40%.

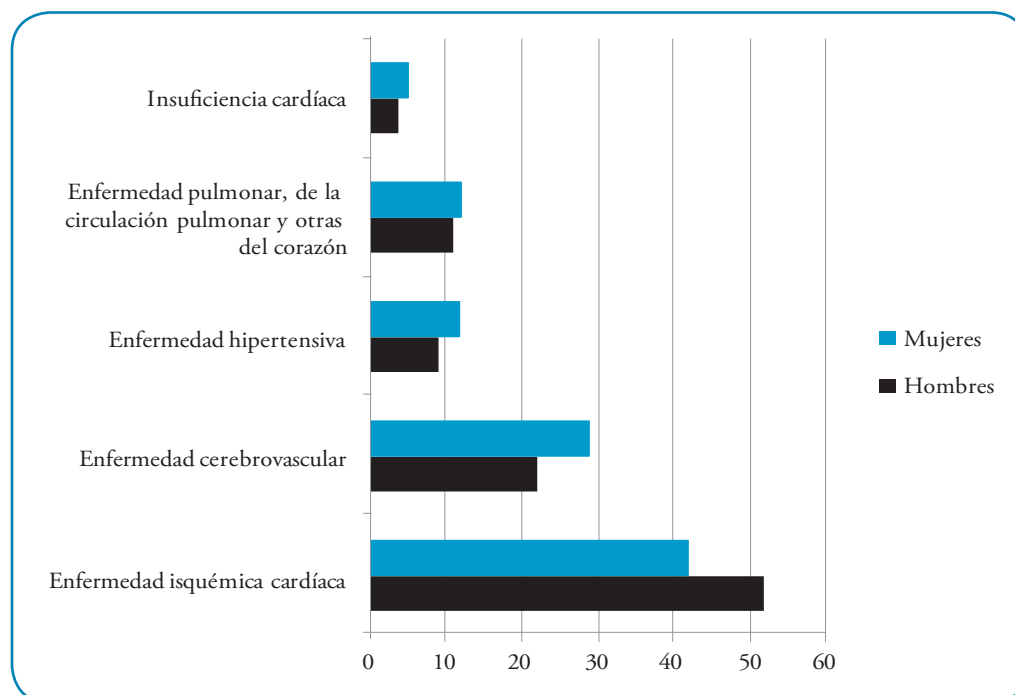
El estudio de los riesgos mundiales para la salud de la OMS (17) sitúa la hipertensión arterial en primer lugar, con el 13% de aporte a la mortalidad, seguida del tabaquismo, con el 9%; hiperglucemia, 6%; inactividad física, 6%, y sobrepeso y obesidad, 5%. Estos factores son los responsables del incremento del riesgo de las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Siete factores de riesgo: hipertensión arterial, ingesta de alcohol, índice de masa corporal alto, colesterol alto, hiperglucemia, baja ingesta de frutas y verduras e inactividad física, son los responsables del 61% de las muertes por enfermedad cardiovascular en el mundo.

Situación epidemiológica

Mortalidad

En el 2009 se registraron en Bogotá 7.152 fallecimientos por enfermedades cardiovasculares, correspondientes al 26,6% del total de muertes en la ciudad. La distribución por sexo se analiza en la gráfica 1, donde se aprecian dos diferencias significativas en las tasas de mortalidad: en la enfermedad isquémica cardíaca (EIC), en contra de los hombres, y en la enfermedad cerebrovascular (ECV) e hipertensiva, en contra de las mujeres.

Gráfica 1. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, hombres y mujeres, Bogotá, 2009 (Tasa por 100.000 habitantes)



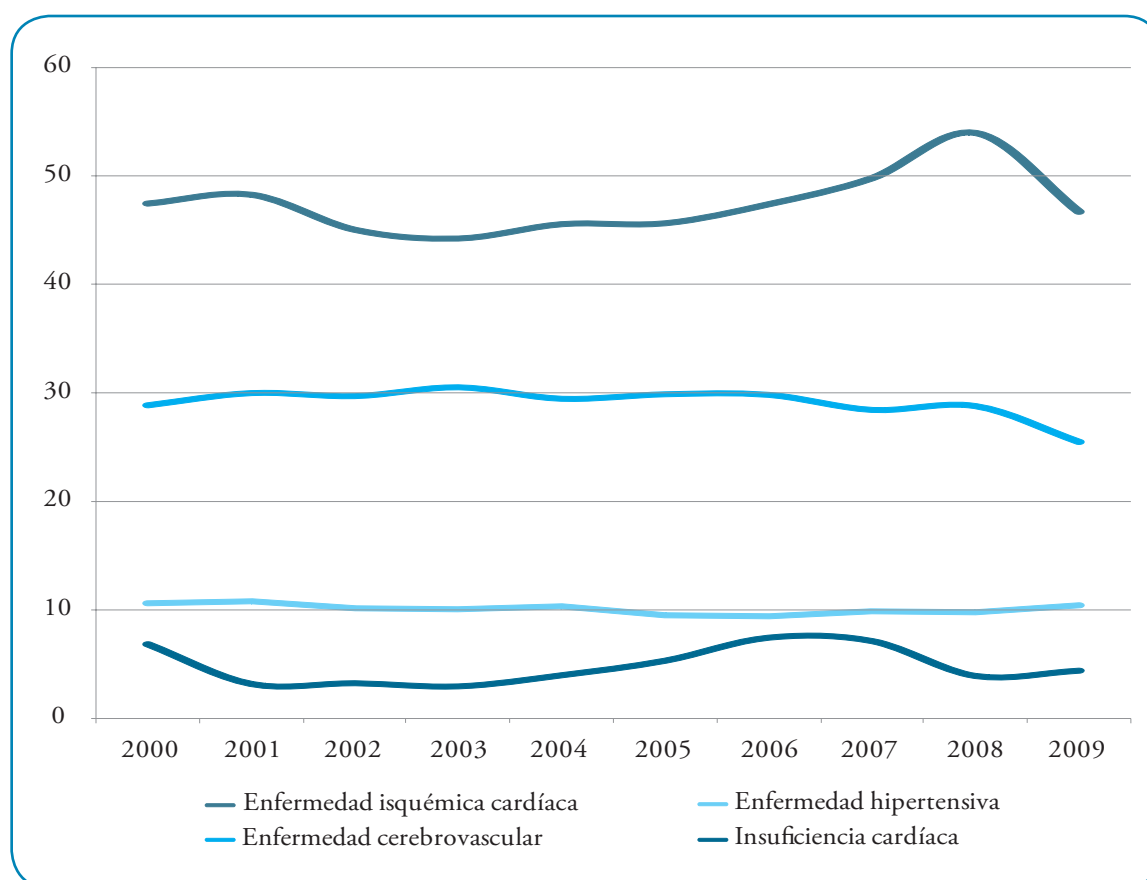
Fuente: Estadísticas vitales, SDS, DANE.

La suma de las defunciones por EIC, ECV, enfermedad hipertensiva e insuficiencia cardíaca, asociadas directamente con el riesgo de la HTA, aporta el 88,4% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares.

Ahora bien, en el periodo del 2000 al 2009, la serie cronológica de las cuatro enfermedades cardiovasculares, descritas arriba, con excepción de la enfermedad hipertensiva, presentan variaciones no significativas, por lo cual sus tendencias se consideran estables (gráfica 2). La tendencia de la mortalidad responde a dos intervenciones de salud pública: por un lado, al impacto de la prevención primaria de los factores causales del evento de salud, y por otra, al resultado de la prevención secundaria de la medicina asistencial. Este análisis (de la tendencia de la mortalidad) es una evaluación de la efectividad de las dos intervenciones.

Continuando con el análisis de la mortalidad asociada con la HTA, se presenta el indicador de mortalidad prematura en sujetos menores de 65 años por EIC y ECV (tabla 3).

Gráfica 2. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, Bogotá, 2000-2009
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: DANE, cifras preliminares de 2009.

Tabla 3. Mortalidad prematura por enfermedad isquémica cardíaca y por enfermedad cerebrovascular, en hombres y mujeres, Bogotá, 2009

Edad	Enfermedad isquémica cardíaca				Enfermedad cerebrovascular			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Muertes	%	Muertes	%	Muertes	%	Muertes	%
<65 años	521	28,67	213	13,51	233	30,42	248	22,79
65 y +	1.296	71,33	1.364	86,49	533	69,58	840	77,21
Total	1.817	100,00	1.577	100,00	766	100,00	1.088	100,00

Fuente: DANE, cifras preliminares de 2009.

Entre las dos enfermedades muere prematuramente el 23,15% (1.215 fallecimientos) de las personas; los hombres son los más afectados por este hecho. Finalmente, al aplicar los valores de la OMS del riesgo atribuible poblacional de HTA, se obtienen los resultados con la mortalidad en Bogotá expuestos en la tabla 4.

Tabla 4. Fallecimientos atribuibles a la HTA según el porcentaje de riesgo atribuible poblacional calculado por la OMS, en Bogotá, 2009

Riesgo atribuible poblacional OMS 2009	Cantidad de fallecimientos*
Enfermedad cerebrovascular 51%	945
Enfermedad isquémica cardíaca 45%	1.527
Total	2.472

*Calculado sobre los datos de mortalidad provisionales del DANE en 2009.

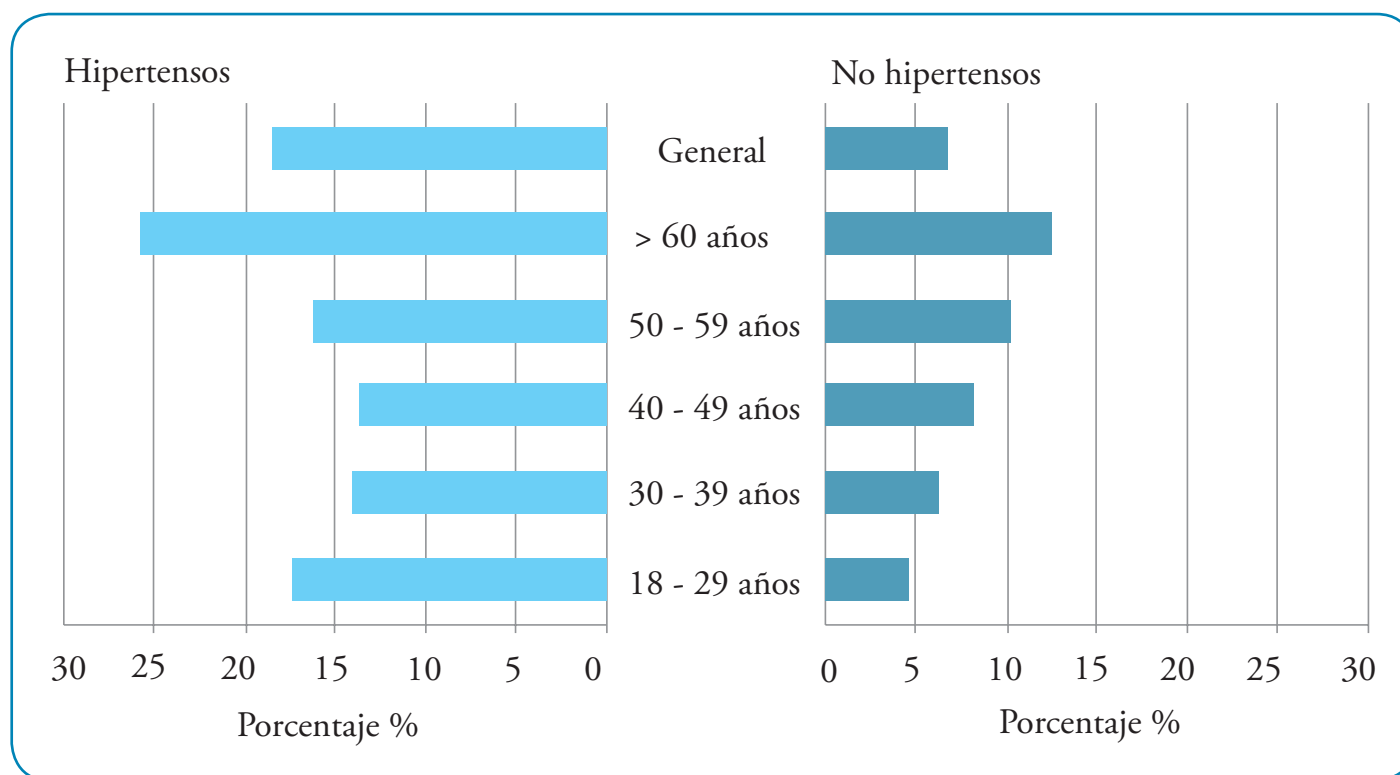
Morbilidad

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2007 (18) en la toma de la presión arterial 22,2% de personas entre 18 y 69 años de edad resultaron hipertensos.

La ENS también estimó la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el 34,7 y el 11,53%, respectivamente, valores similares a los encontrados por la encuesta ENSIN 2010 (19). En cuanto al tabaquismo, la prevalencia estimada fue del 31,8%. Finalmente, la prevalencia de la discapacidad general asociada con la hipertensión, estimada por la ENS en el 18,3%, fue mayor que en los no hipertensos (gráfica 3).

Finalmente, la prevalencia de la discapacidad general asociada con la hipertensión, estimada por la ENS en 18,3%, fue mayor que en los no hipertensos, gráfica 3.

Gráfica 3. Prevalencia de discapacidad total (%) por rangos de edad, en personas diagnosticadas como hipertensas y no hipertensas



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Conclusión

El hecho de que solo el 6,3% de la población de Bogotá con HTA fue reportada por las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), que, se supone, tomaron los datos de los registros individuales de la prestación de servicios (RIPS) o de sus programas, permite estimar que las tres cuartas partes de las personas afectadas pueden estar sin control de su presión elevada en grado 1, generalmente asintomática. El análisis de la mortalidad revela, a su vez, que las complicaciones asociadas con la HTA aportan el 88,4% de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares, primera causa de mortalidad en Bogotá; así mismo, produjeron la muerte prematura de 1.215 personas.

Frente a la HTA y otras condiciones crónicas, es necesario complementar la estrategia de alto riesgo, paradigma en el estilo de atención de muchas EAPB que consideran que la demanda de servicios de salud es una materia de decisión personal, cuando se sabe que la conducta está mediada socialmente y reforzada por imaginarios culturales que no impulsan la conducta preventiva en las personas. En

consecuencia, son las intervenciones comunitarias de tamizaje para el diagnóstico temprano y la promoción de estilos de vida saludable las acciones de salud pública que permitirán prevenir y aplazar las consecuencias adversas de HTA. Así, la prevalencia de esta condición crónica de salud plantea un gran reto de cobertura y capacidad resolutiva para la atención primaria de salud, donde nace el enfoque comunitario.

En conclusión, a pesar del conocimiento actual sobre las características biológicas y epidemiológicas de la HTA, permanecen muchos vacíos que impiden la prevención y el control efectivo de este enemigo silencioso para la salud. Por consiguiente, se necesitan investigaciones que orienten la prevención y control efectivos de esta enfermedad en nuestro medio. Se proponen estudios en los siguientes tópicos: evaluación del costo efectividad de los programas asistenciales, evaluación de los beneficios de programas de prevención primaria basados en comunidad, investigación para desarrollar estrategias de incorporación de las actividades preventivas en la atención primaria de salud, estudio sobre los determinantes de la HTA en el nivel poblacional y de los riesgos individuales que incrementan las complicaciones y las acciones para prevenirlos y controlarlos.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Zehnder BC. Sodium, potassium and hypertension. *Rev Med Clin Condes*. 2010;21:508-15.
3. Department Of Health and Human Services (US). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure US. NIH Publication No. 04-5230 August 2004.
4. Serpa Flórez F. Medicina y humanidades. Datos históricos de la hipertensión arterial [internet]. s. f. [citado: 20 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/Tribuna101MyH_p39-42/Medicinayhumanidades01.htm.
5. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003;289:2560-71.
6. Brownson R, Remington P, Davis J. (Ed). *Chronic Disease epidemiology and control*. 2nd ed. Washington: American Public Health Association; 1998.
7. Macleod J. (Ed). *Davidson's principles and practice of medicine*. 12th ed. Edinburgh, London, New York: Churchill Livingstone; 1978.
8. Intersalt Cooperative Research. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Result for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988;297:319-28.
9. Gallen JW, Rosa RM, Esparaz DY, et al. On the mechanism of the effects of potassium restriction on blood pressure and renal sodium retention. *Am J Kidney Dis*. 1998;31:19-27.
10. Pickering TG. Psychosocial stress and hypertension: clinical and experimental studies. En: Swales JD, (Ed). *Textbook of hypertension*. Oxford: Blackwell Scientific; 1994. pp. 640-54.
11. Klatsky AL, Firedman GD, Armstrong MA. The relationship between alcoholic beverage use and other traits to blood pressure: a new Kaiser permanente study. *Circulation*. 1986;73:628-36.
12. Barker DJ. *Mothers, babies and health in later life*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1998. Citado en: Diana Kuh and Yoav Ben-Shlomo (Ed). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

13. Aroca G, Podlesky E, Ortiz J, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en una población colombiana. *Salud Uninorte*. 1996;11:9-13.
14. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A, et al. Global Burden of blood-pressure-related disease 2001. *Lancet*. 2008;371:1513-8.
15. World Health Organization (WHO). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable for selected major risks*. Genève: WHO; 2009.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. *Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia 2009*. [internet]. 2009. [citado: 20 de marzo de 2013]. Disponible en: www.cuaentadealtocosto.org
17. World Health Organization (WHO). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2008.
18. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, Cendex, Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud*. Bogotá: Minprotección; 2007
19. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto de Bienestar Familiar. *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia*. Bogotá: Minprotección; 2010.

COMPARATIVO DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA ENERO-DICIEMBRE, BOGOTÁ, D. C. 2009-2010

Evento	Confirmado por clínica		Confirmado por laboratorio		Confirmado por nexa		Descartado		Otro ajuste	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
ESI IRAG	0	705	1.751	1.223	2	1	4.770	2.768	0	8
ETA	1.391	1.910	9	24	0	55	17	106	0	25
Exposición rábica	0	0	0	0	0	0	3.188	4.014	2.900	3.313
Hepatitis A	540	141	458	279	3	0	43	16	0	11
Hepatitis B	0	0	300	272	0	0	2	1	0	3
Hepatitis C	0	0	16	16	0	0	2	0	0	1
Lepra	0	0	23	16	0	0	0	0	0	0
Meningitis H. Influenzae	0	0	4	7	0	0	3	0	0	0
Meningitis N. Meningea	0	0	24	14	0	0	6	9	0	3
Meningitis H. Neumoniae	0	0	21	25	0	0	13	2	0	1
Parálisis flácida aguda	0	0	0	0	0	0	24	35	0	2
Parotiditis	2.598	5.781	0	0	0	0	0	8	0	82
Reacción posvacunal	111	9	2	2	0	0	82	127	0	5
Rubéola	0	0	0	0	0	0	467	1.097	0	1
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	55	79	0	3
Sarampión	0	0	0	0	0	0	121	843	0	2
Sífilis congénita	0	0	0	1	250	240	4	1	0	13
Sífilis gestacional	0	0	417	504	0	0	3	1	0	11
Tos ferina	0	2	29	69	1	2	1.017	863	0	5
Tuberculosis	109	84	268	242	1	0	13	6		15
Tuberculosis pulmonar	82	73	546	563	1	3	11	14	0	27
Varicela	25.429	27.151	0	3	46	114	5	23	0	398
VIH/SIDA	0	1	1.753	1.438	0	0	0	1	0	25

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D. C., SIVIGILA - NACIONAL