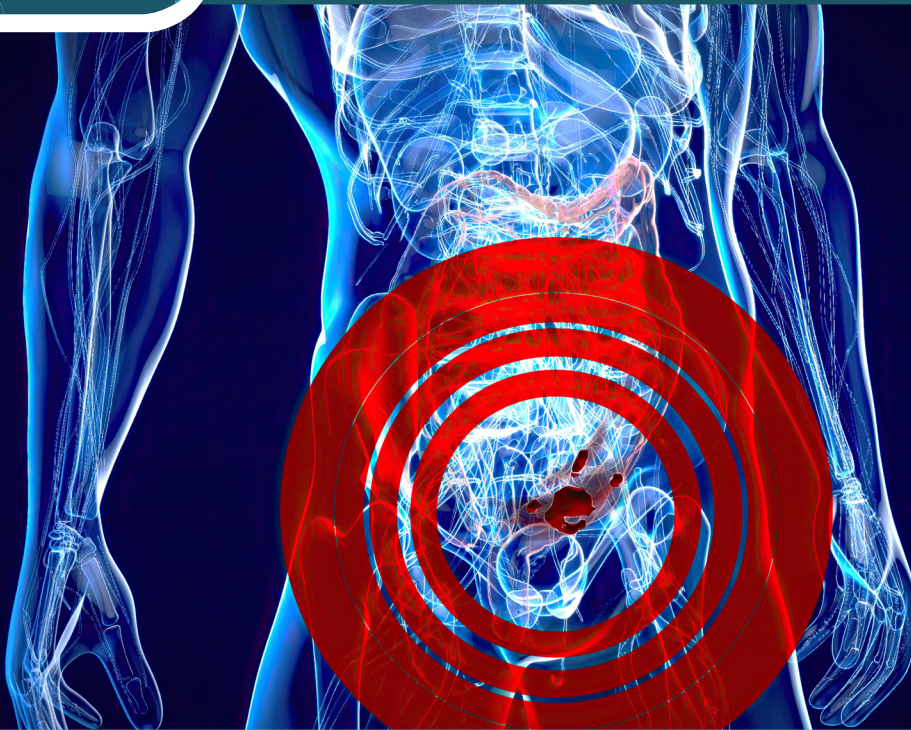




Caracterización sociodemográfica, clínica e histológica de pacientes con hallazgo endoscópico de pólipos colorrectales atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto (Colombia), en el periodo 2017-2022

4

Editorial

5

Artículo central

27

Noticia epidemiológica

30

Emergencias en salud de interés internacional - ESPII

34

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 Belen 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

Reporte de eventos de interés en Salud Pública
Rubén Darío Rodríguez Camargo

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones
(E), Iván David Sandoval Medina

Corrección de estilo
Biteca S.A.S

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
<https://www.freepik.es>

ISSN 0123 - 8590
ISSN: 2954- 6567 (En línea)

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2023
www.saludcapital.gov.co

Contenido

Editorial	4
Caracterización sociodemográfica, clínica e histológica de pacientes con hallazgo endoscópico de pólipos colorrectales atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto (Colombia), en el periodo 2017-2022	5
¿Qué sabemos sobre la seguridad de los vapeadores?	27
Información de emergencias en salud de interés internacional - ESPII corte a diciembre del 2023	30
Comportamiento de la notificación de casos confirmados, para los eventos trazadores, en Bogotá	34

EDITORIAL

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales; es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte en el mundo, y genera altos costos a los sistemas de salud. La evidencia actual establece que una importante proporción de su incidencia y letalidad es evitable si se intervienen los factores de riesgo y se atiende de manera oportuna y efectiva en las fases tempranas de la enfermedad. En Colombia, los cánceres de mama, de próstata, de colon, de estómago, de cuello uterino y de pulmón son los de mayor incidencia y prevalencia en la población.

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia de mayor frecuencia en vías digestivas. Representa hasta el 10% de todos los cánceres en el mundo y se encuentra causalmente asociado a múltiples factores intrínsecos del huésped como mutaciones genéticas, hormonales y condiciones inmunológicas, y a factores externos como dietas poco saludables, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y exposición ambiental a carcinógenos. Su historia natural se caracteriza por manifestaciones clínicas poco específicas, por lo que la detección temprana y el acceso efectivo al tratamiento, con enfoque en grupos de riesgo relacionados con los momentos del curso de vida e historia familiar demostrada, se convierten en la estrategia fundamental de control.

La carga creciente de este cáncer en el país, y específicamente en la ciudad, hace que se haya priorizado en las políticas y los planes de salud pública en los años recientes, y se avance en el diseño e implementación de intervenciones, en el contexto de un modelo de atención integral e integrado que reconozca los avances logrados en la atención primaria en salud y recoja las innovaciones tecnológicas recientes para lograr el impacto esperado a nivel individual y poblacional.

El presente número del Boletín Epidemiológico Distrital ofrece un artículo presentado por un grupo de estudiantes que hacen parte del semillero de investigación del centro de estudios de una de las regiones del país que ha sido identificada como de particular riesgo de cáncer en su población. Además, dicho centro tiene la responsabilidad, entre otras, de desarrollar uno de los pocos registros poblacionales de cáncer con que cuenta el país.

Caracterización sociodemográfica, clínica e histológica de pacientes con hallazgo endoscópico de pólipos colorrectales atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto (Colombia), en el periodo 2017-2022

Sociodemographic, clinical and histological characterization of patients with endoscopic findings of colorectal polyps, treated in the gastroenterology service of the Departmental University Hospital of Pasto, Nariño, Colombia, in the period 2017-2022

Esteban Camilo Cortez Cabrera¹
 Jimmy Alexander Chamorro Rosero¹
 Leslie Yamile Araújo Betancourth¹
 Jesus Davd Andrade Zambrano¹
 Harold Mauricio Casas Cruz^{1,2,3}  <https://orcid.org/0000-0001-9013-6355>
 Maria Alejandra Arteaga Oviedo⁴  <https://orcid.org/0000-0003-3266-4541>

1. Resumen

El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres y el tercero en hombres a nivel mundial. En el departamento de Nariño, Colombia, representa una alta carga de mortalidad, y en Pasto, su capital, constituye la cuarta causa de muerte por neoplasia maligna. A pesar de esto, no se dispone de información sociodemográfica, clínica e histológica de la población nariñense con hallazgo

endoscópico de lesiones precursoras de CCR, como los pólipos colorrectales. Este estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, tiene por objetivo caracterizar sociodemográfica, clínica e histológicamente a los pacientes con hallazgo endoscópico de pólipos colorrectales atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN), Pasto (Colombia), en el periodo 2017-2022.

Se obtuvo una base inicial de datos correspondiente a 1861 endoscopias de vías digestivas bajas realizadas a 1751 pacientes. En 284 pacientes se evidenció hallazgo de CCR o pólipo colorrectal. Se definieron dos grupos de pacientes por caracterizar, 90 con hallazgo de CCR y 212 con hallazgo de pólipo colorrectal. De los 90 pacientes con diagnóstico de CCR el 63,3 % fueron mujeres, la edad media fue de 64,3 años, la ubicación más frecuente de la lesión fue el recto, con el 44,4%, y el diagnóstico histopatológico con mayor proporción fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con un 35,6 %. En los 212 pacientes con hallazgo de pólipos colorrectales la distribución por género fue muy similar (M: 50,9 %; H: 49,1 %), la edad promedio fue de 61,04 años. El total de pólipos documentados fue de 276, de los cuales 255 fueron extraídos para biopsia, siendo el pólipo más frecuente el adenomatoso con el 51,4 %, reportándose con mayor frecuencia en estos un bajo grado de displasia (62,6 %).

Palabras clave: pólipos colorrectales, cáncer colorrectal (CCR), histopatología.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is the second most diagnosed cancer in women and the third in men worldwide. In Nariño - Colombia, it represents a high mortality burden, constituting in Pasto, it's capital, the fourth cause of death

1. Universidad de Nariño, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina (Colombia).
2. Universidad de Nariño Colombia, Centro de Estudios en Salud (Cesun), grupo investigación en Salud Pública (Colombia).
3. Universidad de Nariño Colombia, Centro de Estudios en Salud (Cesun), Registro Poblacional de Cáncer de Pasto (Colombia).
4. Hospital Universitario Departamental de Nariño (Colombia).

by malignant neoplasm. Despite this, there is no sociodemographic, clinical, and histological information available on the Nariño population with endoscopic findings of CRC precursor lesions, such as colorectal polyps. This observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study aims to characterize sociodemographically, clinically and histologically the patients with endoscopic findings of colorectal polyps treated in the gastroenterology service of the Departmental University Hospital of Nariño - Pasto - Colombia, in the period 2017-2022.

An initial database corresponding to 1861 lower digestive tract endoscopies performed on 1751 patients was obtained. In 284 patients, a finding of CRC and/or colorectal polyp was evidenced. Two groups of patients to be characterized were defined: 90 with CRC findings and 212 with colorectal polyps. Of the 90 patients diagnosed with CRC, 63.3 % were women, the mean age was 64.3 years, the most frequent location of the lesion was the rectum, with 44.4 %, and the histopathological diagnosis with the highest proportion was moderately differentiated adenocarcinoma. with 35.6 %. In the 212 patients with colorectal polyps, the distribution by gender was very similar (M: 50.9 %; H: 49.1 %), the average age was 61.04 years. The total number of documented polyps was 276, of which 255 were extracted for biopsy, the most frequent polyp being adenomatous with 51.4 % and a low grade of dysplasia being reported more frequently in these (62.6 %).

Keywords: Polyps, colorectal cancer, histopathology

2. Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor que se desarrolla en la pared interna del colon o del recto (1). A nivel mundial es una de las causas más importantes de morbilidad, siendo

el tercer cáncer más diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres, con un aumento constante en su incidencia (2). En el mundo, las tasas más altas de incidencia se encuentran en Australia, Nueva Zelanda, Europa y América del Norte, mientras que las tasas más bajas se encuentran en África y el centro y sur de Asia. La variación en la incidencia parece ser atribuible a las diferencias en las exposiciones dietéticas y ambientales, el bajo nivel socioeconómico y las tasas más bajas de detección de CCR en estas últimas regiones (3); de hecho, se ha evidenciado que la ancestría africana eleva el riesgo de padecer CCR (4), esto ratifica que las bajas tasas de incidencia de CCR en África se deben a que no se realizan ni se toman las medidas necesarias para buscar y detectar este tipo de neoplasia y, como consecuencia, se muestren números más bajos de los que en realidad existen. En la región de las Américas este tipo de cáncer ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte por tumores, y cada año se producen 240.000 casos nuevos, de los cuales unos 96.000 pacientes fallecen (5). En Colombia, el CCR es la cuarta causa de cánceres diagnosticados en hombres y la tercera en mujeres (6), presenta una proporción de casos nuevos reportados de 6,94/100.000, con una prevalencia de 47,57/100.000 y una mortalidad de 4,96/100.000, que afecta a hombres y mujeres por igual (7). El comportamiento en el municipio de Pasto, Nariño, sigue el mismo patrón, reportándose para el periodo 2008-2012 un total de 78 nuevos casos en hombres (7,9 casos nuevos al año por 100.000 habitantes), lo que representa el tercer tipo de cáncer más frecuente después del cáncer gástrico y el de próstata. En mujeres, el número de casos en ese mismo periodo fue de 104 (9,7 casos nuevos al año por 100.000 habitantes), lo que representa el quinto tipo de cáncer más común, después del de mama, cuello uterino, gástrico y tiroides (8). De esta manera, en el municipio de Pasto el CCR constituye una de las principales causas de mortalidad por cáncer, documentándose para el

periodo 2013-2017 una tasa ajustada por edad (TAE) para las mujeres de 7,6 muertes por cada 100.000 mujeres-año, solo superado por los cánceres de mama, estómago y cuello uterino; para los hombres se documenta una TAE de 6,7 muertes por cada 100.000 hombres-año, lo que lo ubica en un cuarto lugar, después de los cánceres de estómago, próstata y pulmón (9).

El CCR es considerado una enfermedad multifactorial, en la que no solo intervienen factores genéticos, sino también ambientales, es decir, la genética determina la susceptibilidad individual a este cáncer, mientras que los factores medioambientales, especialmente los relacionados con los hábitos alimentarios, los estilos de vida y demás determinantes de la salud, interactúan con esta susceptibilidad para dar lugar a pequeños o grandes pólipos adenomatosos y finalmente cáncer. Gran parte de estos cánceres aparecen esporádicamente (70-80 %), es decir, sin antecedentes personales de pólipos ni familiares de cáncer colorrectal, y el porcentaje restante corresponde a cánceres asociados a riesgo familiar y genético. Dentro de los factores de riesgo genético que esta entidad presenta están la poliposis adenomatosa familiar, el CCR hereditario no polipoideo, y se lo ha asociado a enfermedad inflamatoria intestinal. Entre los factores medioambientales de riesgo se encuentran la edad (pacientes mayores de 40 años), la obesidad, la disminución de la actividad física, la dieta (pacientes con dietas pobres en frutas, verduras y fibra, consumo de carnes rojas procesadas o manufacturadas), el alcoholismo, el tabaquismo y antecedentes de colecistectomía (6).

El desarrollo de este tipo de neoplasia maligna sigue una secuencia de transformación de célula normal hacia adenoma y finalmente de adenoma hacia cáncer; dichos cambios son la consecuencia de una serie de mutaciones acumuladas en genes específicos, en donde el más importante es la mutación del gen APC

(mutado en aproximadamente el 85 % de los tumores de estos tipos de cáncer), Kras, p53, el gen deletado en el CCR (DCC) y genes de reparación de despareamiento del ADN (MMR) (6).

Finalmente, las manifestaciones clínicas del CCR van a depender de la localización y el tamaño del tumor. Las lesiones proximales incluyen dolor abdominal, pérdida de peso, diarrea, sangrado digestivo oculto o masa abdominal palpable, mientras que las lesiones distales presentes en colon izquierdo y recto se manifiestan con alteraciones del hábito intestinal, estreñimiento, sangrado rectal, tenesmo, pérdida de peso, dolor abdominal, llegando hasta cuadros de obstrucción intestinal (6).

El panorama actual de la población nariñense, seriamente afectada por el CCR, requiere de una atención oportuna y dirigida a diagnosticar de manera temprana este tipo de neoplasias, que han sido relacionadas, de acuerdo con la evidencia científica, con algunos factores de riesgo que abarcan condiciones no modificables y modificables. Entre las condiciones no modificables se destacan la genética y otras características sociodemográficas que permiten estratificar a la población, siendo las más reconocidas el sexo y la edad, entre otros. Entre las condiciones modificables se destaca la práctica de hábitos tóxicos y la dieta. Esta información sociodemográfica, clínica e histopatológica de las lesiones precursoras de CCR no ha sido documentada para la población referida, hecho que dificulta adoptar políticas de salud pública tendientes a optimizar los servicios sanitarios de la región, que impacten en la disminución de la incidencia de CCR en la población nariñense. En ese sentido, este estudio descriptivo dirigido a la población nariñense atendida en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN) es de gran importancia, dado que permite evidenciar las características sociodemográficas,

clínicas e histológicas de los pacientes con hallazgo endoscópico de lesiones precursoras de CCR, lo que contribuye de manera positiva a la planeación de la atención prioritaria para aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar CCR, propendiendo por la oportunidad en las conductas médicas propias de su patología y el seguimiento de la misma.

3. Metodología

Diseño del estudio, materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal para la población de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, atendidos en el HUDN, en la ciudad de Pasto, con hallazgo colonoscópico de pólipos colorrectales, en el periodo 2017-2022. En el reporte de colonoscopia se identificó: la descripción morfológica, el tamaño y número de estas lesiones, el requerimiento de biopsia o su resección y la técnica elegida para esta. De igual manera, se documentó la descripción macro y microscópica registrada en el reporte de patología, el diagnóstico histopatológico y el requerimiento de estudios anatomopatológicos especiales complementarios. Adicional a esto, se tomaron algunas características sociodemográficas consignadas en las historias clínicas como edad, sexo, grupo sanguíneo, zona de procedencia y residencia, grupo étnico, antecedente de alcoholismo o tabaquismo, régimen de afiliación en salud y características clínicas, enfatizando en los síntomas que motivaron la realización de la colonoscopia, los antecedentes clínicos del paciente y sus parámetros antropométricos como el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC).

La información se obtuvo mediante el estudio de las historias clínicas de los pacientes atendidos

en el servicio de gastroenterología del HUDN, en el periodo mencionado, y de aquellos a quienes se les realizó el estudio colonoscópico en las instalaciones de este centro asistencial, previo consentimiento informado.

Análisis estadístico

Los datos fueron consultados en el *software* de gestión clínica (Dinámica®) de propiedad del centro asistencial, y registrados en una base informatizada (Excel®). El análisis estadístico se desarrolló con el *software* IBM SPSS Statistics ® en su versión 25. Los resultados se expresaron en función de análisis uni y bivariado, contemplando en estos las variables asociadas a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, y las características macroscópicas e histopatológicas de los pólipos colorrectales. Se consideraron dos unidades de análisis (pacientes y pólipos). Las variables se expresaron en frecuencias relativas y absolutas, en medidas de tendencia central y de dispersión según criterio de normalidad. El análisis bivariado se realizó con algunas de las variables categóricas, mediante la prueba de independencia χ^2 de Pearson, con la construcción de tablas de contingencia; se consideraron intervalos de confianza del 95% y un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo (Se acepta H_1 = no hay independencia entre las variables, o bien las variables son dependientes).

4. Resultados

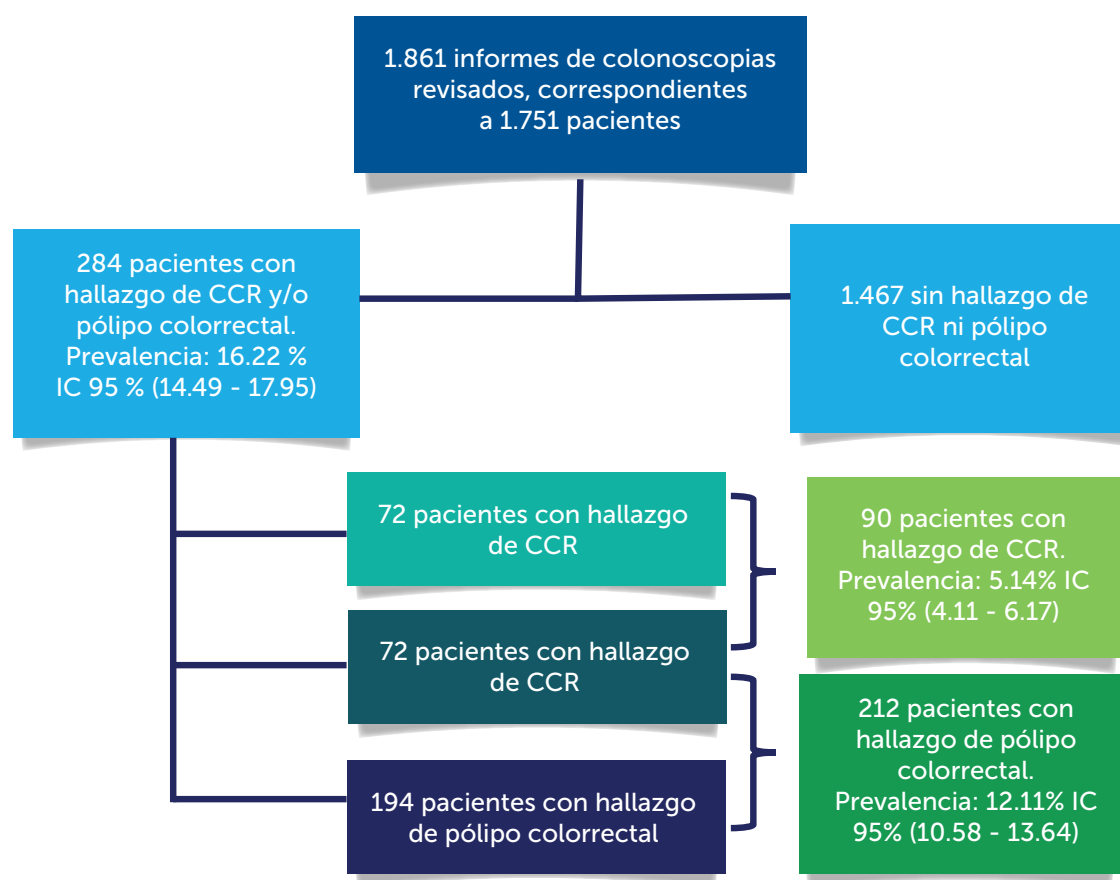
Obtención de la población a caracterizar

Mediante consulta en bases de datos de diversos servicios del HUDN en el periodo 2017-2022, se obtuvo una base inicial de datos correspondiente a 1861 endoscopias de vías digestivas bajas en 1751 pacientes. En 284 pacientes se

evidenció hallazgo de CCR o pólipo colorrectal, en 1467 no se evidenciaron lesiones de este tipo. Los 284 pacientes se distribuyeron así: 72 con hallazgo de CCR, 18 con hallazgo de CCR y pólipo colorrectal y 194 pacientes con hallazgo

de pólipo colorrectal. Se definieron finalmente dos grupos de pacientes para caracterizar: 90 con hallazgo de CCR y 212 con hallazgo de pólipo colorrectal (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo para caracterización



Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Caracterización de los pacientes con hallazgo de CCR

En la tabla 1 se registran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados histológicamente con CCR en el HUDN en el periodo 2017-2022. Se detectaron 90 pacientes con diagnóstico de CCR, con mayor proporción de afectación en las mujeres con el 63,3 % (57 casos; IC95 %: 53,38-73,29). La

edad media de los pacientes fue de 64,3 años, con una distribución mayor de casos en pacientes con edad superior a los 50 años, correspondiente al 84,4 % (76 casos; IC95 %: 76,96-91,93). La ubicación más frecuente de la lesión fue el recto con 44,4 % (IC95 %: 34,18-54,71) y el diagnóstico histopatológico con mayor proporción fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con un 35,6% (IC95%: 25,67-45,45).

Tabla 1. Pacientes con diagnóstico histopatológico de CCR

Variable		n (%)	IC 95%
Pacientes		90	
Sexo:	Mujer	57 (63.3)	(53.38-73.29)
	Hombre	33 (36.7)	(26.71-46.62)
Edad en años: Media		64,3	
mínima - máxima		19 - 90	
≥ 50 años		76 (84.4)	(76.96-91.93)
< 50 años		14 (15.6)	(8.07-23.04)
Ubicación de la lesión:			
Recto		40 (44.4)	(34.18-54.71)
Colon Sigmoides		14 (15.6)	(8.07-23.04)
Colon Transverso		14 (15.6)	(8.07-23.04)
Colon Descendente		8 (8.9)	(3.01-14.77)
Colon Ascendente		8 (8.9)	(3.01-14.77)
Ciego		6 (6.6)	(1.51-11.82)
Diagnóstico Histológico:			
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado		32 (35.6)	(25.67-45.45)
Adenocarcinoma bien diferenciado		20 (22.2)	(13.63-30.81)
Otro tumor mal diferenciado		18 (20.0)	(11.74-28.26)
Adenocarcinoma mal diferenciado		13 (14.4)	(7.18-21.71)
Adenocarcinoma In Situ		7 (7.8)	(2.24-13.31)

CCR: Cáncer Colorrectal

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Caracterización de los pacientes con hallazgo de pólipo colorrectal

La tabla 2 recopila las características sociodemográficas de los pacientes con hallazgo de pólipo colorrectal. Se obtuvo de esta lesión en un total de 212 pacientes, 108 mujeres, correspondientes al 50,9 % (IC95 %: 44,21-57,67); la edad media en años fue de 61,04, con una proporción de casos superior en los pacientes con edades por encima de los 50 años, 161 casos, correspondientes al 75,9 % (IC95 %:

70,19-81,70); el decenio comprendido entre los 60 y 69 años fue el de mayor proporción de casos con un 25,9%.

La atención predominante en estos pacientes fue la ambulatoria, con un 60,8 % (IC95 %: 54,28-67,42); el régimen de afiliación en salud de mayor proporción fue el subsidiado, con un 59 % (125 casos). San Juan de Pasto fue el municipio de mayor proporción tanto en la variable lugar de procedencia como lugar de residencia, con un 57,1 % en ambos casos.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con hallazgo de pólipos Colorrectal

Variable		n (%)	IC 95%
Pacientes		212	
Sexo:	Mujer	108 (50.9)	(44.21-57.67)
	Hombre	104 (49.1)	(42.33-55.79)
Edad en años: Media		61,04	
mínima - máxima		26 - 93	
≥ 50 años		161 (75.9)	(70.19-81.70)
< 50 años		51 (24.1)	(18.30-29.81)
Edad por decenios			
< 30 años		4 (1.9)	(0.06-3.72)
30 a 39 años		17 (8.0)	(4.36-11.67)
40 a 49 años		30 (14.2)	(9.46-18.84)
50 a 59 años		46 (21.7)	(16.45-27.25)
60 a 69 años		55 (25.9)	(20.04-31.84)
70 a 79 años		35 (16.5)	(11.51-21.51)
80 a 89 años		23 (10.9)	(6.66-15.04)
> 90 años		2 (0.9)	(0-2.24)
Tipo de atención:			
Hospitalario		129 (60.8)	(54.28-67.42)
Ambulatorio		83 (39.2)	(32.58-45.72)
Régimen de afiliación en salud:			
Subsidiado		125 (59)	(52.34-65.58)
Contributivo		67 (31.6)	(25.35-37.86)
Especial		18 (8.5)	(4.74-12.24)
Sin dato		2 (0.9)	(0-2.24)
Procedencia			
San Juan de Pasto - Nariño		121 (57.1)	(50.41-63.74)
Otro lugar de procedencia		40 (18.8)	(13.60-24.13)
Tumaco - Nariño		9 (4.2)	(1.53-6.96)
Sandoná - Nariño		5 (2.4)	(0.32-4.40)
Barbacoas - Nariño		4 (1.9)	(0.06-3.72)
Chachagüí - Nariño		4 (1.9)	(0.06-3.72)
Consacá - Nariño		4 (1.9)	(0.06-3.72)

Variable	n (%)	IC 95%
La Unión - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Policarpa - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Túquerres - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Sin dato	4 (1.9)	(0.06-3.72)
El Tambo - Nariño	3 (1.4)	(0-3.01)
Orito - Putumayo	3 (1.4)	(0-3.01)
Puerto Caicedo - Putumayo	3 (1.4)	(0-3.01)
Residencia		
San Juan de Pasto - Nariño	121 (57.1)	(50.41-63.74)
Otro lugar de residencia	42 (19.7)	(14.45-25.18)
Tumaco - Nariño	7 (3.3)	(0.90-3.30)
Sandoná - Nariño	5 (2.4)	(0.32-4.40)
Barbacoas - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Chachagüí - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Consacá - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
La Unión - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Policarpa - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Túquerres - Nariño	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Sin dato	4 (1.9)	(0.06-3.72)
El Tambo - Nariño	3 (1.4)	(0-3.01)
Orito - Putumayo	3 (1.4)	(0-3.01)
Puerto Caicedo - Putumayo	3 (1.4)	(0-3.01)

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

La tabla 3 recopila la caracterización antropométrica y clínica de los 212 pacientes con hallazgo de pólipos colorrectales.

Tabla 3. Características antropométricas y clínicas de los pacientes con hallazgo de pólipo Colorrectal

Variable	n (%)	IC 95%
Peso en kilogramos*: Media	68,8	
mínima - máxima	39 - 115	
Altura en metros*: Media	1,6	

Variable	n (%)	IC 95%
mínima - máxima	1.4 - 1.8	
IMC en kg/m ² *: Media	26,8	
mínima - máxima	15.5 - 52.1	
Clasificación del IMC:		
Bajo peso	6 (2.8)	(0.60-5.06)
Normal	77 (36.3)	(29.85-42.79)
Sobrepeso	78 (36.8)	(30.30-43.28)
Obesidad grado I	33 (15.6)	(10.69-20.45)
Obesidad grado II	11 (5.2)	(2.20-8.17)
Obesidad grado III	3 (1.4)	(0-3.01)
Sin dato	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Hemoclasificación		
O+	117 (55.2)	(48.49-61.88)
A+	30 (14.2)	(9.46-18.84)
B+	20 (9.4)	(5.50-13.37)
AB+	7 (3.3)	(0.90-5.71)
O-	6 (2.8)	(0.60-5.06)
A-	2 (0.95)	(0-2.24)
B-	2 (0.95)	(0-2.24)
Sin dato	28 (13.2)	(8.65-17.77)
Indicación de la colonoscopia		
HVDB	72 (34)	(27.59-40.34)
Sospecha de CA colorrectal	41 (19.3)	(14.02-24.66)
Dolor abdominal	32 (15.1)	(10.28-19.91)
Antecedente de pólipo	13 (6.1)	(2.90-9.36)
Constipación	12 (5.7)	(2.55-8.77)
Anemia	9 (4.2)	(1.53-6.96)
Otras indicaciones	6 (2.8)	(0.60-5.06)
Tamizaje CCR	6 (2.8)	(0.60-5.06)
Antecedente CA Colorrectal	5 (2.4)	(0.32-4.40)
Diarrea	5 (2.4)	(0.32-4.40)
Síndrome constitucional	4 (1.9)	(0.06-3.72)
Fistula perianal	3 (1.4)	(0-3.01)
Sin dato	2 (0.9)	(0-2.24)
Distensión abdominal	1 (0.5)	(0-1.39)
Obstrucción intestinal	1 (0.5)	(0-1.39)

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

La media del peso, la altura y el IMC fueron: 68,8 kg, 1,6 m y 26,8 kg/m² respectivamente. El tipo de sangre más frecuente fue O+, con un 55,2 %, correspondiente a 117 pacientes. En cuanto a las variables clínicas, la hemorragia de vías digestivas bajas fue la de mayor proporción, con 72 casos, correspondientes al 34 %.

Adicionalmente a las variables relacionadas en la tabla 3, se documentaron los principales signos y síntomas, antecedentes patológicos, quirúrgicos y farmacológicos referidos por los pacientes en la atención que llevó al hallazgo del pólipo colorrectal; se obtuvieron en total 535 signos/síntomas, los principales fueron el dolor abdominal, otro signo/síntoma no digestivo y la rectorragia, con el 20,4, 12,3 y 10,7 % respectivamente. Los antecedentes patológicos documentados fueron 408, la hipertensión arterial (HTA), el no tener antecedente patológico y la diabetes mellitus fueron los más frecuentes, con el 19,7, 8,9 y 7,2 % respectivamente. De la variable antecedentes quirúrgicos se obtuvieron 252 registros, el no tener antecedente quirúrgico, la colecistectomía y los procedimientos de

ortopedia y traumatología fueron los más frecuentes con 22,9, 10,5 y 9,5 % respectivamente. De la variable antecedentes farmacológicos se obtuvieron 401 registros, los antihipertensivos ARA II (antagonistas de los receptores de la angiotensina), el no tener antecedente farmacológico y los inhibidores de la bomba de protones (IBP) fueron los más frecuentes, con un 13, 10 y 8 % respectivamente.

La caracterización macroscópica de los pólipos colorrectales se describe en la tabla 4. Se obtuvieron 276 pólipos colorrectales de los 212 pacientes aptos, lo que corresponde a una media de 1,3 pólipos por paciente. La ubicación más frecuente de esta lesión fue el recto, con un total de 97 pólipos, correspondiente al 35,2 % (IC95 %: 29,51-40,78). El aspecto más frecuente fue el sésil, descrito en 156 pólipos, correspondiente al 56,5 % (IC95 %: 50,67-62,37) y el tamaño presente con mayor frecuencia fue el menor a 5mm (pólipos diminutos), presente en 123 de los pólipos, equivalente al 44,6% (IC95 %: 50,67-62,37).

Tabla 4. Características macroscópicas de los pólipos colorrectales

Variable	n (%)	IC 95%
Pacientes	212	
Pólipos documentados por colonoscopia	276	
Media de pólipos por paciente	1,3	
Ubicación de los pólipos		
Recto	97 (35.2)	(29.51-40.78)
Colon Sigmoides	58 (21)	(16.21-25.82)
Colon Transverso	47 (17)	(12.59-21.46)
Colon Descendente	39 (14.1)	(10.02-18.24)
Colon Ascendente	23 (8.35)	(5.07-11.59)
Ciego	12 (4.35)	(1.94-6.75)
Aspecto de los pólipos		
Sésil	156 (56.5)	(50.67-62.37)

Variable	n (%)	IC 95%
Pediculado	66 (23.9)	(18.88-28.95)
Sin dato	54 (19.6)	(14.89-24.95)
Tamaño de los pólipos		
< 5mm	123 (44.6)	(50.67-62.37)
5 - 10 mm	100 (36.2)	(30.56-41.90)
11 - 20 mm	20 (7.2)	(4.19-10.31)
> 20 mm	25 (9.1)	(5.67-12.44)
Sin dato	8 (2.9)	(0.92-4.88)

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

De los 276 pólipos documentados por endoscopia de vías digestivas bajas, 255 fueron sometidos a biopsia o extraídos para procesamiento histológico. En la tabla 5 se aborda la caracterización de estas lesiones en lo referente a sus características histológicas. La técnica para obtención de muestra histológica de los pólipos más usada fue la biopsia, practicada en un total de 160 pólipos, correspondiente al 62,7 %. La composición histológica de los pólipos más

frecuente fue el pólipo adenomatoso, con un total de 131, correspondiente al 51,4 %. La arquitectura histológica de mayor proporción fue el adenoma tubular, presente en 99 de los pólipos adenomatosos, equivalente al 75,6 %; y el grado de displasia más frecuente fue la displasia de bajo grado, descrita en 82 de los pólipos adenomatosos, correspondiente al 62,6 %.

Tabla 5. Características histológicas de los pólipos colorrectales

Variable	n (%)	IC 95%
Pacientes con hallazgo de pólipo	212	
Pacientes con resección de pólipo	196 (92.5)	(88.90-96.01)
Pacientes sin resección de pólipo	16 (7.5)	(3.99-11.10)
Total pólipos resecados	255	
Técnica de resección de los pólipos		
Biopsia	160 (62.7)	(56.81-68.68)
Pinza	80 (31.4)	(25.68-37.07)
Asa de polipectomía	12 (4.7)	(2.11-7.31)
Sin dato	3 (1.2)	(0-2.50)
Composición histológica de los pólipos		
Adenomatoso	131 (51.4)	(45.24-57.51)
Hiperplásico	70 (27.4)	(21.97-32.93)
Inflamatorio	33 (12.9)	(8.82-17.06)

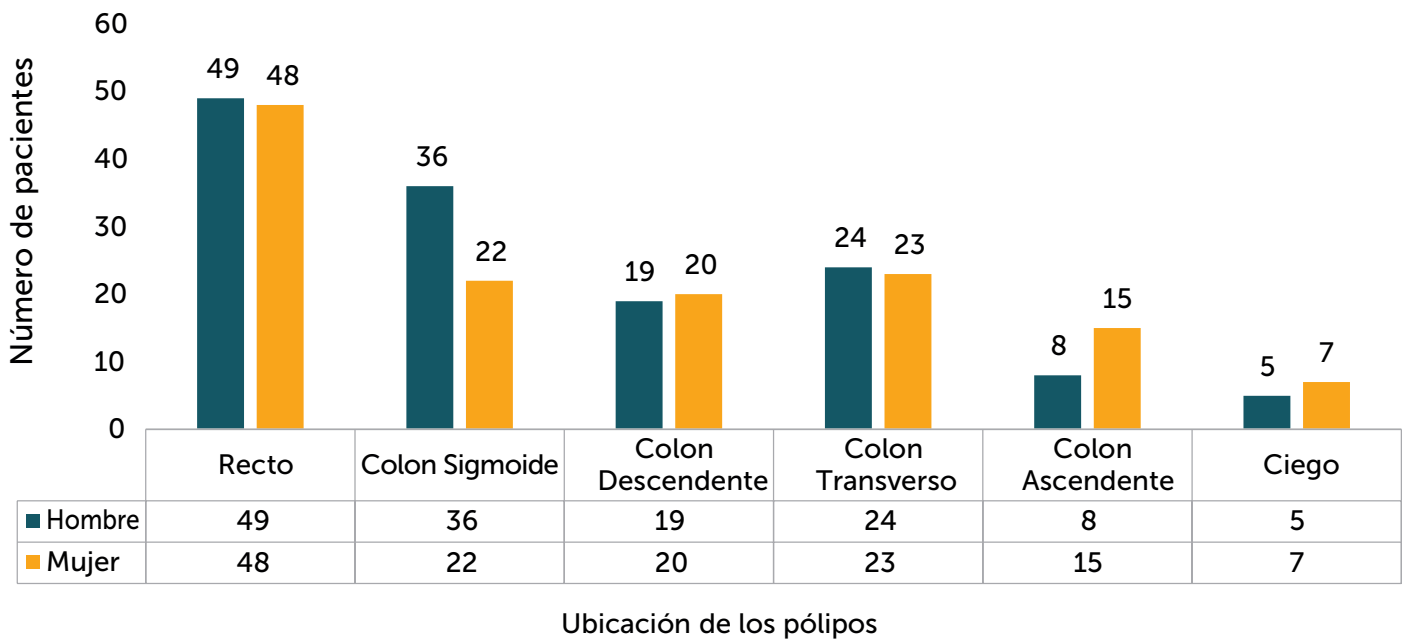
Variable	n (%)	IC 95%
Otro	17 (6.7)	(3.60-9.73)
Sin dato	4 (1.6)	(0.04-3.09)
Arquitectura histológica de los pólipos adenomatosos		
Adenoma tubular	99 (75.6)	(68.21-82.93)
Adenoma tubulovelloso	23 (17.5)	(11.04-24.07)
Adenoma velloso	8 (6.1)	(2.01-10.21)
Sin dato	1 (0.8)	(0-2.25)
Grado de displasia de los pólipos adenomatosos		
Bajo grado	82 (62.6)	(52.31-70.88)
Alto grado	15 (11.5)	(6.0-16.90)
Sin displasia	7 (5.3)	(1.49-9.19)
Sin dato	27 (20.6)	(13.68-27.54)

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

La figura 2 evidencia la distribución de la variable ubicación de los pólipos colorrectales, en función del sexo del paciente. En esta se observa una distribución de los datos, con respecto al género, muy similar en la mayoría

de los segmentos colónicos, a excepción del colon sigmoide, en el cual es más frecuente en hombres, y el colon ascendente, con mayor frecuencia en las mujeres.

Figura 2. Ubicación pólipo según sexo

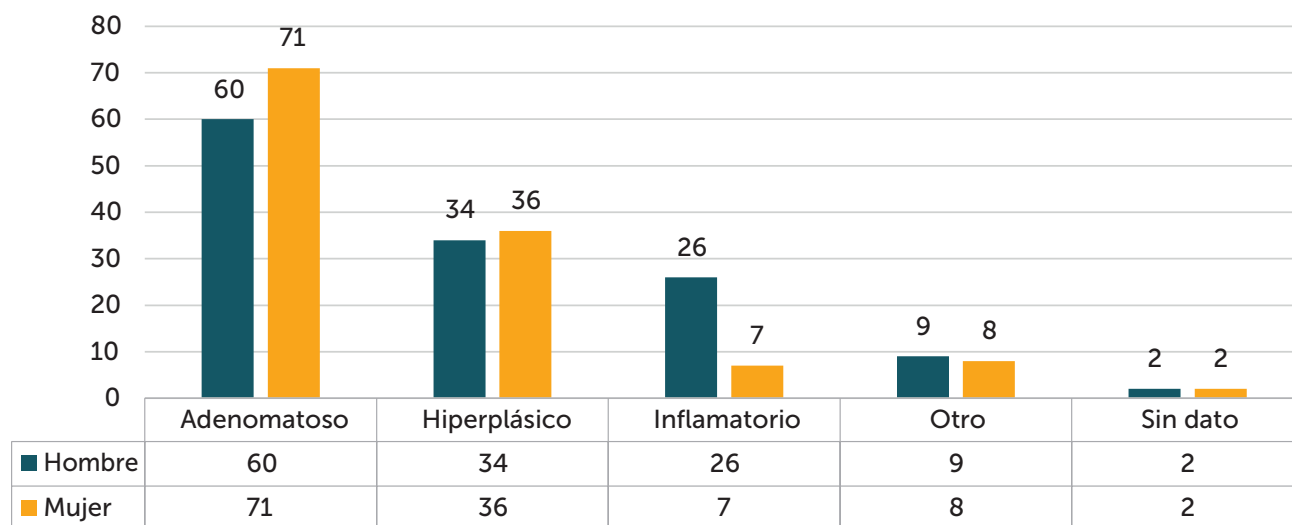


Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Por su parte, la figura 3 contiene la distribución de la composición histológica de los pólipos resecados (n=255) en función del sexo de los pacientes. Se observa, en el pólipo

más frecuente (adenomatoso, n=131), que su proporción es mayor en mujeres, con un total de 71 casos, con respecto a hombres, 60 casos.

Figura 3. Histología pólipo según sexo



Histología del pólipo

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Con el uso de tablas de contingencia, mediante la prueba X² de Pearson, se buscó determinar la dependencia entre la ubicación del pólipo colorrectal y algunas de las variables sociodemográficas y clínicas (tabla 6). La unidad de análisis para esta prueba fueron los pacientes, en ninguna de las variables se obtuvo un p valor <0,05, por lo cual no se consideraron estadísticamente significativos. Para la variable IMC se agruparon los registros en dos categorías, la primera con aquellos pacientes cuyo IMC es menor o igual a 25 y la segunda con IMC mayor a 25. El porcentaje de registros que pudieron ser procesados en la tabla de contingencia superó el 98 % en las variables sexo, edad, IMC, obesidad, procedencia y régimen de salud; para las variables antecedente de alcoholismo y antecedente de tabaquismo no superó el 66 %.

La tabla 7 registra los resultados de la prueba X² de Pearson. Se buscó determinar la dependencia entre la composición histológica del pólipo colorrectal y las variables sociodemográficas y clínicas. Las variables en las que se obtuvo un p-valor estadísticamente significativo fueron sexo y edad. La menor proporción de registros procesados en la tabla de contingencia fue para las variables antecedente de alcoholismo y antecedente de tabaquismo.

Los resultados de la prueba X² de Pearson que buscó determinar la dependencia entre el grado de displasia de los pólipos adenomatosos colorrectales y algunas de las variables sociodemográficas y clínicas se describen en la tabla 8. En esta se evidencia una proporción de registros procesados en la tabla de contingencia que no supera el 80 % para ninguna de las variables,

siendo las más bajas las de antecedente de alcoholismo y antecedente de tabaquismo con un 58 y 59,5 % respectivamente. Se obtuvieron valores de p estadísticamente significativos para las variables obesidad, procedencia y antecedente de alcoholismo.

Finalmente, la tabla 9 consolida los resultados obtenidos en la prueba X2 de Pearson

que buscó determinar la dependencia entre el grado de displasia y algunas otras variables de los pólipos adenomatosos colorrectales. El porcentaje de registros procesados en la tabla de contingencia no superó el 80 % para ninguna variable y se obtuvo un p-valor estadísticamente significativo para las variables aspecto del pólipo, tamaño del pólipo y arquitectura histológica del pólipo.

Tabla 6. Dependencia entre la ubicación del pólipo colorrectal y las variables sociodemográficas y clínicas

Variables		Ubicación polipo colorrectal						Válidos**	p (chi cuadrado)
		Recto	Sigmoide	Colon Izq	Colon Transv	Colon Der	Ciego		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo	Hombre	49 (50.5)	36 (62.1)	19 (48.7)	24 (51.1)	8 (34.8)	5 (41.7)	276/276	0,329
	Mujer	48 (49.5)	22 (37.9)	20 (51.3)	23 (48.9)	15 (65.2)	7 (58.3)		
Edad	<50 años	29 (29.9)	5 (8.6)	7 (17.9)	11 (23.4)	5 (21.7)	4 (33.3)	276/276	0,054
	>=50 años	68 (70.1)	53 (91.4)	32 (82.1)	36 (76.6)	18 (78.3)	8 (66.4)		
IMC	<=25	38 (39.2)	22 (22.7)	13 (13.4)	16 (16.5)	5 (5.2)	3 (3.1)	271/276	0,617
	>25	57 (32.8)	36 (20.7)	26 (14.9)	28 (16.1)	18 (10.3)	9 (5.2)		
Obesidad	Sin obesidad	73 (76.8)	47 (81.0)	23 (59.0)	35 (79.5)	20 (87.0)	8 (66.7)	271/276	0,093
	Con obesidad	22 (23.2)	11 (19.0)	16 (41.0)	9 (20.5)	3 (13.0)	4 (33.3)		
Procedencia	Pasto (N)	64 (67.4)	40 (70.2)	16 (41.0)	27 (60.0)	14 (60.9)	8 (66.7)	271/276	0,068
	Otros lugares	31 (32.6)	17 (29.8)	23 (59.0)	18 (40.0)	9 (39.1)	4 (33.3)		
Regimen de Salud	Subsidiado	64 (67.4)	26 (44.8)	18 (46.2)	25 (54.3)	12 (52.2)	5 (41.7)	273/276	0,067
	Contributivo	22 (23.2)	27 (46.6)	18 (46.2)	18 (39.1)	7 (30.4)	4 (33.3)		
	Especial	9 (9.5)	5 (8.6)	3 (7.7)	3 (6.5)	4 (17.4)	3 (25.0)		
Antecedente Alcoholismo	No	47 (83.9)	28 (75.7)	24 (80.0)	25 (89.3)	13 (81.3)	10 (100)	171/276	0,479
	Si	9 (16.1)	9 (24.3)	6 (20.0)	3 (10.7)	3 (18.8)	0 (0.0)		
Antecedente Tabaquismo	No	43 (81.1)	22 (53.7)	20 (66.7)	17 (60.7)	11 (64.7)	9 (75.0)	181/276	0,108
	Si	10 (18.9)	19 (46.3)	10 (33.3)	11 (39.3)	6 (35.3)	3 (25.0)		

** Cantidad de registros procesados por la tabla de contingencia de las variables analizadas.
Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Tabla 7. Dependencia entre la composición histológica del pólipo colorrectal y las variables sociodemográficas y clínicas

Variables		Composición Histológica pólipo colorrectal					
		Adenomatoso	Hiperplásico	Inflamatorio	Otro	Válidos**	p (chi cuadrado)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo	Hombre	60 (45.8)	34 (48.6)	26 (78.8)	9 (52.9)	251/255	0.008*
	Mujer	71 (54.2)	36 (51.4)	7 (21.2)	8 (47.1)		
Edad	<50 años	19 (14.5)	21 (30.0)	9 (27.3)	8 (47.1)	251/255	0.004*
	>=50 años	112 (85.5)	49 (70.0)	24 (72.7)	9 (52.9)		
IMC	<=25	51 (58.0)	19 (21.6)	13 (14.8)	5 (5.7)	246/255	0,358
	>25	77 (48.7)	49 (31.0)	20 (12.7)	12 (7.6)		
Obesidad	Sin obesidad	97 (75.8)	47 (69.1)	28 (84.8)	13 (76.5)	246/255	0,386
	Con obesidad	31 (24.2)	21 (30.9)	5 (15.2)	4 (23.5)		
Procedencia	Pasto (N)	78 (60.0)	49 (73.1)	19 (59.4)	9 (52.9)	246/255	0,224
	Otros lugares	52 (40.0)	18 (26.9)	13 (40.6)	8 (47.1)		
Regimen de Salud	Subsidiado	71 (55.0)	32 (46.4)	21 (63.6)	13 (76.5)	248/255	0,093
	Contributivo	50 (38.8)	26 (37.7)	8 (24.2)	3 (17.6)		
	Especial	8 (6.2)	11 (15.9)	4 (12.1)	1 (5.9)		
Antecedente Alcoholismo	No	77 (84.6)	38 (82.6)	12 (70.6)	8 (80.0)	164/255	0,577
	Si	14 (15.4)	8 (17.4)	5 (29.4)	2 (20.0)		
Antecedente Tabaquismo	No	66 (70.2)	31 (66.0)	8 (57.1)	7 (63.6)	166/255	0,771
	Si	28 (29.8)	16 (34.0)	6 (42.9)	4 (36.4)		

** Cantidad de registros procesados por la tabla de contingencia de las variables analizadas.

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Tabla 8. Dependencia entre el grado displasia de los pólipos adenomatosos colorrectales y las variables sociodemográficas y clínicas

Variables		Grado de displasia pólipo adenomatoso colorrectal				
		Sin diplasia	Bajo grado	Alto grado	Válidos**	p (chi cuadrado)
		n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo	Hombre	1 (14.3)	41 (50.0)	4 (26.7)	104/131	0,063
	Mujer	6 (85.7)	41 (50.0)	11 (73.3)		
Edad	<50 años	1 (14.3)	9 (11.0)	4 (26.7)	104/131	0,261
	>=50 años	6 (85.7)	73 (89.0)	11 (73.3)		

Variables		Grado de displasia pólipos adenomatosos colorrectal				
		Sin displasia	Bajo grado	Alto grado	Válidos**	p (chi cuadrado)
		n (%)	n (%)	n (%)		
IMC	<=25	0 (0.0)	30 (78.9)	8 (21.1)	101/131	0,055
	>25	7 (11.1)	49 (77.8)	7 (11.1)		
Obesidad	Sin obesidad	2 (28.6)	61 (77.2)	13 (86.7)	101/131	0.009*
	Con obesidad	5 (71.4)	18 (22.8)	2 (13.3)		
Procedencia	Pasto (N)	3 (42.9)	55 (68.8)	5 (33.3)	102/131	0.020*
	Otros lugares	4 (57.1)	25 (31.3)	10 (66.7)		
Regimen de Salud	Subsidiado	1 (14.3)	42 (52.5)	11 (73.3)	102/131	0,062
	Contributivo	6 (85.7)	32 (40.0)	4 (26.7)		
	Especial	0 (0.0)	6 (7.5)	0 (0.0)		
Antecedente Alcoholismo	No	7 (100)	53 (93.0)	8 (66.7)	76/131	0.017*
	Si	0 (0.0)	4 (7.0)	4 (33.3)		
Antecedente Tabaquismo	No	7 (100)	41 (68.3)	10 (90.9)	78/131	0,077
	Si	0 (0.0)	19 (31.7)	1 (9.1)		

** Cantidad de registros procesados por la tabla de contingencia de las variables analizadas.

Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

Tabla 9. Dependencia entre el grado de displasia y demás variables de los pólipos adenomatosos colorrectales

Variables		Grado de displasia pólipos adenomatosos colorrectal				
		Sin displasia	Bajo grado	Alto grado	Válidos**	p (chi cuadrado)
		n (%)	n (%)	n (%)		
Ubicación de pólipo	Recto	0 (0.0)	24 (29.3)	4 (26.7)	104/131	0,11
	C. Sigmoides	2 (28.6)	18 (22.0)	4 (26.7)		
	C. Descendente	5 (71.4)	13 (15.9)	2 (13.3)		
	C. Transverso	0 (0.0)	14 (17.1)	3 (20.0)		
	C. Ascendente	0 (0.0)	9 (11.0)	1 (6.7)		
	Ciego	0 (0.0)	4 (4.9)	1 (6.7)		
Aspecto del pólipo	Sésil	1 (16.7)	43 (63.2)	11 (84.6)	87/131	0.017*
	Pedunculado	5 (83.3)	25 (36.8)	2 (15.4)		
Tamaño del pólipo	<5mm	0 (0.0)	48 (58.5)	1 (7.1)	103/131	0.000*
	≥5mm	7 (100)	34 (41.5)	13 (92.9)		

Variables		Grado de displasia pólipos adenomatoso colorrectal				
		Sin displasia	Bajo grado	Alto grado	Válidos**	p (chi cuadrado)
		n (%)	n (%)	n (%)		
Arquitectura Histológica del pólipo	Tubular	2 (28.6)	74 (90.2)	3 (20.0)	104/131	0.000*
	Tubulovelloso	5 (71.4)	2 (2.4)	10 (66.7)		
	Velloso	0 (0.0)	6 (7.3)	2 (13.3)		

** Cantidad de registros procesados por la tabla de contingencia de las variables analizadas.
Elaboración propia de los autores con base en los resultados del estudio

5. Discusión

En el presente estudio, la edad media de pacientes con CCR fue de 64,3 años, en comparación con el estudio de Hoyos et al., realizado en el Hospital Universitario del Caribe, donde la edad media fue de 57,4 años (10), estas edades se correlacionan con los datos que suministra la American Cancer Society (11), la cual estima que el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer aumenta por encima de los 50 años, y teniendo en cuenta que el 84,4 % de estos pacientes superaron este límite de edad, es necesario que en Colombia se dé total cumplimiento a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que en materia de promoción, prevención, y detección temprana del CCR han planteado múltiples intervenciones que promueven hábitos y estilos de vida saludable, y definen el proceso de tamizaje para CCR consistente en el procesamiento de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia cada dos años a partir de los 50 años, salvo en los casos en los que la clínica, los factores de riesgo, antecedentes personales, familiares o la epidemiología indiquen intervenciones antes de esta edad (12).

La ubicación de la lesión tumoral más frecuente fue el recto (44,4 %) y la menos frecuente fue el ciego (6,6 %), llama la atención que esta frecuencia disminuye en sentido proximal. El linaje tumoral más frecuente fue el adenocarcinoma, hallazgo que también se evidenció

en el estudio de Hoyos et al. (10) y en uno de los estudios más importantes en Colombia realizado por Mabel Bohórquez et al. entre los años de 2004-2014 (13). Respecto al diagnóstico histopatológico, el adenocarcinoma moderadamente diferenciado fue el más frecuente (35, %); el de menor proporción fue el adenocarcinoma *in situ* (7,8 %). Este último es de interés considerando que el CCR en pocas ocasiones se diagnostica en estadios tempranos, lo que podría favorecer un tratamiento oportuno, un mejor pronóstico y un impacto en el flujo de recursos en el sistema de salud.

La edad media de pacientes con pólipos colorrectales fue 61,04 años, cercana a la reportada en paciente con hallazgo de CCR (64,3 años) y semejante a la documentada por Prieto et al. (14) y Parga et al. (15), con 61,07 y 60,9 años respectivamente. Por su parte, la proporción de pacientes con edades superiores a los 50 años fue de 75,9 %, mientras que la de pacientes menores de 30 años fue del 1,9 %, en concordancia con lo reflejado en el estudio de Parga et al., en el que solo el 13,9 % presentaban una edad menor a los 50 años (15). El 28,3 % de los pacientes presentaron una edad superior a los 70 años y el 11,8 % superior a los 80 años, comparado con el estudio de Parga et al., que evidenció que el 4,5 % de los pacientes tuvo una edad superior a los 70 años (15), hallazgo que pudiese estar relacionado con el pobre pronóstico de esta enfermedad cuando se de-

tecta en estadios avanzados, lo que disminuye el promedio de edad en estos pacientes.

Los lugares de procedencia y residencia fueron principalmente municipios del departamento de Nariño y, en menor proporción, de los departamentos del Putumayo y Cauca. Debido a que no hay registro de estudios similares en la región, no es posible realizar un comparativo en materia de estas variables.

En relación con las variables antropométricas, este grupo de pacientes presentó una media de IMC de 26,8 kg/m² (sobrepeso). Lo anterior es de destacar, pues de acuerdo con la OMS (16) y la American Cancer Society (11), el sobrepeso y la obesidad están fuertemente relacionados con mayor riesgo de desarrollar CCR. De estos pacientes, la mayoría (36,8 %) presentó sobrepeso, seguido muy de cerca por pacientes con un peso normal (36,6 %), registros similares a los reportados por Parga et al., con mayor frecuencia de pacientes con sobrepeso (48,8 %) seguido de pacientes con un peso normal (32,7 %) (15). El grupo sanguíneo más frecuente fue el O+ (55,5 %), que es el más frecuente en el mundo, por lo que este dato no es muy concluyente en lo que respecta a factores de riesgo para el desarrollo de pólipos colorrectales y CCR. En cuanto a la indicación para la realización de la colonoscopia, la más frecuente fue la sospecha de hemorragias de vías digestivas (34 %), seguido de pacientes en quienes se sospechaba CCR (19,3 %) y de dolor abdominal (15,1 %), en contraste con el estudio de Prieto et al., en el cual la indicación más frecuente fue el dolor abdominal (32,7 %), seguido de la indicación por antecedente de pólipos colorrectales (22,4 %) (14). A pesar de que la mayoría de los pacientes del estudio presentaban edades superiores a los 50 años, solo el 2,8 % de estos tuvieron como indicación de la colonoscopia el tamizaje para CCR, porcentaje muy similar al del estudio antes referenciado, en el cual solo el 4,21 % de las colonoscopias

fueron realizadas por este concepto (14). Es importante destacar que la mayoría de las colonoscopias del presente estudio se realizaron de manera hospitalaria; gran porcentaje de los pacientes se encontraban en el servicio de urgencias, quienes consultaron por síntomas agudos, de ahí la importancia de hacer énfasis en la historia natural de la enfermedad y dar total cumplimiento a lo dispuesto en las RIAS, dado que el CCR inicialmente puede cursar asintomático y cuando ya se presentan signos y síntomas, el cáncer está en estadios avanzados. Respecto a los antecedentes patológicos de los pacientes con pólipos colorrectales, el 19,7 % presentó HTA, el 8,9 % no presentaba antecedente patológico, el 7,2 % tenía diabetes mellitus, el 6,5 % presentaba gastritis, y el resto de pacientes presentaba alguna enfermedad que no superaba el 6 % en prevalencia, en comparación con el estudio de Parga et al., único estudio de revisión que tomaba en cuenta esta variable, en el cual el 28,7 % de los pacientes presentaba hipotiroidismo, el 30 % HTA y el 8,9 % diabetes mellitus (15). Con respecto a los antecedentes quirúrgicos y farmacológicos es importante destacar que estas variables no determinan *a priori* un claro evento de asociación con el riesgo de desarrollar pólipos colorrectales o CCR, debido a que la población de estudio está en una media de edad en la que es común la presencia de comorbilidades y demás antecedentes, por lo que se necesitan estudios complementarios que permitan determinar dicha asociación.

La media de pólipos colorrectales documentados en los 212 pacientes con este hallazgo fue de 1,3, un resultado similar al encontrado en el estudio de Prieto et al., en el cual se reportó una media de 1,4 (14). Al igual que en los pacientes con diagnóstico de CCR, la ubicación más frecuente de pólipos fue el recto (35,2 %), seguido de colon sigmoide y colon transverso (21 y el 17 % respectivamente), y de igual manera el lugar menos frecuente fue el ciego (4,35 %), que coincide con el patrón de

disminución de lesiones en sentido proximal al tracto gastrointestinal, como también se evidenció en el estudio antes referenciado, en el cual las ubicaciones más frecuentes fueron sigmoides y recto (29,08 y 21,9 % respectivamente), y la ubicación menos frecuente fue el ciego (5 %) (14); sin embargo, en uno de los artículos de referencia internacional realizado en México por Yoali Velasco et al., se evidencia que la ubicación más frecuente fue el colon ascendente (31,11 %) (17). El aspecto más frecuente de los pólipos fue el sésil (56,5 %), aclarando que en el 19,6% de los pólipos documentados no se encontró registro para esta variable. Esta proporción, predominante para el aspecto sésil, es similar a lo descrito por los estudios de Prieto et al. y Pérez, con una proporción de 80,07 % (14) y 85,3 % (18) respectivamente. Por su parte, el tamaño de los pólipos menor a 5 mm fue el más frecuente (44,6 %), seguido por el tamaño entre 5-10 mm (36,2 %), en contraste con el estudio de Pérez, el cual reportó como tamaño más frecuente pólipos con medidas entre 5-10 mm (49,5 %), seguido del tamaño menor de 5 mm (43,6 %) (18), mientras que Prieto et al. reportaron como más frecuente el tamaño menor de 5 mm (72,55 %), seguido por el tamaño entre 5-10 mm (16,99 %) (14).

Como se mencionó anteriormente, el número total de pólipos colorrectales documentado fue de 276, de los cuales al 92,4 % (255) se les realizó biopsia o resección para análisis histopatológico; un registro similar al reportado en el estudio de referencia de México, que evidenció que el 87,37 % de pólipos fueron resecados, de los cuales el 96,6 % tenía estudio histopatológico (13). La técnica de obtención de muestra o resección del pólipo más frecuente fue la biopsia (62,7 %), seguido de la resección con pinza (31,4 %), en contraste con lo reportado por el estudio de Prieto et al., en el cual la técnica más usada fue la resección con pinza (83,33 %) (14), mientras que en el estudio de Velasco et al., la técnica

más frecuente fue la resección con asa fría (83,3 %) (17). En cuanto a la composición histológica de los pólipos colorrectales, el pólipo adenomatoso, que es el más relacionado con progresión a CCR (19), fue el más frecuente (51,4 %), un hallazgo similar al reportado en los estudios de Prieto et al. y Pérez et al., en los cuales la frecuencia de los adenomas fue del 55,23 y 61,4 % respectivamente. En cuanto a la arquitectura histológica de los pólipos adenomatosos, el adenoma vellosos se presentó con una frecuencia del 6,1 %, destacando de este su mayor riesgo de progresión a malignidad (19). Este hallazgo va en concordancia con lo reportado por Prieto et al., con una proporción para el adenoma vellosos de solo el 0,56 % (14), muy similar a estudio desarrollado en Perú, el cual reportó una frecuencia para el adenoma vellosos del 0,5 % (18). El grado de displasia de los pólipos adenomatosos más frecuente fue el de bajo grado (62,6 %), mientras que el 11,5 % presentó displasia de alto grado y solo el 5,3 % no presentó displasia, que de igual manera siguen una tendencia semejante en el estudio de Prieto et al., en el cual el grado de displasia más frecuente fue el de bajo grado (96,11 %) (14) y en el estudio de Pérez et al., en el que se evidenció que la displasia de bajo grado fue lo más frecuente con el 92 % (18).

Es importante mencionar que el presente estudio contempló, entre las variables por evaluar, los antecedentes de alcoholismo y de tabaquismo, dos factores de riesgo prevenibles, reconocidos y declarados por la OMS, y estrechamente relacionadas con la historia natural del CCR, constituyendo importantes factores de riesgo (20). De las mencionadas variables, infortunadamente solo se obtuvo información en algo más del 35 % de los pacientes, la cual se considera una muestra insatisfactoria para evaluar su relación estadística con algunas variables de interés, como lo son la composición histológica de los pólipos colorrectales y el grado de displasia de los pólipos adenomatosos.

Conclusiones

Dentro de los objetivos inicialmente propuestos en el presente estudio no se contempló la caracterización de los pacientes con diagnóstico de CCR, toda vez que este se orientó a la caracterización de los pacientes con hallazgo de lesiones precursoras de esta neoplasia, sin embargo, pudieron abordarse algunas variables de interés en pacientes con diagnóstico de CCR, confirmado por histopatología. Resulta entonces de gran importancia extender la caracterización de estos pacientes ya diagnosticados con CCR, lo cual podría abordarse en estudios posteriores y complementarios al presente.

Es necesaria la formulación de estrategias institucionales que permitan optimizar el registro clínico de diversas variables asociadas al paciente, cuya interacción con algunas otras condiciones de tipo genético y demás características no modificables incrementan el riesgo de desarrollar lesiones precursoras de CCR, como lo es el tabaquismo y el alcoholismo. Esto permitirá conocer de mejor manera el perfil sociodemográfico de la población en estudio y la historia natural de esta patología.

Es importante impulsar el estudio extensivo de la patología colorrectal, especialmente en lo que a lesiones precancerosas se refiere, dadas las importantes tasas de morbilidad y mortalidad por CCR. Con este estudio se espera sentar las bases para la consolidación del conocimiento en esta temática, a fin de favorecer el diagnóstico y la conducta oportuna en la población nariñense y departamentos aledaños.

Es necesario que en todo el territorio nacional y en todos los entornos se dé estricto cumplimiento a lo establecido como obligatorio en las normas, políticas públicas, rutas y demás instancias relacionadas con la promoción de la salud; los hábitos y estilos de vida saludable; la prevención del cáncer; la intervención

sectorial, intersectorial, transectorial y precoz sobre determinantes sociales y ambientales de la salud relacionados con cáncer, especialmente el CCR, y de los factores de riesgo prevenibles en cáncer: consumo de tabaco, alcohol, dieta no saludable, sedentarismo, y el cumplimiento de las intervenciones obligatorias de las RIAS en materia de prevención primaria, secundaria y terciaria, especialmente de tamizajes para el CCR desde los 50 años, así como la debida y oportuna atención integral e integrada, continua y de calidad que requieren los pacientes con lesiones precursoras y con CCR.

Agradecimientos

Al Hospital Universitario Departamental de Nariño por acoger y viabilizar la realización del proyecto en esa institución, garantizando condiciones de confidencialidad y seguridad en la información de la población objeto de estudio. A la Universidad de Nariño por promover la investigación, brindar las herramientas, el personal y la capacitación necesarios en este proceso. A la doctora María Alejandra Arteaga Oviedo y al doctor Harold Mauricio Casas Cruz, asesores científico y metodológico del proyecto, quienes guiaron con toda disposición y compromiso la realización y culminación del mismo, y al doctor Elkin Osorio, editor del *Boletín Epidemiológico Distrital* de Bogotá (BED), por sus valiosos aportes y sugerencias de mejora en la planeación y ejecución del presente trabajo.

Conflicto de intereses. Los autores manifiestan no tener conflicto de ninguna naturaleza para el desarrollo de la investigación y declaran que los recursos de financiación del proyecto provienen en su totalidad de aportes propios.

Referencias

1. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer colorrectal? [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>
2. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer colorrectal. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html>
2. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer colorrectal. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html>
3. Macrae F. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Protective Factors. Goldberg R, Seres D, editors. UpToDate; 2023
4. Criollo-Rayó A, Bohórquez M, Lott P, Carracedo A, Tomlinson I, Consorcio Chibcha, et al. Estudio de la relación de la ancestría genética con el riesgo al cáncer colorrectal en Colombia. ACCB. 2019;1(31):61-72. <https://doi.org/10.47499/revistaaccb.v1i31.183>
5. Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Cáncer [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer#gsc.tab=0>
6. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Manual para la detección temprana del cáncer de colon y recto [Internet]. Fenix Media Group; 2015. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Colon
7. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Día internacional del cáncer de colon [Internet]. 2021. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/cancer/dia-mundial-del-cancer-de-colon/>
8. Yépez M, Jurado D, Bravo L, Bravo L. Trends in cancer incidence, mortality and survival in Pasto, Colombia. Colomb Med. 2018;49(1):42-54. <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3616>
9. Yépez M, Bravo L, Jurado D, Mena J, Casas H. Incidence and mortality by cancer in the Pasto municipality, Colombia. 2013-2017. Colomb Med. 2022;53(1):e2054952. <https://doi.org/10.25100/cm.v53i1.4952>
10. Hoyos-Valdelamar J, Lora-Acuña L, Herrera-Zabaleta L, Parra-Almeida S, Insignares-Farak Y. Caracterización del cáncer colorrectal en pacientes atendidos en un centro médico del caribe colombiano. Rev Colomb Cir. 2022;37(3):408-16. <https://doi.org/10.30944/20117582.2124>
11. American Cancer Society. Factores de riesgo del cáncer colorrectal [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 3280 de 2018 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
13. Bohorquez M, Sahasrabudhe R, Criollo A, Sanabria-Salas M, Vélez A, Castro J, et al. Clinical manifestations of colorectal cancer patients from a large multicenter study in Colombia. Medicine. 2016;95(40):e4883. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000004883>
14. Prieto R, Mendivelso D, Carvajal P, Rocha R, Aponte D. Características endoscópicas e histopatológicas de los pólipos colorrectales resecados endoscópicamente en una institución universitaria de Bogotá D.C. Rev Colomb Gastroenterol. 2019;34(1):31-7. <https://doi.org/10.22516/25007440.267>
15. Parga J, Otero W, Gómez, M. Prevalencia y características histológicas de los pólipos diminutos del recto y del sigmoides en una

población colombiana. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(1):25-32. <https://doi.org/10.22516/25007440.363>

16. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
17. Velasco-Santiago Y, Martínez-Galindo M, Ramos-Raudry E, García-Méndez M, Molina-Rodríguez J, Jaramillo-Vargas G, et al. Resección de pólipos colónicos menores a 10 milímetros: experiencia en un Hospital de Tercer Nivel. Endoscopia. 2020;32(Supl 2):76-84
18. Pérez D. Características endoscópicas e histológicas de los pólipos colorrectales hallados mediante colonoscopías realizadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018. 2019. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10335>
19. Arévalo F, Aragón V, Alva J, Perez M, Cerriello G, Montes P, et al. Pólipos colorrectales: actualización en el diagnóstico. Rev Gastroenterol [Internet]. 2012; 32(2):123-33. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000200002&lng=es
20. Pacheco-Pérez, L, Ruiz K, Guevara M, Navarro E, Rodriguez L. Consumo de alcohol, tabaco y conciencia sobre el cáncer colorrectal en personas con riesgo familiar. Health and Addictions/Salud y Drogas. 2019;19(1):80-6. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i1.416>



¿Qué sabemos sobre la seguridad de los vapeadores?

Luz Adriana Ruiz Pérez¹

Conocidos también como cigarrillos electrónicos o sistemas electrónicos para la administración de nicotina (SEAN), los vapeadores se han popularizado gracias a la diversidad de presentaciones, diseños y a las supuestas ventajas que representan frente al cigarrillo convencional [1, 2]. Buscan imitar los productos de tabaco, pero su funcionamiento se basa en el calentamiento del líquido con el que son alimentados para generar un vapor que es aspirado por el consumidor [1, 2, 3].

Actualmente, el país no cuenta con regulación sobre los vapeadores; sin embargo, en la Cámara de Representantes se está estudiando un proyecto de ley con el que se busca garantizar los derechos a la salud de la población, en particular para los menores de 18 años de edad y los no fumadores, mediante la actualización de la Ley Antitabaco (1335 de 2009), de manera que se incluyan los productos imitadores y los dispositivos tipo SEAN y similares, y así se controle su uso y comercialización.

Es importante resaltar que a pesar de la información disponible en diversos medios, no se ha comprobado científicamente que los vapeadores sean más seguros que los cigarrillos convencionales [2]. En la actualidad, representan un reto para la comunidad científica debido a la falta de regulaciones y control sobre su comercialización y acceso, así como a la ausencia de datos concluyentes sobre sus riesgos y efectos a largo plazo sobre la salud [1, 2]. Sumado a esto, su consumo se ha popularizado en población joven [3], bajo una idea de falsa seguridad proveniente de la fuerte publicidad con la que cuentan.

La amplia publicidad se basa en que su consumo es menos peligroso con respecto al cigarrillo tradicional porque se evita la exposición a los cientos de sustancias tóxicas presentes en el tabaco, y en la ausencia del humo derivado de la combustión, que se asocia directamente a las enfermedades causadas por el tabaquismo [1, 4]. A partir de esto se ha normalizado su consumo en diversos espacios y se ha creado una cultura o interés particular alrededor de la diversidad de productos y la sensación de seguridad que ofrecen, a través de diseños llamativos, tiendas de vapeo o comercialización de productos asociados a su uso.

A pesar de esta publicidad, que busca su aceptación como productos seguros, se desconoce la totalidad de sus efectos negativos. Por un lado, la información científica disponible no ha permitido establecer conclusiones irrefutables que aseguren que son menos peligrosos que el cigarrillo convencional, teniendo en cuenta que una amplia variedad de investigaciones se han ejecutado sobre modelos animales e *in vitro* [1, 2, 4], lo que ha impedido llegar a consensos por parte de las organizaciones de salud; y de otro lado, la amplia diversidad de dispositivos respecto a su tamaño y diseño electrónico, así como la composición de los líquidos con los que se alimentan, ha dificultado establecer con claridad todos los peligros asociados [1, 5].

La diversidad de líquidos disponibles se comercializa bajo la premisa del origen natural de sus componentes; no obstante, se está desconociendo que el calentamiento a altas temperaturas puede generar sustancias peligrosas que hasta ahora no han sido completamente caracterizadas [1, 3, 5]. También contienen nicotina, el componente asociado con la adicción, y aunque hay casos en los que se venden como libres de nicotina, algunas caracterizaciones han demostrado que sí la contienen [1, 2], por cuanto se está entregando información falsa al consumidor.

1. Química farmacéutica, M.Sc. Toxicología, Profesional universitario Subdirección Laboratorio de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud

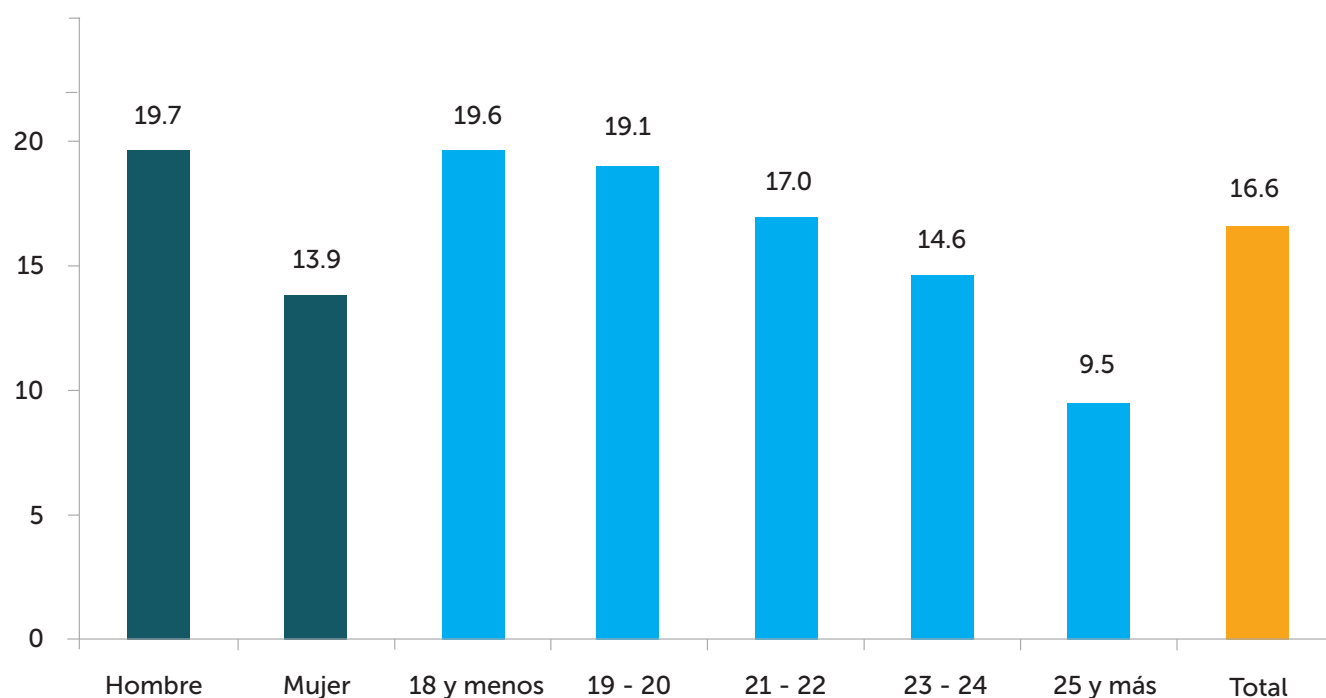
Adicionalmente, se ha establecido que a través del proceso de vaporización se generan partículas ultrafinas que al igual que el material particulado producido por la combustión del cigarrillo, pueden ingresar a los pulmones y ocasionar afectaciones importantes sobre el sistema respiratorio, de modo que no son productos completamente inofensivos [1, 5].

A pesar de que se ha divulgado la idea de que pueden emplearse como una ayuda para la cesación del tabaquismo, esto no ha sido aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos, además se ha descrito un fenómeno denominado “uso doble” que consiste en el cambio del cigarrillo por el vapeador por parte de personas fumadoras, pero finalmente, se retorna al consumo del cigarrillo sin dejar el vapeo [2], lo que evidentemente representa un riesgo aún más elevado de afec-

taciones a la salud por el uso concomitante de ambos productos.

En Colombia, el III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas (2016) en la población universitaria, estimó que el 16 % de los universitarios ha usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida [6], mientras que la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (2017) reportó una prevalencia del 15,4 % de consumo de estos productos alguna vez en la vida [7]. De otro lado, investigadores de la Universidad Industrial de Santander y en Instituto Nacional de Salud publicaron en 2023 datos relacionados con 245 casos de enfermedad y 59 muertes asociadas al uso de vapeadores, siendo esta una primera aproximación a los problemas de salud generados por esta práctica en el país [4].

Gráfico 1. Porcentaje de estudiantes que han fumado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, por sexo, grupos de edad y total



Tomado de: UNODC, III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Colombia, 2016. 2017; p. 50.

De acuerdo con lo anterior, esta problemática se hace aún más importante, pues se evidencia que la población que consume en mayor medida este tipo de productos corresponde a jóvenes y adolescentes que en su mayoría no son fumadores previos [2, 3, 6, 7], quienes manifiestan su interés por la curiosidad sobre el consumo, sobre los sabores ofertados por la amplia serie de posibilidades en los líquidos que se pueden emplear, sumado a la baja percepción de riesgo. Esto ha llevado a que el uso de los vapeadores se plantee como puerta de entrada para el consumo de cigarrillo convencional en no fumadores [2, 3].

Referencias bibliográficas

1. Alvear G, Santibáñez L, Ramírez V, Sepúlveda R. Cigarrillos electrónicos ¿Podemos recomendar su uso? Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2017; 33:118-130. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000200118>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaco: cigarrillos electrónicos [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarrillos electrónicos ¿cuál es la conclusión? [Internet]. s.f. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/pdfs/electronic-cigarettes-infographic-spanish-508.pdf
4. Malagon-Rojas J, Toloza YG, Idrovo AJ, Niederbacher-Velazquez J. First data on the disease associated with vaping in Colombia. SciELO Preprints [Internet]. 2023. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7197>
5. D'Amario D, Migliaro S, Borovac J, Vergallo R, Galli M, Restivo A, Bonini M, Romagnoli E, Leone A, Crea F. Electronic cigarettes and cardiovascular risk: caution waiting for evidence. European Cardiology Review. 2019; 14 (3): 151-8. <https://doi.org/10.15420/ecr.2019.16.2>
6. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Colombia, 2016 [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitarios_Colombia.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta nacional de tabaquismo en jóvenes de Colombia (ENTJ), 2017 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Estudios-y-encuestas.aspx>



Información de emergencias en salud de interés internacional - ESPII corte a diciembre del 2023

Jenny Mora¹

Riesgo para la salud humana por infección del virus de la encefalitis equina del oeste en equinos

La Encefalitis Equina del Oeste (EEO) es una enfermedad causada por el virus (*Alphavirus*). Del mismo modo que la encefalitis equina del este y la encefalitis equina venezolana, la EEO forma parte del grupo de encefalitis causada por arbovirus. La mayoría de estas encefalitis producen cuadros de enfermedad febril con manifestaciones neurológicas que incluyen meningitis (cuadro de fiebre, dolor de cabeza, rigidez de cuello y otros signos meníngeos), encefalitis (fiebre, alteración del estado de conciencia, convulsiones, o signos neurológicos focales, incluyendo desórdenes motores), o mielitis. Se ha documentado que la mortalidad en humanos oscila entre 3-4 %.

El virus de la EEO se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados que actúan como vectores (*Culex tarsalis*, *Aedes melanimon*, *Aedes dorsalis* y el *Aedes campestris*), los cuales mantienen la circulación del virus donde algunas aves actúan como principales reservorios. Los humanos y equinos son reservorios finales del virus, lo que significa que no son capaces de transmitir el virus a los mosquitos.

En la región de las Américas entre el 2006 y 2023 se han identificado casos de encefalitis equina en animales en 17 países. En ese periodo se identificó EEO en equinos de Brasil

(casos desde el 2006 al 2022), México (2019), y durante el 2023 se han reportado casos en Argentina y Uruguay.

El 30 de noviembre, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria SENASA de Argentina declaró estado de emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, después de obtener resultados virológicos el 25 de noviembre positivos para *Alphavirus* en muestras de equinos con signos de enfermedad neurológica en dos provincias del país. El 27 de noviembre se confirmó el diagnóstico de EEO en tres muestras y los siguientes días se confirmaron casos adicionales en seis nuevas provincias. De acuerdo con el reporte de SENASA del 18 de diciembre, se confirmaron 920 brotes (26 diagnosticados por laboratorio y 894 por clínica y epidemiología).

El 5 de diciembre de 2023, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP) de Uruguay confirmó un caso de EEO en un equino del departamento de Salto. En las últimas semanas se han realizado visitas a 219 establecimientos con denuncias de equinos con sospecha de EEO en todos los departamentos del país. En el reporte del 13 de diciembre se informó la confirmación de 20 casos de EEO por laboratorio en 9 departamentos.

Las medidas de control recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) están orientadas al fortalecimiento de la capacidad diagnóstica por laboratorio, puesto que el cuadro clínico de la enfermedad no es específico. Para la vigilancia de casos en humanos en áreas de riesgo con focos activos es importante fortalecer la vigilancia a través de la búsqueda de síndromes neurológicos compatibles que no cuentan con otro diagnóstico definido; en relación con el manejo de pacientes no existe un tratamiento antiviral específico. La mayoría de las infecciones se caracterizan por tener cuadros clínicos leves; las medidas

1. Profesional especializada Equipo de Urgencias y Emergencias Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

preventivas son relevantes, se debe considerar la articulación interinstitucional entre la salud animal, la humana y la ambiental. La orientación de medidas preventivas está orientada en el manejo ambiental y modificación del entorno que favorezcan el control del vector, vacunación para équidos y medidas de protección individuales para evitar picadura del vector (1).

Infecciones respiratorias por *Mycoplasma pneumoniae*

El 22 de noviembre, la OMS realiza un comunicado en el cual informa el aumento de enfermedad respiratoria en el norte de China. El incremento se evidenció en el número de consultas ambulatorias y en las hospitalizaciones pediátricas por neumonía debido a *Mycoplasma pneumoniae* desde mayo de 2023, y desde octubre de 2023 un aumento por Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus e Influenza.

El Centro para Prevención y Control de Enfermedades Europeo – ECDC publicó en el boletín de la semana epidemiológica (SE) 47 un aumento en las detecciones de *Mycoplasma pneumoniae* en seis países de la unión europea (Dinamarca, Francia, Irlanda, Países Bajos, Noruega y Suecia). El incremento se ha visto en todos los grupos de edad, pero especialmente en niños y adolescentes. No se identifican cepas diferentes o resistencia a antibióticos de primera línea. Es posible que el aumento de los casos esté relacionado con la ocurrencia típica de la enfermedad, agravada por los tres años de transmisión limitada por las restricciones durante la pandemia de COVID-19. Además, la Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur (KDCA, por sus siglas en inglés) reportó el 20 de noviembre de 2023 un aumento de infecciones en niños debido a *Mycoplasma pneumoniae*.

El 30 de noviembre de 2023, la agencia de salud pública de Francia informó sobre un

aumento de casos de infecciones confirmadas *Mycoplasma pneumoniae* en pacientes de Unidad de cuidados intensivos (UCI), y un incremento de casos sospechosos en escolares. Del mismo modo, Dinamarca reportó incrementos relacionados por el mismo agente llegando a niveles epidémicos con 541 casos nuevos hasta el 25 de noviembre de 2023, triplicando el número de casos reportados hasta el 21 de octubre de 2023. Este incremento es un patrón que se ve reflejado cada 4 años en Dinamarca.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resaltan la importancia de que los estados miembros cuenten con un sistema de vigilancia de enfermedad respiratoria aguda con la integración de diferentes agentes etiológicos, que incluya agentes como el *Mycoplasma pneumoniae*. Esto contribuiría a evaluar la situación de los patrones de circulación y gravedad de la enfermedad por estos agentes patológicos, del mismo modo que los patrones de sensibilidad a los antibióticos de elección (2).

Monitoreo brote de Cólera

Desde el 20 de noviembre de 2023 y hasta el 18 de diciembre de 2023, se han reportado en todo el mundo 14.092 nuevos casos de cólera, incluidas 269 nuevas muertes. Los cinco países que notifican más casos son la República Democrática del Congo (3.554), Zimbawe (2.740), Etiopía (1.992), Mozambique (1.846) y Somalia (1.147). Las nuevas muertes se reportaron en República Democrática del Congo (112), Zimbawe (55), Etiopía (36), Camerún (16) y República de Tanzania (15).

Desde el 1 de enero de 2023 y hasta el 18 de diciembre de 2023, se registraron en el mundo 879.177 casos de cólera, incluidas 5.045 muertes. En contraste, entre el 1 de enero de 2022 y el 18 de diciembre de 2022, se registraron

1.242.466 casos de cólera y se notificaron en todo el mundo 2.050 muertes (3).

En un seguimiento realizado al brote de Cólera en Haití y República Dominicana, el 27 de diciembre de 2023, la OPS reporta que, en Haití, hasta el 18 de diciembre de 2023, se registraron 76.675 casos sospechosos y 4.383 casos confirmados, incluidos 1.156 decesos, en los 10 departamentos del país. El 53 % de los casos sospechosos notificados son hombres y el 46,9 % mujeres, el 61 % de los casos tenían 29 años o menos; los grupos de edad más afectados fueron los de 1-4 años (18,2 %) y 5-9 (14,6 %) con 4.383 casos confirmados. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos fue del 1,5 %.

Los casos continúan siendo confirmados por cultivo en todos los departamentos del país, lo que indica circulación activa de *Vibrio cholerae* O:1.

En Haití con apoyo de la OMS y la OPS continúa el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio para la rápida detección y diagnóstico del cólera; se mejora la calidad de los datos y la presentación de informes; se ha mejorado la gestión de casos en los Centros de Tratamiento del Cólera (CTC) mediante el apoyo a las Direcciones de Salud en atención clínica, agua, higiene, saneamiento, prevención y control de infecciones; incluidos los proveedores de servicios de capacitación en la gestión institucional del cólera.

La compleja crisis humanitaria y socio-política en Haití, con altos niveles de inseguridad, escasez de combustible e inestabilidad económica, siguen siendo desafíos importantes en la respuesta al brote de cólera. Estos factores limitan el acceso a la salud y a los servicios básicos de agua, higiene y saneamiento.

En República Dominicana, hasta la semana epidemiológica (SE) 49, se tiene un total

de 1.472 casos sospechosos de cólera, de los cuales 149 han sido confirmados. Además, un caso fatal que involucra a un extranjero. El municipio Santo Domingo Norte en la Provincia de Santo Domingo representó el mayor porcentaje de casos con 22,1 %.

Situación mundial de dengue

En la publicación del 21 de diciembre de 2023 la OMS realiza el balance de la situación por dengue a nivel mundial. Se establece un aumento considerable en las últimas dos semanas que anteceden la publicación, generando un desafío para la salud pública a nivel mundial. Entre el 2000 y 2019 se documentó que el número de casos en el mundo se multiplicó por diez, pasando de 500.000 a 5,2 millones en 129 países, donde el pico más alto registrado de casos fue en el 2019. Entre el 2020 y el 2022, debido a la pandemia por COVID 19, se evidenció una menor tasa de notificación; sin embargo, desde principios del año 2023 se observó un repunte con un aumento considerable en el número de casos y múltiples brotes, incluso se reportaron casos en regiones que no habían sido afectadas por el dengue. Cabe anotar que como la transmisión del dengue es cíclica, cada 3 o 4 años se esperan brotes de la enfermedad asociados a que durante la pandemia hubo una transmisión moderada y baja en algunas regiones, hay muchas personas que no están inmunizadas frente a determinados serotipos del virus.

Desde principios de 2023, la transmisión en curso combinada con un pico inesperado de casos ha dado lugar a una cifra cercana al máximo histórico, con más de cinco millones de casos y más de 5.000 muertes relacionadas con el dengue en más de 80 países o territorios y en cinco regiones de la OMS: África, las Américas, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y Mediterráneo Oriental. Cerca del 80 % de

estos casos (4,1 millones) se han notificado en la región de las Américas. Además, se han notificado conglomerados de casos de dengue autóctono en la región de Europa. Es probable que estas cifras no reflejen la carga real, ya que la mayoría de las infecciones primarias son asintomáticas y la notificación del dengue no es obligatoria en muchos países.

En la región de las Américas, del 1 de enero al 11 de diciembre del 2023 se notificaron 4,1 millones de casos probables de dengue, entre ellos 6.710 casos graves y 2.049 muertes en 42 países y territorios de la región. Del total de casos registrados hasta el 12 de noviembre, el 45 % (1.895.122) fueron confirmados por laboratorio. Hasta la semana epidemiológica 48, Brasil ha notificado el mayor número de casos probables en la región (n = 2.909.404), seguido del Perú (n = 271.279) y México (n = 235.616). En cuanto al dengue grave, Colombia notificó el mayor número de casos (1.504), seguida de Brasil (1.474), México (1.272), Perú (1.065) y Bolivia (640).

El aumento de propagación de la epidemia de dengue se debe a factores como los cambios en la distribución de los vectores (principalmente *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*), sobre todo en países donde antes no estaba presente la enfermedad; las consecuencias de los fenómenos relacionados con El Niño y con el cambio climático, que se traducen en un aumento de las temperaturas; la fragilidad de los sistemas de salud durante la pandemia de COVID-19; la inestabilidad política y económica de los países que afrontan crisis humanitarias complejas, y los elevados movimientos de población. Estos factores dificultan, así mismo, la respuesta a la epidemia, y aumentan el riesgo de propagación a otros países.

La OMS, con el fin de controlar el evento, recomienda a sus estados miembros tomar medidas eficaces para el control de los vectores, lucha antivectorial para eliminar los criaderos,

reducir las poblaciones de vectores y evitar en lo posible la exposición de las personas a ellos; fortalecer las medidas de protección individual como por ejemplo el uso de repelentes, uso de camisa de manga larga y pantalón largo, uso de mosquiteros; vigilancia entomológica para evaluar el potencial de reproducción de los mosquitos *Aedes*, así como estudiar su resistencia a los insecticidas para general medidas de control más eficaces; atención de casos, aunque no hay tratamiento específico para la enfermedad, la detección rápida y la atención oportuna puede reducir el riesgo de mortalidad (5).

Referencias bibliográficas

1. Epidemiological alert - Risk to human health associated with Western Equine Encephalitis Virus infection in Equines. [Internet]. 19 dic 2023. [Citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-riesgo-para-salud-humana-asociado-infeccion-por-virus-encefalitis>
2. Briefing Note: Mycoplasma pneumoniae Respiratory Infections. [Internet]. 20 dic 2023. [Citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/briefing-note-mycoplasma-pneumoniae-respiratory-infections-20-december-2023>
3. Communicable disease threats report, 19. [Internet]. 25 dic 2023. [Citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-51-2023.pdf>
4. Cholera Epidemic In Haiti And The Dominican Republic. [Internet]. 27 dic 2023. [Citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://fundacionio.com/wp-content/uploads/2023/12/paho-sitrep-n20cholera-hispaniolafinal.pdf>
5. Outbreak News - Dengue - Global situation. [Internet]. 21 dic 2023. [Citado 10 de enero de 2024]. <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>

Comportamiento de la notificación de casos confirmados, por localidad de residencia, para los eventos trazadores en BOGOTÁ, con corte a periodo 13 de 2023, (Periodo epidemiológico 13 - Informacion 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	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	22	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.786	155	569	34	2.355	197	3.795	293	468	47	506	36	26.163	2.056
Bajo peso al nacer	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	473	28	144	13	624	35	955	50	117	11	150	7	6.556	410
Cáncer en menores de 18 años	115	16	1	5	0	28	1	33	0	4	0	4	0	577	17
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	2	1	0	0	0	0	15	3
Chagas crónico	205	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	15	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	6	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	159	9	57	3	197	12	304	15	29	0	48	2	3.233	201
Dengue	210	122	19	37	3	147	11	215	26	30	4	38	5	1.779	192
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	21	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	148	4	26	0	242	9	493	36	44	0	25	2	4.437	287
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 diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	17	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	148	11	0	0	18	1	147	6	4	1	0	0	1.313	75
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	232	21	88	11	285	22	394	34	55	5	91	7	4.796	456
Evento adverso seguido a la vacunación	298	2	0	4	0	5	0	14	0	0	0	1	0	69	0
Exposición a flúor	228	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	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	10	0
Hepatitis A	330	22	1	24	1	57	1	72	1	17	0	22	0	538	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	94	5	93	12	104	7	144	10	28	1	64	6	1.326	104
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	268	8	100	2	20	2	119	3	43	0	158	2	1.138	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	525	51	121	6	425	29	741	67	83	12	111	5	4.543	348
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	102	4	122	4	36	2	73	1	68	4	138	7	851	27

Eventos sivigila	Código INS	Red Norte												Total por evento	
		01 - Usaquéen		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
Intento de suicidio	356	338	17	127	11	590	34	851	40	133	6	159	8	6.282	312
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	509	33	222	16	477	31	908	68	129	14	145	15	4.945	365
IRA virus nuevo (2020)	346	CONSULTAR SALUD DATA EN https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/													
Leishmaniasis cutánea	420	5	0	1	0	8	0	10	0	2	0	0	0	157	3
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	2	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	29	1
Leptospirosis	455	7	0	3	0	10	1	17	0	4	0	4	0	138	2
Lesiones de causa externa ***	453	2	1	1	0	2	0	1	0	1	1	2	0	27	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	5	3	1	1	9	7	28	17	1	1	1	1	189	101
Malaria	465	16	0	7	0	26	0	27	2	1	0	5	0	403	38
Meningitis	535	10	0	4	0	12	0	16	2	8	0	2	1	174	10
Morbilidad materna extrema	549	312	27	104	7	416	34	761	51	74	4	66	8	5.942	430
Mortalidad materna datos básicos	551	1	0	1	0	1	0	5	0	0	0	1	0	48	3
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	36	2	13	0	72	4	96	6	12	1	7	0	1.041	82
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	133	5	39	4	139	8	246	16	32	0	33	2	1.495	92
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	1	1
Sífilis congénita	740	5	0	1	0	9	1	15	3	0	0	1	1	149	16
Sífilis gestacional	750	37	4	3	0	62	4	116	8	7	0	7	0	1.080	87
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	9	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	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	83	6	25	1	125	18	170	13	35	3	31	3	1.938	163
Varicela Individual	831	381	15	102	3	505	28	930	40	104	3	92	4	5.520	248
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	1.393	109	392	36	2.732	187	3.752	307	409	27	464	34	3.6003	2.579
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, ira y desnutrición	591	2	0	1	0	2	0	5	0	0	0	1	0	51	0
Viruela símica	880	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	284	21	230	6	529	29	662	47	173	11	191	10	5.985	483
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		7.664	560	2.668	174	#####	715	16.129	1.164	2.117	156	2.570	166	129.066	9.254

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	22	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	554	34	1.435	99	269	21	0	0	101	7	1.392	98	26.163	2.056
Bajo peso al nacer	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	96	4	239	16	79	4	0	0	34	1	223	16	6.556	410
Cáncer en menores de 18 años	115	3	1	13	1	6	0	0	0	1	0	16	0	577	17
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	6	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	62	6	133	13	47	3	0	0	18	1	137	10	3.233	201
Dengue	210	22	1	34	1	13	1	0	0	5	1	28	6	1.779	192
Dengue grave	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	53	3	229	11	66	7	0	0	12	1	214	17	4.437	287
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 diarreica aguda por rotavirus	605	1	0	4	0	7	0	0	0	0	0	0	0	17	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	59	7	125	4	74	3	0	0	8	0	78	1	1.313	75
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	79	8	164	15	71	5	0	0	16	2	162	11	4.796	456
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	5	0	69	0
Exposición a flúor	228	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	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Hepatitis A	330	14	0	17	1	6	0	0	0	3	0	22	0	538	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	42	0	50	3	28	1	0	0	9	2	44	2	1.326	104
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	3	0	99	4	163	15	52	2	0	0	31	1	1.138	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	69	3	178	10	56	4	0	0	12	1	194	16	4.543	348
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	2	0	73	0	68	2	1	0	0	0	26	0	851	27
Intento de suicidio	356	129	5	375	23	96	3	0	0	23	0	343	24	6.282	312
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	120	7	262	18	77	8	0	0	26	4	221	17	4.945	365

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
IRA virus nuevo (2020)	346														
Leishmaniasis cutánea	420	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	5	0	157	3
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	13	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	29	1
Leptospirosis	455	3	0	6	0	2	0	0	0	0	0	5	0	138	2
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	27	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	2	2	14	10	3	1	0	0	1	0	9	3	189	101
Malaria	465	10	1	7	0	32	8	0	0	1	0	14	1	403	38
Meningitis	535	3	0	3	1	5	0	0	0	0	0	3	0	174	10
Morbilidad materna extrema	549	108	9	265	19	109	4	0	0	31	2	263	15	5.942	430
Mortalidad materna datos básicos	551	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	48	3
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	20	0	30	4	15	0	0	0	4	2	42	4	1.041	82
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	16	0	73	4	15	1	0	0	2	0	72	5	1.495	92
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	1	1
Sífilis congénita	740	10	1	8	0	5	0	0	0	0	0	11	3	149	16
Sífilis gestacional	750	44	3	70	6	41	3	0	0	7	1	66	8	1.080	87
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	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	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico transmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico transmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	61	7	101	8	70	3	0	0	6	1	119	8	1.938	163
Varicela Individual	831	72	3	210	13	60	3	0	0	16	1	243	6	5.520	248
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	606	31	1.904	139	469	34	0	0	124	12	1.743	115	3.6003	2.579
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, ira y desnutrición	591	0	0	2	0	4	0	0	0	0	0	2	0	51	0
Viruela símica	880	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	168	16	193	13	196	15	0	0	31	2	226	17	5.985	483
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		2.438	152	6.328	436	2.157	151	53	2	493	41	5.961	404	129.066	9.254

Eventos sivigila	Código INS	Red Sur Occidente								Total por evento	
		07 - Bosa		08 - Kennedy		09 - Fontibón		16 - Puente Aranda			
		*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe	*ac	*pe
Accidente ofídico	100	0	0	1	0	0	0	0	0	22	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.877	131	2.790	211	1.105	107	753	61	26.163	2.056
Bajo peso al nacer	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	370	25	745	40	284	18	202	19	6.556	410
Cáncer en menores de 18 años	115	26	1	33	1	13	0	13	0	577	17
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	4	1	2	0	1	0	0	0	15	3
Chagas crónico	205	4	1	2	0	1	0	0	0	15	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	212	17	292	19	92	2	58	1	3.233	201
Dengue	210	77	11	130	12	67	4	36	4	1.779	192
Dengue grave	220	0	0	0	0	1	0	0	0	21	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	477	30	522	37	130	13	60	1	4.437	287
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 diarreica aguda por rotavirus	605	0	0	1	0	0	0	1	0	17	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	58	2	102	3	18	0	8	1	1.313	75
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	230	23	398	34	173	11	123	10	4.796	456
Evento adverso seguido a la vacunación	298	6	0	12	0	0	0	2	0	69	0
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	1	0	1	0	2	0	0	0	10	0
Hepatitis A	330	32	0	78	2	21	2	16	0	538	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	74	5	139	12	54	3	43	1	1.326	104
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	57	0	1	0	0	0	1.138	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	207	16	371	21	182	10	126	5	4.543	348
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	7	0	68	1	12	2	4	0	851	27
Intento de suicidio	356	547	25	717	39	216	11	183	2	6.282	312
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	219	10	433	31	218	15	132	8	4.945	365

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
IRA virus nuevo (2020)	346										
Leishmaniasis cutánea	420	8	1	6	1	3	0	24	0	157	3
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	0	0	1	0	13	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	3	0	3	0	0	0	0	0	29	1
Leptospirosis	455	7	0	10	0	2	0	4	1	138	2
Lesiones de causa externa ***	453	0	0	3	2	4	0	0	0	27	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	13	11	22	9	3	1	1	0	189	101
Malaria	465	11	1	28	3	11	1	3	0	403	38
Meningitis	535	10	0	18	1	6	0	4	0	174	10
Morbilidad materna extrema	549	487	25	682	53	183	12	141	13	5942	430
Mortalidad materna datos básicos	551	2	0	2	0	0	0	0	0	48	3
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	69	8	126	6	32	3	20	2	1041	82
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	81	10	157	7	63	2	37	1	1.495	92
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	1	1
Sífilis congénita	740	9	0	17	0	1	0	2	0	149	16
Sífilis gestacional	750	109	7	142	10	26	2	15	3	1.080	87
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	2	0	0	0	0	0	9	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	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	138	9	187	15	53	4	78	14	1.938	163
Varicela Individual	831	507	29	664	22	245	8	180	7	5.520	248
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	4.229	282	4.723	341	1.335	81	879	61	3.6003	2.579
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, ira y desnutrición	591	1	0	2	0	0	0	1	0	51	0
Viruela símica	880	0	0	1	0	1	0	0	0	16	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	447	53	714	65	259	23	196	15	5.985	483
Zika	895	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		#####	734	14.405	998	4.818	335	3.347	230	129.066	9.254

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	1	0	4	0	1	0	0	0	22	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	300	1.518	104	457	32	2.206	141	17	3	26.163	2.056
Bajo peso al nacer	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer de la mama y cuello uterino	155	193	14	116	9	344	23	2	0	6.556	410
Cáncer en menores de 18 años	115	19	1	4	0	26	0	0	0	577	17
Carbunco	235	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chagas agudo	205	0	0	0	0	1	1	0	0	15	3
Chagas crónico	205	0	0	0	0	1	1	0	0	15	3
Chikungunya	217	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
Cólera	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Defectos congénitos	215	130	11	59	3	267	15	1	0	3.233	201
Dengue	210	32	1	15	2	55	6	0	0	1.779	192
Dengue grave	220	0	0	0	0	1	0	0	0	21	3
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	113	349	22	144	8	766	54	1	0	4.437	287
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 diarreica aguda por rotavirus	605	1	0	0	0	1	0	0	0	17	0
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	345	79	5	25	4	207	18	0	0	1313	75
Enfermedades de origen priónico	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades huérfanas-raras	342	126	7	68	7	209	13	3	0	4796	456
Evento adverso seguido a la vacunación	298	1	0	2	0	4	0	0	0	69	0
Exposición a flúor	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	320	1	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Hepatitis A	330	14	0	14	0	22	0	0	0	538	13
Hepatitis B, C y coinfección B-D	340	49	8	22	0	75	4	0	0	1.326	104
Infección asociada a dispositivos (IAD) en UCI **	357	0	0	18	0	3	0	0	0	1138	39
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	348	145	7	95	2	276	21	1	0	4.543	348
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico **	352	0	0	5	0	44	0	0	0	851	27
Intento de suicidio	356	323	20	174	9	560	22	1	0	6.282	312
Intoxicaciones por sustancias químicas	365	135	10	89	8	316	22	0	0	4.945	365
IRA virus nuevo (2020)	346										
Leishmaniasis cutánea	420	3	0	3	0	10	0	0	0	157	3

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
Leishmaniasis mucosa	430	0	0	0	0	1	0	0	0	13	0
Leishmaniasis visceral	440	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Lepra	450	1	0	0	0	0	0	0	0	29	1
Leptospirosis	455	2	0	3	0	3	0	0	0	138	2
Lesiones de causa externa ***	453	2	0	0	0	1	0	0	0	27	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	452	7	4	1	1	22	16	0	0	189	101
Malaria	465	14	0	5	2	26	2	0	0	403	38
Meningitis	535	6	0	6	0	20	3	0	0	174	10
Morbilidad materna extrema	549	235	20	101	7	493	30	1	0	5.942	430
Mortalidad materna datos básicos	551	0	0	2	0	4	0	0	0	48	3
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	560	34	3	21	1	91	7	0	0	1041	82
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	81	3	34	2	146	11	0	0	1.495	92
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	1	1	0	0	1	1
Sífilis congénita	740	6	0	4	0	10	0	0	0	149	16
Sífilis gestacional	750	43	7	21	4	132	6	0	0	1.080	87
Síndrome Inflamatorio Multisistémico MIS-C	739	0	0	1	0	0	0	0	0	9	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	1	0
Tétanos neonatal	770	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus endémico trasmitido por pulgas	790	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico trasmitido por piojos	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	800	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuberculosis (todas las formas / farmacoresistente)	813	69	6	28	2	126	9	0	0	1.938	163
Varicela Individual	831	236	10	124	11	426	15	1	0	5.520	248
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	2.288	140	847	41	4.911	377	53	0	3.6003	2.579
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por EDA, ira y desnutrición	591	2	0	0	0	4	0	0	0	51	0
Viruela símica	880	0	0	0	0	2	0	0	0	16	0
VIH / SIDA / Mortalidad por SIDA	850	187	12	126	10	394	33	1	0	5.985	483
Zika	895	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por localidad		6.332	415	2.638	165	#####	851	82	3	129.066	9.254

* ac - acumulado de 1 de enero de 2023 al 30 de diciembre de 2023. * pe - periodo del 3 de diciembre de 2023 al 30 de diciembre de 2023. ** Eventos reportados según localidad de notificación.

*** Eventos que por definición de caso, quedan en estudio (sospechosos o probables). Elaborado: Ing. Ruben Rodriguez, Epidemiólogo SIVIGILA

Fuente: Base SIVIGILA Nacional ver 2023

Información preliminar 2023

