

Señora Juez

**SANDRA MERCEDES HERRERA GONZÁLEZ**  
**JUEZ SEXTA ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE PEREIRA**  
E. S. D.

PROCESO : 66001333300620180035600  
DEMANDANTE : ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL Y OTROS  
DEMANDADOS : E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE.  
EN GARANTIA : MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.  
ALLIANZ SEGUROS S.A.

REFERENCIA : ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

**JUAN PABLO GRANADA DIAZ**, identificado con cedula de ciudadanía número 75076.223 de Manizales, abogado de profesión, portador de la T.P. 255030 del C.S.J. y con personería reconocida en el despacho como apoderado de la parte accionante, de manera atenta me permito presentar los alegatos de conclusión los cuales procederé a presentar bajo los siguientes tópicos:

- 1. BACTERIAS DE ORIGEN MULTIRESISTENTE ADQUIRIDAS POR LA SEÑORA ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE, QUE LE GENERO UNA OSTEOMIELITIS COMO INFECCION ASOCIADA EN LA ATENCION EN SALUD.**
- 2. INADECUADA E INOPORTUNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA CONTRARRESTAR LAS BACTERIAS ENTEROBACTER CLOACAE y PSEUDOMONA AERUGINOSA, QUE FUERON LA CAUSA EFECTIVA DE QUE LA PACIENTE ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL ADQUIRIERA OSTEOMIELITIS EN SU PIE IZQUIERDO.**
- 3. PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL DEL MÁXIMO ORGANO DE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO RELACIONADA CON LAS INFECCIONES ASOCIADAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD.**
- 4. CRITERIO AUXILIAR DE EQUIDAD PARA LA REPARACIÓN INTEGRAL DE LAS VICTIMAS.**
- 5. TACHA DEL TESTIGO FERNANDO GIL MARTINEZ POR SU DEPENDENCIA CON EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE, QUE AFECTAN SU CREDIBILIDAD E IMPARCIALIDAD.**

**BACTERIAS DE ORIGEN MULTIRESISTENTE ADQUIRIDAS POR LA SEÑORA ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE, QUE LE GENERO UNA OSTEOMIELITIS COMO INFECCION ASOCIADA EN LA ATENCION EN SALUD.**

Reposa dentro de la historia clínica que la señora ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL, ingresó al Hospital Universitario San Jorge el día 22 de julio de 2016 remitida del Hospital Kennedy, teniéndose como diagnóstico principal fractura de la epífisis inferior del fémur.

Dentro de las atenciones médicas, el día 29 de Julio de 2016 es intervenida quirúrgicamente por el ortopedista Fernando Martínez Gil, antecedendo dentro de la historia clínica folio 43 en el ítem INDICADORES DE RIESGO DE INFECCION en el índice NNIS una puntuación de 0.00 y en el índice SENIC una puntuación de 0.00. Llama la atención que en el ítem "múltiples diagnósticos" dentro del INDICE SENIC, hayan caracterizado a la paciente con un (NO), lo que contrasta con la declaración rendida por el testigo en la audiencia de pruebas practicada el pasado 05 de marzo de 2025.

<b>Plan Beneficios:</b> ASMET SALUD ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA EPS -S		<b>Nivel - Estrato:</b> SUBSIDIADO 1	
<b>DATOS DEL INGRESO</b>		<b>FOLIO N° 43</b>	<b>Fecha:29/07/2016 09:45</b>
<b>Responsable:</b>	MARIA FABIOLA ARISTIZABAL	<b>Teléfono:</b>	3389214
<b>Dirección:</b>		<b>N° Ingreso:</b>	1420796 <b>Fecha:</b> 22/07/2016 08:21
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General
<b>A. IDENTIFICACIÓN</b>			
<b>Cirujano</b>	10108416 MARTINEZ GIL FERNANDO	<b>Ayudante</b>	
<b>Anestesiologo</b>	4352071 GIRALDO FLOREZ JOSE ARIEL	<b>Otro</b>	DR RESTREPO
<b>B. CLASIFICACION DE LA HERIDA QUIRURGICA</b> LIMPIA			
<b>C. INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA</b>			
<b>Fecha de Realizado</b>	29/07/2016 9:31:29	<b>Hora Inicial</b>	29/07/2016 07:31
		<b>Hora Final</b>	29/07/2016 09:00
		<b>DURACION</b>	1 Horas 29 Minutos
<b>INTERVENCION(ES) REALIZADA(S)</b>		<b>TIPO DE ANESTESIA</b>	ESPINAL
<b>CIRUGIA 1:</b>	OSTEOSINTES FX SUPRACONDILEA DE FEMUR	<b>PROTESIS</b>	NO
<b>CIRUGIA 2:</b>			
<b>CIRUGIA 3:</b>			
<b>CIRUGIA 4:</b>			
<b>CIRUGIA 5:</b>			
<b>D. INDICADORES DE RIEGO DE INFECCION</b>			
<b>1. INDICE NNIS</b>		<b>2. INDICE SENIC</b>	
<b>Clasificacion ASA</b>	1	<b>Procedimiento Abdominal</b>	NO
<b>Clasificacion Herida</b>	L	<b>Tiempo de cirugía&gt;a 2 Horas</b>	NO
<b>Tiempo Quirurgico</b>	< 2 HORAS	<b>Cirugía Contaminada</b>	NO
<b>TOTAL NNIS</b>	0,00	<b>Multiples Diagnósticos</b>	NO
		<b>TOTAL SENIC</b>	0,00

Con lo que antecede dentro de la historia clínica y considerando que los dos indicadores, SENIC y NNIS, permiten predecir el riesgo de infección de herida quirúrgica, es claro que la señora ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL para el 29 de Julio de 2016 como obra en la prueba documental no presentaba riesgo de infección y como prueba adicional de la buena evolución y dentro de lo esperado en la recuperación de la cirugía de la paciente, el medico ortopedista VICTOR MANUEL CASTAÑO a folio 51 de la historia clínica el 30 de julio de 2016, dio de alta a la paciente, ordenando el control en 2 semanas con el médico tratante.

<b>DATOS DEL INGRESO</b>		<b>FOLIO N° 51</b>	<b>Fecha:30/07/2016 18:29</b>
<b>Responsable:</b>	MARIA FABIOLA ARISTIZABAL	<b>Teléfono Resp:</b>	3389214
<b>Dirección Resp:</b>		<b>N° Ingreso:</b>	1420796 <b>Fecha:</b> 22/07/2016 08:21
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General_Adulto
<b>SUBJETIVO</b>			
PACIENTE EN POP DEL 29/07/16 MAOS DE FEMUR.			
<b>OBJETIVO</b>			
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO. CON RADIOGRAFIAS DE CONTROL POP EN ADECUADA EVOLUCION.			
<b>ANALISIS</b>			
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES. CON BUENA EVOLUCION DEL PROCESO PATOLOGICO. POR LO CUAL SE DA ALTA POR ORTOPEDIA.			
<b>SINTOMATICO RESPIRATORIO</b>	NO		
<b>PLAN</b>			
-ALTA-CONTROL EN 2 SEMANAS POR MEDICO TRATANTE			
<b>TIPO DE AISLAMIENTO</b>			
Valoración Especializada			
<b>ANTECEDENTES</b>			
<b>FECHA</b>	<b>TIPO</b>	<b>OBSERVACION</b>	
22/07/2016	Médicos	HTA, GASTRITIS, HERNIA HIATAL DX POR ENDOSCOPIA, HIPERLIPIDEMIA MIXTA, SCA TIPO ANGINA INESTABLE???	
22/07/2016	Quirúrgicos	CATETERISMO CARDIACO, COLECISTECTOMIA, SAFENECTOMIA, REDUCCION DE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA. ATRAUMATICOS FX CADERA IZQU, FX ANTEBRAZO IZQ.	
22/07/2016	Farmacológicos	LOSARTAN 50 MG DIA, METOPROLOL 50 MG C/12 HRS, ASA 100 MG DIA, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, AMLODIPINO 5 MG NOCHE.	
<b>EXAMENES SOLICITADOS</b>		<b>Cantidad</b>	<b>Observaciones</b>
890302 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1	
Observaciones: CONTROL EN 2 SEMANAS CON DOCTOR MARTINEZ.			
Fecha Resultado			

De esta forma su señoría la historia clínica para los días 29 y 30 de julio de 2016, ponen en conocimiento que la paciente ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL, fue intervenida quirúrgicamente sin riesgo de infección y al verse una evolución satisfactoria, se dio de alta por ortopedia. No obstante lo anterior, la paciente continuó hospitalizada dentro del Hospital Universitario San Jorge a la espera de ser valorada por la especialidad de Cardiología.

Para el día 05 de agosto de 2016, antecede dentro de la historia clínica nueva valoración por ortopedia por el doctor VICTOR MANUEL CASTAÑO, quien dio a conocer que la paciente presenta signos inflamatorios en área de herida quirúrgica, por lo cual indicó cambio de vendaje, retiro de puntos y programación para lavado y desbridamiento de región afectada. Sin embargo, el ortopedista Gustavo Adolfo Marín el 06 de agosto de 2016, sin haber encontrado signos claros de infección, dispuso suspender el lavado y el desbridamiento y ordenó suministrar antibióticos y tomar cultivos de secreción.

Cabe indicar que dentro de la historia clínica los resultados de los cultivos de secreción fueron documentados dentro de la historia clínica el 10 de agosto de 2016, donde la profesional Miriam Gómez registró los hallazgos de las bacterias Enterobacter cloacae complex y Pseudomonas aeruginosa y **sugirió interconsulta con la especialidad de infectología y aislamiento de la paciente**. Sin embargo, llama la atención que dentro de la historia clínica, solo hasta el día 26 de agosto de 2016, le comentan el caso telefónicamente a la doctora Karen Ordoñez, quien desde esa fecha dispuso el tratamiento médico. Es decir pasaron 16 días de los hallazgos de los cultivos, sin que la paciente fuera comentada por el área de infectología para recibir un tratamiento adecuado y oportuno, conforme a las bacterias halladas.

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 124	Fecha:26/08/2016 16:00
Responsable:	MARIA FABIOLA ARISTIZABAL	Teléfono Resp:	3389214
Dirección Resp:		N° Ingreso:	1420796 Fecha: 22/07/2016 08:21
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

#### SUBJETIVO

PACIENTE COMENTADO TELEFONICAMENTE CON INFECTOLOGIA DRA ORDOÑEZ CON REPORTE DE CULTIVO INDICA INICIAR ERTAPENEM 1 GR EV DIA Y CIPROFLOXACINA 400 MG EV CADA 8 HS // PDTE VALORACION FORMAL

#### OBJETIVO

#### ANALISIS

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

#### PLAN

#### TIPO DE AISLAMIENTO

Valoración Especializada

#### ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	OBSERVACION
22/07/2016	Médicos	HTA, GASTRITIS, HERNIA HIATAL DX POR ENDOSCOPIA, HIPERLIPIDEMIA MIXTA, SCA TIPO ANGINA INESTABLE???
22/07/2016	Quirúrgicos	CATETERISMO CARDIACO, COLECISTECTOMIA, SAFENECTOMIA, REDUCCION DE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA. ATRAUMATICOS FX CADERA IZQU, FX ANTEBRAZO IZQ.
22/07/2016	Farmacológicos	LOSARTAN 50 MG DIA, METOPROLOL 50 MG C/12 HRS, ASA 100 MG DIA, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, AMLODIPINO 5 MG NOCHE.

Es importante considerar, que, si la paciente fue formulada primigeniamente por un médico ortopedista con antibióticos para contrarrestar la infección, éste no era el adecuado para el tratamiento a la paciente de las dos bacterias halladas y como hecho indicador, está documentado dentro de la historia clínica que la especialista en infectología, ordenó cambiarlo por ERTAPENEM y CIPROFLOXACINA.

Con la conducta atribuible al hospital universitario San Jorge, vislumbra un procedimiento tardío para la mejoría de la paciente, que atenta contra los principios de oportunidad y continuidad en los tratamientos médicos, y que sugiero a su señoría sea tenido en cuenta este hecho como un elemento indicador de daño a la salud de la paciente, al haberse dilatado sin justa causa el tratamiento que debió ordenar un especialista en infectología, que fue requerido para que valorara la paciente desde el 10 de agosto de 2016.

Dentro de un Estado Social de Derecho la paciente no estaba en el deber de soportar una tardía valoración por infectología para un tratamiento adecuado; cuando esta probado que el servicio estaba disponible dentro del centro hospitalario para las fechas de la hospitalización y la experta en infectología manifestó dentro de la prueba testimonial, que no le fue comentado el caso, solo hasta el día 26 de agosto de 2016.

Sea oportuno precisar, que reposa dentro de la historia clínica que el día 29 de agosto de 2016, fue la primera valoración física realizada por la doctora KAREN MELISSA ORDOÑEZ, quien diagnosticó la paciente M869 OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA e indicó continuar con la terapia combinada por 42 días con ERTAPENEM y CIPROFLOXACINA y dispuso aislamiento de contacto.

Sea menester señalar que desde el 22 de julio de 2016 ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL estuvo internada en el Hospital Universitario San Jorge sin que para su ingreso se le registrara el hallazgo de bacterias que afectaran su salud. Asimismo, es un hecho cierto que las bacterias ENTEROBACTER CLOACAE COMPLEX y PSEUDOMONAS AEUROGINOSAS fueron halladas dentro de herida postquirúrgica el pasado 10 de agosto de 2016, teniendo la característica de ser resistentes, así como lo indicó la doctora KAREN MELISSA ORDOÑEZ dentro de su declaración al preguntarle por la característica del enterobacter cloacae complex y la característica Betalactamasa de espectro extendido. (...) entonces, por eso estos microorganismos tienen perfil de resistencia natural a las cefalosporinas en primera hasta tercera generación.

Por otra parte, quiero referir su señoría que si bien es cierto y así como lo refirió la especialista en infectología que las bacterias halladas a la paciente ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL son comunes en el tracto gastrointestinal del sujeto y en la piel; no es menos cierto, que estas bacterias también están documentadas como brotes de infecciones asociadas a la atención en salud.

En aras de dar mayor objetividad al caso que nos ocupa, El Instituto Nacional de Salud (INS) como entidad nacional responsable de la vigilancia de eventos de interés en salud pública en el país, registró en su boletín epidemiológico <sup>10</sup>, semana del 1 al 7 de marzo de 2020, estadísticas de brotes IAAS por microorganismo 2016-2019, registrando dentro de su investigación que el microorganismo con mayor caso de brotes es la pseudomona aeruginosa con 92 casos y la enterobacter cloacae con 7 casos.

Tabla 1. Brotes IAAS por microorganismo, Colombia, 2016- 2019

Microorganismo	Casos	UPGD
Pseudomonas aeruginosa	92	12
Candida auris	56	12
Acinetobacter baumannii	47	6
Acinetobacter pittii	19	3
Clostridium difficile	19	3
Kebsiella pneumoniae	16	3
Stenotrophomonas maltophilia	12	1
Salmonella spp	8	1
Enterobacter cloacae	7	1
Ochrobactrum anthropi	6	1
Stenotrophomona maltophilia	6	1
Enterococcus faecalis	5	1
Burkholderia cepacia	4	1
E. Coli	4	1
Klebsiella pneumoniae	4	1
Candida albicans	3	1
Candida parapsilosis	3	1
Klebsiella pneumoniae BLEE+	3	1
Pseudomona aeruginosa	3	1
VSR	3	1
c. auris	2	1
Norovirus	2	1
S.aureus	2	1
Salmonella Group	2	1
Virus Varicela_Zóster	2	1
Citrobacter youngae	1	1
Klebsiella penumoniae	1	1
Serratia marcescens	1	1
Total	333	61

La causalidad de los brotes es diversa, sin embargo las principales hipótesis han estado relacionadas con transmisión cruzada por debilidades en los procesos de limpieza, desinfección, aislamiento hospitalario y por último contaminación de medicamentos, desinfectantes o dispositivos.

Para el caso en particular a la señora ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL el 29 de agosto de 2016 le diagnosticaron una osteomielitis generada a causa de las bacterias adquiridas dentro de su hospitalización -Enterobacter Cloacae complex y Pseudomona Aeruginosa-, microorganismos que el Instituto Nacional de la Salud ha identificado entre otros, como brotes de Infecciones Asociadas en la Atención de Salud, reportadas por diferentes centros hospitalarios en el país para los años 2016-2019 y ha determinado que la causalidad de los brotes es diversa; identificando que las principales hipótesis, están relacionadas con: *transmisión cruzada por debilidades en los procesos de limpieza, desinfección, aislamiento hospitalario y por último contaminación de medicamentos, desinfectantes o dispositivos.*

<sup>1</sup> <https://doi.org/10.33610/23576189.2020.10>

**INADECUADA E INOPORTUNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA CONTRARRESTAR LAS BACTERIAS ENTEROBACTER CLOACAE Y PSEUDOMONA AERUGINOSA, QUE FUERON LA CAUSA EFECTIVA DE QUE LA PACIENTE ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL ADQUIRIERA OSTEOMIELITIS EN SU PIE IZQUIERDO.**

Sea oportuno agregar su señoría, que si bien es cierto la paciente ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL le anteceden en su historia clínica reducción de fractura de Cadera y antecedente de fractura en su brazo, jamás fue diagnosticada antes del año 2016 con osteomielitis. Enfermedad que empezó a padecer en su pie izquierdo tras la atención a su fractura de la epífisis inferior del fémur, la cual fue advertida por el medico OSCAR CORDOBA MARULANDA el 13 de agosto de 2016 del riesgo osteomielítico, quien registró:

Plan Beneficios:	ASMET SALUD ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA EPS -S	Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO 1	
DATOS DEL INGRESO			FOLIO N° 91	Fecha:13/08/2016 15:17
Responsable:	MARIA FABIOLA ARISTIZABAL	Teléfono Resp:	3389214	
Dirección Resp:		N° Ingreso:	1420796	Fecha: 22/07/2016 08:21
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto	

**SUBJETIVO**

EVOLUCION DIA RONDA ORTOPEDIA (ORTOTRAUMA) IDx 1- Pop os de femur izq // ISO . 2- Angina estable " bien "

**OBJETIVO**

T/a 117/76 fc 55 Fr 16 T 36.1 Gw 15/15 So2 98% sin aditamentos - Paciente conciente alerta orientada mucosas húmedas conjuntivas palidas Cp normal mv limpio abdomen blando depresible sin sgs de irritación peritoneal ext sin edemas con aposito y curativo cerrado en region distal cara lateral cuadriceps izq; adecuada movilización y perfusión distal -

**ANALISIS**

Estable con evolucion lenta pero hacia la mejoría sin clinica de sirs con afeccion por el momento localizada con indicacion de lavado quirurgico riesgo osteomielitico se continua manejo de sosten -

**SINTOMATICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**

1- Continua manejo ATB y curativo por equipo experto 2- Ss control de biomarcadores inflamatorios 3- Se formula para 14-8-16

**TIPO DE AISLAMIENTO**

Valoración Especializada

**ANTECEDENTES**

FECHA	TIPO	OBSERVACION
22/07/2016	Médicos	HTA, GASTRITIS, HERNIA HIATAL DX POR ENDOSCOPIA, HIPERLIPIDEMIA MIXTA, SCA TIPO ANGINA INESTABLE???
22/07/2016	Quirúrgicos	CATETERISMO CARDIACO, COLECISTECTOMIA, SAFENECTOMIA, REDUCCION DE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA. ATRAUMATICOS FX CADERA IZQU, FX ANTEBRAZO IZQ.
22/07/2016	Farmacológicos	LOSARTAN 50 MG DIA, METOPROLOL 50 MG C/12 HRS, ASA 100 MG DIA, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, AMLODIPINO 5 MG NOCHE.

**EXAMENES SOLICITADOS**

906913 - PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

Cantidad

Observaciones

1

Este mismo galeno, documentó dentro de la historia clínica el 14 de agosto de 2016, que por la especialidad de cardiología dieron el aval para el procedimiento quirúrgico, sugiriendo la revaloración por anestesiología para procedimiento prioritario paciente con ISO órgano – espacio **con riesgo de osteomielitis y falla de MAOS. NOTA:** se resalta con negrillas tendiente a documentar que a la paciente se le advertía la posibilidad de alterarse sus condiciones de salud.

El 18 de agosto de 2016, el medico ortopedista Bernardo Cobo Torres dentro de la valoración realizada a la paciente documento como diagnostico T859 COMPLICACION NO ESPECIFICADA DE DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO INTERNO, donde refiere que la paciente requiere lavado quirúrgico para manejo de ISO secundaria a osteosíntesis de fémur, y donde se requiere la valoración por anestesiología para definir si se puede proceder con el procedimiento, entro antecede lo siguiente dentro de la historia clínica:

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 99	Fecha: 18/08/2016 12:18
Responsable:	MARIA FABIOLA ARISTIZABAL	Teléfono Resp:	3389214
Dirección Resp:		N° Ingreso:	1420796
Finalidad Consulta:	No Aplica	Fecha:	22/07/2016 08:21
		Causa Externa:	Enfermedad General Adulto

**SUBJETIVO**  
 \*\*\*ORTOPEDIA\*\*\* PACIENTE EN POP DE OSTEOSÍNTESIS DE FEMÚR CON ISO. PACIENTE PERSISTE CON DOLOR Y SENSACIÓN DE CALOR EN EXTREMIDAD INTERVENIDA.

**OBJETIVO**  
 PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN ACOMPAÑANTE, CONTINUA CON SITIO DE HERIDA QUIRÚRGICA CON SALIDA DE MATERIAL PURULENTO.

**ANÁLISIS**  
 PACIENTE QUE REQUIERE LAVADO QUIRÚRGICO PARA MANEJO DE ISO SECUNDARIA A OSTEOSÍNTESIS DE FEMÚR. CONTINUAMOS A LA ESPERA DE REVALORACIÓN POR ANESTESIOLOGÍA PARA DEFINIR SI SE PUEDE PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO, A LA ESPERA DE CONCEPTO. YA QUE CARDIOLOGÍA AVALÓ PROCEDIMIENTO POR ESTABILIDAD CARDIOVASCULAR. CONTINUAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN Y CONTINUAR IGUAL MANEJO MÉDICO.

**SINTOMÁTICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**  
 PENDIENTE VALORACIÓN PREANESTÉSICA -CONTINUAR IGUAL MANEJO MÉDICO.

**TIPO DE AISLAMIENTO**  
 Valoración Especializada

**ANTECEDENTES**

FECHA	TIPO	OBSERVACION
22/07/2016	Médicos	HTA, GASTRITIS, HERNIA HIATAL DX POR ENDOSCOPIA, HIPERLIPIDEMIA MIXTA, SCA TIPO ANGINA INESTABLE???
22/07/2016	Quirúrgicos	CATERETERISMO CARDIACO, COLECISTECTOMIA, SAFENECTOMIA, REDUCCION DE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA. ATRAUMATICOS FX CADERA IZQU, FX ANTEBRAZO IZQ.
22/07/2016	Farmacológicos	LOSARTAN 50 MG DIA, METOPROLOL 50 MG C/12 HRS, ASA 100 MG DIA, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, AMLODIPINO 5 MG NOCHE.

**DIAGNOSTICOS**

T859	COMPLICACION NO ESPECIFICADA DE DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO INTERNO	Dx Principal <input checked="" type="checkbox"/>
------	---	--

El 19 de agosto de 2016, luego de 5 días de haberse requerido la valoración por anestesiología, la paciente es observada por la especialidad a cargo del doctor CAMILO SARRIA ARBOLEDA, quien autoriza el procedimiento, dando recomendaciones y es así que ante la urgencia del lavado, el día 20 de agosto de 2016 se realiza procedimiento quirúrgico por el ortopedista CASTAÑO CARDENAS VICTOR MANUEL, quien documento "BAJO ANESTESIA ESPINAL, SE POSICIONA PACIENTE EN DECÚBITO DORSAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES, SE DESCUBRE HERIDA QUIRÚRGICA DE POP DE REDUCCIÓN ABIERTA Y OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE FEMÚR, SE REvisa EN TODA SU EXTENSIÓN LA HERIDA, SE RETIRAN PUNTOS DE SUTURAS Y SE INICIA LAVADO ABUNDANTE CON SSN 0,9% ESTÉRIL DENTRO DE LA HERIDA, RETIRANDO MATERIAL SEROSO, HEMÁTICO Y PURULENTO, USANDO 6 BOLSAS DE 500 CC CON POSTERIOR SECADO Y SE COLOCA MECHA GINECOLÓGICA IMPREGNADA DE SULFATO DE PLATA EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA. SE COLOCA APOSITO GRANDE Y SE POSICIONA VENDAJE ELÁSTICO. SE TOMA MUESTRA DE SECRECIÓN HEMOPURULENTO Y SE ENVÍA GRAM, CULTIVO CON ANTIBIOGRAMA".

Antecede dentro de la historia clínica que la muestra de resultados de los cultivos de secreción para el 20 de agosto de 2016, confirmaban la presencia de las bacterias Enterobacter Cloacae complex y Pseudomona Aeruginosa, las cuales ya habían sido advertidas dentro de los hallazgos que reposan en la historia clínica el pasado 10 de agosto de 2016 frente a estos dos microorganismos y del cual, en garantía de la integralidad en la atención a la salud, se sugirió para la fecha que la paciente fuera valorada por infectología para su tratamiento. Sin que se llevara oportunamente esta interconsulta.

Sin haber tenido una adecuada y oportuna atención para el tratamiento de las dos bacterias halladas el pasado 10 de agosto de 2016, la especialista en infectología diagnóstico a la paciente con osteomielitis y confirmó el tratamiento de antibióticos que había referido telefónicamente el pasado 26 de agosto de 2016., antecediendo lo siguiente:

<b>DATOS DEL INGRESO</b>		<b>FOLIO N° 130</b>	<b>Fecha: 29/08/2016 12:20</b>
<b>Responsable:</b>	MARIA FABIOLA ARISTIZABAL	<b>Teléfono Resp:</b>	3389214
<b>Dirección Resp:</b>		<b>N° Ingreso:</b>	1420796 <b>Fecha:</b> 22/07/2016 08:21
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General

#### INFECTOLOGÍA RESPUESTA A INTERCONSULTA

##### Respuesta de Interconsulta:

**Análisis Subjetivo:** *PACIENTE CON ANTECEDENTE DE OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR, QUIEN PRESENTA SIGNOS DE INFECCIÓN EN HERIDA QUIRÚRGICA POR LO QUE LE FUE REALIZADO LAVADO Y TOMA DE CULTIVOS EN QUIRÓFANO CON IDENTIFICACIÓN DE ENTEROBACTER CLOACAE DESREPRIMIDO RESISTENTE A QUINOLONAS Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA DE PERFIL USUAL. NOS SOLICITAN VALORACIÓN PARA DEFINIR MANEJO ANTIBIÓTICO.*

##### Análisis Objetivo:

**Detalle de la Respuesta:** *PACIENTE CON OSTEOMIELITIS POR ENTEROBACTER CLOACAE DESREPRIMIDO Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA DE PERFIL USUAL. SE INDICA INICIO DE TERAPIA COMBINADA CON ERTAPENEM 1 GRAMO DÍA MÁS CIPROFLOXACINA 400 MG IV CADA 8 HORAS, A LOS SIETE DÍAS CAMBIAR LA CIPROFLOXACINA A VÍA ORAL 750 MG CADA 12 HORAS, CONTINUAR ERTAPENEM. SE DEBE MANTENER LA TERAPIA COMBINADA POR 42 DÍAS. SE SOLICITA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PARA CONTINUAR ANTIBIÓTICO EN CASA. AISLAMIENTO DE CONTACTO.*

*Tratamiento: LO REFERIDO*

*Diagnóstico: T859 - COMPLICACION NO ESPECIFICADA DE DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO INTERNO*

#### DIAGNOSTICOS

M869 OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA

Dx Principal



De manera concluyente llama la atención su señoría, que el pasado 13 de agosto de 2016, el medico OSCAR CORDOBA MARULANDA advertía el riesgo osteomielítico de la paciente, a quien el pasado 10 de agosto de 2016 le habían encontrado dos bacterias y se requería que la paciente fuera valorada por la especialidad de infectología para el tratamiento adecuado y oportuno. Sin embargo, esta interconsulta no se realizó y le generó a la paciente una dilación injustificada que atenta contra el principio de integralidad en la atención a su salud, que le ocasiono que el día 29 de agosto de 2016 le diagnosticaran osteomielitis en su pie izquierdo, el cual fue tratado ya con indicaciones de la especialidad y dada de alta.

No obstante lo anterior, el pasado 29 de mayo del año 2018, se registra un hecho indicador de la gravedad de la lesión nuevamente en su pie y la vulnerabilidad que presenta ante las diversas bacterias, y es así que la infectologa KAREN MELISSA ORDOÑEZ dentro de valoración de interconsulta que antecede documentó lo siguiente: -PACIENTE CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA POSTQUIRÚRGICA CON AISLAMIENTO EN CULTIVO DE HUESO DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE, SE INDICA TRATAMIENTO CON TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 960 MG CADA 12 HORAS POR 42 DÍAS. NO REQUIERE AISLAMIENTO DE CONTACTO.

Hoy en día su señoría, según lo relatado por la victima ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL se encuentra actualmente en valoraciones por el área de ortopedia, con gran limitación en su movilidad, debiendo recurrir al uso de ayudas terapéuticas -caminador-, causados por los fuertes dolores en su pierna izquierda, perdida de flexibilidad y ante constantes inflamaciones en su pie izquierdo.

**PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL DEL MÁXIMO ORGANO DE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA RELACIONADA CON LAS INFECCIONES ASOCIADAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD, SIENDO CATALOGADAS COMO UNA RESPONSABILIDAD OBJETIVA.**

Frente a la responsabilidad del Estado derivado de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, el Consejo de Estado ha venido realizando pronunciamientos entre ellos antecede la sentencia 25000232600019951136901<sup>2</sup>, donde el honorable consejero ponente, señaló:

*Ahora bien, para recapitular lo hasta ahora dicho, ha de decir la Sala que el manejo que le ha dado la jurisprudencia contencioso administrativa colombiana a los asuntos de responsabilidad médica derivados de, en un principio -año 1997-, fue estudiado bajo el título de falla presunta del servicio, caso en el cual le correspondía a la entidad demandada acreditar la diligencia y cuidado en la atención para exculparse; no obstante, años más tarde -2009-, las infecciones nosocomiales -con apoyo en jurisprudencia y doctrina extranjera-, fueron incluidas por la jurisprudencia de la Sección Tercera dentro de los eventos catalogados como riesgosos en el ejercicio de la actividad médica, susceptibles de ser analizados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, concretamente por riesgo excepcional. De igual forma, según el anterior recuento jurisprudencial, se tiene que a partir del año 2012, la jurisprudencia de la Sección Tercera atribuyó responsabilidad patrimonial al Estado por las infecciones nosocomiales en casos particulares; para tal efecto, señaló que le basta a la parte actora acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial y/o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada hubiere actuado de manera indebida o negligente. Tales planteamientos esbozados por la Sección Tercera del Consejo de Estado en torno a la aplicación del régimen objetivo de responsabilidad derivado de las infecciones nosocomiales, resultan concordantes y coherentes con el derecho comparado (Francia, Argentina, España y Chile), en donde se estudian dichos daños bajo el régimen de responsabilidad sin culpa u objetivo.*

*Con fundamento en las anteriores consideraciones, se concluye entonces que para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado por las denominadas "infecciones nosocomiales", quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia*

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección A, sentencia de 11 de junio de 2014, Exp. 27.089, M.P. Hernán Andrade Rincón.

*de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.*

Asimismo dentro de una evolución jurisprudencial del máximo órgano de lo contencioso administrativo, precede la sentencia proferida por el honorable consejero JAIME ORLANDO SANTOFIMIO <sup>3</sup>, quien describió en derecho comparado lo siguiente:

*A la sazón, también ha de resaltarse que para estructurar los anteriores razonamientos la Sección Tercera de esta Corporación y sus respectivas Subsecciones han acudido al **derecho comparado**, donde existe una clara tendencia hacia la objetivización de la responsabilidad de los establecimientos de salud en los casos de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, de manera que al paciente le baste con demostrar que el daño que padece es consecuencia de una infección adquirida durante su permanencia en el centro hospitalario.*

*“Así, por ejemplo, Francia ha establecido en su legislación un sistema de responsabilidad médica hospitalaria sin culpa<sup>4</sup>, la cual opera en los casos de infecciones nosocomiales y que descansa sobre tres pilares fundamentales:*

*“i) el riesgo (las infecciones nosocomiales existen y cualquiera puede padecerlas), ii) la igualdad (todas las personas son iguales y por ello todas tienen derecho a estar protegidas de igual forma) y iii) la solidaridad (pese a que no se enfermarán todos, todos debemos hacernos cargo porque podría dañar a cualquiera)”<sup>5</sup>.*

*Así pues, en el marco del sistema de responsabilidad francés, los establecimientos y profesionales de la salud, sean de carácter público o privado, responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario<sup>6</sup>.*

*En Argentina, al lado de quienes consideran que las infecciones intrahospitalarias comportan la concreción de un riesgo propio de la actividad asistencial<sup>7</sup>, existe un sector de la doctrina y de la jurisprudencia que afirma que “junto al deber principal de prestar asistencia médica, el establecimiento sanitario asume un deber de seguridad que siempre es objetivo” y que puede estar referido a una obligación de medios –caso de los actos puros de profesión de los facultativos–, pero también de resultados, como lo es la que consiste en garantizar la inocuidad de “las cosas utilizadas, ámbitos físicos, instrumentos quirúrgicos, aparatos de rayos, etcétera, que pueden resultar riesgosos o viciosos (...)”<sup>8</sup>.*

*De igual forma, afirma la doctrina Argentina que la carga de la prueba en estos casos reposa sobre la entidad demandada, la cual, para eximirse de*

---

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección C, sentencia de 18 de mayo de 2017, radicación número . 73001-23-31-000-2006-01328-01(36565), CP. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBIO.

<sup>4</sup> La Ley del 4 de marzo de 2002, también conocida como “Ley Kouchner”, establece dos sistemas específicos y distintos de responsabilidad por infecciones hospitalarias. El primero, aplicable a los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, que es de carácter objetivo. El segundo, aplicable a los médicos, que es de carácter subjetivo (falta probada). Juan Manuel Prevot, *Responsabilidad civil de los médicos*, editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008, p. 318.

<sup>5</sup> TOCORNAL Cooper Josefina, *Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias*, en Revista Chilena de Derecho [on line], 2010, vol. 37, n.º 3, pp. 477-504; Enrique Barros Bourie, *Tratado de responsabilidad extracontractual*, editorial jurídica de Chile, 2009, pp. 688-694.

<sup>6</sup> BARROS Bourie Enrique, *Op. Cit.*, p. 693.

<sup>7</sup> WEINGARTEN Celia, *Op. Cit.*, p. 27.

<sup>8</sup> PREVOT Juan Manuel, *Op. Cit.*, p. 329.

responsabilidad, deberá demostrar que se han cumplido todos los extremos necesarios para asegurar el deber de seguridad que, como obligación tácita, se halla comprendida en el contrato asistencial, y cuya omisión genera la responsabilidad directa de la entidad contratante, además de la que concierne directa y personalmente al profesional<sup>9</sup>.

En España, al igual que ocurre en el régimen de responsabilidad estatal colombiano, el régimen de responsabilidad aplicable a casos por infecciones nosocomiales es de carácter objetivo, según el cual <<la persona que provoca un riesgo que le reporta un beneficio, debe asumir la responsabilidad si causa un daño>><sup>10</sup>. Al respecto, la jurisprudencia del Tribunal Español, ha discurrido de la siguiente manera:

“... Los niveles presumidos por ley de pureza, eficacia o seguridad que suponen además, posibilidades de controles técnicos de calidad, impiden, de suyo, por regla general las infecciones subsiguientes a una intervención quirúrgica adquirida en el medio hospitalario o su reactivación en el referido medio. **Cuando estos controles de manera no precisada fallan; o bien, por razones atípicas dejan de funcionar, en relación con determinados sujetos, el legislador impone que los riesgos sean asumidos por el propio servicio sanitario en forma de responsabilidad objetiva**s>><sup>11</sup>.

No obstante, en España existe también una posición jurisprudencial que aboga por la declaratoria de responsabilidad en casos de infecciones nosocomiales con base en la culpa o “falta del servicio”, la cual tiene su fundamento en la denominada “teoría del daño desproporcionado”, según la cual, una vez producida una infección originada por una bacteria hospitalaria tras una intervención quirúrgica, se considera que el daño producido resulta imputable al servicio hospitalario por cuanto es éste el que, en una posición de dominio y exclusividad, está obligado a instrumentar las medidas profilácticas adecuadas para evitar la contaminación y, en último término, las medidas diagnósticas posteriores dirigidas a la detección de la infección y a su tratamiento, razón por la cual una vez producida la infección y, de contera, el daño, dicha circunstancia evidencia la “culpa” del ente hospitalario. La anterior tesis ha sido expuesta por el Tribunal Español en los siguientes términos:

“La doctrina jurisprudencial sobre el daño desproporcionado, del que se desprende la culpabilidad del autor, corresponde a la regla ‘res ipsa loquitur’, (la cosa habla por sí misma), que se refiere a una evidencia que crea una deducción de negligencia, lo que requiere que se produzca un evento dañoso de los que normalmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto y que aquél no sea causado por una conducta o acción que corresponda a la esfera de la propia víctima. (...). La jurisprudencia no ha eliminado en modo alguno la exigencia del elemento subjetivo o culposo para este tipo de responsabilidad aquiliana, sino que carga el acento, con una finalidad social, en la prueba de esa culpa, pero invirtiendo el ‘onus probandi’, es decir, atribuyendo de la misma al demandado para que con ello acredite que en ejercicio de sus actos lícitos obró con toda la prudencia y diligencia precisa para evitar el daño, máxime en actividades de suyo peligrosas o de fácil creación de riesgo, supuesto en el que la causalidad física adquiere, en

<sup>9</sup> JALIL Julián Emil, *Derecho de Daños Aplicado*, Editorial Ibañez, Bogotá D.C. 2013. Pág. 862.

<sup>10</sup> LÓPEZ DE LA CRUZ Laura, PÉREZ Velásquez Juan Pablo y otros, “*Tratado Jurisprudencial de Responsabilidad por Daños*”, Tirant To Blanch, Valencia, 2013, p. 94.

<sup>11</sup> “SSTS. Sentencias del 21/03/2000, 12/07/1999, 30/06/1998 y 24/04/1996”. En Laura López de la Cruz, Juan Pablo Pérez Velásquez y otros, “*Tratado Jurisprudencial de Responsabilidad por Daños*”, Tirant To Blanch, Valencia, 2013, p. 94-106.

su consideración, prepotencia o prevalencia sobre la psicológica o subjetiva exigible a la gente" <sup>12</sup>.

(...)

Por último, en Chile los tribunales han considerado que una enfermedad contraída durante la permanencia en el establecimiento es evidencia prima facie de la negligencia incurrida en los deberes preventivos que recaen sobre la clínica u hospital o de la falta del servicio del hospital público<sup>13</sup>. El criterio aplicado en estos casos ha sido el de presunción de culpa, que encuentra sustento legal en el artículo 2329 del Código Civil Chileno. No obstante, esta postura ha sido criticada por un sector de la doctrina, que considera que el daño y no la culpa es el fundamento de la responsabilidad del Estado, de manera que si éste se produce por una infección intrahospitalaria, surge la obligación de indemnizarlo, para lo cual sólo es necesario acreditar la relación de causalidad que existe entre la prestación del servicio de salud y el daño, "sin importar si hubo o no culpa en el establecimiento o sus dependientes"<sup>14</sup>.

De esta forma su señoría, está probado que la paciente contrajo el cuadro infeccioso que concluyo con una enfermedad diagnosticada como osteomielitis en su pie izquierdo, estando bajo el cuidado personal y asistencial del Hospital Universitario San Jorge, de manera que resulta imputable el daño antijurídico bajo los criterios de la responsabilidad objetiva por infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, definidos por la jurisprudencia, y está plenamente acreditado los siguientes hechos:

- ✚ La osteomielitis que presentó la paciente en su pie izquierdo para el año 2016, fue ocasionada a causa de dos brotes de microorganismos resistentes identificados como enterobacter cloacae complex y pseudomona aeruginosa.
- ✚ Las bacterias enterobacter cloacae y pseudomonas aeruginosa dentro de los cultivos de secreción hallados el 10 de agosto de 2016 de ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL, coinciden con microorganismos que han sido reportadas al Instituto Nacional de la Salud en estudio realizado en el periodo 2016-2019, y que han sido identificados como microorganismos de brote en infecciones asociadas en la atención en salud.

### **CRITERIO AUXILIAR DE EQUIDAD PARA LA REPARACIÓN INTEGRAL DE LAS VICTIMAS.**

Teniendo en cuenta que la víctima directa de la infección asociada en la atención de salud aun se encuentra en valoraciones por ortopedia para el tratamiento de la osteomielitis, repercutió de manera directa a la práctica del dictamen de pérdida de capacidad laboral o funcional; toda vez que al encontrarse en tratamiento la paciente por la especialidad, aun no se logra determinar las secuelas definitivas que le generó la infección asociada en la atención de salud.

<sup>12</sup> "SSTS. Sentencias del 18/05/2007, 15/09/2003, 29/06/1999". En Laura López de la Cruz, Juan Pablo Pérez Velásquez y otros, "Tratado Jurisprudencial de Responsabilidad por Daños", Tirant To Blanch, Valencia, 2013, p. 94-106.

<sup>13</sup> Enrique Barros Bourie, *Op. Cit.*, p. 693, Josefina Tocornal Cooper, *Op. Cit.* p. 13.

<sup>14</sup> Josefina Tocornal Cooper, *Op. Cit.* p. 14.

No obstante, lo anterior y teniendo en cuenta que hoy en día la paciente tiene 73 años de edad, sus expectativas de vida se van disminuyendo al pasar los años y es por eso que, respetuosamente solicito a su señoría realizar una valoración del daño de manera subjetiva, teniendo en cuenta el criterio auxiliar de equidad para la reparación integral de las víctimas.

De esta forma su señoría, con las pruebas obrantes dentro del proceso, me permito presentar hechos que vislumbran la ocurrencia de daños en los reclamantes, los cuales se pretende sean valorados bajo el criterio auxiliar de la equidad en consonancia con el artículo 16 de la ley 446 de 1998 y garantizar una reparación integral a las víctimas, dentro de un Estado Social de Derecho.

Frente al diagnóstico de Osteomielitis y su tratamiento hoy en día vigente, es que ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL y sus familiares, empiezan a padecer hechos que no estaban en la obligación de soportar, de los cuales me voy a permitir enunciar y que están debidamente acreditados con pruebas documentales que reposan en la historia clínica y con las versiones presentadas en las declaraciones rendidas por los testigos: TERESA DE JESUS YARCE SUAREZ y MARIA FABIOLA ARISTIZABAL

#### **Daños acreditados dentro del acervo probatorio:**

1.- La paciente ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL fue intervenida quirúrgicamente por ortopedia el 29 de julio de 2016 por una fractura de la epífisis inferior del fémur izquierda. Dentro de la herida quirúrgica presento proceso infeccioso para el día 06 de agosto de 2016, evento por el cual le realizaron toma de muestra de cultivos.

**NOTA:** *La cirugía realizada a la paciente el 29 de agosto de 2016, no registro dentro de la historia clínica indicadores de riesgo de infección. Evento adverso que surge de la intervención quirúrgica realizada, del cual la paciente no estaba en la obligación de soportar.*

2.- Cabe indicar que dentro de la historia clínica los resultados de los cultivos de secreción fueron documentados dentro de la historia clínica el 10 de agosto de 2016, donde la profesional Miriam Gómez registró los hallazgos de las bacterias Enterobacter cloacae complex y Pseudomonas aeruginosa y sugirió interconsulta con la especialidad de infectología y aislamiento de la paciente. **NOTA:** *Antecede una vulneración al derecho de salud de la paciente ante la falta de oportunidad de ser valorada por la especialidad en infectología, toda vez que pasaron 16 días de los hallazgos de los cultivos y solo hasta el día 26 de agosto le comentan el caso telefónicamente a la doctora Karen Ordoñez, quien desde esa fecha dispuso el tratamiento médico adecuado para contrarrestar las bacterias.*

3.- La paciente requería de manera prioritaria por los hallazgos de las bacterias, fuera valorada por la especialidad de infectología, toda vez que reposa dentro de la historia clínica el 13 de agosto de 2016, que la paciente presentaba riesgo osteomielítico. **NOTA:** *Frente a este evento, es claro que la osteomielitis ya era previsible en la paciente y ante dilaciones injustificadas o tardías en la atención a la salud de ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL, no contó con la posibilidad de ser tratada por la especialista de infectología de manera oportuna y adecuada.*

4.- La paciente desde el 14 de agosto de 2016, requería ser valorada por anestesiología para procedimiento prioritario paciente con ISO órgano – espacio **con riesgo de osteomielitis y falla de MAOS**. No obstante lo anterior, pasados 5 días de la solicitud de valoración -19 de agosto de 2016- se realizó la valoración por la especialidad y el 20 de agosto de 2016, se lleva a cabo el procedimiento prioritario consistente en lavado y desbridamiento quirúrgico. **NOTA:** *Al no haberse realizado la valoración por anestesiología de manera oportuna, generó el retraso del procedimiento quirúrgico por un término de seis (6) días, el cual estaba establecido para la paciente como prioritario a causa del proceso infeccioso que estaba presentando y el riesgo de osteomielitis.*

5.- Antecede dentro de la historia clínica que la muestra de resultados de los cultivos de secreción para el 20 de agosto de 2016, confirmaban la presencia de las bacterias Enterobacter Cloacae y Pseudomona Aeruginosa, las cuales ya habían sido advertidas dentro de los hallazgos que reposan en la historia clínica el pasado 10 de agosto de 2016 frente a estos dos microorganismos y del cual se sugirió para la fecha la paciente fuera valorada por infectología para su tratamiento, sin que se llevara oportunamente ésta interconsulta.

6.- Existió un inadecuado tratamiento a las bacterias halladas en la paciente desde el pasado 10 de agosto de 2016, toda vez que como elemento indicador de daño a la salud de la paciente los mismos microorganismos fueron hallados en el cultivo de secreción tomado el 20 de agosto de 2016; por lo anterior queda en evidencia, que si bien es cierto la paciente fue formulada primigeniamente por un médico ortopedista con antibióticos para contrarrestar la infección, éste no era el adecuado y la profesional en infectología dispuso cambiarlo por ERTAPENEM y CIPROFLOXACINA. **NOTA:** *Hecho que vislumbra un procedimiento tardío para la recuperación de la paciente, que atenta contra los principios de integralidad, oportunidad y continuidad en los tratamientos médicos.*

7.- Ante el tratamiento tardío para contrarrestar las bacterias que fueron advertidas desde el 10 de agosto de 2016 y que requerían la interconsulta por la especialidad en infectología, el pasado 29 de agosto de 2016 se concretó el riesgo advertido el pasado 14 de agosto de 2016 sobre la posibilidad de que la paciente adquiriera osteomielitis, y es así que la infectóloga KAREN MELLISA ORDOÑEZ diagnostica la paciente con Osteomielitis e inicia tratamiento con barrera de aislamiento.

Frente a este nuevo diagnóstico que no era el esperado por ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL y su núcleo familiar directo – Esposo e hijos-, se registran los siguientes hechos determinantes de daño, que generan indiscutiblemente daños desde la órbita moral esto es, dolor, aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc:

- Durante el tiempo de hospitalización en atención a contrarrestar la infección asociada en la atención de salud, le toco soportar 4 procedimientos quirúrgicos consistentes en lavado, curetaje y desbridamiento quirúrgicos realizados a la paciente el (20 de -agosto, 01 de septiembre, 07 de septiembre y 20 de septiembre) del año 2016.

- Prolongada hospitalización de 40 días, varios procedimientos médicos y quirúrgicos, soportar el aislamiento para contrarrestar las bacterias adquiridas.
- Con el aislamiento que fue dispuesto por el área de infectología dentro de su hospitalización presentada en el año 2016, la paciente fue limitada para ser visitada por sus seres queridos, perdiendo la oportunidad de poder contar con el cariño y afecto de cada uno de ellos.
- Existió desde el diagnóstico incertidumbre sobre la posibilidad de que ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL perdiera la pierna, incluso su vida, generándole a la víctima principal y su núcleo familiar estados de tristeza y llanto.
- Según lo declarado por la testigo TERESA YARCE, la víctima directa desde que adquirió la osteomielitis en su pie izquierdo, no pudo volver a trabajar ni hacer sus quehaceres como antes lo hacía y adiciono en su declaración hechos que vislumbran la condición de discapacidad en que se encuentra con limitación en su movilidad, que la hacen depender de otra persona para lo sus actividades cotidianas.
- ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL presentó daño en su salud mental por los hechos que hoy en día le afectaron su movilidad y antecede dentro de la historia clínica psiquiátrica de atención presentada el 14 de febrero de 2018, los siguientes diagnósticos: Trastorno mixto de Ansiedad y Depresión, Secuelas de otras fracturas de miembro inferior y otro dolor crónico. Posteriormente para el 15 de agosto de 2018 fue diagnosticada con (F432 TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, R522 OTRO DOLOR CRONICO y F431 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO). Hecho que se prueba con historia clínica del E.S.E HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA – PEREIRA, obrante dentro del expediente.
- Después de salir del hospital, la paciente continuó presentando fuertes dolores en la pierna e inflamación constante derivada de la fractura de miembro inferior izquierdo, situación que la obligo a ser valorada en diferentes ocasiones por la especialidad de ortopedia y el 25 de mayo de 2018, disponen realizarle dos intervenciones quirúrgicas CIRUGÍA 1: 13400 DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE FEMUR y CIRUGÍA 2: 786501 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR. Donde el médico encontró entro otro edema severo fémur distal izquierdo, abundante liquido seroso purulento y toma de muestra secreción por infección activa.
- Para el 01 de junio de 2018, ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL es valorada por el área de infectología quien en segunda ocasión diagnóstico la paciente con Osteomielitis sobre hallazgos infecciones sobre la misma zona, refiriendo ANALISIS: PACIENTE CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA POSTQUIRÚRGICA CON AISLAMIENTO EN CULTIVO DE HUESO DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE, SE INDICA TRATAMIENTO CON TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 960 MG CADA 12 HORAS POR 42 DÍAS. NO REQUIERE AISLAMIENTO DE CONTACTO. OPRIM SULFAMETOXAZOL 960 MG CADA 12 HORAS POR 42 DÍAS.

Con todo lo descrito anteriormente, es evidente y se convierte en un hecho indicador, que después de haber adquirido la paciente la osteomielitis en el año 2016, su fractura se volvió vulnerable ante microorganismos que le generan procesos infecciosos, entre ellos el que antecede el 01 de junio de 2018 donde nuevamente le diagnostican osteomielitis en su pie izquierdo y donde se registra según valoración realizada el 08 de marzo de 2022, que la paciente presenta dolor y edema en su miembro inferior izquierdo, ordenando el medico tratante una mamografía ósea total para ver estado de infección actual. Antecedentes clínicos que vislumbran daños en la salud de la paciente.

Es un hecho indicador, que ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL con la fractura que presentó el año 2016, sumaba 4 facturas, sin embargo, los registros clínicos de la osteomielitis crónica, sólo se registra que se le generó en la herida postquirúrgica de su pie izquierdo atendida en el Hospital Universitario San Jorge.

**TACHA DEL TESTIGO FERNANDO GIL MARTINEZ POR SU DEPENDENCIA CON EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE, QUE AFECTAN SU CREDIBILIDAD E IMPARCIALIDAD**

Teniendo en cuenta que el artículo 211 del Código General del Proceso, permite tachar el testimonio de personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad e imparcialidad, solicitó a su señoría muy respetuosamente no dar valor probatorio a la declaración rendida por el medico ortopedista FERNANDO GIL MARTINEZ el pasado 08 de marzo de 2018, por los siguientes motivos:

Como antecedente personal del testigo obra dentro de la historia clínica, que fue el medico ortopedista que operó a la paciente el pasado 29 de agosto de 2016 y al haberse hallado dentro del cultivo de secreción a la paciente dos bacterias de origen intrahospitalario, es evidente que la declaración del testigo va a ser sesgada a la realidad, considerando que para el caso de las infecciones asociadas en la atención a la salud y así como lo refirió el Instituto nacional de la Salud ha determinado que la causalidad de los brotes es diversa; identificando que las principales hipótesis, están relacionadas con: *transmisión cruzada por debilidades en los procesos de limpieza, desinfección, aislamiento hospitalario y por último contaminación de medicamentos, desinfectantes o dispositivos.*

Con lo descrito anteriormente, es claro que pudo haberse presentado una falla en la asepsia y antisepsia dentro de la cirugía practicada el pasado 29 de agosto de 2016, responsabilidad que influye de manera directa en el testigo, por lo que toda su declaración estuvo encaminada a defender su responsabilidad médica, con versiones que afectan su credibilidad e imparcialidad en lo narrado.

Ente estas declaraciones, llama la atención que el especialista en ortopedia manifestó que la paciente por sus diferentes patologías la predisponían a una infección. De esta declaración, existe una evidente contradicción en lo declarado dentro de la audiencia pública, toda vez, que si fuese cierto lo que indico en su testimonio, debió diligenciar en compañía del personal que participo en la cirugía los indicadores de riesgo de infección SENIC y NNIS para el 29 de julio de 2016, con datos que advirtieran la posibilidad de riesgo de infección y de esta forma,

predisponer un equipo para estar monitoreando de manera permanente a la paciente y contrarrestar cualquier microorganismo que pudiera adquirir.

De manera concluyente su señoría, en lo que respecta a la carga probatoria en procesos de responsabilidad administrativa por Infecciones Asociadas en la Atención de la Salud; como parte activa, acredité que la infección que terminó con una -Osteomielitis- que afectó a ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL, fue adquirida dentro de la hospitalización en el periodo comprendido entre el 22 de julio de 2016 al 29 de agosto de 2016, generada a causa de dos bacterias halladas dentro de cultivos de secreción reportados para el 10 y 20 de agosto de 2016, identificadas como ENTEROBACTER CLOACAE Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA.

Con lo anterior quiero indicar que para el caso en particular y el desarrollo jurisprudencial en torno a la responsabilidad objetiva por eventos de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales adquiridas en procedimientos médico – quirúrgicos-; no me es requerido probar la falla en la prestación del servicio por acción u omisión, ni probar si existió culpa o si se vulneraron los protocolos de la *lex artis*. Para el caso en particular, existen los indicios suficientes que permiten observar con absoluta claridad que la Osteomielitis que fue diagnosticada inicialmente el 29 de agosto de 2016 a la paciente ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL, se produjo de manera intrahospitalaria dentro de las atenciones médicas practicadas.

Como está documentado dentro de la historia clínica de ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL la Osteomielitis hallada inicialmente fue adquirida a través de las bacterias ENTEROBACTER CLOACAE Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA, del cual en los hechos de la demanda identificados con los numerales ONCE ( 11 ) y DOCE ( 12), se aportó información confiable que confirma que estas bacterias tienen origen intrahospitalario y tienen connotación de ser multirresistentes, como lo especificó la OMS al identificar la Pseudomonas Aeruginosa como patógenos prioritarios para la I+D . Sin olvidar de igual forma, El boletín epidemiológico 10<sup>15</sup>, semana del 1 al 7 de marzo de 2020, estadísticas de brotes IAAS por microorganismo 2016-2019, registrando dentro de su investigación que el microorganismo con mayor caso de brotes es la pseudomona aeruginosa con 92 casos y la enterobacter cloacae con 7 casos, del Instituto Nacional de Salud (INS) como entidad nacional responsable de la vigilancia de eventos de interés en salud pública en el país.

De esta forma su señoría frente a la Infección asociada en la atención en la salud de ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL existen los elementos constitutivos de responsabilidad objetiva para declarar responsable al E.S.E. Hospital Universitario salud ocasionado por el diagnostico de OSTEOMIELITIS, se derivó de bacterias intrahospitalarias adquiridas dentro de los diversos procedimientos médicos realizados en el año 2016. Lo que hace a la luz del derecho, que la víctima de la Infección Asociada en la Atención de la Salud no deba soportar el daño, cuando pretendía que el E.S.E. Hospital Universitario San Jorge fuera garante en la atención de la fractura de su pie izquierdo y no tener que soportar adicionalmente un diagnostico extraño que atenta de manera directa contra su salud.

---

<sup>15</sup> <https://doi.org/10.33610/23576189.2020.10>

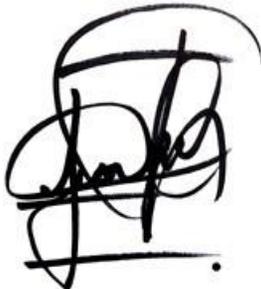
Asimismo, también se registró una dilación injustificada para la realización de un procedimiento quirúrgicos prioritario, toda vez que desde el 14 de agosto de 2016 se requería valoración por el área de anestesiología para realizar procedimiento prioritario de la paciente con riesgo de osteomielitis y falla de MAOS y la paciente fue valorada por la especialidad solo hasta el día 19 de agosto de 2016, es decir 05 días desde que se sugirió la interconsulta y es así que ante la urgencia del lavado, el día 20 de agosto de 2016 se realiza procedimiento quirúrgico por ortopedista donde se retiró material seroso, hemático y purulento, se toma muestra de secreción hemo purulenta y se envía Gram, cultivo con antibiograma.

Finalmente, quiero referir que si bien es cierto dentro de las pruebas documentales obrantes dentro de la demanda no se aportó la perdida de la capacidad laboral o funcional de la víctima directa, si está documentado hechos que vislumbran la ocurrencia de daños en los reclamantes que generan indiscutiblemente afectación desde la órbita física y moral. Los cuales ruego a su señoría sean valorados de manera subjetiva bajo el criterio auxiliar de la equidad en consonancia con el artículo 16 de la ley 446 de 1998 y garantizar una reparación integral a los reclamantes.

De esta forma su señoría, solicito se acredite la responsabilidad civil extracontractual del Hospital Universitario San Jorge por los daños ocasionados a ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL y a su núcleo familiar, al haberse encontrado que la paciente sufrió una infección asociada en la atención de salud, que no se encontraba en el deber de soportar, por consiguiente, se le debe reparar el daño a ella y a su núcleo familiar.

De esta manera su señoría presentó los alegatos de conclusión, dentro de los términos procesales y a la espera de lo aquí argumentado y lo que estime su señoría, se tengan los elementos suficientes para declarar el reconocimiento de la totalidad de pretensiones formuladas en la demanda.

Atentamente,



JUAN PABLO GRANADA DIAZ  
C.C. 75.076.223 de Manizales  
T.P. 255030 del C.S.J.

ANEXO: Copia Historia clínica atención por ortopedia de ELVIA GOMEZ DE ARISTIZABAL el 08 de marzo de 2022.

CARRERA 25 # 74 a 87

Tel. 3275710  
900342064-3  
Identif. : 41647422

GOMEZ DEARISTIZABAL ELVIA

Sexo : FEMENINO

Fecha de Nacimiento : 31/12/1944

Regimen : EPSS PGP ASMET SALUD EPS S.S.A.S

Estado Civil : SOLTERO (A)

Ocupacion: NO DEFINIDO

No. Historia Clínica : 41647422

Vínculo :

Edad : 77 Años

Etnia: Indígena

Estrato : UNO

Fecha y Hora de Atención : 08/03/2022 15:46

Motivo de Consulta :

LA PIERNA

Enfermedad Actual :

PTE CON ANTECEDENTE DE FRACTURA DE FEMUR IZQ MANEJADO CON CIRUGIA HACE APROX 20 AÑOS. TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA Y FRACTURA DE FEMUR DISTAL HACE 6 AÑOS A LA QUE SE REALIZA OSTEOSINTESIS EN HUSJ CON POSTERIOR INFECCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS LO QUE OBLIGO A SU RETIRO POSTERIORMENTE. REFIERE CUADRO DE DOLOR Y EDEMA A NIVE DE CARA LATERAL DE RODILLA ASOCIADO A EDEMA TIENE RX DEL 2020 CON ARTROSIS POST TRAUMATICA DE RODILLA IZQ

GAMAGRAFIA OSEA DEL 2020: FENOMENO INFLAMATORIO INFECCIOSO EN FEMUR DISTAL

GAMAGRAFIA OSEA DE OCT 2020: MEJORIA SIGNIFICATIVA DEL FENOMENO INFECCIOSO

Revisión por Sistema :

NIEGA

Antecedentes Personales

Quirúrgico : NO REFIERE Patológicas : FRACTURA DE CADERA IZQ HACE 20 AÑOS

Alergicos : NO REFIERE Inmunológicos : NO REFIERE Siquiátricos : NO REFIERE Tóxicos : NO REFIERE Venereas : NO REFIERE Ginecologías : NO

REFIERE Paraclínicos : NO REFIERE Oncológicos : NO REFIERE

Antecedentes Familiares

Cardiovascul. : NO REFIERE

Cancer : NO REFIERE

Infecciosas : NO REFIERE

Neurológicos : NO REFIERE

Pulmonares : NO REFIERE

Diabetes : NO REFIERE

Gastrointest. : NO REFIERE

Signos Vitales

TA : 0/0 FC : 0 FR : 0 Temp : Talla . Peso : I. M. C. : 0

Ptorax : 0 Pcefa : 0

TFG: Glucometría: SatO2: Perímetro Abdominal. :

Examen Físico

Extremidades : M. INF IZQ

CICATRIZ POST CIRUGIAS EN FEMUR DISTAL

GRAN HIPOTROFIA DEL CUADRICEPS

EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

MÓVILDAD DE RODILLA DESDE 0 HASTA 110 GRADOS

DÉFORMIDAD EN VALGO

DX Principal : M173 OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS

1er. DX Relacionado : M869 OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA

Causa Externa : M. Enfermedad General

Conducta :

OBSERVACIONES : PTE CON ARTROSIS POSTRAUMATICA DE RODILLA IZQUIERDA E INFECCION EN FEMUR DISTAL IZQ SE SS GAMAGRAFIA OSEA TOTAL DE CONTROL PARA VER ESTADO DE INFECCION ACTUAL

SE SS RX COMPARATIVAS DE RODILLAS AP Y LATERAL CON APOYO

CITA CON REPORTES

Factura No. 825337

  
Profesional: ALVARO ISAZA CARDONA

Registro:

Especialidad : ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Cedula: 196



CLÍNICA  
**San  
Rafael**

CARRERA 25 # 74 a 87  
Tel. 3275710  
900342064-3

**Paciente:**

Ident : 41647422  
ELVIA GOMEZ DEARISTIZABAL  
Regimen : EPSS PGP ASMET SALUD EPS S S.A.S  
Edad : 77 Años 2 Meses 5 Dias

Fecha : 08/03/2022

Factura No. 825337

Dirección: CALLE 73 N 22-74 ----

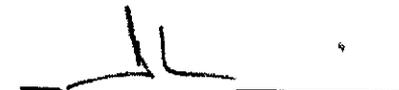
Telefono: 3127394470 3228777429

## PROCEDIMIENTOS

DX Principal : M173 OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS  
1er. DX Relacionado : M869 OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA

- |    |        |   |   |
|----|--------|---|---|
| 1. | 920901 | GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA<br>CON ENFASIS EN FEMUR DISTAL IZQ | 1 |
| 2. | 873420 | RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL<br>COMPARATIVAS CON APOYO AP Y LTERAL         | 2 |

**VIGENCIA 60 DIAS A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN**

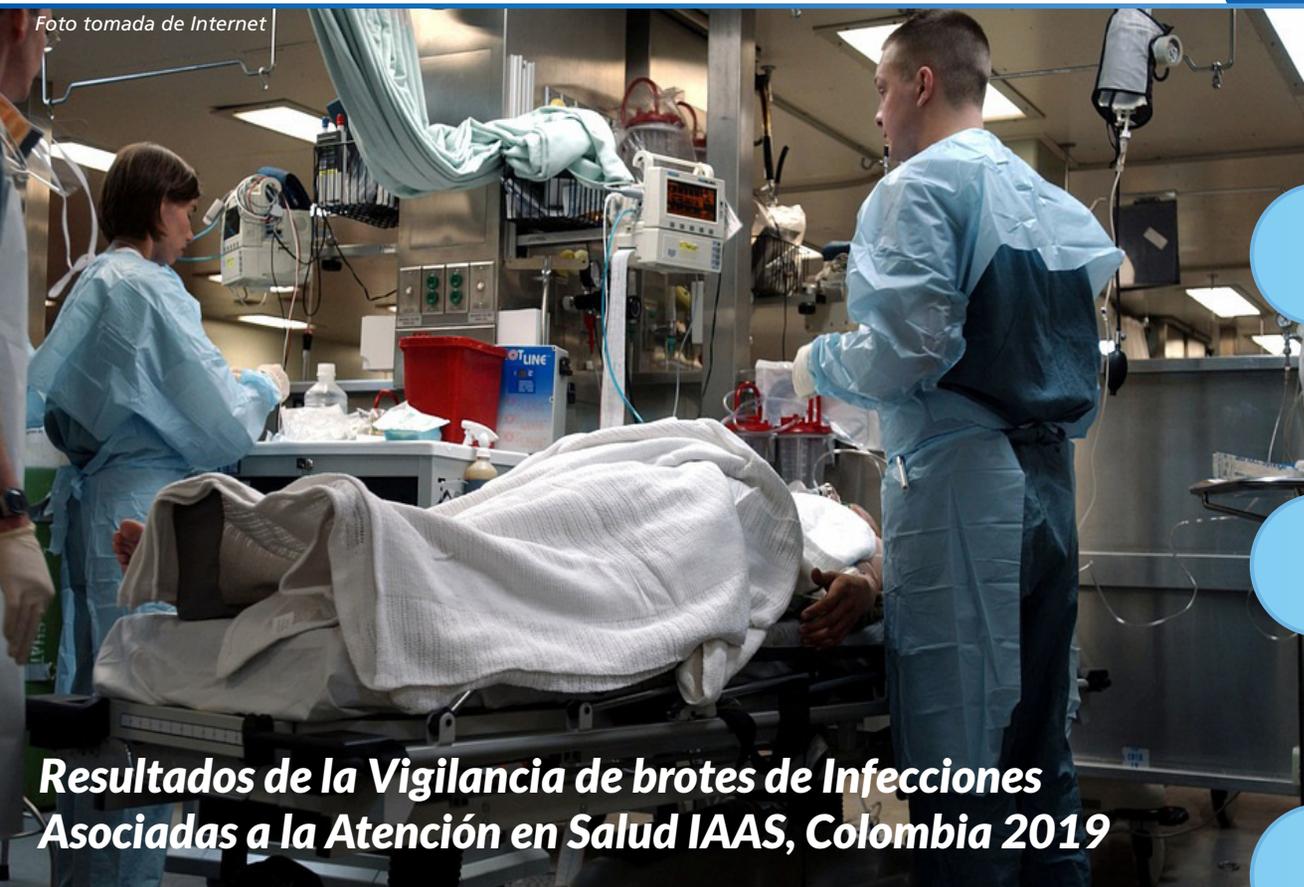
  
Profesional. ALVARO ISAZA CARDONA  
Registro Medico.  
Cedula. 196  
Especialidad. ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

# BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Semana epidemiológica 10  
1 al 7 de marzo de 2020

Foto tomada de Internet



## Resultados de la Vigilancia de brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS, Colombia 2019

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) se adquieren como resultado de las intervenciones sanitarias. La mayoría de las IAAS son endémicas sin embargo, con frecuencia también se producen brotes esporádicos especialmente en procesos de alto impacto asistencial.

Resultados de la Vigilancia de brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS, Colombia 2019



**Situación nacional**  
Los eventos en salud pública con mayor frecuencia y el cumplimiento de la notificación de las entidades territoriales.



**Mortalidad**  
Número de casos notificados al Sivigila, por eventos de interés en salud pública



**Eventos trazadores**  
Vigilancia en el comportamiento rutinario, siendo un indicador de brotes o emergencias en salud pública.



**Brotes**  
Actualidad a nivel internacional y nacional



**Sarampión**  
Seguimiento exhaustivo



**Tablas de mando por departamento**  
Resume la vigilancia rutinaria, permite identificar brotes en salud pública.



Los brotes infecciosos en los centros sanitarios son un problema importante por sus consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad, alteración del funcionamiento de los servicios sanitarios, cierres de salas hospitalarias, aumento de costos, malestar, ansiedad entre el personal sanitario y publicidad negativa de las actuaciones sanitarias de la institución.

El propósito de vigilar e investigar brotes por IAAS, incluye identificar las posibles fuentes de infección e interrumpir la transmisión con la implementación de acciones de control.

Desde 2012 el Instituto Nacional de Salud inició la implementación de la estrategia de vigilancia de IAAS de acuerdo a la Circular 045 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, que incluye en el numeral seis (6), la obligatoriedad de la notificación de las sospechas de brotes por todos los actores del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

El Instituto Nacional de Salud (INS) ha liderado la vigilancia de las IAAS incluyendo los brotes hospitalarios y ha dispuesto herramientas para la investigación y notificación de los mismos. Se han establecido once pasos para la investigación de brotes por IAAS, que incluyen entre otros, la implementación y evaluación de las medidas de control.

Figura 1. Pasos para la investigación de brotes por IAAS. Instituto Nacional de Salud



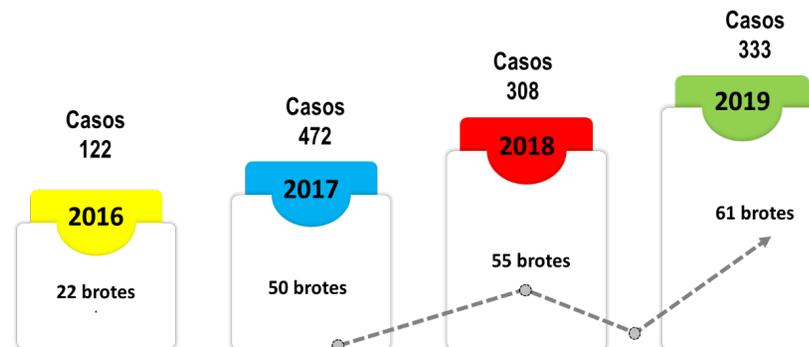
Fuente: Equipo IAAS. Instituto Nacional de Salud.

En el desarrollo de las etapas de investigación de brotes por IAAS, se requiere de un trabajo articulado y en la experiencia de brotes que se han afrontado en el nivel nacional se ha tenido participación del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como ente rector, Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (Invima), Superintendencia de Salud, entre otros. La labor de articulación ha permitido controlar brotes de gran importancia en salud pública, debido al desempeño de funciones específicas desde la competencia de cada una de las entidades mencionadas.

Las IAAS son consideradas un evento transversal y dentro de los años de vigilancia nacional se ha apoyado a otros eventos de interés en salud pública en la investigación, contención de brotes y epidemias, por ejemplo sarampión y la actual de COVID-19, entre otras.

Entre el 2016 al 2019 se ha visto un fortalecimiento en la notificación de brotes en el país, aumentando en más de un 60% la notificación (Figura 2).

Figura 2. Relación notificación brotes IAAS, Colombia, 2016- 2019



Fuente: Equipo IAAS. Instituto Nacional de Salud.

En el 2019 se notificaron un total de 333 casos relacionado con brotes de IAAS, de estos el 27% fueron asociados a *P. aeruginosa*, seguido de *C. auris*, y *A. baumannii*. Estos microorganismos han sido los de mayor reporte en años anteriores.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

Sarampión

Tablas

Tabla 1. Brotes IAAS por microorganismo, Colombia, 2016- 2019

Microorganismo	Casos	UPGD
Pseudomonas aeruginosa	92	12
Candida auris	56	12
Acinetobacter baumannii	47	6
Acinetobacter pittii	19	3
Clostridium difficile	19	3
Kebsiella pneumoniae	16	3
Stenotrophomonas maltophilia	12	1
Salmonella spp	8	1
Enterobacter cloacae	7	1
Ochrobactrum anthropi	6	1
Stenotrophomona maltophilia	6	1
Enterococcus faecalis	5	1
Burkholderia cepacia	4	1
E. Coli	4	1
Klebsiella pneumoniae	4	1
Candida albicans	3	1
Candida parapsilosis	3	1
Klebsiella pneumoniae BLEE+	3	1
Pseudomona aeruginosa	3	1
VSR	3	1
c. auris	2	1
Norovirus	2	1
S.aureus	2	1
Salmonella Group	2	1
Virus Varicela_Zóster	2	1
Citrobacter youngae	1	1
Klebsiella penumoniae	1	1
Serratia marcensces	1	1
Total	333	61

La causalidad de los brotes es diversa, sin embargo las principales hipótesis han estado relacionadas con transmisión cruzada por debilidades en los procesos de limpieza, desinfección, aislamiento hospitalario y por último contaminación de medicamentos, desinfectantes o dispositivos.

El Instituto Nacional de Salud (INS) continúa generando acciones para el mejoramiento de la notificación de brotes de IAAS, entre ellas no solo se ha realizado el acompañamiento técnico epidemiológico a entidades territoriales y hospitales, sino también ha realizado entrenamientos a las entidades territoriales en el abordaje de estos eventos de interés en salud pública.

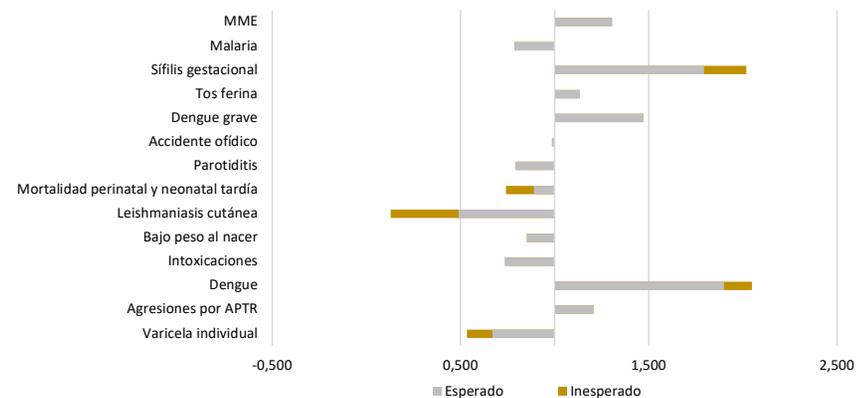
## SITUACIÓN NACIONAL

### Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se compara el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada con la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores.

Se identifica que en la semana epidemiológica 10, los eventos de sífilis gestacional y dengue se encuentran por encima de sus valores esperados, mientras que los eventos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea y varicela se encuentran por debajo de sus valores esperados. Los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación (Figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

Sarampión

Tablas

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, se comparan los casos observados y los esperados según su comportamiento histórico. Se calcula la probabilidad de la significación estadística de la comparación. Valores menores a 0,06 en la columna "Poisson" indican que existe una diferencia significativa entre lo observado y lo esperado para la semana analizada.

Los casos notificados de los eventos de IRAG inusitado y sífilis congénita, se encuentran por encima de sus valores esperados. Mientras que los eventos rubeola, sarampión, ESAVI y leptospirosis, presentan una disminución significativa. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico establecido (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, epidemiológica 10 de 2020

Evento	Observado	Esperado	Poisson
IRAG inusitado	54	33	0,00
Sífilis congénita	35	21	0,00
Rubeola	3	16	0,00
Sarampión	25	28	0,00
ESAVI	8	12	0,02
Leptospirosis	16	33	0,03
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	7	0,07
Tuberculosis fármacorresistente	2	10	0,07
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	4	0,09
Mortalidad por IRA	11	8	0,11
Mortalidad materna	8	12	0,11
Lepra	2	8	0,14
Leishmaniasis mucosa	0	3	0,25
Mortalidad por dengue	5	2	0,30

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

### Cumplimiento en la notificación

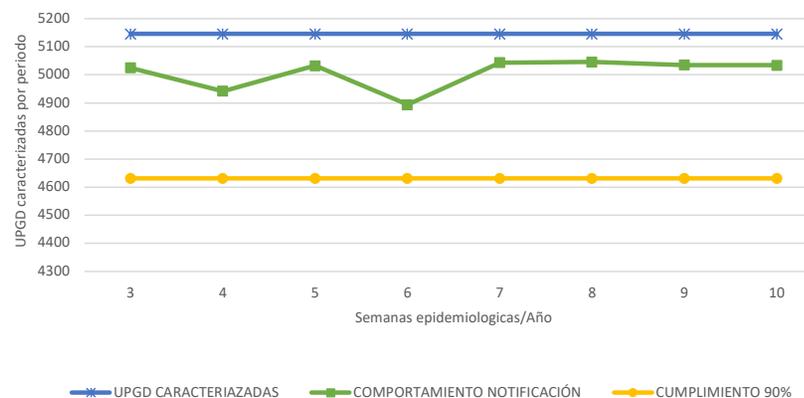
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual, respecto a la semana anterior y de igual manera comparándolo con la misma semana del año 2019. El país cumplió con la meta establecida del 100 % en la notificación de UND.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 100 % (1 117/ 1117 UNM), permaneció igual, respecto a la semana anterior y también frente a la misma semana del año 2019. El país cumplió con la meta del 97 % en la notificación de UNM.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,8 % (5 034/ 5 146 UPGD); permaneció igual frente a la semana anterior del presente año y disminuyó 0,3 %, con respecto a la misma semana del año 2019.

El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD, en la gráfica se refleja con la línea verde que es el porcentaje de notificación de la presente semana; la línea amarilla representa el número mínimo de UPGD que debe notificar (meta 90 %) y la línea azul evidencia la red actual, un total de 5146 UPGD caracterizadas (Figura 4)

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

## MORTALIDAD

### *Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados, semana epidemiológica 10 de 2020*

Esta semana se notificaron 20 muertes en menores de 5 años: 11 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 5 a desnutrición y 4 a enfermedad diarreica aguda.

#### **Mortalidad por infección respiratoria aguda**

Se notificaron 11 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 5 de esta semana y 6 de semanas anteriores, de las cuales 5 corresponden al 2019. Para la misma semana de 2019 se notificaron 5 casos.

Para esta semana se observó una disminución en el número de casos, en comparación con el histórico notificado en el mismo periodo 2014 a 2019 en los departamentos de Antioquia y Magdalena, mientras que, en las entidades territoriales de Cartagena, Huila, Buenaventura, Norte de Santander y La Guajira se observó un aumento. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

#### **Mortalidad por enfermedad diarreica aguda**

Para esta semana se notificaron 4 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, 2 de esta semana y 2 de semanas anteriores correspondientes al 2019. Para la misma semana de 2019 se notificaron 5 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en comparación con el histórico notificado en el mismo periodo 2014 a 2019 en el departamento de La Guajira. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

### **Mortalidad por desnutrición**

Se notificaron 5 muertes en menores de 5 años probablemente asociadas a desnutrición, 4 casos de esta semana y 1 de semanas anteriores que corresponde al 2019. Para la misma semana de 2019 se notificaron 9 casos.

Para esta semana no se observaron variaciones estadísticamente significativas en comparación con el histórico notificado en el mismo periodo 2014 a 2019 en ninguna entidad territorial.

\*Para el análisis de los datos se tomó el comportamiento de cada uno de los eventos a semana epidemiológica 10 entre 2014 a 2019 (histórico) y se comparó con los casos observados a la misma semana epidemiológica del 2020. La razón esperada siempre será 1 y la significancia estadística estará dada por el valor de  $p < 0,05$  para identificar las entidades territoriales que presentan variaciones estadísticamente significativas.

### **Mortalidad materna**

A semana epidemiológica 10 del 2020 se notificaron 77 muertes maternas: 55 tempranas (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 18 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 4 por causas coincidentes (lesiones de causa externa). Se observa una disminución del 14,0 % en el número de muertes maternas tempranas al comparar con el año 2019 (Tabla 3).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

Tabla 3. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 10, 2018 a 2020

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2018	49	29	24	102
2019	64	27	11	102
2020	55	18	4	77

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2020

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 10 es de 36,0 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de Amazonas, Chocó, La Guajira, Caldas y Casanare (Tabla 4).

Tabla 4. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2020

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Amazonas	1	302,1
Chocó	3	211,9
La Guajira	6	141,4
Caldas	3	134,5
Casanare	2	133,8
Nariño	4	92,9
Buenaventura	1	84,5
Cesar	3	60,5
Caquetá	1	59,6
Magdalena	3	57,8
Meta	2	54,6
Cauca	2	45,0
Barranquilla	2	38,9
<b>Colombia</b>	<b>55</b>	<b>36,0</b>
Cali	3	35,7
Cundinamarca	3	35,5
Córdoba	2	31,2
Boyacá	1	29,2
Sucre	1	28,2
Valle del Cauca	1	28,2
Cartagena	1	23,7
Atlántico	2	21,5
Norte de Santander	1	19,6
Bogotá	4	18,8
Santander	1	14,4
Antioquia	2	11,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020  
DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2018

Para la semana epidemiológica 10 de 2020 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Amazonas, Caldas y Casanare y disminución en la entidad territorial de Antioquia (Tabla 5).

Tabla 5. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2015-2019, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2020

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	2	7	0,022
Amazonas	1	0	0,000
Caldas	3	0	0,000
Casanare	2	0	0,000

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2020  
Nota: Las demás entidades territoriales no presentaron comportamientos inusuales.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 49,1 % corresponde a causas directas y el 5,5 % a causas indirectas. Las principales causas de muerte son la hemorragia obstétrica con el 29,1 % y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con el 14,5 % (Tabla 6).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

Tabla 6. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

Razón /Causa agrupada	Casos	%
<b>DIRECTA</b>	<b>27</b>	<b>49,1</b>
Hemorragia obstétrica	16	29,1
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	8	14,5
Sepsis relacionada con el embarazo	4	7,3
<b>INDIRECTA</b>	<b>3</b>	<b>5,5</b>
Sepsis no obstétrica	2	3,6
Otras causas indirectas	1	1,8
<b>EN ESTUDIO</b>	<b>25</b>	<b>45,5</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Para el análisis de los comportamientos inusuales, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usa la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2015 y 2019.

### Mortalidad perinatal y neonatal tardía

A semana epidemiológica 10 de 2020, se han notificado 1 559 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT). En esta semana se notificaron 133 casos, de los cuales 99 corresponden a esta semana y 34 a notificaciones tardías.

Hasta la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 15,6 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla 1 se observa que en 18 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Vichada (50,6), San Andrés y Providencia (32,3), La Guajira (23,3), Chocó (22,6), y Buenaventura (19,6) (Tabla 7).

Tabla 7. Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos
Vichada	8	50,6
San Andrés y Providencia	4	32,3
La Guajira	65	23,3
Chocó	21	22,6
Buenaventura	15	19,6
Cauca	55	19,3
Sucre	44	18,9
Caldas	28	18,8
Arauca	14	18,4
Barranquilla	61	17,8
Amazonas	4	17,8
Nariño	49	17,7
Boyacá	38	17,6
Quindío	16	17,4
Atlántico	46	16,9
Magdalena	33	15,7
<b>Bogotá</b>	<b>219</b>	<b>15,7</b>
Antioquia	186	15,7
Colombia	1559	15,6
Risaralda	25	15,5
Córdoba	66	15,5
Cesar	51	15,4
Caquetá	17	15,3
Cundinamarca	84	15,3
Norte de Santander	47	14,4
Meta	32	13,5
Putumayo	10	13,5
Tolima	35	13,0
Santander	56	12,3
Casanare	11	11,6
Cartagena	31	11,1
Bolívar	27	10,4
Cali	53	10,1
Vaupés	1	9,9
Huila	25	8,6
Valle del Cauca	24	8,3
Guainía	1	6,6
Santa Marta	7	5,2
Guaviare	0	0,0
Exterior	50	SD

Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras preliminares nacimientos a febrero 2018

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

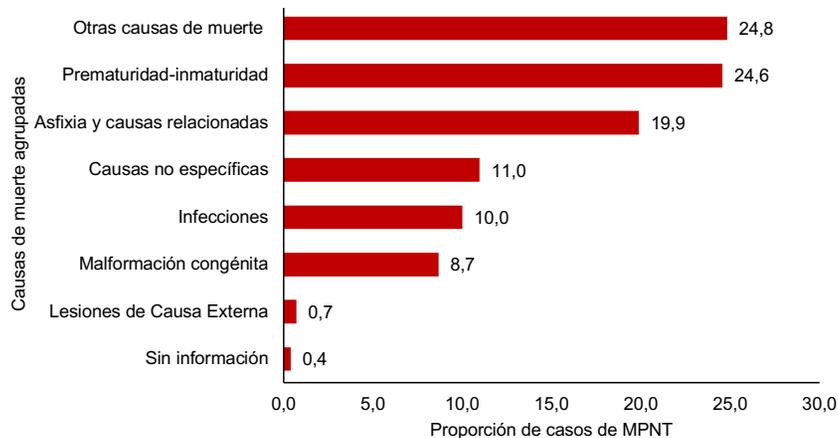
Sarampión

Tablas

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 47,2 % (736), seguido de neonatales tempranas con 28,7 % (447), neonatales tardías con 13,5 % (211), perinatales intraparto con 10,5 % (163) y sin dato para esta característica el 0,1 % (2).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 24,8 % principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios; seguido por prematuridad-inmaturidad 24,6 % y asfixia y causas relacionadas 19,9 % (Figura 5).

Figura 5. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 (Datos preliminares).

En lo observado en la semana 10 de 2020, en comparación con lo notificado entre 2015 y 2019, se presenta un decremento en la notificación en Antioquia, Barranquilla, Cali, Cartagena, Chocó, Córdoba, Huila y Tolima. Comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social-RUAF. Adicionalmente podría ser explicado por la falta de contratación de los profesionales de vigilancia en salud pública en esta época del año.

Dado que el evento tiene una alta frecuencia en notificación y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años, se realiza el análisis de los comportamientos inusuales a través del método: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). Este se basa en la comparación del comportamiento actual del evento en el último periodo epidemiológico (valor observado) con el resultado del promedio de 15 periodos históricos alrededor de ese periodo de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los cinco años previos al año de análisis (Coutin G, Borges J, Batista R, Feal P, Suárez B. Método para el análisis del comportamiento observado de enfermedades seleccionadas con relación al comportamiento histórico. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000;38(3):157-66).

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotos
- Sarampión
- Tablas

## EVENTOS TRAZADORES

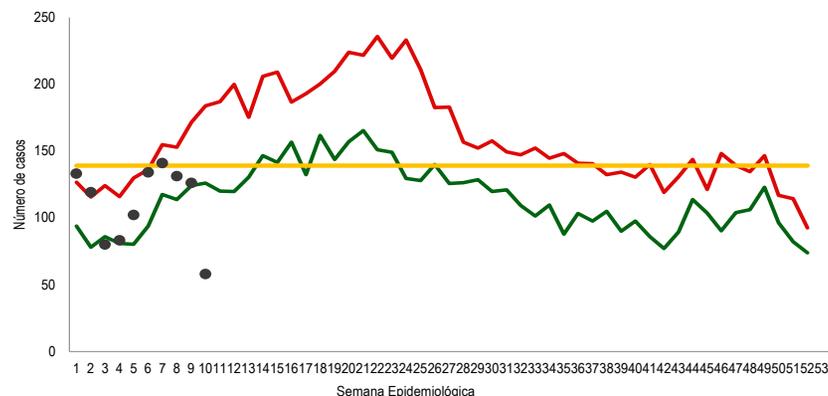
### Infeción respiratoria aguda

#### Vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave

En la semana epidemiológica 10 de 2020 se notificaron 146 casos de enfermedad similar a la influenza (ESI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG), 58 de esta semana y 88 de semanas anteriores, por lo cual se presenta un ajuste en el número de casos de la semana 09 de 2020. El 84,2 % (123) se presentó en pacientes con infección respiratoria aguda grave y el 15,8 % (23) en pacientes con enfermedad similar a la influenza; durante esta semana se descartó un caso por no cumplir con la definición del evento. A la fecha han ingresado 1 107 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela.

Para la semana epidemiológica 10 la notificación de este evento se encuentra por debajo del límite inferior histórico y del umbral estacional (promedio de notificación semanal de casos entre 2013 y 2019) (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, entre 2013 y 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

El distrito de Barranquilla y el departamento de Meta no notificaron casos durante esta semana; en la tabla se presenta el número de casos notificados por cada institución centinela (tabla 8).

Tabla 8. Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave por entidad territorial e institución centinela en Colombia, semana epidemiológica 10 de 2020

Entidad Territorial	Institución centinela	Casos
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	13
Barranquilla	Clínica General del Norte	0
Bogotá D.C.	Hospital el Tunal	2
	Fundación Cardioinfantil	20
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	4
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Pública	22
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	0
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	2
	Hospital Infantil Los Ángeles	32
Norte de Santander	Hospital Universitario Erasmo Meoz	15
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	7
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	29
Total		146

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

### Vigilancia de infección respiratoria aguda grave inusitada

En la semana epidemiológica 10 de 2020 se notificaron 51 casos de infección respiratoria aguda grave inusitada, 37 de esta semana y 14 de semanas anteriores por lo cual se presenta un ajuste en el número de casos de la semana 09 de 2020. A la fecha se han notificado 247 casos para este evento; el 6 de marzo de 2020 el Instituto Nacional de Salud identificó un caso con resultado positivo para virus nuevo COVID-19 en el distrito de Bogotá, correspondiente a una mujer procedente de Milán Italia; el caso fue clasificado como importado.

El comportamiento de la notificación de este evento se encuentra por encima del límite superior histórico de las semanas 01 a 52 de 2018 y 2019 (figura 7).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

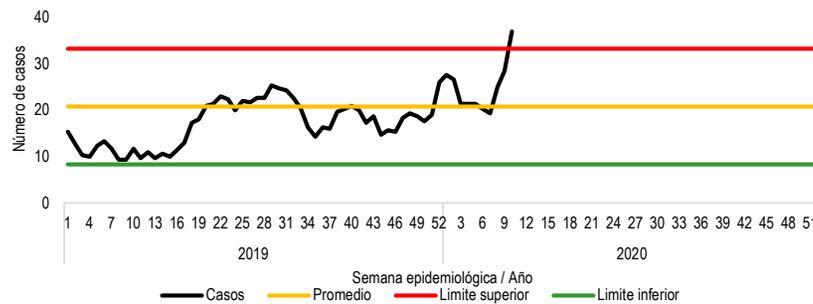
Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

Figura 7. Comportamiento de la notificación de infección respiratoria aguda grave inusitada en Colombia, semana epidemiológica 10 entre 2019 y 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 y 2020

### Vigilancia de morbilidad por infección respiratoria aguda

A nivel nacional se identifica incremento en la notificación para los tres servicios de atención de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) (tabla 9).

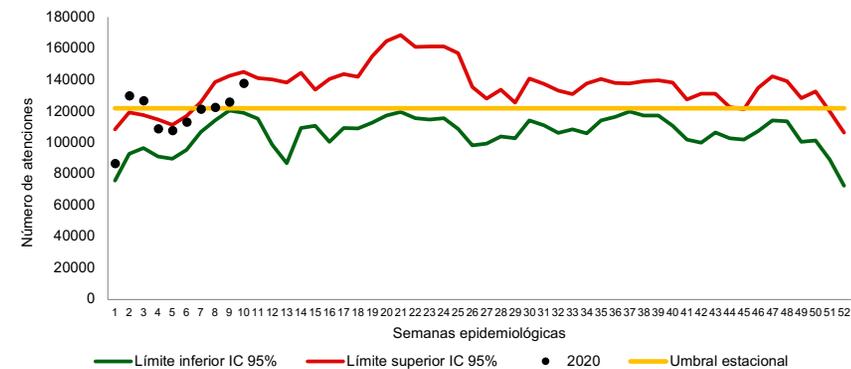
Tabla 9. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semana epidemiológica 10, 2019 y 2020

Tipo de servicio	2019 a semana 10	2020 a semana 10	Variación
Consultas externas y urgencias	1.140.765	1.182.101	3,6 Aumento
Hospitalizaciones en sala general	36.811	37.487	1,8 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	3.396	4.026	18,6 Aumento

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2020

Las consultas externas y urgencias por IRA superaron el umbral estacional y el límite superior histórico esperado en las semanas epidemiológicas 02 y 03; las últimas siete semanas se ubican entre los límites históricos esperados (figura 8).

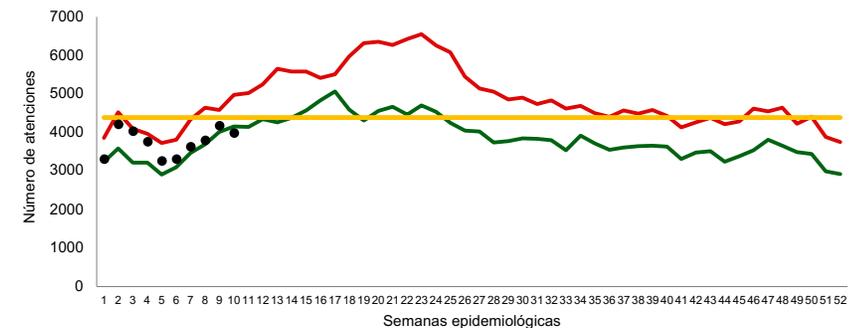
Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, entre 2013 y 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 a 2020

Las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubican entre los límites históricos esperados entre las semanas epidemiológicas 01 a 09; la última semana se encuentra por debajo del límite inferior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, entre 2013 y 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 a 2020

Las hospitalizaciones por IRAG en unidades de cuidados intensivos han superado el umbral estacional y el límite superior histórico esperado en ocho semanas epidemiológicas (figura 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

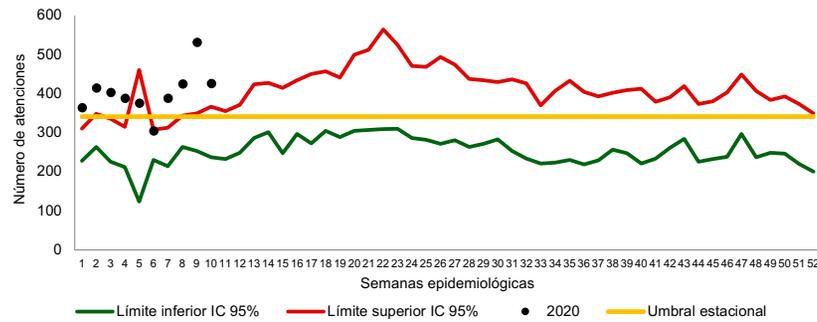
Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, entre 2013 y 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 a 2020

En las hospitalizaciones por IRAG en unidades de cuidados intensivos, los menores de 1 año representan el 33,4% (1 343), seguido por los adultos de 60 años y más con el 29,3% (1 180). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 24,6% (365 / 1 485).

### Metodología:

**Vigilancia centinela:** en la elaboración del canal endémico se utilizó como dato de entrada, el número de casos de ESI-IRAG notificados por semana epidemiológica mediante la técnica de Bortman; se calculó el umbral estacional teniendo en cuenta el promedio de notificación por semana epidemiológica de los años 2013 a 2019 y se definieron los límites de control que permitieran evidenciar el riesgo de epidemia.

**Vigilancia IRAG inusitado:** para este análisis de comportamientos inusuales, los casos observados corresponden a lo notificado entre las 3 semanas previas y la de análisis y los casos esperados al promedio de notificación, entre las semanas epidemiológicas del año inmediatamente anterior. Se calculó la razón dividiendo los casos observados sobre los casos esperados; la razón esperada siempre será 1 y la significancia estará dada por el valor de ( $p < 0,05$ ), para identificar las entidades territoriales que presentan diferencias estadísticamente significativas entre lo observado y sus valores esperados.

**Vigilancia morbilidad por IRA:** los canales endémicos se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2019 y su intervalo de confianza.

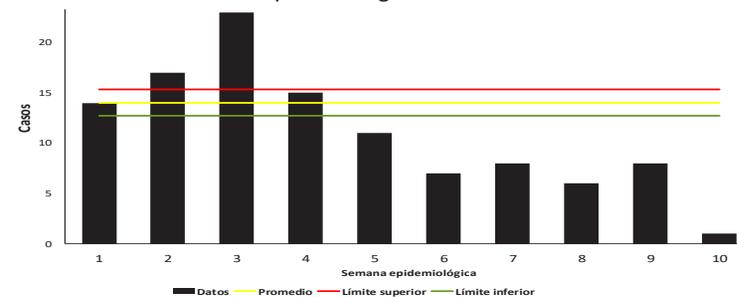
## Chikungunya

A semana epidemiológica 10 de 2020 se han notificado 110 casos de chikungunya, 1 de esta semana y 109 de las semanas anteriores. A la fecha se han reportado 91 casos (82,7 %) confirmados por clínica, 17 (15,4 %) sospechosos y 2 casos (1,8%) confirmados por laboratorio. Existe un descenso en la notificación del evento del 9,9 %, 12 casos menos, comparado con el mismo periodo de 2019. Dentro de los grupos a riesgo se han notificado 3 casos (2,7 %) en gestantes, 6 (5,5 %) en menores de 5 años y 9 (8,2 %) en mayores de 65 años.

El 71,0% (78) de los casos procede de Cundinamarca (22), Tolima (21), Cali (9), Risaralda (7), Santander (7), Meta (4), Antioquia (4) y Putumayo (4). La incidencia nacional es de 0,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; Amazonas, Cundinamarca, Putumayo, Tolima y Casanare registran las incidencias más altas con 6,9; 4,8; 2,5; 2,0 y 1,0 casos por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

El comportamiento de la notificación a semana epidemiológica 10 de 2020, se encuentra por debajo del promedio histórico de 2017, 2018 y 2019, sin embargo, se observa que durante las semanas epidemiológicas 02 y 03 se presentó un número de casos por encima del límite superior. A semana epidemiológica 10 Cauca y Cundinamarca presentan un aumento significativo de casos con relación a lo esperado, mientras que Barranquilla, Cali, Guaviare, Huila, Meta, Norte de Santander, Putumayo y Santander, presentan en comparación con los casos esperados, una disminución significativa (Figura 11).

Figura 11. Comportamiento de la notificación de Chikungunya en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

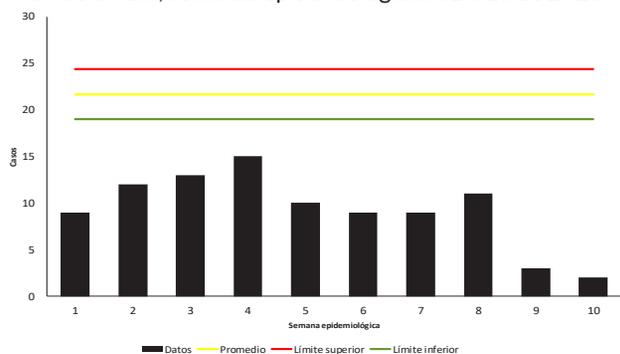
## Enfermedad por virus Zika

Hasta la semana epidemiológica 10 de 2020 se han notificado 93 casos de enfermedad por virus Zika, para la semana 10 se presentaron 2 casos. A la fecha se han notificado 70 casos (75,3%) confirmados por clínica y 23 (24,7%) sospechosos. Existe un descenso de la notificación del 2,2 %, 2 casos menos, comparado con el mismo periodo de 2019. Dentro de los grupos a riesgo se han notificado 10 casos (11,0%) en gestantes, 11 (12,0 %) en menores de 1 año y uno mayor de 65 años (1,0%).

El 66,0 % (61) de los casos procede de Cali (17), Tolima (11), Cundinamarca (10), Antioquia (10), Caquetá (7) y Santander (6). La incidencia a nivel nacional es de 0,35 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Las incidencias más altas las registran Cundinamarca con 2,2, Caquetá con 2,3, Boyacá 1,73, Valle del cauca 1,23 y Tolima con 1,13 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo.

El comportamiento de la notificación del evento en 2020 se encuentra por debajo del promedio histórico de 2017, 2018 y 2019 (figura 17). A semana epidemiológica 10 Caquetá y Chocó presentaron un aumento significativo de casos con relación a lo esperado, mientras que Amazonas, Atlántico, Cali, Casanare, Cesar, Huila, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Santander y Valle del Cauca presentan, en comparación con los casos esperados, una disminución significativa (Figura 12).

Figura 12. Comportamiento de la notificación de enfermedad por virus Zika en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

### Metodología:

Se realizó un informe descriptivo con corte a la semana epidemiológica de análisis, de los casos notificados, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en las fichas de notificación de datos básicos y complementarios. El análisis del comportamiento epidemiológico por entidad territorial se realizó con la metodología de gráfica de control, estableciendo los siguientes límites; por debajo de lo esperado, número de casos menor al límite inferior IC95 %; dentro de lo esperado, número de casos entre el límite inferior y el promedio (- 1DS) IC95 %; en alerta, número de casos entre el promedio y el límite superior (+ 1 DS) IC95 %, e incremento por encima de lo esperado, número de casos por encima del límite superior IC95 %. Los indicadores se construyeron usando como denominador la población en riesgo vigente, emitida por el programa de enfermedades endemoepidémicas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

## Dengue

En la semana epidemiológica 10 de 2020 se notificaron 2 783 casos probables de dengue; 1 365 de esta semana y 1 418 de otras semanas. En el sistema hay 33 793 casos, 15 455 (45,7 %) sin signos de alarma, 17 963 (53,2 %) con signos de alarma y 375 (1,1 %) de dengue grave.

Por procedencia, las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Tolima, Huila, Santander, Cesar, Meta y Cundinamarca, aportan el 68,3 % (23 080) de los casos de dengue a nivel nacional (tabla 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

Tabla 10. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

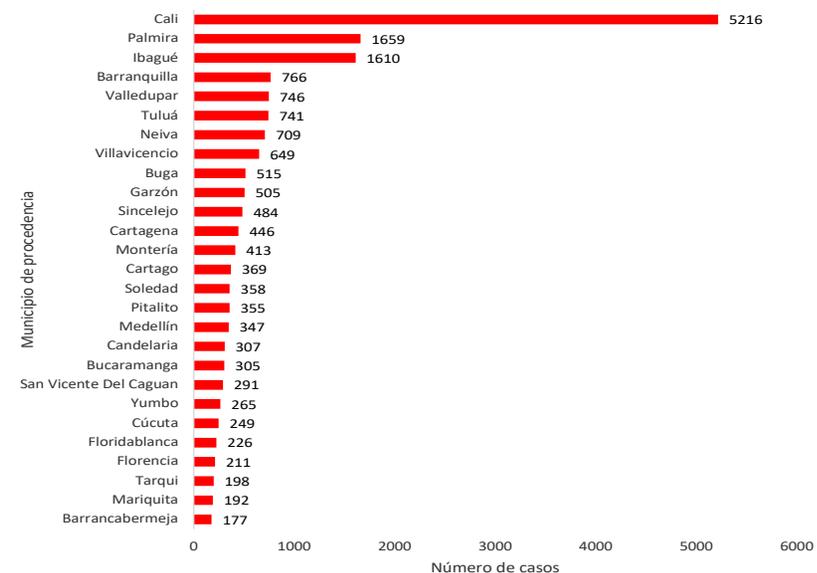
Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	5216	15,6	59	15,7	5275	15,6
Valle del Cauca	5200	15,6	46	12,3	5246	15,5
Tolima	3632	10,9	19	5,1	3651	10,8
Huila	3205	9,6	62	16,5	3267	9,7
Santander	1585	4,7	12	3,2	1597	4,7
Cesar	1389	4,2	13	3,5	1402	4,1
Meta	1351	4,0	11	2,9	1362	4,0
Cundinamarca	1275	3,8	5	1,3	1280	3,8
Antioquia	1180	3,5	9	2,4	1189	3,5
Sucre	1060	3,2	23	6,1	1083	3,2
Córdoba	1043	3,1	7	1,9	1050	3,1
Caquetá	900	2,7	25	6,7	925	2,7
Atlántico	877	2,6	12	3,2	889	2,6
Barranquilla	766	2,3	10	2,7	776	2,3
Norte de Santander	594	1,8	7	1,9	601	1,8
Bolívar	506	1,5	11	2,9	517	1,5
Cartagena	446	1,3	4	1,1	450	1,3
Casanare	376	1,1	1	0,3	377	1,1
Cauca	318	1,0	9	2,4	327	1,0
La Guajira	295	0,9	2	0,5	297	0,9
Putumayo	277	0,8	0	0,0	277	0,8
Magdalena	234	0,7	7	1,9	241	0,7
Boyacá	236	0,7	2	0,5	238	0,7
Caldas	210	0,6	7	1,9	217	0,6
Quindío	216	0,6	0	0,0	216	0,6
Risaralda	188	0,6	1	0,3	189	0,6
Santa Marta	120	0,4	7	1,9	127	0,4
Nariño	119	0,4	0	0,0	119	0,4
Amazonas	105	0,3	0	0,0	105	0,3
Exterior	98	0,3	0	0,0	98	0,3
Arauca	92	0,3	0	0,0	92	0,3
Chocó	74	0,2	0	0,0	74	0,2
Guaviare	59	0,2	1	0,3	60	0,2
Buenaventura	49	0,1	1	0,3	50	0,1
Vaupés	42	0,1	0	0,0	42	0,1
Archipiélago de San Andrés	39	0,1	1	0,3	40	0,1
Guainía	29	0,1	1	0,3	30	0,1
Vichada	12	0,0	0	0,0	12	0,0
Desconocido	5	0,0	0	0,0	5	0,0
<b>Total</b>	<b>33 418</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>	<b>33 793</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

El 51,6% (17 432) de los casos es de sexo masculino, 46,7% (15 776) pertenece al régimen subsidiado y 3,7% (1 239) refiere no afiliación; el 12,7% (4 246) de dengue y el 16,0% (60) de dengue grave se presentó en menores de 5 años. Hay 2,4% (696) en población afrocolombiana, 0,9% (302) indígena, 0,2% (77) ROM-Gitano, 0,2% (54) raizal y 0,02% (10) palenquero. El 2,0% (136) de los casos en mujeres en edad fértil se encuentra en gestación.

A semana 10 los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 5 distritos, 707 municipios y 11 países. El 54,3% (18 132) de los casos de dengue se reportó en 26 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 15,6% (5 216); Palmira, con 5,0% (1 659); Ibagué, con el 4,8% (1 610); Barranquilla, con 2,3% (766); Valledupar (746) y Tuluá (741), con 2,2%; Neiva, con 2,1% (709); Villavicencio, con 1,9% (649); Buga (515) y Garzón (505), con 1,5%; Sincelejo, con 1,4% (484); y Cartagena, con 1,3% (446) (figura 13).

Figura 13. Municipios con mayor número de casos de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

El 62,4% (234) de los casos de dengue grave procede de 33 municipios con mayor frecuencia de: Cali, con el 15,7% (59); Palmira, con 4,5% (17); Florencia, con 3,2% (12); Barranquilla, con el 2,7% (10); Garzón, con 2,4% (9); Neiva, con el 2,1% (8); Ibagué y Santa Marta, con 1,9% (7) cada uno; La Plata, Candelaria, Teruel y Sincelejo, con el 1,6% (6) cada uno; Tuluá, Malambo, Valledupar, Ovejas y Pitalito, con el 1,3% (5) cada uno.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

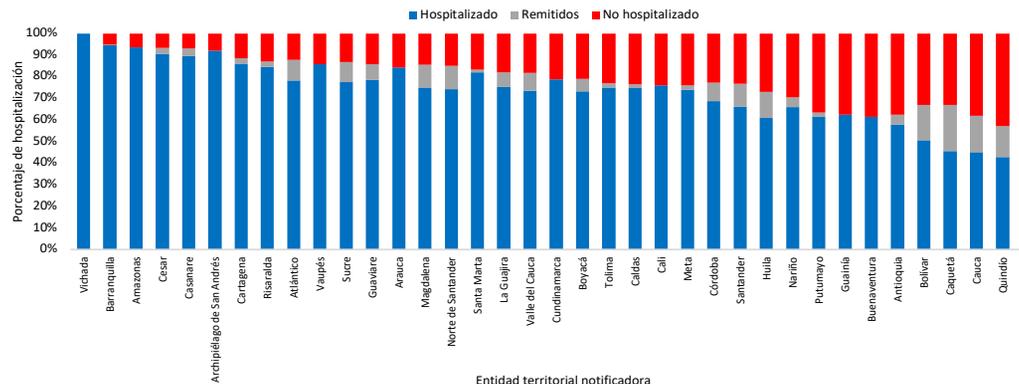
Brotos

Sarampión

Tablas

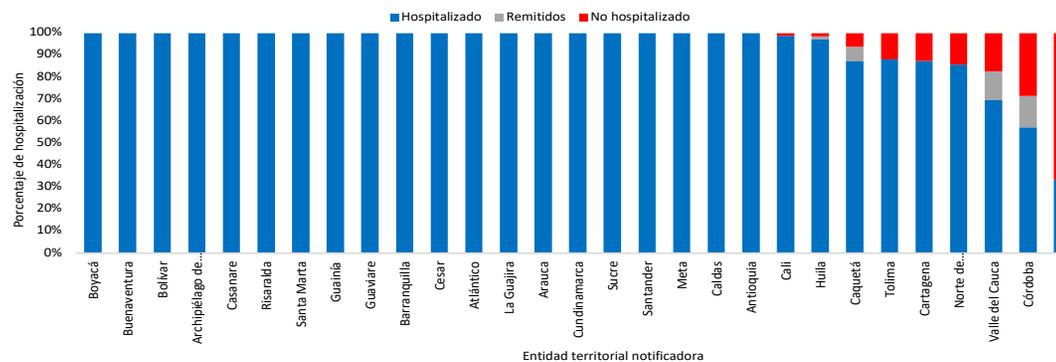
Se hospitalizó el 76,8 % (13 797) de los casos de dengue con signos de alarma; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de estos casos fueron: Caquetá, Cauca, Quindío, y Chocó (figura 14).

Figura 14. Proporción de hospitalización de casos de dengue grave por entidad notificadora en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Figura 15. Proporción de hospitalización de casos de dengue grave por entidad notificadora en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

De dengue grave fueron hospitalizados 360 casos (96,0 %); las entidades que no hospitalizaron el 100,0 % de casos de dengue grave notificados fueron: Cali, Huila, Caquetá, Tolima, Cartagena, Norte de Santander, Valle del Cauca, Córdoba y Magdalena (figura 15).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

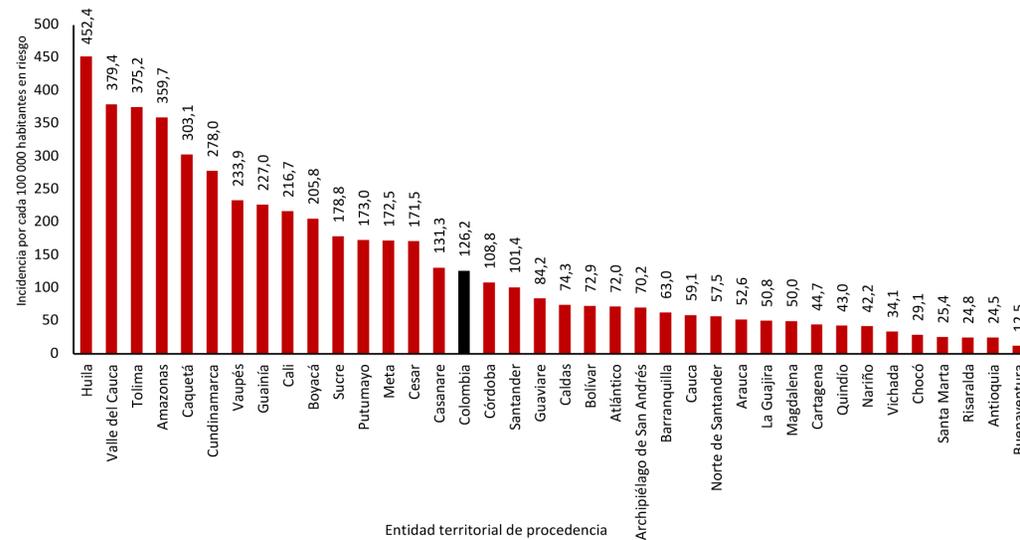
Sarampión

Tablas

A semana 10 se ha confirmado el 47,0 % (8 447) de los casos de dengue con signos de alarma, la entidad que confirmó el 100,0 % de los casos notificados fue Vaupés. Por otro lado, se ha confirmado el 56,5 % (212) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Barranquilla, Bogotá, La Guajira, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, y Buenaventura.

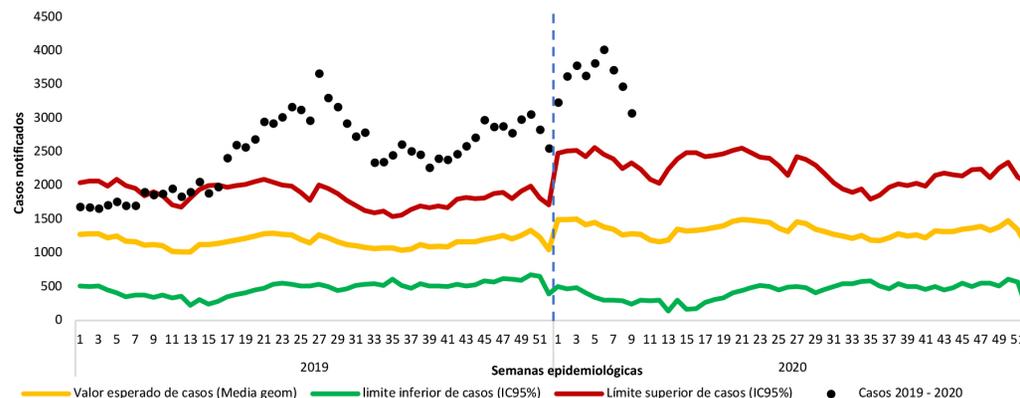
La incidencia nacional de dengue es de 126,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para los departamentos de Huila, Valle del Cauca, Tolima, Amazonas, Caquetá, Cundinamarca, Vaupés, Guainía, Cali y Boyacá se estiman tasas de incidencia superiores a 200 casos por 100 000 habitantes (figura 16).

Figura 16. . Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Figura 17. Canal endémico nacional de dengue en Colombia, 2019 - 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Desde la semana 09 de 2019 el evento presenta un comportamiento por encima del número esperado de casos a nivel nacional y para la semana 10 de 2020 se mantiene en esta situación, comparado con su comportamiento histórico (2013-2019), lo que ubica al país en situación de epidemia (figura 17).

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotos
- Sarampión
- Tablas

De acuerdo con la situación epidemiológica, 3 entidades presentaron un comportamiento dentro de lo esperado, 11 entidades territoriales se ubicaron en situación de alerta y 23 entidades territoriales con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico (2013-2018) (tabla 11).

Tabla 11. Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico (2013 - 2018), por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 07 a 09 de 2020

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial		
Dentro del número esperado de casos	Putumayo	Quindío	Vichada
Situación de alerta	Arauca	Buenaventura	Boyacá
	Casanare	Guainía	Guaviare
	Norte de Santander	Meta	La Guajira
	Santa Marta	Santander	
Por encima del número esperado de casos	Amazonas	Atlántico	Caquetá
	Antioquia	Bolívar	Caldas
	Barranquilla	Cali	Córdoba
	Cartagena	Cesar	Cauca
	Cundinamarca	Huila	Magdalena
	Chocó	Nariño	Valle del Cauca
	Meta	Risaralda	San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	Sucre	Vaupés	
	Tolima		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2019

Durante el 2020 se han notificado 62 muertes probables por dengue, de las cuales 16 han sido confirmadas procedentes de: Cali, Cesar, Huila, Santander, Tolima y Valle del Cauca, con 2 casos cada uno; Caldas, Cartagena, Cundinamarca y Norte de Santander, con 1 caso cada uno. Se han descartado 18 casos y se encuentran en estudio 28 muertes procedentes de: Cali, con 7 casos, Valle del Cauca, con 4 casos; Córdoba, con 3 casos; Atlántico, Caquetá y Huila, con 2 casos cada uno; y Antioquia, Buenaventura, Caldas, Cesar, Cundinamarca, Guainía, Santander, Tolima, con 1 caso cada uno.

### Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 10 de 2020, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios. Los indicadores se presentan en distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

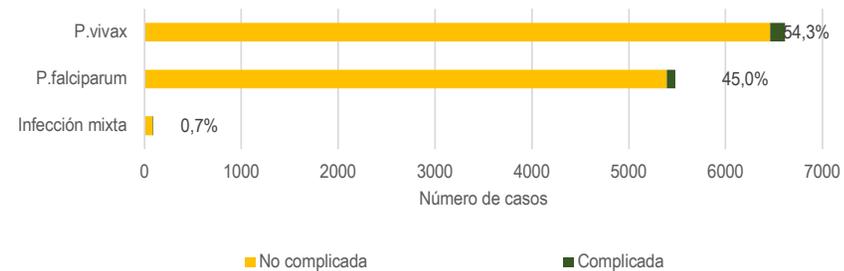
El canal endémico nacional y el análisis de comportamiento epidemiológico por entidad territorial se realizó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), estableciendo los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95%; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, e **incremento por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

En el canal endémico no se grafica la semana epidemiológica 10 de 2020 dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esa semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

### Malaria

En la semana epidemiológica 10 de 2020 se notificaron 1 287 casos de malaria; a la fecha se tiene un acumulado de 12 183 casos de malaria, de los cuales 11 937 son de malaria no complicada y 246 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 54,3 % (6 615 casos), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 45,0 % (5 479 casos), e infección mixta con 0,7 % (89 casos) (Figura 18).

Figura 18. Casos notificados de malaria según especie parasitaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

### Malaria no complicada

Por procedencia, Nariño, Chocó, Norte de Santander, Córdoba, y Antioquia aportaron el 76,3% de los casos de malaria no complicada. El departamento con mayor registro fue Nariño, con el 23,4 % de los casos notificados (Tabla 12).

Tabla 12. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malariae</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Nariño	7	2496	0	289	2792	23,40
Chocó	30	1563	0	1103	2696	22,60
Norte de Santander	4	7	0	1405	1416	11,90
Córdoba	6	274	0	985	1265	10,60
Antioquia	6	230	0	700	936	7,80
Amazonas	0	15	0	579	594	5,00
Guainía	4	56	0	462	522	4,40
Cauca	0	382	0	12	394	3,30
Guaviare	0	101	0	247	348	2,90
Vichada	3	43	0	173	219	1,80
Bolívar	11	38	0	155	204	1,70
Buenaventura	0	93	0	7	100	0,80
Meta	0	24	0	44	68	0,60
Risaralda	1	2	0	58	61	0,50
Vaupés	1	4	0	28	33	0,30
Cali	0	16	0	8	24	0,20
Cesar	2	1	0	15	18	0,20
Sucre	0	4	0	7	11	0,10
Arauca	0	1	0	9	10	0,10
Santa Marta	0	2	0	6	8	0,10
Magdalena	0	1	0	7	8	0,10
Valle del Cauca	0	4	0	3	7	0,10
Putumayo	0	2	0	4	6	0,10
La Guajira	0	3	0	3	6	0,10
Santander	1	0	0	5	6	0,10
Caquetá	0	2	0	2	4	0,00
Caldas	0	0	0	3	3	0,00
Cartagena	0	1	0	2	3	0,00
Casanare	0	0	0	3	3	0,00
Huila	0	0	0	2	2	0,00
Quindío	0	0	0	2	2	0,00
Boyacá	0	0	0	1	1	0,00
Exterior	8	27	0	128	163	1,37
Desconocido	0	0	0	4	4	0,03
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>5392</b>	<b>0</b>	<b>6461</b>	<b>11937</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020  
Nota: no se presentaron casos de otros departamentos o distritos

En la semana epidemiológica 10 de 2020 el índice parasitario anual (IPA) de malaria fue de 1,51 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (población del área rural). El municipio Tarapacá (Amazonas)

presentó el IPA municipal más alto con 91,6 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (Tabla 13).

Tabla 13. Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

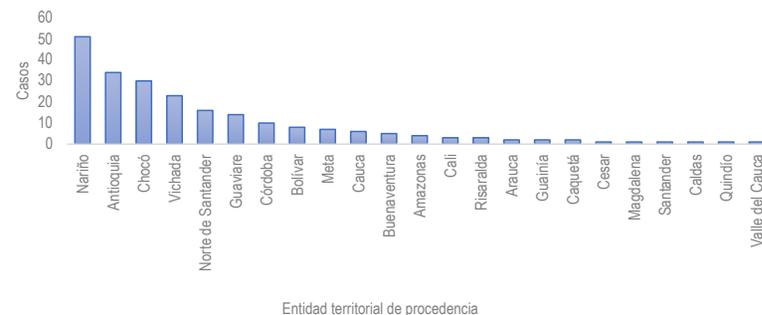
Municipio	Departamento	IPA	IVA	IFA	
Tarapacá	Amazonas	91,6		90,2	1,4
Tibú	Norte de Santander	36,9		36,7	0,1
La Pedrera	Amazonas	29,9		28,8	1,1
Taraira	Vaupés	21,0		21,0	0,0
Magüi	Nariño	19,5		0,3	19,2
Norosí	Bolívar	16,5		11,1	3,0
Roberto Payán	Nariño	15,9		1,1	14,9
Carmen del Darien	Chocó	15,5		13,5	1,8
Medio Baudó	Chocó	14,7		11,4	3,1
Tadó	Chocó	14,1		4,5	9,6
Olaya Herrera	Nariño	12,2		1,7	10,5
Francisco Pizarro	Nariño	10,8		0,0	10,8
La Tola	Nariño	9,6		6,7	2,9
Nóvita	Chocó	9,4		1,3	8,2
Timbiquí	Cauca	8,2		0,2	8,1
Tierralta	Córdoba	7,3		5,6	1,6
Nuquí	Chocó	6,8		5,1	1,5
El Cantón del San Pablo	Chocó	6,5		1,9	4,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020  
IPA: Número de casos/población a riesgo (área rural) \* 1.000

### Malaria Complicada

Se notificaron 246 casos de malaria complicada, de los cuales 17 proceden del exterior y 229 proceden de 24 entidades territoriales (Figura 19).

Figura 19. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

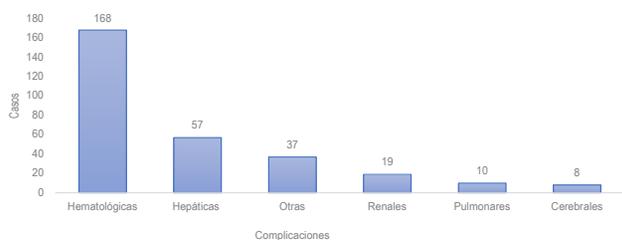


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Con relación a los casos de malaria complicada, 42,7 % (105 casos) corresponde a mujeres. El 8,9 % (22 casos) pertenece al grupo de edad de 1 a 4 años, y 25,6 % (63 casos) ocurrió en indígena. Por lugar de procedencia, 52,8 % (130 casos) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, 68,7 % (169 casos) pertenece al régimen subsidiado.

De los 246 casos notificados de malaria complicada, el 68,3 % (168 casos) presentó complicaciones hematológicas, el 23,2 % (57 casos) hepáticas y el 15,0 % (37 casos) otras complicaciones

Figura 20. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020



Fuente: Sívigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020

Según el análisis del último periodo epidemiológico, 6 departamentos están por encima del número esperado de casos y 4 departamentos están en situación de alerta para malaria (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

Comportamiento epidemiológico	Departamentos			
Menor al comportamiento histórico	Bolívar	Valle del Cauca	Antioquia	
En el comportamiento histórico	Guajira	Arauca	Atlántico	
	Caquetá	Chocó	Buenaventura	
	Casanare	Huila	Magdalena	
	Putumayo	Quindío	Santander	
	Risaralda	Sucre	Vaupés	
Situación de alerta	Meta	Córdoba	Guaviare	
	Vichada			
Mayor al comportamiento histórico	Amazonas	Cesar	Meta	
	Nariño	Norte de Santander	Cauca	
			Guainía	

Fuente: Sívigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2020

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta el último periodo epidemiológico debido al retraso en la notificación.

### Casos registrados como procedentes del exterior

Hasta la semana epidemiológica 10 de 2020 se han notificado 180 casos procedentes del exterior, el 93,9 % (169 casos) proviene de Venezuela. Se registraron 163 (90,6 %) casos de malaria no complicada y 17 de malaria complicada; 138 casos con infección por *P. vivax* y 33 causados por *P. falciparum* (Tabla 15).

Tabla 15. Casos de malaria procedentes del exterior notificados en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2020

País de procedencia	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malariae</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Venezuela	9	28	0	132	169	93,9
Perú	0	0	0	4	4	2,2
Uganda	0	2	0	0	2	1,1
Ecuador	0	1	0	0	1	0,6
Kenya	0	1	0	0	1	0,6
Brasil	0	0	0	1	1	0,6
Tanzania	0	1	0	0	1	0,6
Panamá	0	0	0	1	1	0,6
Total	9	33	0	138	180	100

Fuente: Sívigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2020

### Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 10 de 2020, con información que incluye como mínimo: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia.

La población para la construcción de los indicadores corresponde a la proyección de población 2005 - 2020 DANE y de las poblaciones por municipio en situación de riesgo vigentes para cada año, consolidadas por el programa de enfermedades endemo-epidémicas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Se calcularon índices parasitarios anuales (IPA), con la información de los casos notificados al Sívigila según especie parasitaria, *P. vivax* (IVA) o *P. falciparum* (IFA). Como numerador: número de casos confirmados de malaria (para el caso de IVA e IFA la especie parasitaria) y denominador: población a riesgo estimada para malaria propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en la circulación del vector y los municipios ubicados por debajo de los 1.500 msnm. Se debe tener en cuenta los parámetros: < 1 Riesgo bajo, 1- 9, Riesgo medio y > 10 Riesgo alto.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

## BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

### ALERTAS NACIONALES

#### **BROTE DE VARICELA EN PPL ESPINAL, TOLIMA.**

Brote en establecimiento carcelario y penitenciario con una tasa de ataque del 1% (1/96), con inicio de síntomas el 24/01/2020 se realizaron actividades de control al interior del establecimiento; a la fecha no se han presentado más casos.

Fuente: Informe de Investigación de Campo, Alcaldía Municipal Secretaria De Desarrollo Social El Espinal – Tolima, marzo de 2020

#### **BROTE DE ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS- ETA EN FFMM EL RETORNO, GUAVIARE.**

El 3 de marzo de 2020, se presentó un brote en una Brigada del Ejército Nacional que se encontraba en la vereda La Tabla del municipio El Retorno con una tasa de ataque del 54,6% (18/33), se sospecha que el agua de fuente desconocida con que se prepararon los alimentos fue la causa del brote; los casos fueron manejados de manera ambulatoria sin complicaciones.

Fuente: Informe de Investigación de Campo, Secretaria de Salud Municipal, marzo de 2020

#### **BROTE POR INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS DESCONOCIDAS (GASES) EL CHIVOR, BOYACÁ.**

El 7/3/2020 se presentó un accidente por inhalación de sustancias químicas durante actividades de minería (mina el tesoro), en el que ocurrieron dos mortalidades y tres más afectados, con cuadro clínico consistente en cefalea, mareo, náuseas y compromiso neurológico con adecuada respuesta. La mina cuenta con vigilancia de los niveles de gases y ventiladores. Sin embargo, los cuerpos fueron encontrados en áreas con señalización de prohibido el paso, no se habían hecho registro de los niveles de gases en esa área.

Fuente: Informe de Investigación de Campo, Secretaria de Salud Municipal, marzo de 2020

#### **BROTE INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, UBATE, CUNDINAMARCA**

El 7/3/2020 se presentó un brote de intoxicación por sustancias químicas posterior a la fumigación con plaguicida (alfacipermitrina, lambda-cialotrina) en las instalaciones de la Universidad de Cundinamarca, sin percatarse que el personal de la seccional se encontraba trabajando. Se vieron afectadas cinco personas, los cuales presentaron cuadro clínico consistente en cefalea, irritación ocular y tos. Fueron valorados por la ARL 48 horas después del evento descartando complicaciones graves por la inhalación de los plaguicidas. Se realiza seguimiento por la ARL con medidas de acción pertinentes para este caso.

Fuente: Informe de Investigación de Campo, Secretaria de Salud Municipal, marzo de 2020

### ALERTAS INTERNACIONALES

#### **Fiebre del dengue - Territorios Franceses de las Américas - Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica, San Martín y San Bartolomé. Fecha de publicación 10 de marzo de 2020.**

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) informó un aumento en el número de casos de infección por dengue en la Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica y Saint-Martin el 12 de febrero de 2020. Las epidemias de dengue en estos territorios generalmente ocurren cuando hay un cambio en el serotipo circulante predominante, y las poblaciones no inmunes (p. Ej., Turistas, nuevos inmigrantes o personas no expuestas previamente a los serotipos circulantes) están expuestas al nuevo serotipo.

#### **Guayana Francesa**

Desde enero de 2019 hasta el 17 de febrero de 2020, se notificaron un total de 487 casos confirmados de dengue, sin casos graves o muertes. Las comunas más afectadas fueron Kourou, en la costa, con 225 casos confirmados, y Maripasoula, en la parte sureste de la Guayana Francesa, con 55 casos confirmados. Las pruebas de laboratorio identificaron DENV-1 y DENV-2 como los serotipos predominantes que en el 2019 y 2020 (al 17 de febrero de 2020). Hasta ahora en 2020, DENV-2 ha representado el 63% de los casos reportados.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

### **Martinica**

Desde julio de 2019 hasta el 16 de febrero de 2020, se notificaron 2 470 casos sospechosos de dengue y 575 casos confirmados por la prueba de antígeno NS1 y / o RT-PCR, incluidos dos casos graves y una mortalidad. Las partes más afectadas de la isla se encuentran en el sur y centro de Martinica. Los resultados de las pruebas de laboratorio indican que DENV-2 y DENV-3 son los serotipos predominantes que circulan actualmente.

### **San Martín**

Desde 2002 hasta 2005, DENV-3 fue el único serotipo en circulación. Entre 2006 y 2010, los serotipos circulantes predominantes fueron DENV-2 (2006, 2009) y DENV-1 (2007, 2008 y 2010) con co-circulación de DENV-3 y DENV-4. En 2013 y 2014, DENV-4 fue el serotipo predominante.

### **San Bartolomé**

Desde diciembre de 2019 hasta el 15 de febrero de 2020, se notificaron un total de 100 casos sospechosos de dengue, incluidos 20 casos confirmados por la prueba de antígeno NS1 y / o RT-PCR (Figura 4). Las pruebas de laboratorio identificaron DENV-1 y DENV-2 como los serotipos circulantes. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) alienta a los Estados Miembros a seguir las recomendaciones clave sobre preparación y respuesta ante brotes, manejo de casos, laboratorio y manejo integrado de vectores (IVM). Estas recomendaciones se publican en la Alerta epidemiológica del dengue de la OPS / OMS del 21 de noviembre de 2018 y en la Actualización epidemiológica del dengue de la OPS / OMS del 11 de noviembre de 2018.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fiebre del dengue - Territorios Franceses de las Américas - Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica, San Martín y San Bartolomé. fecha de publicación 10 de marzo de 2020. Fecha de consulta 12 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/10-March-2020-dengue-fever-french-territories-of-the-americas/en/>

### **Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) – Qatar. Fecha de publicación 12 de marzo 2020**

Punto Focal Nacional del RSI para Qatar notificó a la OMS un caso confirmado por laboratorio de infección por coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) el 18 de febrero de 2020.

El paciente es un hombre de 65 años que vive en Doha. Desarrolló tos, palpitaciones, mareos, escalofríos y rigor el 9 de febrero, y fue ingresado en un hospital el mismo día. Tiene comorbilidades subyacentes que incluyen diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedad coronaria. Está en estado crítico y ha sido aislado en la unidad de cuidados intensivos. El paciente tiene antecedentes de contacto cercano con camellos dromedarios en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Desde 2012, incluido este caso, Qatar ha reportado 23 casos humanos de MERS-CoV. Desde octubre de 2012 hasta el 5 de marzo de 2020, el número total de casos de infección por MERS-CoV confirmados por laboratorio notificados globalmente a la OMS es de 2 521 con 866 muertes asociadas. La OMS no aconseja una evaluación especial en los puntos de entrada con respecto a este evento ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones de viaje o comercio.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) – Qatar. Fecha de publicación 12 de marzo 2020. fecha de publicación 12 de marzo de 2020. Fecha de consulta 12 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/12-march-2020-mers-qatar/en/>

### **Enfermedad por coronavirus (COVID-19) – Reporte de situación 52. Fecha de publicación 12 de marzo 2020**

Reporte de situación de total de los casos y casos nuevos en las últimas 24 horas, se han notificado un total de 125 048 casos a nivel mundial. En China se han reportado 80 981 casos confirmados (26 nuevos) y 3 173 muertes (11 nuevos). Se han notificado fuera de China 44 067 casos (6 703 nuevos); 1 440 muertes (310 nuevos) en 117 países (4 nuevos). La evaluación del riesgo de la OMS clasifica a China, nivel regional y mundial con riesgo muy alto.

Se notificaron cuatro países nuevos (Polinesia francesa, Turquía, Honduras, Côte d'Ivoire) con casos de COVID-19 en las últimas 24 horas. La Unidad Clínica continúa reuniendo a médicos de todo el mundo, dos veces por semana por teleconferencia (Red Clínica COVID-19) para compartir conocimientos y experiencias de los médicos que atienden a pacientes con COVID-19 y resaltar desafíos operativos y preguntas técnicas.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

Sarampión

Tablas

## SARAMPIÓN

La identificación de la fuente de infección en los casos confirmados de sarampión permite evaluar la reaparición de la transmisión endémica del virus en el país. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifican la fuente de infección en tres categorías:

**Caso importado de sarampión:** es un caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto al virus fuera de Colombia durante los siete a 21 días anteriores al inicio del exantema. En el caso de la rubéola, este plazo es de 12 a 23 días.

**Caso relacionado con importación:** es un caso confirmado que según las pruebas epidemiológicas o virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión iniciada por un caso importado.

**Caso con fuente de infección desconocida:** es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Desde 2018 y hasta el 12 de marzo de 2020, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha confirmado 452 casos de sarampión. En 2018 se confirmaron 208 casos (58 importados, 140 relacionados con la importación y 10 de fuente infección desconocida), y en 2019 se confirmaron 244 casos (64 importados de Venezuela, tres importados de Europa, uno importado de Brasil, 162 relacionados con la importación y 14 con fuente de infección en investigación).

Hasta la semana epidemiológica 10 de 2020 han ingresado 321 casos sospechosos, se han descartado 210 y permanecen en estudio 111 (Tabla 11).

En la sesión informativa de los Estados Miembros celebrada el 12 de marzo, el Director General de la OMS reiteró que los países no deberían renunciar a detener el brote ahora que la OMS lo ha calificado de pandemia. Un cambio de contención a mitigación sería incorrecto y peligroso. Esta es una pandemia controlable.

El 11 de marzo, la OACI y la OMS emitieron una declaración conjunta para recordar a todos los interesados la importancia de las normas y orientaciones existentes.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) – Reporte de situación 52, fecha de publicación 12 de marzo de 2020. Fecha de consulta 12 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

### **Enfermedad por el virus del Ébola (EVD) - República Democrática del Congo. Fecha de publicación 10 de marzo 2020.**

No se han notificado nuevos casos de la enfermedad por el virus de Ébola desde el 17 de febrero y la única persona confirmada con Ébola en los últimos 21 días fue dada de alta en un centro de tratamiento del Ébola después de recuperarse y dar negativo dos veces al virus, sin embargo, todavía existe un alto riesgo de reemergencia de EVD y una prioridad crítica de mantener las operaciones de monitoreo y respuesta.

Hasta el 10 de marzo, se notificaron un total de 3 444 casos de EVD en las 29 zonas de salud, incluidos 3 310 casos confirmados y 134 casos probables, de los cuales 2 264 fallecieron (índice de letalidad general del 66%). Del total de casos confirmados y probables, el 56% (1 931) correspondieron a mujeres, el 28% (975) a menores de 18 años y el 5% (171) a trabajadores de la salud. La OMS no estableció restricción de viaje y comercio con la República Democrática del Congo con base en la información actualmente disponible. La OMS continúa monitoreando de cerca y si es necesario, verificando las medidas de viaje y comercio en relación con este evento.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud Noticias de brotes de enfermedades: actualización, Enfermedad por el virus del ébola: Actualización 10 de marzo 2020. Fecha de consulta 5 de marzo de 2020. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331420/SITREP\\_EVD\\_DRC\\_20200310-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331420/SITREP_EVD_DRC_20200310-eng.pdf)

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

Tabla 11. Clasificación casos sospechosos de sarampión y rubéola según procedencia, Colombia, 2018 a semana epidemiológica 10 de 2020

Procedencia	2018			2019		2020	
	Confirmado	Confirmado	Confirmado	Descartado	En estudio	Total 2020	
Antioquia	1	0	0	8	13	21	
Amazonas	0	0	0	0	0	0	
Arauca	1	0	0	0	3	3	
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0	0	0	1	1	
Atlántico	2	4	0	2	3	5	
Barranquilla	36	4	0	6	15	21	
Bogotá, D.C.	4	12	0	156	31	187	
Bolívar	12	0	0	0	0	0	
Boyacá	0	0	0	0	1	1	
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	
Caldas	0	0	0	0	3	3	
Caquetá	0	0	0	0	1	1	
Cartagena de Indias	67	1	0	0	0	0	
Casanare	0	0	0	1	0	1	
Cauca	0	0	0	0	2	2	
Cesar	1	21	0	0	2	2	
Chocó	0	0	0	0	0	0	
Córdoba	0	1	0	0	0	0	
Cundinamarca	1	0	0	11	6	17	
Exterior	57	68	0	4	0	4	
Guainía	0	0	0	0	0	0	
Guaviare	0	0	0	0	1	1	
Huila	0	0	0	1	0	1	
La Guajira	6	77	0	0	5	5	
Magdalena	0	0	0	0	0	0	
Meta	0	0	0	1	1	2	
Nariño	0	0	0	2	5	7	
Norte de Santander	15	53	0	12	10	22	
Putumayo	0	0	0	0	0	0	
Quindío	0	0	0	1	0	1	
Risaralda	0	0	0	0	1	1	
Santa Marta	1	0	0	2	3	5	
Santander	0	0	0	2	2	4	
Sucre	4	3	0	0	0	0	
Tolima	0	0	0	0	2	2	
Valle del Cauca	0	0	0	1	0	1	
Vaupés	0	0	0	0	0	0	
Vichada	0	0	0	0	0	0	
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>244</b>	<b>0</b>	<b>210</b>	<b>111</b>	<b>321</b>	

\*Departamentos y distritos que presentaron casos confirmados durante las últimas cuatro semanas.

Fuente: Grupo Inmunoprevenibles, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata – Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Grupo de Virología – Red Nacional de Laboratorios.

Del total de casos confirmados en el país, el 28 % (126) son casos importados, 57 casos en 2018 y 69 en 2019. La Guajira y Norte de Santander son los departamentos que más casos importados han notificado. (Tabla 12).

Tabla 12. Casos importados de sarampión según entidad territorial notificadora, Colombia, 2018 a semana epidemiológica 10 de 2020

Departamento notificador	2018	2019	Total general
Antioquia	4	0	4
Barranquilla	2	0	2
Bogotá, D.C.	6	5	11
Bolívar	2	0	2
Cartagena de Indias	6	0	6
Cauca	1	0	1
Cesar	2	1	3
Córdoba	0	1	1
Cundinamarca	2	1	3
La Guajira	2	42	44
Magdalena	1	0	1
Norte de Santander	22	19	41
Risaralda	1	0	1
Santa Marta	1	0	1
Santander	1	0	1
Sucre	4	0	4
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>69</b>	<b>126</b>

\*Departamentos y distritos que presentaron casos confirmados durante las últimas 4 semanas. Fuente: Grupo Inmunoprevenibles, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata – Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Grupo de Virología – Red Nacional de Laboratorios.

**Entidades territoriales con brote cerrado:** hasta la semana epidemiológica 10 de 2020, Cartagena completa 68 semanas sin presentar casos nuevos en población colombiana, Bogotá 58 semanas, Barranquilla 49 semanas, La Guajira 28 semanas y Cesar 13 semanas.

El país completa 13 semanas sin casos confirmados, dando cierre al último brote en el departamento de Cesar.

Se documentó que en el país no se presentó circulación del virus, se presentaron casos secundarios a casos importados.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

## TABLAS DE MANDO NACIONAL

### Comportamiento de la notificación por departamento a semana 10

Decremento  
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			ESAVI grave			Hepatitis A			Intento de suicidio		
	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado
Amazonas	7	1	0	64	4	4	105	18	35	0	0	0	0	0	0	5	11	5
Antioquia	123	12	6	3.115	232	242	1.189	354	511	11	0	0	98	33	23	1.075	910	1.075
Arauca	23	3	1	117	13	14	92	48	38	0	0	0	0	2	0	54	46	54
Atlántico	30	1	1	590	48	54	889	129	284	4	0	0	1	4	0	129	123	129
Barranquilla	0	0	0	519	42	52	776	130	188	4	0	0	9	3	2	173	160	173
Bogotá	1	0	1	4.585	355	348	0	0	0	34	5	5	36	17	14	266	197	266
Bolívar	37	3	1	397	37	46	517	87	140	0	0	0	3	2	2	94	79	94
Boyacá	14	1	0	1.167	90	82	238	67	121	4	1	1	3	2	2	146	158	146
Buenaventura	5	0	0	20	1	0	50	13	19	1	0	0	0	0	0	17	8	17
Caldas	13	1	0	687	56	39	217	52	103	2	0	0	2	2	1	221	199	221
Cali	0	0	0	935	89	89	5.275	1.002	2.600	3	0	0	14	14	2	317	279	317
Caquetá	36	3	3	156	16	8	925	66	404	1	0	0	0	0	0	60	63	60
Cartagena	7	0	3	234	14	15	450	52	110	1	0	0	1	2	1	116	84	116
Casanare	27	2	2	243	22	22	377	127	177	0	0	0	17	1	7	61	55	61
Cauca	32	3	1	1.129	101	100	327	46	157	7	0	0	3	3	1	180	160	180
Cesar	41	3	1	420	28	32	1.402	158	473	0	0	0	3	3	1	115	105	115
Choco	41	5	4	26	1	1	74	16	36	1	0	0	0	0	0	26	15	26
Córdoba	56	4	5	665	55	54	1.050	137	302	3	0	0	1	3	0	153	151	153
Cundinamarca	11	1	1	2.458	174	198	1.280	303	611	4	0	0	36	4	10	357	366	357
Guainía	1	0	0	24	2	2	30	13	15	0	0	0	0	0	0	7	2	7
Guaviare	22	1	2	56	3	7	60	30	28	0	0	0	0	0	0	15	4	15
Huila	24	3	0	703	62	2	3.267	374	1.482	10	0	0	4	5	1	124	181	124
La Guajira	20	2	1	352	23	28	297	86	106	0	0	0	0	0	0	44	53	44
Magdalena	19	2	2	403	36	41	241	39	76	1	0	0	0	1	0	56	64	56
Meta	50	4	5	714	49	34	1.362	431	533	0	0	0	1	1	1	159	158	159
Nariño	35	2	6	1.235	84	126	119	37	57	1	0	0	4	2	1	251	240	251
Norte de Santander	93	5	10	785	69	59	601	293	230	5	0	0	54	10	16	162	147	162
Putumayo	26	3	3	240	19	18	277	128	100	0	0	0	6	1	1	59	75	59
Quindío	3	0	0	506	49	30	216	180	95	1	0	0	1	2	0	119	97	119
Risaralda	8	1	0	723	59	64	189	27	104	1	0	0	19	3	5	226	191	226
San Andrés	0	0	0	57	5	7	40	3	17	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Santa Marta D.E.	3	1	0	275	30	22	127	42	49	1	0	0	0	0	0	53	47	53
Santander	33	3	1	1.125	90	85	1.597	631	641	5	0	0	31	4	11	215	202	215
Sucre	13	2	0	439	42	39	1.083	134	377	7	1	1	0	2	0	84	80	84
Tolima	24	2	1	1.020	78	83	3.651	622	1.373	6	0	0	10	4	2	283	219	283
Valle	12	1	0	1.398	116	124	5.246	419	2.665	3	1	1	6	4	4	300	226	300
Vaupés	6	1	0	14	2	1	42	1	7	1	0	0	0	0	0	6	2	6
Vichada	13	1	1	36	3	3	12	10	2	0	0	0	0	0	0	4	4	4
Total nacional	909	79	62	27.632	2.200	2.175	33.690	6.305	14.266	122	8	8	363	134	108	5.733	5.163	5.733

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

### Comportamiento de la notificación por departamento a semana 10

Decremento  
Incremento

Departamento	IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI		
	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado
Amazonas	2	0	2	598	94	253	3	0	2	1.478	757	913	47	14	24	0	0	0
Antioquia	37	16	7	970	776	391	29	22	18	184.584	72.877	75.809	5.465	2.168	2.307	189	58	91
Arauca	1	0	0	12	3	4	3	2	2	6.306	2.267	3.078	175	97	86	2	2	1
Atlántico	1	1	0	0	2	0	8	3	5	19.419	8.396	6.788	232	149	80	85	43	43
Barranquilla	2	2	0	0	2	0	4	4	4	31.453	13.903	12.631	699	193	296	180	40	96
Bogotá	40	9	20	0	0	0	38	22	31	310.744	105.524	150.157	10.681	5.108	4.799	1.675	438	770
Bolívar	1	1	0	212	125	93	3	6	3	25.784	9.545	10.771	541	136	281	5	0	0
Boyacá	1	0	1	1	2	1	3	2	3	22.225	10.902	9.747	724	284	296	43	12	17
Buenaventura	0	0	0	105	88	40	1	0	1	4.893	1.230	2.320	154	0	55	6	0	3
Caldas	9	5	1	4	2	1	2	1	2	20.946	9.289	7.881	632	378	208	99	32	34
Cali	21	10	1	27	6	7	12	5	6	54.654	26.810	19.874	1.831	682	679	60	77	16
Caquetá	3	1	0	6	3	1	2	2	2	8.384	3.787	3.100	278	159	108	4	1	1
Cartagena	3	1	3	3	1	0	1	5	1	41.326	15.133	16.144	855	247	425	248	87	103
Casanare	0	0	0	3	1	3	0	0	0	3.958	2.232	1.863	112	39	37	16	0	3
Cauca	5	2	2	400	135	155	3	2	2	28.432	10.139	11.154	358	206	60	0	0	0
Cesar	1	5	0	19	1	4	1	2	0	18.613	10.657	8.426	829	503	375	113	29	46
Choco	0	1	0	2.726	2.181	1.181	2	1	2	2.489	1.558	1.026	258	171	104	0	0	0
Córdoba	2	1	1	1.275	399	441	3	5	2	23.462	12.127	9.821	332	303	129	107	21	59
Cundinamarca	15	3	10	0	2	0	12	12	9	58.693	20.212	27.491	1.696	663	774	118	41	46
Guainía	0	0	0	524	137	245	0	0	0	338	164	126	16	19	11	0	0	0
Guaviare	0	0	0	362	74	129	0	0	0	1.178	674	585	76	48	45	0	0	0
Huila	4	1	1	2	2	0	3	4	3	27.466	10.431	12.197	443	306	198	68	31	32
La Guajira	1	1	0	6	8	4	2	3	2	23.084	10.359	10.310	1.104	452	522	10	17	1
Magdalena	1	1	0	9	1	3	0	2	0	17.527	6.612	7.234	336	116	168	3	0	3
Meta	1	1	1	75	6	31	6	2	4	14.306	6.405	6.161	199	116	84	20	19	9
Nariño	7	2	2	2.843	920	1.154	8	4	7	36.705	16.985	14.416	1.089	409	334	5	6	1
Norte de Santander	2	1	1	1.432	59	575	6	4	5	32.651	13.349	13.333	1.631	644	579	81	31	34
Putumayo	2	2	0	7	4	2	2	4	2	5.055	2.931	1.934	229	121	69	0	0	0
Quindío	5	2	1	3	1	2	0	1	0	13.772	6.800	5.767	531	368	186	34	16	13
Risaralda	7	3	1	64	43	35	5	2	2	16.596	8.022	6.069	552	288	203	31	12	18
San Andrés	2	0	2	0	1	0	0	0	0	1.586	837	775	178	50	90	0	0	0
Santa Marta D.E.	3	5	2	0	2	0	2	0	2	2.993	1.619	1.271	299	118	111	42	10	21
Santander	5	2	4	7	5	4	5	5	4	36.490	12.610	15.279	2.800	552	1.083	390	54	154
Sucre	3	4	0	11	3	4	3	2	2	17.201	7.282	7.302	709	399	274	168	34	74
Tolima	12	2	6	0	1	0	12	3	7	37.285	13.536	14.761	741	326	279	206	52	80
Valle	19	4	7	8	7	3	11	5	7	29.397	13.478	11.507	634	243	231	18	3	3
Vaupés	0	0	0	33	11	10	0	0	0	125	120	58	8	10	1	0	0	0
Vichada	0	0	0	242	101	105	0	0	0	503	215	205	13	5	5	0	0	0
Total nacional	218	84	76	11.989	5.206	4.881	195	137	142	1.182.101	469.766	508.284	37.487	16.078	15.596	4.026	1.159	1.772

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

### Comportamiento de la notificación por departamento a semana 10

Decremento  
Incremento

Departamento	Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			
	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	Acumulado 2020	Esperado	Observado	
Amazonas	779	531	310	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	24	14	13
Antioquia	101.655	36.985	42.036	186	81	63	1	2	0	206	67	102	8	1	0	89	73	11	917	670	442	
Arauca	1.908	818	719	14	5	5	0	0	0	3	2	3	0	0	0	3	4	0	37	47	22	
Atlántico	10.325	4.313	4.542	46	21	18	0	0	0	14	9	8	0	0	0	0	1	0	250	202	104	
Barranquilla	16.768	6.985	6.823	61	26	10	1	0	0	53	17	26	0	0	0	3	2	0	297	242	133	
Bogotá	206.079	78.093	106.913	219	100	85	2	2	0	849	271	384	24	2	1	153	152	23	1.612	1.635	797	
Bolívar	6.139	3.228	2.393	27	19	11	1	0	1	8	7	4	0	0	0	4	4	0	215	126	118	
Boyacá	13.143	5.800	5.959	38	16	10	2	0	1	43	28	20	1	0	0	4	6	2	184	173	87	
Buenaventura	1.050	744	415	15	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	45	12	14	
Caldas	8.288	4.302	3.803	28	10	12	0	0	0	17	8	10	1	0	0	1	11	0	123	109	66	
Cali	52.429	16.482	26.466	53	30	18	1	1	0	0	27	1	0	1	0	16	17	1	487	323	255	
Caquetá	3.941	2.399	1.774	17	8	7	0	0	0	19	6	15	0	1	0	9	3	2	67	46	28	
Cartagena	12.188	4.526	4.908	31	24	12	0	0	0	17	4	10	0	0	0	3	3	0	165	115	58	
Casanare	3.216	1.287	1.384	11	7	5	1	0	0	40	3	18	7	0	0	2	2	1	62	41	32	
Cauca	12.691	5.475	5.390	55	24	24	1	1	0	22	13	16	0	0	0	1	5	0	109	84	55	
Cesar	8.324	4.576	3.463	51	27	17	0	0	0	14	5	4	0	0	0	6	4	0	109	83	52	
Choco	1.968	1.087	810	21	15	6	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	1	29	5	18	
Córdoba	10.171	5.006	3.977	66	37	17	1	1	0	38	14	16	0	0	0	1	2	0	461	308	270	
Cundinamarca	38.237	14.444	18.040	84	38	34	0	1	0	92	41	48	6	0	0	35	26	8	569	440	282	
Guainía	316	156	162	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
Guaviare	732	396	319	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	14	10	11	
Huila	14.664	5.439	5.785	25	19	6	1	0	0	131	12	46	0	0	0	10	13	0	295	118	139	
La Guajira	9.625	4.273	3.962	65	23	27	0	1	0	4	4	1	0	0	0	1	1	0	68	58	29	
Magdalena	7.854	3.658	3.264	33	16	12	1	0	0	17	5	9	0	0	0	0	1	0	71	75	33	
Meta	10.840	5.569	4.855	32	16	8	0	0	0	22	9	13	1	0	0	8	4	1	149	149	78	
Nariño	17.700	8.400	7.649	49	25	19	2	1	0	158	13	70	1	0	0	21	15	3	216	194	116	
Norte de Santander	17.344	6.458	6.327	47	21	17	1	1	1	66	26	32	0	0	0	17	18	2	475	278	227	
Putumayo	2.532	1.480	967	10	6	5	0	0	0	38	3	16	0	0	0	3	2	0	59	28	32	
Quindío	7.758	4.002	3.248	16	6	7	0	0	0	9	4	3	0	0	0	1	2	0	77	81	33	
Risaralda	11.476	5.810	4.713	25	11	8	1	0	0	9	8	4	0	0	0	1	3	0	195	92	106	
San Andrés	759	353	340	4	2	1	0	0	0	4	3	2	0	0	0	0	1	0	22	15	10	
Santa Marta D.E.	3.978	1.133	1.294	7	9	3	0	0	0	7	3	2	0	0	0	1	1	0	55	42	22	
Santander	27.901	9.222	12.158	56	24	20	0	1	0	25	19	11	0	0	0	18	12	1	394	270	199	
Sucre	7.436	3.014	2.926	44	18	11	3	0	0	15	19	10	0	1	0	16	11	4	324	204	135	
Tolima	14.492	6.947	6.437	35	19	10	2	1	0	13	12	5	1	0	0	10	11	2	221	165	103	
Valle	17.218	8.696	6.875	24	23	9	0	1	0	119	12	65	0	0	0	8	4	1	294	245	140	
Vaupés	84	83	41	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	4	0	1	1	0	
Vichada	264	173	137	8	3	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5	7	1	
Total nacional	682.272	272.344	311.584	1.509	742	527	22	17	3	2.077	674	974	52	12	2	446	425	63	8.697	6.708	4.260	

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

### Comportamiento de la notificación por departamento a semana 10

Decremento  
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikungunya		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020
Amazonas	0	0	2	2	0	0	3	0	6	1	2	1	0	1
Antioquia	0	0	8	4	0	0	8	10	410	164	76	122	7	2
Arauca	0	0	0	0	0	0	3	1	4	1	1	0	0	0
Atlántico	0	0	2	0	0	0	5	1	1	0	7	17	3	2
Barranquilla	0	0	5	1	0	0	4	2	1	0	15	21	2	2
Bogotá	0	0	0	1	0	4	1	2	0	0	10	19	4	4
Bolívar	0	0	1	1	0	0	2	2	82	62	11	12	2	0
Boyacá	0	0	2	1	0	0	1	2	37	3	2	2	1	1
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8	10	1	1
Caldas	0	0	2	2	0	0	2	0	41	15	4	7	0	3
Cali	0	0	22	9	0	0	106	17	2	0	28	35	1	3
Caquetá	0	0	2	2	0	0	0	7	74	27	3	5	1	1
Cartagena	0	0	3	2	0	0	1	1	0	2	3	6	2	1
Casanare	1	0	3	3	0	0	6	1	4	0	2	1	0	2
Cauca	0	0	1	3	0	0	1	2	25	12	5	8	2	2
Cesar	1	0	2	1	0	2	7	0	9	6	5	10	2	3
Choco	0	0	1	1	0	0	0	1	77	29	11	12	3	3
Córdoba	0	0	2	1	0	0	5	2	44	9	6	9	3	2
Cundinamarca	0	0	16	22	0	0	11	10	58	3	14	24	3	3
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	14	3	2	6	0	0
Guaviare	0	0	4	0	0	0	1	0	96	41	11	2	0	0
Huila	0	0	11	2	0	0	6	1	9	2	10	16	0	0
La Guajira	0	0	0	1	0	0	1	0	16	0	1	1	4	6
Magdalena	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	2	2	3
Meta	1	0	9	4	0	0	8	1	150	7	4	4	1	2
Nariño	0	0	0	0	0	0	0	1	146	44	5	9	4	4
Norte de Santander	0	0	5	0	0	3	37	0	125	13	3	10	2	1
Putumayo	0	0	12	4	0	0	23	1	48	6	2	2	1	0
Quindío	0	0	2	3	0	1	0	0	0	1	6	9	0	0
Risaralda	0	0	7	7	0	0	4	5	58	7	17	42	1	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	1	1	0	0	2	0	3	0	1	3	1	0
Santander	1	1	18	7	0	0	26	6	181	58	7	11	2	1
Sucre	0	1	1	1	0	0	3	2	15	3	5	13	1	1
Tolima	1	0	21	21	0	0	17	11	209	26	58	72	2	0
Valle	0	0	6	3	0	0	22	3	10	1	48	72	1	1
Vaupés	0	0	0	0	0	0	1	0	9	3	0	0	1	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	13	5	0	0	2	0
Total nacional	5	2	173	110	0	10	319	92	1.986	555	396	595	62	55

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

Sarampión

Tablas

**Comportamiento de la notificación por departamento a semana 10**

Decremento  
Incremento

Departamento	Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tetanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente	
	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020	Acumulado esperado	Acumulado 2020
Amazonas	2	0	0	0	0	0	1	0	2	4	0	0	10	4	1	0
Antioquia	11	11	3	3	26	22	21	26	115	173	1	0	510	554	23	19
Arauca	1	0	1	0	1	3	2	7	10	23	0	0	17	33	1	0
Atlántico	1	1	2	3	10	2	6	14	35	52	0	0	67	62	5	5
Barranquilla	1	0	1	2	5	24	6	21	22	94	0	0	132	108	3	3
Bogotá	6	6	2	0	32	197	25	42	149	204	0	0	207	211	5	6
Bolívar	4	2	2	1	9	0	5	3	22	33	1	0	24	28	1	0
Boyacá	2	1	1	0	5	1	2	3	14	13	0	0	23	26	0	0
Buenaventura	1	4	1	1	2	0	3	1	18	12	0	0	45	27	6	0
Caldas	2	0	0	0	4	3	2	3	19	31	0	0	59	54	1	0
Cali	2	3	1	0	10	0	7	14	70	86	0	0	245	220	9	5
Caquetá	1	1	1	0	2	1	2	2	11	14	0	0	38	26	3	2
Cartagena	2	4	1	0	4	0	9	3	28	24	0	0	65	65	0	0
Casanare	1	1	2	0	1	0	2	6	9	15	0	0	27	20	2	0
Cauca	2	1	2	0	6	2	5	1	18	38	0	0	49	56	1	1
Cesar	3	2	3	3	4	2	4	5	41	65	0	1	60	53	1	0
Choco	7	7	3	2	2	0	7	9	16	19	0	1	45	44	1	0
Córdoba	4	3	5	2	7	0	4	7	35	55	0	2	49	39	1	0
Cundinamarca	3	3	1	0	11	8	8	10	35	72	0	0	74	81	1	1
Guainía	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	3	0	0
Guaviare	2	3	0	0	0	1	0	0	5	3	0	0	8	9	1	0
Huila	1	4	1	0	5	1	2	0	22	24	0	0	67	61	1	0
La Guajira	5	10	7	9	4	4	6	10	22	46	0	0	56	89	1	2
Magdalena	4	0	4	2	5	0	3	6	28	33	0	0	28	22	1	1
Meta	2	1	2	1	4	2	4	7	26	51	0	0	89	94	2	0
Nariño	4	2	2	2	7	7	4	2	34	58	0	0	31	30	2	0
Norte de Santander	1	4	1	0	5	27	4	10	24	82	0	0	90	100	2	0
Putumayo	2	1	1	1	1	0	1	1	7	11	0	0	19	13	1	0
Quindío	1	1	0	0	2	0	2	2	20	20	0	0	49	41	2	0
Risaralda	3	2	2	1	4	1	3	4	30	27	0	0	104	79	3	5
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	1	2	6	2	6	7	16	0	0	31	37	1	0
Santander	1	3	0	0	8	3	6	13	40	71	0	0	131	120	2	3
Sucre	3	3	3	0	3	0	4	5	29	36	1	0	18	19	1	1
Tolima	4	3	2	1	5	2	5	9	24	39	0	0	90	87	1	0
Valle	3	2	1	1	7	1	5	7	37	49	0	1	109	105	2	3
Vaupés	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0
Vichada	3	2	1	1	0	0	0	0	1	10	0	0	3	6	1	0
Total nacional	98	92	60	38	203	321	166	259	1.019	1.604	3	5	2.669	2.630	86	57

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotos
- Sarampión
- Tablas

## Semana epidemiológica 10

1 al 7 de marzo de 2020



### Expertos Temáticos

**Dra. Martha Lucia Ospina Martínez**  
*Directora General INS*

**Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado**  
*Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

**Dra. Diana Walteros**  
*Subdirectora de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública*

**Dr. Hernán Quijada Bonilla**  
*Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata*

*Una publicación del:*

**Instituto Nacional de Salud**  
**Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**  
**Publicación en línea: ISSN 2357-6189**  
**<https://doi.org/10.33610/23576189.2020.10>**  
**2020**

**Situación Nacional**  
*Grupo Sivigila [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co)*

**Mortalidad**  
*Jessika Manrique Sánchez [jmanrique@ins.gov.co](mailto:jmanrique@ins.gov.co)  
Grace Alejandra Avila [gavilam@ins.gov.co](mailto:gavilam@ins.gov.co)*

**Eventos Trazadores**  
*Diana Carolina Malo [dmalo@ins.gov.co](mailto:dmalo@ins.gov.co)  
Carolina ferro [cferro@ins.gov.co](mailto:cferro@ins.gov.co)  
Maria Angelica Avila [mavila@ins.gov.co](mailto:mavila@ins.gov.co)*

**Brotos**  
*Gestor sistema de alerta temprana [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co)  
Jorge Díaz [jdiaz@ins.gov.co](mailto:jdiaz@ins.gov.co)*

**Tablas de mando**  
*Verónica Tangarife [vtangarife@ins.gov.co](mailto:vtangarife@ins.gov.co)  
Diana Rivera [drivera@ins.gov.co](mailto:drivera@ins.gov.co)*

**Edición**  
*Dr. Hernán Quijada Bonilla [hquijada@ins.gov.co](mailto:hquijada@ins.gov.co)*

**Diseño y diagramación**  
*Alexander Casas [acasasc@ins.gov.co](mailto:acasasc@ins.gov.co)*

**Tema Central: Comportamiento de la Vigilancia de Intoxicaciones por Sustancias Químicas**  
*Escobar-Wilches Derly Constanza MD. MSc\*.*



Conozca más en  
[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)



Consulte el historial de publicaciones del BES

Asistencia técnica de: