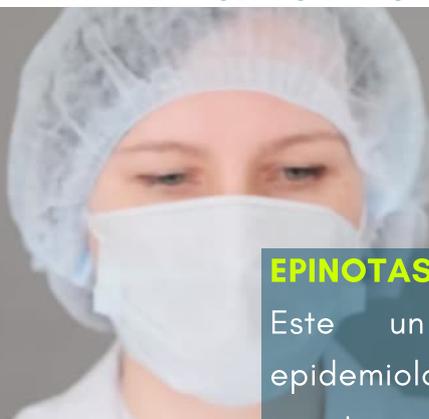


BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

BOLETIN OFICIAL SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE MANIZALES

ELABORADO POR:
UNIDAD DE
EPIDEMIOLOGÍA
SECRETARÍA DE
SALUD PÚBLICA



EPINOTAS

Este es un boletín con información epidemiológica priorizada sobre los eventos de interés en Salud Pública reportados en la ciudad a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). El número de casos reportados puede variar según las revisiones y unidades de análisis realizadas por la Secretaría de Salud Municipal.

EN ESTE NÚMERO

1-CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN SEMANAL

2-FRECUENCIAS DE IRA: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

3-FRECUENCIA DE EDA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

4-FRECUENCIA DE VARICELA.

5-BAJO PESO AL NACER

6-MORTALIDAD POR COVID 19

7-PLAN MUNICIPAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID- 19.

8-CONSOLIDADO DE ENCUESTA ACERCA DEL COVID 19

9-CONSOLIDADO DE EVENTOS

10-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN SEMANAL - POSITIVO, NEGATIVA, SILENCIOSA EN SIVIGILA

SEMANA EPIDEMIOLOGICA DE LA 1 A LA 32



El Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA es creado por el Instituto Nacional de Salud para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia; propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

El Decreto 780 DE 2016, en el Capítulo 1, hace mención a la creación del SIVIGILA, según la sección 1, antes Artículo 1 Decreto 3518 de 2006. Disposiciones Generales:

Artículo 2.8.8.1.2.6 Notificación obligatoria: Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

El Municipio de Manizales en el año 2021, a la semana epidemiológica 32, cuenta con 58 UPGDs Activas (Unidad Primaria Generadora de Datos) registradas en el SIVIGILA, las cuales semanalmente notifican eventos de interés en salud pública - EISP. Esta notificación es Positiva, Negativa o Silenciosa.



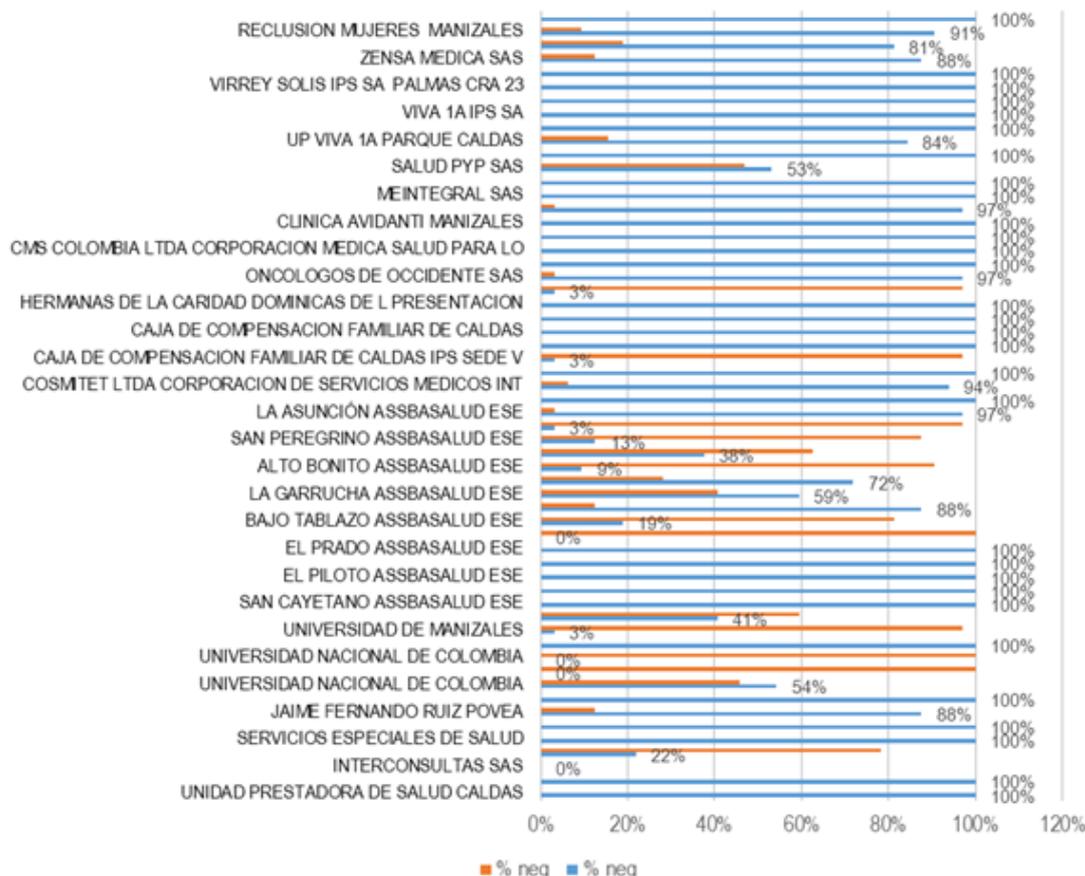
**A LA FECHA DE ENERO 1
AL 17 DE JULIO, SE HAN
NOTIFICADO 32 SEMANAS
EPIDEMIOLÓGICAS**



**MANIZALES
+GRANDE**

Un total de 30 UPGDs (Unidad Primaria Generadora de Datos), han tenido un porcentaje del 100%, es decir, han captado y reportado al Sivigila al menos 1 (un) EISP (Eventos de Interés en Salud Pública), para el total de las semanas epidemiológicas comprendidas entre la 1 y la 32.

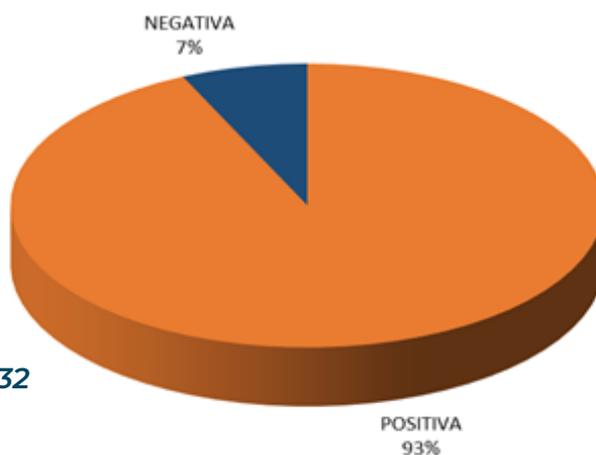
REPORTE DE NOTIFICACION PERIODO EPIDEMIOLOGICO 8 A LA SEMANA 32



Según el porcentaje de cumplimiento en la notificación, a la semana epidemiológica 32, el 96% de las UPGDs han realizado Notificación Positiva que incluye tanto los eventos individuales de Interés en Salud Pública y los Colectivos que corresponden a la Morbilidad por EDA, IRA, IAD infecciones asociadas a Dispositivos en UCI.

El 7% de las UPGDs en las semanas epidemiológicas notificadas, no han reportado al SIVIGILA ningún evento de interés en salud pública, lo que corresponde a la Notificación Negativa, indicando con ello que las UPGDs han cumplido semanalmente con el envío de archivos planos en cuanto a la notificación al SIVIGILA, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud.

CUMPLIMIENTO NOTIFICACION A LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA 32, AÑO 2021



Fuente: SIVIGILA, semana 32



MANIZALES
+GRANDE

2. FRECUENCIAS DE IRA: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo substancial para la humanidad, debido a su elevado potencial de diseminación. La infección respiratoria aguda (IRA) se considera como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, pues, en promedio, cada año suceden 3.460.000 muertes por esta enfermedad, que afectan a todas las poblaciones del mundo (1).

El grupo poblacional con mayor riesgo de morir por IRA son los menores de 5 años, las personas que cursan con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellos que cursan con algún tipo de inmunosupresión; otro grupo altamente vulnerable a las infecciones respiratorias agudas son las personas mayores de 60 años, en el impacto sobre estas personas influyen varios factores, que en ocasiones determinan la evolución de la enfermedad como son: la capacidad funcional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de otras enfermedades, entre otros (1).

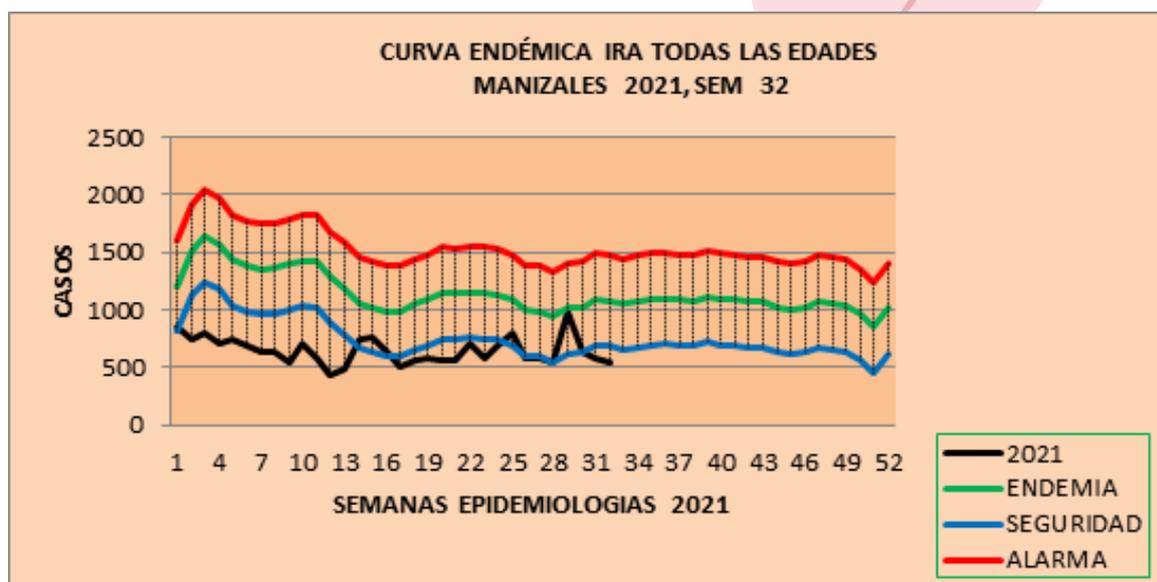
Los cuadros clínicos que afectan las vías inferiores y el pulmón, presentan los cuadros más severos, siendo las principales causas de hospitalización y mortalidad por IRA (2).

La infección respiratoria aguda se ubica entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años (2).

Las estimaciones actuales indican que, cada año, la influenza estacional afecta a alrededor de 10,5 % de la población mundial y produce entre 250.000 y 500.000 muertes (3).

En Colombia, durante 2016, notificaron al Sivigila 6.302.749 consultas externas y urgencias por IRA con un aumento de 13,9 % en comparación con el año anterior, cuando notificaron 5.530.387 registros (3).

El comportamiento de este evento a la semana epidemiológica 32 del año 2021 en el Municipio de Manizales es el siguiente



Fuente: secretaria de Salud Pública de Manizales, Unidad de Epidemiología. (SIVIGILA)

La infección respiratoria aguda (IRA) en el municipio de Manizales se ha mantenido entre la zona de seguridad hasta la semana epidemiológica 32 con un total de 20644 casos, con una disminución significativa con el año inmediatamente anterior que en el mismo periodo de tiempo se reportaron 30808 casos, todo esto se puede deber a las jornadas representativas que se han venido realizando en el Municipio.

3.FRECUENCIA DE EDA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La diarrea se define como la deposición, tres o más veces al día, o con una frecuencia mayor que la normal para la persona, de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede ser ocasionada por diversos microorganismos (bacterias, virus y parásitos). La infección se puede transmitir por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente (4).

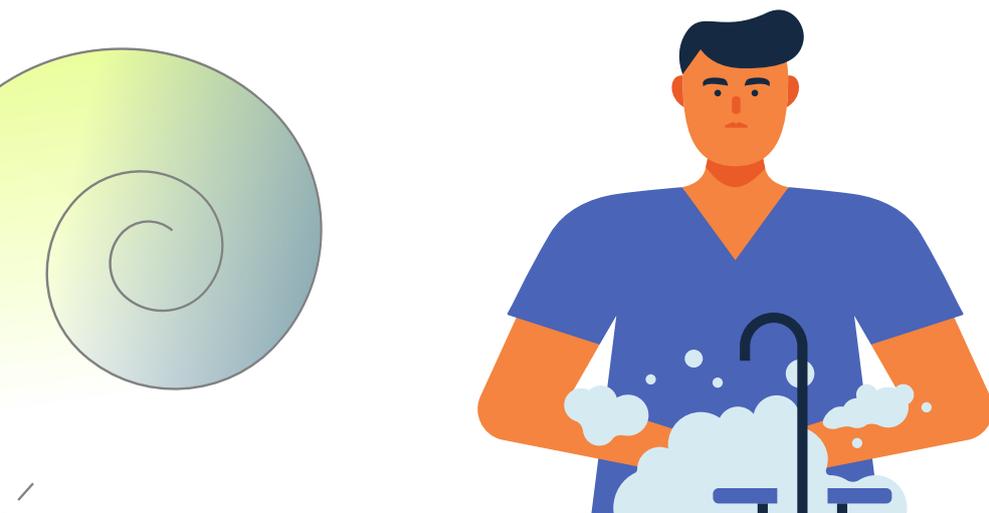
La enfermedad diarreica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, pues produce más muertes en la primera infancia después del período neonatal que cualquier otra etiología. Se ha estimado que la enfermedad diarreica produce 1,3 millones de muertes al año en países de escasos recursos (4).

En América Latina la incidencia de la enfermedad diarreica aguda se mantiene relativamente constante en los últimos treinta años. Varios países han disminuido la mortalidad debido a la implementación de programas de control de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (5).

En Colombia durante el periodo de 2009 a 2015, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 5,93 % y el 7,25 % fueron diagnosticados con EDA (5). Las muertes por EDA en niños menores de cinco años han presentado una disminución considerable entre 1998 y 2016. Las tasas disminuyeron en un 90 % pasando de 33,8 a 3,5 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. La implementación de la vacuna contra el rotavirus en el 2009, puede ser una de las causas del descenso.

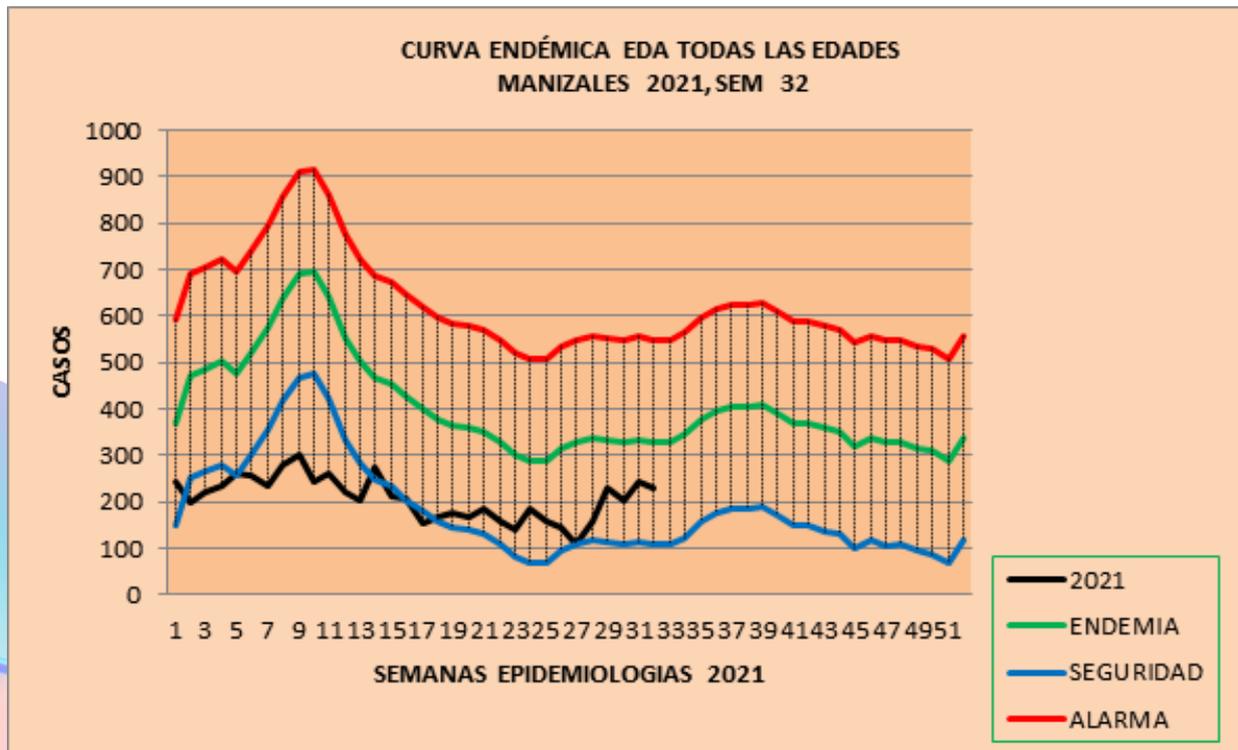
Por lo cual el evento vigilado en forma primordial es, la muerte por EDA en menor de 5 años , que se produce como consecuencia del deterioro nutricional progresivo; los estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico, la sepsis y el limitado acceso a los servicios de salud o cobertura y atención inadecuada.

A la fecha, no se tiene en Manizales ninguna mortalidad por esta causa.



**MANIZALES
+GRANDE**

El comportamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA) con corte a la semana epidemiológica 32 del año 2021 en el Municipio de Manizales es el siguiente:



Fuente: secretaria de Salud Pública de Manizales, Unidad de Epidemiología. (SIVIGILA)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) en el Municipio de Manizales para la semana 32 del año 2021 se ha mantenido entre las zonas de seguridad y endemia y hasta el momento se han presentado un total de 6656 casos que comparados con los 9499 eventos reportados en el año inmediatamente anterior para la misma semana epidemiológica continua evidenciando una disminución importante.

4.FRECUENCIA DE VARICELA:

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo, producida por el virus varicela-zoster (VVZ), de carácter benigno. Es en la actualidad la infección exantemática más frecuente. Su presentación es endémica con períodos en que se torna epidémica con ciclos de 3-4 años. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años, esto porque el VVZ infecta a niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo de 4 %. La inmunidad es generalmente de por vida, aunque en ocasiones puede ocurrir reinfección (caso clínico de varicela) en inmunocompetentes (6).

La varicela es una enfermedad distribuida por todo el mundo. La incidencia por grupos de edad varía según la localización geográfica. En los países templados la incidencia tiene lugar entre los cinco y nueve años de edad y en más del 90 % de los casos se da antes de los 20 años (6).

En Colombia, durante el periodo 2012 a 2018 se notificó al Sistema de Vigilancia epidemiológica un total de 689 636 casos incluida la población procedente del exterior; con un promedio de 98 521 casos por año, un máximo de 112 400 casos reportados en 2016 y un mínimo de 76 347 casos en 2018. Lo anterior puede interpretarse como un año epidémico. El promedio de casos semanal fue de 1 891 casos. Durante el año 2018, las tasas de incidencia más altas se presentan en la población menor de 1 año, seguida de los niños de cinco a nueve años y de los de uno a cuatro años.

El comportamiento de este evento comprendido hasta la semana 32 del año 2021 en el Municipio de Manizales es el siguiente:



Fuente: secretaria de Salud Pública de Manizales, Unidad de Epidemiología. (SIVIGILA)

La Varicela en el Municipio de Manizales se mantiene en la zona de seguridad, hasta la semana epidemiológica número 32 se reportaron al sivigila un total de 46 casos individuales, se evidencia un aumento importante en las últimas 3 semanas casos que no están relacionados entre sí, después de haber realizado una verificación de cada uno de ellos, pero lo cual comparado con el año inmediatamente anterior a la misma semana epidemiológica muestra una disminución muy significativa de más del 50 % en la notificación de este evento para el año en curso con 76 casos registrados y a su vez comparado con el año 2019 continua manejando una disminución significativa y se observa que el aumento de los casos coincide con un comportamiento normal.



5. BAJO PESO AL NACER

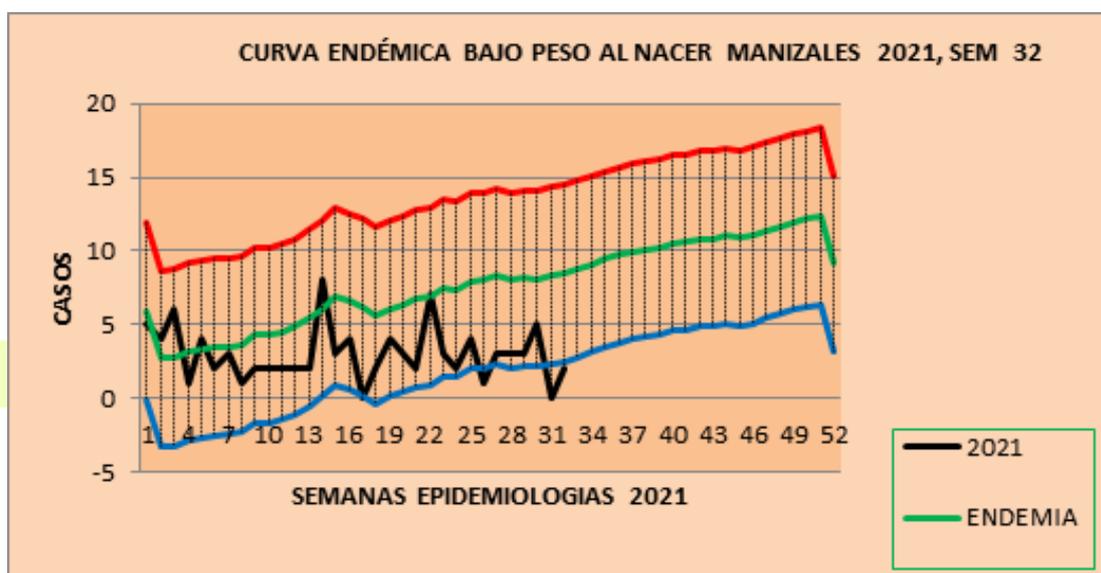
La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido “bajo peso al nacer” (BPN) como un problema de salud pública debido a sus efectos a corto y largo plazo [1], por ser una condición asociada al riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, contribuyendo con el 60 al 80% de todas las muertes neonatales [2]. Los recién nacidos con un peso entre 2 000 y 2 499 gramos tienen cuatro veces mayor riesgo de muerte neonatal frente a aquellos que pesan entre 2 500 y 2 999, y 10 a 14 veces más que los nacidos con un peso entre 3 000 y 3 499 gramos (7).

De acuerdo con la publicación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el bajo peso al nacer es aproximadamente 20 millones de niños y niñas anualmente a nivel mundial, lo que equivale al 15 a 17% de todos los nacimientos del mundo. Se ha estimado que cerca al 96% de los nacimientos con bajo peso ocurren en los países en desarrollo, lo cual establece una relación directa de este fenómeno con las condiciones de pobreza de un país.

Según el Informe del Estado Mundial de la Infancia 2016 de la UNICEF, la mayoría de los países de Suramérica están cumpliendo la meta establecida de mantener por debajo del 10% la tasa de BPN, siendo los países de Guyana y Surinam la excepción. Colombia, dentro de los países que cumple la meta, presenta el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer, cifra que se relaciona con la tendencia para nuestro país, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, donde en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con BPN por cada 1 000 nacidos vivos (8).

En Colombia, la proporción del BPN según las estadísticas vitales entregadas en por el DANE, ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 9% en el 2017, mostrando un crecimiento continuo, cantidad coincidente con el informe mencionado de UNICEF 2016. Este valor sin embargo, es alto si se compara con otros países de la región (8), y de mantenerse esta tendencia, se estima que en unos años se ubique por encima de la meta de BPN. La Encuesta Nacional de Situación Nutricional -ENSIN- 2015, relaciona el BPN como un posible efecto del bajo peso gestacional y deficiencias en oligoelementos como el calcio y el hierro (9).

A continuación se observa el comportamiento de bajo peso al nacer con corte a la semana epidemiológica número 32 de 2021 en el Municipio de Manizales:



Fuente: secretaria de Salud Pública de Manizales, Unidad de Epidemiología. (SIVIGILA)

El evento de bajo peso al nacer es un evento que continua siendo de importancia y cuidado, aunque permanece en las zonas de seguridad y endemia, es notable el aumento que ha tenido en los últimos 5 años a la semana epidemiológica 32 del año 2021 tenemos 95 casos, un aumento de 8 casos a la misma semana del año inmediatamente anterior donde se habían presentado 87 casos, evidenciando un aumento significativo en este evento que continua siendo de cuidado y máxima importancia.

6. MORTALIDAD COVID19

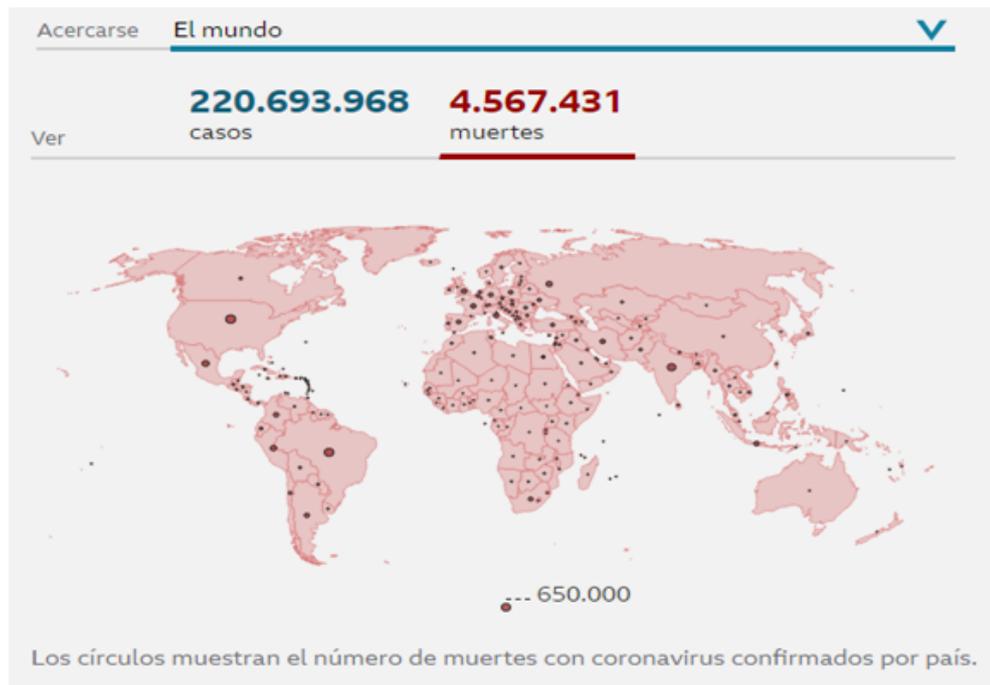
Desde el 2019, el SARS-CoV-2 se ha expandido a 192 países, causando más de 102 millones de casos y 2,2 millones de muertes. El primer caso de COVID-19 en Colombia fue identificado el 6 de marzo de 2020, desde entonces, se han confirmado 2,1 millones de casos y han muerto 53 mil personas¹ (10). Se ha observado que los casos y las defunciones por COVID-19 no se distribuyen de manera aleatoria en la población, existen determinantes sociales de la salud que inciden en peores resultados del virus, al igual que factores de riesgo individuales que incrementan el riesgo de enfermar gravemente y de morir, como la edad avanzada, la obesidad y diversas enfermedades crónicas no transmisibles. La pandemia por COVID-19 ha exigido que la comunidad científica internacional busque estrategias de prevención y respuestas terapéuticas. Cientos de científicos, compañías farmacéuticas, organizaciones internacionales y fundaciones están trabajando fuertemente en el desarrollo de vacunas eficaces y seguras.

En América Latina, el primer caso se registró en Brasil el 26 de febrero de 2020 y la primera muerte se reportó en Argentina el 7 de marzo. Si bien los primeros casos confirmados fueron personas llegadas de viajes luego se produjo el contagio comunitario, extendiéndose la pandemia a diferentes países de este continente.

La mayoría de las personas muestran síntomas en un intervalo de 3 a 7 días después del contagio, pero en algunas puede tardar hasta 14 días para que aparezcan, es allí donde se puede dar el contagio. Los síntomas pueden incluir fiebre, secreción nasal, dolor de garganta, tos, fatiga, dolores musculares, dificultad respiratoria, expectoración, hemoptisis y diarrea.

MORTALIDAD POR COVID19 A NIVEL MUNDIAL:

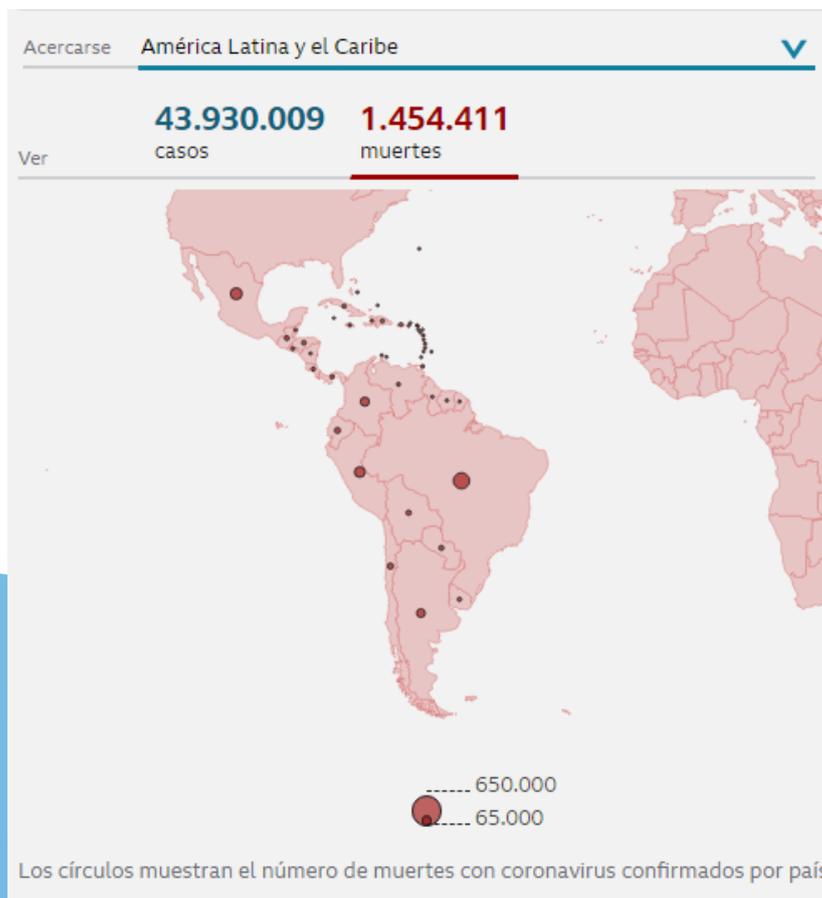
Actualmente en el Mundo tenemos un total de 220.693.968 casos de COVID19 con una mortalidad de 4.567.431 casos.



Fuente: Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.), autoridades locales
Última actualización de cifras 3 de septiembre de 2021 7:15 GMT

MORTALIDAD POR COVID19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:

Para América Latina y el Caribe tenemos un total de 1.454.411 casos de mortalidad por COVID19 siendo Brasil el país que mayor Mortalidad de casos ha tenido.



Fuente: Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.), autoridades locales

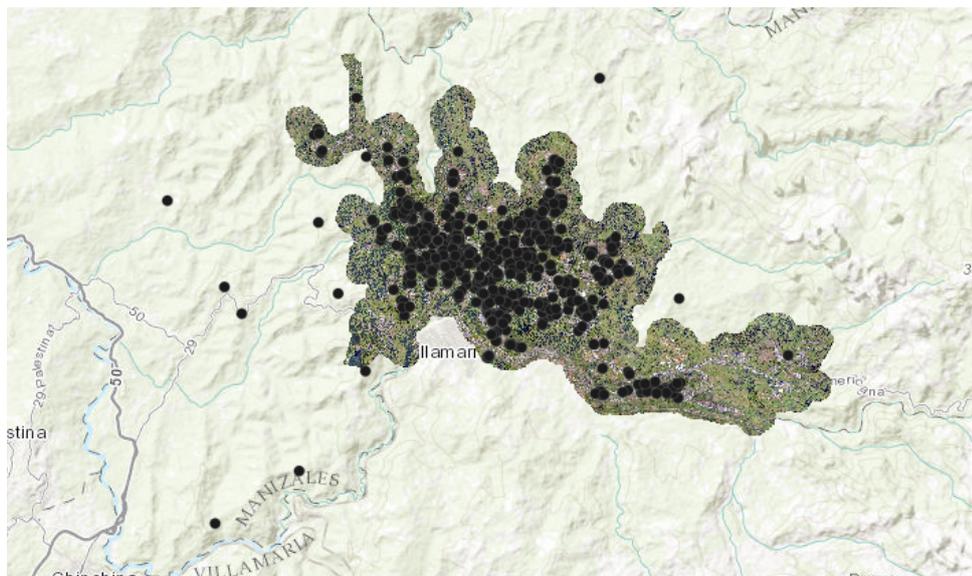
MORTALIDAD POR DEPARTAMENTO:



Fuente: Pagina Dirección Territorial de Salud de Caldas.

La Dirección Territorial de Salud de Caldas confirma que a la fecha para el Departamento de Caldas tenemos un total de 98981 casos confirmados de los cuales 52.678 corresponden al género femenino y 46.303 al género masculino de los casos registrados a su vez 2249 han fallecido por COVID19.

MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES.



Fuente: Secretaria de Salud de Manizales.SIIS



MANIZALES
+GRANDE

	2020	2021	Total
Numero Fallecidos por COVID19 en Manizales	328	738	1066

Actualmente en el Municipio de Manizales se han identificado un total de 1066 casos de Mortalidad por COVID19 en el año 2020 fueron notificados 328 casos, mientras que en el año 2021 a la Septiembre 738 casos.

7. PLAN MUNICIPAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID- 19

El objetivo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 es reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por COVID-19, disminuir la incidencia de casos graves y la protección de la población que tiene alta exposición al virus y reducción el contagio en la población general, con el propósito de controlar la transmisión y contribuir a la inmunidad de rebaño en Colombia.

La Inmunidad de Rebaño (o inmunidad de grupo) es una situación en la que suficientes individuos en una población adquieren inmunidad contra una infección. En caso de un brote, al aumentar el número de individuos inmunes, disminuye la probabilidad de contacto entre uno susceptible y uno infectado (hasta que llega el momento en el que se bloquea la transmisión). Actualmente y con base en los estudios publicados, el valor estimado poblacional para inmunidad de rebaño para el caso del COVID-19, está alrededor del 70% (10).

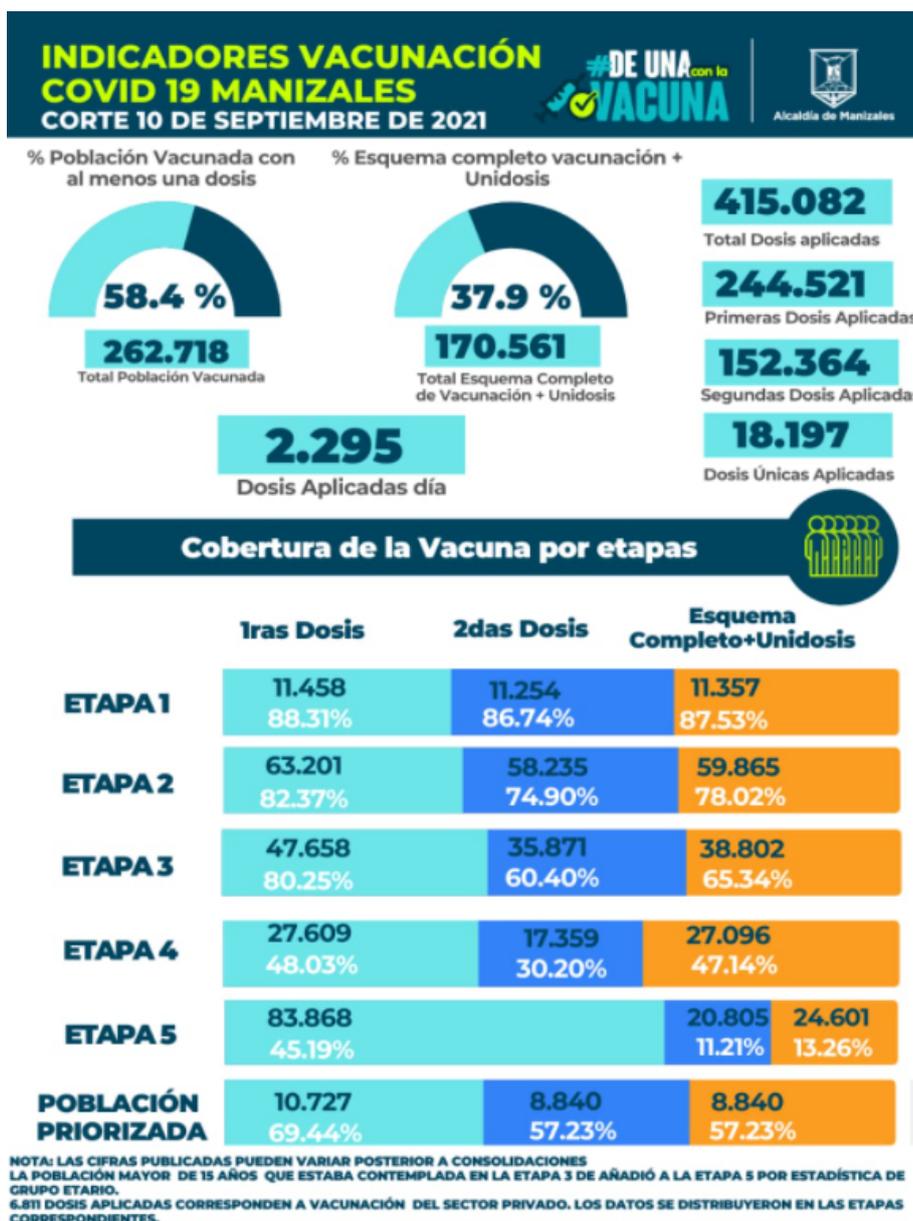
Alcance de la vacunación en la Fase 1 y el inicio de la Fase 2

Diversos estudios han indicado que la inmunidad de rebaño para el caso específico del COVID-19 se logrará cuando entre el 50 y el 72% de la población tenga inmunidad. El Ministerio de Salud y Protección Social se ha propuesto aportar a la inmunidad de rebaño en el país, al vacunar el 70% de la población, es decir, al menos a 35.734.649 de los 51.049.498 habitantes proyectados para Colombia durante el año 2021. En la primera versión del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 se indicaba que haber superado la infección por SARS-CoV-2 no se considera como un criterio de exclusión para recibir la vacuna en el Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19, sino como un criterio para la priorización poblacional. Después del análisis adelantado por el Ministerio se ha determinado como pertinente la vacunación de este grupo, en la etapa de priorización que le corresponde, según sus condiciones individuales.



**MANIZALES
 +GRANDE**

CONSOLIDADO DE COBERTURA DE VACUNACIÓN CON CORTE AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2021:



Fuente, Unidad de vacunación, secretaria de Salud Pública de Manizales

8. CONSOLIDADO DE ENCUESTA ACERCA DEL COVID19

Durante el mes se aplicó una encuesta a la población en general para evidenciar la experiencia y el punto de vista sobre el COVID19, en total respondieron 485 personas, encontrando los siguientes puntos relevantes:

El mayor número de personas que respondieron la encuesta correspondía a las edades entre 50 y 60 años, en su mayoría mujeres, 69.6%. De las 485 personas encuestadas, 344 no habían tenido COVID19 mientras que 141 si habían sido diagnosticadas en algún momento de la pandemia.

De las personas diagnosticadas, 122 habían sido manejadas en casa (86.5 %), 12 sin manejo específico (8.5%) y 7 habían sido hospitalizadas (4.9%). Desde el seguimiento realizado por las EAPB respectivas, se identificó que 33 de los casos no tuvieron ningún tipo de seguimiento por parte de estas (23.4%).

De 141 personas que manifestaron haber tenido el diagnóstico de COVID19, 78.7% mencionan estar recuperados totalmente, 19.8% manifiestan recuperación parcial y el 1.4% manifiestan ninguna recuperación.

A la pregunta “algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con COVID19”, la respuesta fue positiva en 361 de los 485 encuestados (74.4%). De estos 73.1% manifestaron recuperación total; 21.8% recuperación parcial y el 4.9% muy poca o ninguna recuperación.

Llama la atención que frente a la pregunta “si algún familiar ha fallecido por COVID19”, 82 de los encuestados respondieron que no (16.9%), mientras que 412 (84.9%), respondieron de manera positiva a la pregunta “si algún conocido ha fallecido por la misma causa” lo cual refleja que en algún momento de la pandemia la mayoría de los encuestados ha tenido relación con algún caso positivo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, queda claro que las personas en este momento saben cómo actuar y conocen la estrategia PRASS, pues los encuestados responden que frente a la presencia de síntomas su conducta sería el autoaislamiento en el 69.2%, seguida de la toma de la prueba el 22.8%.

Frente a la pregunta si ya ha sido vacunado para COVID19, 85 personas de 485 encuestadas manifestaron NO estar vacunados (17.5%); 29 hombres y 56 mujeres; 42 son de SURA, 15 de salud Total, 13 de Sanitas, 17 de ellos con 50 años o más. 45 de las 85 personas que aún no están vacunadas, mencionan que están esperando su segunda dosis porque aún no hay disponibilidad de vacunas. Algunos de ellos manifestaron no haberse vacunado por razones como: preocupación por los efectos secundarios, no se encuentran seguros o sienten que la vacuna no es segura, además consideran que el aspecto más importante para aumentar la vacunación sería acceso fácil y rápido a los lugares donde será administrada la vacuna.

En cuanto al nivel de afectación frente al COVID19, 275 personas de 485, (56.7%) registraron que si se han visto afectadas económicamente por la COVID19 y 368 personas de 485, (75.8%) registraron que si se han visto afectadas socialmente por la COVID19.

Una proporción importante por la cual se justifica estar muy poco o muy afectados por la COVID19, es la historia de mortalidad en la familia. Los que se consideran menos afectados tiene una mortalidad familiar en el 11.4%; mientras que los que se consideran más afectados, tienen una mortalidad familiar de 26.7%, es decir 2.3 veces mayor.

De otro lado este nivel de afectación estuvo relacionado con la historia de pérdida económica. Las personas que se consideran menos afectados tiene una afectación económica declarada del 45.2%; mientras que los que se consideran más afectados, tienen una afectación económica declarada del 71.1%, es decir 1.6 veces mayor.

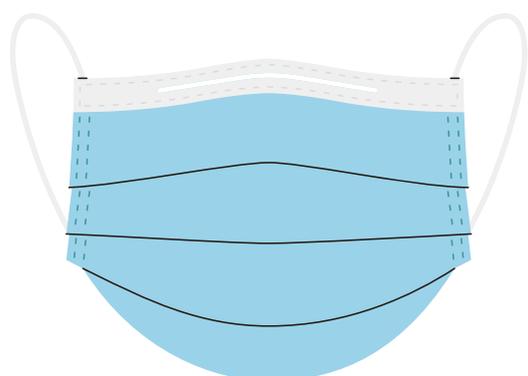


9. CONSOLIDADO DE EVENTOS

A continuación se relacionan los eventos de interés en Salud Pública de mayor incidencia reportados al SIVIGILA con corte a la semana epidemiológica número 32 del año 2021.

Los eventos de mayor notificación fueron: Infección respiratoria aguda por Virus Nuevo, Violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Intento de Suicidio, IAD- Infecciones Asociadas a Dispositivos, Cáncer de la Mama y Cuello Uterino, Enfermedades huérfanas y raras, Morbilidad materna extrema , Bajo peso al nacer, VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA.

Evento	Número de casos
• Infección respiratoria aguda por Virus Nuevo	88338
• Violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual	671
• Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	628
• Intento de Suicidio	321
• IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos	223
• Cáncer de la Mama y Cuello Uterino	175
• Enfermedades Huérfanas Raras	171
• Morbilidad materna extrema	149
• Bajo peso al nacer	95
• VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA	90



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

1. Vega-Briceño LE, Abarca K, Sánchez I. Flu vaccine in children: State of the art. Rev Chil Infectol [citado 02 nov 2017] 2006; 23 (2): 164-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182006000200011>.
2. Álvarez M, Castro R, Abdo A, Orta D, Gómez M, Álvarez MP. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr. [Citado 12 jul 2017] 2008; 24 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011&lng=es.
3. World Health Organization. A Manual for Estimating Disease Burden Associated With Seasonal Influenza. Geneva: World Health Organization. 2015 [Consultado: 7 de Julio de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178801/1/9789241549301_eng.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Diarrea [Internet]. Washington; 2019 [citado 01 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>
5. Herrera-Benavente IF et al. Impacto de las enfermedades diarreicas agudas en América Latina. Rev Latin Infect Pediatr 2018; 31 (1): 8-16.
6. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud.: 2014. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/92/8/13-132142/ab/es/.
7. UNICEF&CEPAL. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. [Internet]. Naciones Unidas, Santiago de Chile. 2006. 2:1-10. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35978/1/Desafios_Nro2_esp_es.pdf . 4. Velásquez N, Masud J.
8. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2016, una oportunidad para cada niño. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá. [Internet] 2019. 1-337. [Fecha de consulta: 21 de junio de 2020] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335754940_Resultados-generales-ENSIN-2015-preliminar_-_Chapters_3_and_4_Determinantes_estructurales_de_la_situacion_nutricional_y_Determinantes_intermedios_del_estado_nutricional/link/5d79b167299bfb1cb809979f3/download.
10. INS. COVID-19 en Colombia. Reporte 10-12-2020 [Internet]. 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx%0A>

ENLACES DE INTERES

Para más información en salud pública en Manizales, Caldas y Colombia, visite:

- <http://manizalessalud.net/>
- <https://manizalessiis.net>
- <http://www.saluddecaldas.gov.co/>
- <http://www.minsalud.gov.co>
- <http://www.ins.gov.co>
- [http://www.ins.gov.co/saludpública/boletin epidemiológico](http://www.ins.gov.co/saludpública/boletin%20epidemiológico)
- <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-filtro.aspx>

Proyectado por Unidad de Epidemiología/Septiembre de 2021



MANIZALES
+GRANDE