

Informe de Evento 2023

Parálisis Flácida Aguda

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Sandra Lucero Bonilla Molano

Elaborado por:

Yenny Marcela Elizalde Rodríguez
Grupo Enfermedades Transmisibles
Prevenibles por Vacunación y
Relacionadas con la Atención en
Salud
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Revisado por:

Helena Patricia Salas Suspes
Grupo de Gestión de Formación en
Talento Humano
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Aprobado por:

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☐

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

© Julio 2024. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

<https://doi.org/10.33610/infoeventos.42.1>

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de Evento 2023 - Parálisis Flácida Aguda

1. Introducción

La poliomielitis es una infección causada por el poliovirus salvaje (PVS) y derivado de vacuna (PVDV), esta enfermedad provoca parálisis muscular aguda, daño permanente al sistema nervioso central e incluso la muerte, se manifiesta como una Parálisis Flácida Aguda (PFA) que afecta sobre todo a los menores de cinco años y población no vacunada. Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de los miembros inferiores) y el 5 - 10 % de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios (1-2).

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 1988, es constituir la poliomielitis como la segunda enfermedad inmunoprevenible, después de la viruela, en ser erradicada en el mundo; los casos por PVS han disminuido en 99% desde 1988. En 2013 se creó el “Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013 – 2018”, los poliovirus salvajes tipo 2 y 3 (PVS2 y PVS3) se declararon erradicados en 2015 y 2019, respectivamente; se certificaron libre de poliovirus salvajes (PVS) la región de Sudeste Asiático en 2014 y en agosto de 2020 la Región de África; sin embargo, la estrategia está en riesgo por la circulación sostenida y endémica de poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1) en Pakistán y Afganistán, y los brotes por virus derivados de vacuna (3).

Encontrar y eliminar el poliovirus a nivel mundial es un desafío que permanece y ante el riesgo de no lograr la erradicación de la enfermedad se trazó la nueva Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026 “Cumpliendo una promesa”, la cual comprende un conjunto amplio de acciones de la Iniciativa Global de Erradicación de la Poliomielitis (GPEI por sus siglas en inglés); sus objetivos son detener de manera permanente la transmisión de PVS en los países endémicos y detener la transmisión de poliovirus derivados de la vacuna (PVDV) (4).

A partir del retiro de la vacuna oral de polio tipo 2 (VOP2) del esquema regular en 2016, se evidencia la disminución de la inmunidad en la mucosa intestinal de la población a los PVS2 en especial en los menores nacidos después de abril de 2016, esto genera inquietud para alcanzar la erradicación de la poliomielitis ya que a nivel mundial se han incrementado los brotes por poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (PVDV2) identificados en poblaciones con deficiencia en coberturas de vacunación (5-6).

En 2023 se confirmaron 522 casos de poliovirus circulantes de la vacuna (cPVDV) en la Regiones de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, de los cuales 388 son de cPVDV2 y 133 de cPVDV1, con tendencia a la baja comparado con 2022 con 882 casos de cPVDV (689 cPVDV2 y 193 cPVDV1). (7) Sin embargo, el riesgo de propagación internacional de poliovirus circulantes de la vacuna tipo 2 (cPVDV2) continúa siendo alto; el 43 % de los casos se han identificado en la República Democrática

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

del Congo (RDC), atribuibles a bajas coberturas de vacunación, la continua propagación trasfronteriza en países vecinos como Zimbabwe, Nigeria, entre otros; reinfección en Egipto; la propagación a larga distancia por los viajes aéreos del cVDPV2 entre Israel, el Reino Unido y los Estados Unidos y la brecha cada vez mayor en la inmunidad de la mucosa intestinal de la población en niños pequeños desde la retirada de la VOP2 en 2016 (7-8).

En la 38ª reunión del Comité de Emergencia contra la Polio del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se revisaron todos los datos sobre el PVS1 y los cPVDV; en el contexto del objetivo global de interrupción y certificación, se reiteró el compromiso de erradicar el PVS1 para 2026 y de interrumpir y certificar la eliminación del cPVDV2 para 2028 (7).

La certificación como continente libre de la circulación de PVS para América fue en 1994; el último caso de poliomiélitis causado por PVS fue detectado en Junín, Perú en septiembre de 1991 (9). A finales del 2000 y comienzos del 2001 se presentó en Haití y República Dominicana un brote de poliomiélitis por poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna oral; se confirmaron 21 casos, 13 en República Dominicana y ocho en Haití (10).

El 21 de julio de 2022, se reportó un caso de poliomiélitis parálitica en Nueva York, en un hombre de 20 años inmunocompetente no vacunado, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) identificó PVDV2, luego de los análisis genéticos se determinó que pertenece a la misma cepa identificada en aguas residuales en Reino Unido e Israel, por esta razón se clasificó como cPVDV2 (11). Adicionalmente, el 21 de marzo de 2023, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Perú notificó a la OPS/OMS un caso confirmado de poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 (PVDV1) en un menor de 16 meses, perteneciente a comunidad indígena de Loreto - Perú, sin antecedente vacunal ni historial de viajes recientes. El caso inició síntomas el 27 de diciembre de 2022 y la parálisis en miembros inferiores el 29 de diciembre. El 21 de marzo, la Fundación Oswaldo Cruz – Fiocruz de Brasil confirmó la detección de poliovirus derivado de vacuna serotipo 1 (VDPV tipo1) (10). Colombia fue certificada en 1994 y el último caso por poliovirus salvaje ocurrió en Arjona (Bolívar) en 1991, desde entonces no han sido aislados poliovirus salvajes. En el 2009 se presentó el primer caso de poliomiélitis por poliovirus derivado de vacuna en un paciente inmunodeficiente (iPVDV) de 15 meses de edad y procedente de Marulanda (Caldas). Un segundo caso se reportó en 2018, en Tuluá (Valle), en una paciente inmunodeficiente de 11 meses de edad, finalmente en 2019 se identificó un caso de poliomiélitis parálitica asociada a la vacuna tipo 3 (PPAV) en Bucaramanga (Santander), en un menor de 8 meses inmunocompetente (12).

El país realiza la vigilancia de poliovirus por medio de la detección y captación de casos probables de las PFA (vigilancia sindrómica) de acuerdo con el protocolo nacional de vigilancia (12).

Debido a las alertas de casos confirmados en la región de las Américas entre 2022 y 2023 el país ha adaptado las recomendaciones emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de ampliación de la vigilancia de PFA con dos estrategias:

1. Vigilancia de PFA a la población de 15 a 49 años en 13 instituciones centinela (13).
2. Vigilancia de excreción de poliovirus en personas con inmunodeficiencia primaria en dos unidades centinela (14).

En cuanto a las coberturas para Polio 3 en la región fueron 83 % para 2022, 80 % en 2021 y 83 % en 2020, la más baja desde 1994. De ahí que se deban mantener las acciones de vigilancia epidemiológica de la enfermedad y las actividades de vacunación en población susceptible (15). Para Colombia la cobertura en 2022 fue 86 % y 89% para 2023 (16).

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia, a través de la vacunación de rutina a los niños menores de cinco años, ha mantenido las coberturas de vacunación superiores al 85 %, así mismo desde octubre de 2023 el esquema de inmunización cuenta con 5 dosis de VIP (2, 4 y 6 meses, primer refuerzo 18 meses y segundo refuerzo 5 años), es decir en el país ya no se inmuniza con VOP (16).

Los objetivos del informe son describir el comportamiento de los casos notificados al sistema de vigilancia en 2023 de la vigilancia rutinaria es decir menores de 15 años y la vigilancia centinela en personas de 15 a 49 años y la vigilancia de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias (PID), caracterizar los casos a partir de variables de tiempo, lugar y persona, establecer el nivel de cumplimiento de los indicadores estándar de monitoreo del plan de erradicación de la poliomielitis en Colombia.

2. Materiales y métodos

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo a partir de la información de los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), la base generada por el aplicativo de notificación internacional ISIS (Integrated Surveillance Information System) de la Organización Panamericana de la Salud, los datos de pacientes con inmunodeficiencias primarias (PID) captados para la vigilancia centinela de excreción de poliovirus en PID y los resultados de laboratorio de virología de la Dirección de Redes del Instituto Nacional de Salud durante 2023.

El proceso de depuración de los registros se orientó a la identificación de aquellos que no cumplieran con la definición de caso del evento (ajuste D) y los registros repetidos; se realizó crítica del dato complementando información disponible en otras fuentes como resultados de laboratorio, aplicativo web de vacunación, soportes de investigación de campo y seguimientos clínicos suministrados por las entidades territoriales para el análisis de casos.

En el plan de análisis se incluyeron las variables edad, sexo, área de residencia, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, antecedente vacunal, diagnóstico y signos clínicos, se realizó análisis bivariado entre las categorías de las variables sociales y demográficas a través de la herramienta de análisis estadístico Epi Info versión 7.2.5.0 para establecer asociaciones entre los factores epidemiológicos y demográficos de la PFA, un valor p menor 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Se calcularon los indicadores internacionales estándar para el seguimiento al cumplimiento de la meta de erradicación; el análisis se realizó a nivel departamental y distrital de acuerdo con la procedencia de los casos, para el cálculo de la tasa de notificación se utilizó como denominador la proyección de población menor de 15 años del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Los datos se procesaron generando salidas de distribución de frecuencias, tasas y proporciones; las cuales se presentan en tablas, figuras y mapas. Para el análisis de los comportamientos inusuales se utilizó el cálculo de la distribución de probabilidades de Poisson comparando por entidad territorial la notificación de la semana epidemiológica en observación y la tasa de notificación esperada para el mismo periodo y de acuerdo con la meta de un caso al año por 100 000 menores de 15 años. Se considera un comportamiento inusual cuando el nivel de significancia es menor de 0,05 para identificar decremento o aumento en la tasa de notificación.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial (17).

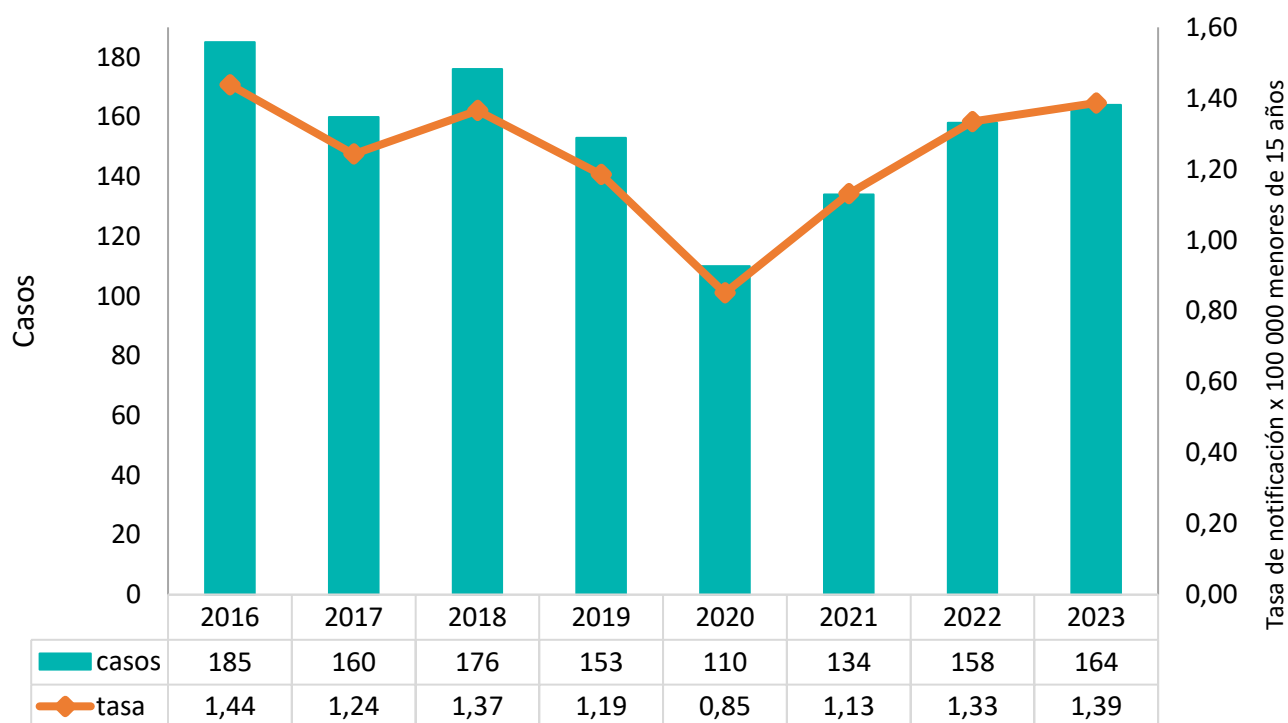
3. Resultado

En el 2023 se notificaron al sistema de vigilancia 226 casos probables de parálisis flácida aguda, posterior al proceso de depuración se identificaron 14 casos con ajuste D, y 26 casos repetidos, los cuales se excluyen de análisis de datos. De esta forma, se notificaron y se tuvieron en cuenta para el análisis 186 casos de parálisis flácida aguda de los cuales 164 casos probables pertenecen a la vigilancia rutinaria en menores de 15 años y 22 casos a la vigilancia centinela en personas de 15 a 49 años, no se confirmó ningún caso de poliomiелitis por poliovirus salvaje o derivado de vacuna.

De acuerdo con el histórico de la vigilancia rutinaria el promedio de casos notificados entre 2016 y 2023 fue 152 casos con DE 24 casos, en cuanto a la tasa de notificación el promedio fue 1,24 casos por 100 000 menores de 15 años.

La tasa de notificación para 2023 fue de 1,39 por 100 000 menores de 15 años, respecto al 2022 se evidencia una variación porcentual positiva del 6,5 % en los casos notificados, sin presentar diferencia estadísticamente significativa (p 0.635). (Figura 1).

FIGURA 1 NOTIFICACIÓN DE CASOS PROBABLES DE PFA Y TASA DE NOTIFICACIÓN EN MENORES DE 15 AÑOS, COLOMBIA, 2016 – 2023



Fuente: DANE 2016 – 2023 Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023.
*Tasa esperada 1 caso por cada 100 000 menores de 15 años

Durante el año 2023, se registró un promedio semanal de notificación de 3 casos y DE 2,1 casos, los periodos epidemiológicos III, V, VIII, IX y XI registraron el mayor número de casos; en la tendencia histórica de 2016 a 2023 se identifica que los periodos donde se presenta el mayor número de casos son III, VIII y IX; mientras que los periodos donde se muestra menor notificación de casos probables son IV y VI. La Figura 2 muestra la tendencia del reporte de casos por periodo epidemiológico.

FIGURA 2 CASOS PROBABLES DE PFA EN MENORES DE 15 AÑOS NOTIFICADOS POR PERIODO EPIDEMIOLÓGICO, COLOMBIA, 2016 – 2023

Periodo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	Tendencia
2016	15	23	19	17	13	15	13	16	12	15	9	12	6	
2017	18	10	13	6	12	8	10	14	15	22	12	12	8	
2018	10	10	13	12	14	16	17	17	16	11	16	14	10	
2019	10	9	12	14	21	5	13	16	9	10	7	17	10	
2022	12	10	13	10	18	12	6	12	17	11	9	18	10	
2023	10	8	19	12	11	16	9	17	23	10	16	12	1	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016 – 2023

Comportamiento de las variables sociodemográficas

De acuerdo con las características sociales y demográficas de los casos notificados de PFA comparados con 2022 y 2023 se observa lo siguiente: en relación con el género, el 67,1 % (n=110) de los casos corresponden a individuos masculinos, mostrando aumento de 35 % respecto a 2022. en cuanto a la edad el promedio es de 7 años, el grupo de 1 a 4 años presentó incremento del 22,2 % y el grupo de 10 a 14 años muestra disminución del 8,3 % respecto a 2022; así mismo el grupo de 10 a 14 años muestra la tasa de notificación más alta con 1,63 casos por cada 100 000 menores de 15 años y no presenta diferencias estadísticamente significativas con los otros grupos de edad. Respecto a la ubicación geográfica la tasa de casos probables es superior en el área rural, con 1,51 por cada 100 000 menores de 15 años, observando incremento del 47,4 % respecto a 2022, siendo estadísticamente significativa $p < 0,001$.

En cuanto al régimen de afiliación en salud se observa una tasa de casos superior en los afiliados al régimen contributivo, con 1,55 por cada 100 000 menores de 15 años, la cual fue significativamente mayor $p < 0,001$ que en los casos afiliados al régimen subsidiado. Es importante destacar que ocho de los casos no contaban aseguramiento al sistema. La proporción de casos con pertenencia étnica afrocolombiana es 3,0 % (n=5) es significativamente mayor respecto a 2022 $p < 0,001$, en relación a la población indígena también se evidencia incremento en los casos probables comparado con 2022 siendo significativamente mayor $p < 0,001$. (Tabla 1).

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CASOS NOTIFICADOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS, COLOMBIA, 2022 – 2023

Variable	Categoría	Casos 2022	Porcentaje 2022	Casos 2023	Porcentaje 2023	Tasa anterior	Tasa actual	Diferencia de tasa	Valor p
Sexo	Femenino	74	47,1	54	32,9	1,28	0,95	-25,59%	0,01
	Masculino	83	52,9	110	67,1	1,37	1,85	35,00%	0,01
Grupo de edad	Promedio	7,8		7,4	4,5				- -
	Menor de un año	0		3	1,8	0,00	0,42		- -
	1 a 4 años	42	26,8	49	29,9	1,34	1,64	22,19%	0,54
	5 a 9 años	55	35,0	57	34,8	1,39	1,44	4,13%	0,96
	10 a 14 años	60	38,2	55	33,5	1,51	1,39	-8,28%	0,39
Área	Cabecera municipal	122	77,7	114	69,5	1,45	1,37	-5,24%	<0,001
	Centro poblado y rural dis	35	22,3	50	30,5	1,03	1,51	47,42%	
Régimen en afiliación al SGSSS	Subsidiado	75	47,8	92	56,1	1,20	1,48	23%	<0,001
	Contributivo	68	43,3	57	34,8	1,85	1,55	-16%	
	No Asegurado	9	5,7	8	4,9				- -
	Excepción	5	3,2	7	4,3				- -
Pertenenencia étnica	Indígena	3	1,9	7	4,3	0,47	1,09	133%	<0,001
	Negro / Afrocolombiano	2	1,3	5	3,0	0,25	0,62	150%	<0,001
	Otros	152	96,8	152	92,7	1,46	1,46	0%	0,11

Fuente: DANE 2022- 2023 Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2023

Comportamiento de las variables clínicas

Los cuadros clínicos de los casos presentan en mayor proporción fiebre, síntomas digestivos y dolor muscular y una progresión ascendente de los signos y síntomas de parálisis flácida. En el grupo de 10 a 14 años los síntomas respiratorios ($p < 0,001$) fueron significativamente menores que en los otros grupos de edad y también comparado con 2022. En cuanto a dolor muscular para los grupos de edad de 1 a 4 años ($p < 0,003$) y 5 a 9 años ($p < 0,001$) fue significativamente mayor que en el grupo de 10 a 14 años y un incremento porcentual de 5,6 5 y 7.7 % respectivamente comparado con 2022. La afectación de las extremidades en los casos notificados suele ser mayor en los miembros inferiores, siendo la paresia el signo clínico más común (Tabla 2).

TABLA 2 SIGNOS Y SÍNTOMAS, CASOS NOTIFICADOS PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS, COLOMBIA, 2022 - 2023

Signos y Síntomas	Grupo de edad	Casos 2022	Casos 2023	Porcentaje 2022	porcentaje 2023	Porcentaje incremental	Valor p
Fiebre	Menor de un año	0	2	0	66,7	- -	- -
	1 a 4 años	22	26	14,0%	15,9%	13,1%	0,474
	5 a 9 años	28	30	17,8%	18,3%	2,6%	0,428
	10 a 14 años	19	22	12,1%	13,4%	10,8%	0,408
Síntomas respiratorios	Menor de un año	0	2	0,0%	1,2%	- -	- -
	1 a 4 años	16	30	10,2%	18,3%	79,5%	0,015
	5 a 9 años	17	25	10,8%	15,2%	40,8%	0,082
	10 a 14 años	24	16	15,3%	9,8%	-36,2%	0,001
Síntomas digestivos	Menor de un año	0	2	0,0%	1,2%	- -	- -
	1 a 4 años	13	16	8,3%	9,8%	17,8%	0,433
	5 a 9 años	22	23	14,0%	14,0%	0,1%	0,485
	10 a 14 años	11	11	7,0%	6,7%	-4,3%	1
Dolor muscular	Menor de un año	0	1	0,0%	0,6%	- -	- -
	1 a 4 años	29	32	18,5%	19,5%	5,6%	0,03
	5 a 9 años	40	45	25,5%	27,4%	7,7%	0,001
	10 a 14 años	43	37	27,4%	22,6%	-17,6%	0,3
Signos meningeos	Menor de un año		0	0,0%	0,0%	- -	- -
	1 a 4 años	6	6	3,8%	3,7%	-4,3%	0,39
	5 a 9 años	4	5	2,5%	3,0%	19,7%	0,52
	10 a 14 años	4	4	2,5%	2,4%	-4,3%	0,36

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 - 2023

Comportamiento reporte de casos por notificación y procedencia

De acuerdo con la variable de entidad territorial de notificación para 2022 y 2023 Bogotá se constituye en el primer notificador de casos durante el periodo evaluado, que tradicionalmente es el mayor notificador, seguido por Antioquia, Norte de Santander y Santander, entidades territoriales que concentran un número importante de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de referencia y mayor complejidad.

La variable de entidad territorial de procedencia muestra que Bogotá, Norte de Santander, Antioquia, Cundinamarca, Huila y Tolima aportan un importante número de casos para el cálculo del indicador de tasa de notificación. Las entidades territoriales de con población menor de 100 000 menores de 15 años como Amazonas, Arauca, Guainia, San Andrés y Vichada en 2023 notificaron al menos un caso; Buenaventura y Cartagena no notificaron casos para el evento (Tabla 3).

TABLA 3 CASOS NOTIFICADOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN NOTIFICACIÓN Y PROCEDENCIA, COLOMBIA, 2022 - 2023

Entidad Territorial Procedencia	Casos 2022	Casos 2023	Porcentaje 2022	Porcentaje 2023	Diferencia porcentual	Entidad Territorial Notificación	Casos 2022	Casos 2023	Porcentaje 2022	Porcentaje 2023	Diferencia porcentual
Colombia	157	164	100%	100%	0,04	Colombia	157	164	100%	100%	0,04
Bogotá D.C.	24	18	15,29%	10,98%	-0,28	Bogotá D.C.	39	38	24,84%	23,17%	-0,03
Norte Santander	13	12	8,28%	7,32%	-0,12	Norte Santander	13	13	8,28%	7,93%	0,00
Antioquia	12	9	7,64%	5,49%	-0,28	Antioquia	14	9	8,92%	5,49%	-0,36
Huila	11	8	7,01%	4,88%	-0,30	Santander	10	11	6,37%	6,71%	0,10
Cundinamarca	12	7	7,64%	4,27%	-0,44	Huila	11	8	7,01%	4,88%	-0,27
Tolima	6	12	3,82%	7,32%	0,91	Cauca	6	8	3,82%	4,88%	0,33
Boyacá	9	9	5,73%	5,49%	-0,04	Boyacá	6	7	3,82%	4,27%	0,17
Cauca	8	9	5,10%	5,49%	0,08	Nariño	7	6	4,46%	3,66%	-0,14
Santander	9	6	5,73%	3,66%	-0,36	Sucre	4	8	2,55%	4,88%	1,00
Sucre	4	9	2,55%	5,49%	1,15	Valle del Cauca	1	-	0,64%	-	-
Cali	3	8	1,91%	4,88%	1,55	Atlántico	-	2	0,00%	1,22%	-
Meta	5	6	3,18%	3,66%	0,15	Meta	5	5	3,18%	3,05%	0,00
Nariño	6	5	3,82%	3,05%	-0,20	Risaralda	4	6	2,55%	3,66%	0,50
Cesar	3	5	1,91%	3,05%	0,60	Tolima	5	5	3,18%	3,05%	0,00
Risaralda	4	4	2,55%	2,44%	-0,04	Cesar	4	5	2,55%	3,05%	0,25
Córdoba	2	4	1,27%	2,44%	0,91	Barranquilla	9	8	5,73%	4,88%	-0,11
Atlántico	3	3	1,91%	1,83%	-0,04	Cali	8	10	5,10%	6,10%	0,25
Valle del Cauca	4	2	2,55%	1,22%	-0,52	Córdoba	2	5	1,27%	3,05%	1,50
Exterior	1	4	0,64%	2,44%	2,83	Arauca	1	1	0,64%	0,61%	0,00
Barranquilla	4	1	2,55%	0,61%	-0,76	Caldas	-	2	0,00%	1,22%	-
Arauca	1	3	0,64%	1,83%	1,87	Caquetá	1	1	0,64%	0,61%	0,00
Choco	2	2	1,27%	1,22%	-0,04	Chocó	-	2	0,00%	1,22%	-
Guajira	2	2	1,27%	1,22%	-0,04	Quindío	-	2	0,00%	1,22%	-
Magdalena	0	3	0,00%	1,83%	-	Bolívar	2	-	1,27%	-	-
Bolívar	2	1	1,27%	0,61%	-0,52	Casanare	2	-	1,27%	-	-
Casanare	2	1	1,27%	0,61%	-0,52	Amazonas	-	1	0,00%	0,61%	-
Putumayo	2	1	1,27%	0,61%	-0,52	Santa Marta	-	1	0,00%	0,61%	-
Caldas	0	2	0,00%	1,22%	-	Cundinamarca	1	-	0,64%	-	-
Quindío	0	2	0,00%	1,22%	-	Putumayo	1	-	0,64%	-	-
Caquetá	1	1	0,64%	0,61%	-0,04	Cartagena	1	-	0,64%	-	-
Santa Marta	1	1	0,64%	0,61%	-0,04						
Amazonas	0	1	0,00%	0,61%	-						
Cartagena	1	0	0,64%	0,00%	-1,00						
Guainía	0	1	0,00%	0,61%	-						
San Andrés	0	1	0,00%	0,61%	-						
Vichada	0	1	0,00%	0,61%	-						

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 -2023

Respecto a la distribución de los casos, estos proceden 104 municipios, el mayor número de casos se presentan en Cali ocho casos, Cucuta, Ibagué y Sincelejo cinco casos cada uno y Medellin con tres casos. ANEXO 1.

Comportamiento de los indicadores de vigilancia

En 2023, Colombia cumple con los cinco indicadores de los establecidos para el monitoreo de la erradicación de la poliomielitis, tasa de notificación de casos de parálisis flácida aguda (PFA), investigación de casos en las primeras 48 horas, casos con muestra adecuada de heces, envío oportuno, procesamiento oportuno y cumplimiento en la notificación superaron la meta establecida del 80%. (Tabla 4).

TABLA 4 INDICADORES DE VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS. COLOMBIA, 2023

Indicador	Meta	Cumplimiento
Tasa de casos de PFA x 100 000 menores 15 años *	1,00	1,39
Porcentaje de casos investigados en 48 horas	80 %	88,4 %
Porcentaje de casos con muestra adecuada	80 %	86,0 %
Porcentaje de muestras enviadas oportunamente	80 %	87,0 %
Porcentaje de muestras procesadas oportunamente	80 %	87,0 %
Porcentaje de cumplimiento de notificación de UPGD	80 %	98,8 %

* Población DANE 2023 menor de 15 años: 11826449

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023.

En cuanto al indicador de gestión de la vigilancia de casos investigados en las primeras 48 horas; nueve entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Magdalena, Quidío, Risaralda, Santa Marta D.E., Sucre y Valle del Cauca estuvieron por debajo del umbral establecido de 80 %.

El 86 % de los casos contaron con muestra adecuada de heces, el indicador correspondiente al envío de muestras se ubicó en el 87 %, el procesamiento de muestras en menos de 14 días en el laboratorio de virología del INS fue de 87 % este indicador evalúa la gestión realizada por el laboratorio nacional referencia. (ANEXO 3).

La tasa de notificación de parálisis flácida aguda (PFA) para 2023 es de 1,39 casos por cada 100 000 menores de 15 años alcanzando el estándar de la tasa de notificación. Siete entidades territoriales con población inferior a 100 000 menores de 15 años notificaron casos probables, así mismo tres entidades territoriales mantuvieron su tasa de notificación en cero (0). Respecto al reporte de casos en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Santa Marta y Valle del Cauca, la tasa de notificación fue inferior a un caso por cada 100 000 menores de 15 años y 24 entidades territoriales cumplieron con la meta de notificación establecida (Figura 2).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia

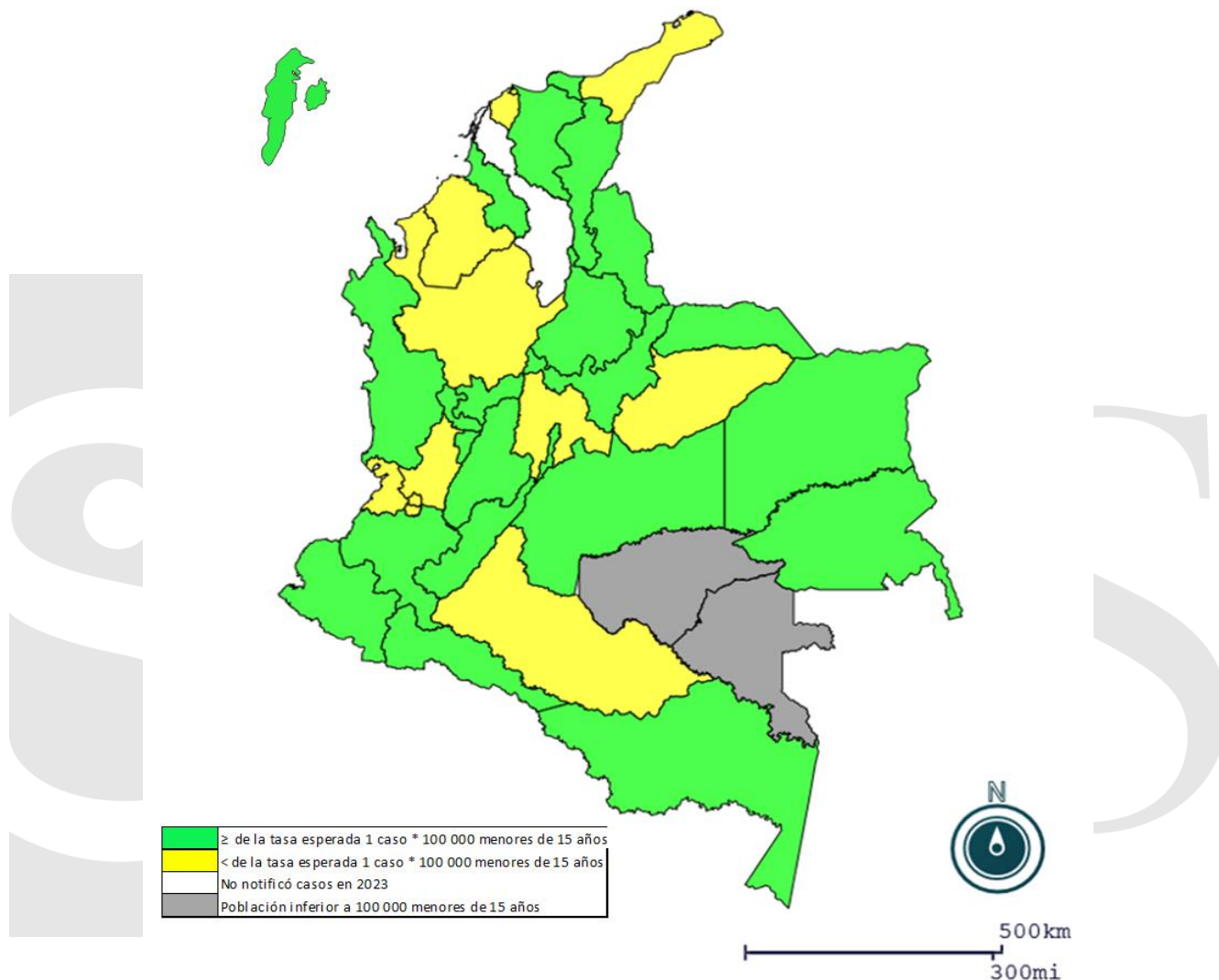


PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

FIGURA 3 TASA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS. COLOMBIA, 2023



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023

El 90,6 % de los casos reportados cuenta con muestra de heces y resultado negativo para aislamiento de poliovirus, el 9,3 % de los casos se identificó enterovirus no polio, respecto a los tres casos sin muestra de heces, un caso se tomó muestra a tres contactos estrechos con resultado negativo para polio/EV, junto con los dos casos restantes cuentan con unidad de análisis a través de las cuales se descartaron los casos. En el 2023 no se presentaron casos positivos de virus vacunal derivado o asociado a la vacuna.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Así mismo, se analizó el cumplimiento de los indicadores de vigilancia para los municipios con población mayor a 100 000 menores de 15 años, los cuales son: Bello, Medellín, Soledad, Valledupar, Montería, Soacha, Villavicencio, Cúcuta, Bucaramanga e Ibagué Tabla 5.

TABLA 5 INDICADORES DE VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA, MUNICIPIOS CON POBLACIÓN MAYOR A 100 000 MENORES DE 15 AÑOS, COLOMBIA, 2023

Departamento	Municipio	Población menor de 15 Años*	Casos notificados	Tasa Notificación	% Muestras recolectadas ≤14 días	% Envío oportuno o ≤6 días	% Casos investigados ≤48 Horas
Antioquia	Bello	107 739	0	0,00	0	0	0
	Medellín	457 802	3	0,87	100	66,7	100
Atlántico	Soledad	173 444	1	0,58	100	100	100
Cesar	Valledupar	150 381	2	1,33	100	100	50
Córdoba	Montería	122 199	2	1,64	100	100	100
Cundinamarca	Soacha	173 444	1	0,58	100	100	100
Meta	Villavicencio	121 531	2	1,65	100	100	100
Norte Santander	Cúcuta	181 827	5	4,40	80	80	100
Santander	Bucaramanga	116 315	0	0,00	0	0	0
Tolima	Ibagué	100 720	5	4,96	80	80	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023. * Población DANE 2023

Evaluación de riesgo de importación de casos de poliovirus

La evaluación del riesgo de país ante la posible introducción de poliovirus salvaje o poliovirus derivado de vacuna circulante comprende el análisis indicadores de inmunidad, el seguimiento de los indicadores de vigilancia, determinantes sociales, la presencia de eventos o brotes de enfermedades prevenibles por vacunación y la capacidad de respuesta a brotes y otros criterios como acceso a servicios básicos de agua potable y saneamiento, la migración, la condición de frontera o punto de entrada.

Para 2023 el riesgo se determinó de acuerdo con el tamaño de la población, se clasificaron las entidades territoriales en menor o mayor de 100 000 menores de 15 años. Para entidades territoriales con población mayor de 100 000 menores 15 años la ponderación es: Inmunidad 54 %, vigilancia

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

36 %, determinantes 10 %; para entidades con población menor de 100 000 menores de 15 años la ponderación es: inmunidad 68 %, vigilancia 20 % y determinantes 12 %; para brotes por enfermedades prevenibles por vacunación es 10 % para todas las entidades territoriales.

La evaluación de riesgo a nivel nacional dio como resultado riesgo medio para tener una emergencia por un evento o brotes por poliovirus si se presentan casos importados por virus salvajes o derivados de vacuna, especialmente en las entidades territoriales con bajas coberturas de vacunación o incumplimiento en los indicadores de vigilancia de la PFA. A nivel subnacional siete (18,4 %) entidades se ubicaron en bajo riesgo, 16 (42,1 %) riesgo medio, 10 (26,3 %) en riesgo alto y cinco (13,2 %) riesgo muy alto. Se analizaron las causas de los departamentos con riesgo alto y muy alto identificando bajas coberturas de vacunación, debilidad en el seguimiento neurológico de 60 días y dificultades al acceso a servicios básicos de agua y saneamiento. (ANEXO 3)

Para la categoría de vigilancia el riesgo a nivel nacional es bajo, teniendo en cuenta el cumplimiento de indicadores de gestión, laboratorio y cumplimiento de la tasa de notificación, de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación el 57,9 % (n=22) de las entidades están en riesgo bajo, 28,9 % (n=11) riesgo medio, 10,5 % (n=4) riesgo alto y 2,6 % (n=1) en riesgo muy alto, siendo el incumplimiento en la tasa de notificación y el bajo cumplimiento en las valoraciones neurológicas de 60 días, las causas principales de riesgo alto y muy alto ANEXO 4.

Vigilancia ampliada de parálisis flácida aguda en personas de 15 a 49 años, en unidades centinela

Ante las recomendaciones de ampliación de la vigilancia de la PFA emitida por la OPS, debido a la confirmación de un caso de cPVDV2 en New York – Estados Unidos, un caso por PVDV1 en Loreto – Perú y el aumento de eventos y brotes a nivel mundial, Colombia adapta la estrategia y amplía la vigilancia de PFA al grupo de edad de 15 a 49 años, en 13 unidades centinela.

Para iniciar con esta estrategia fue necesaria la elaboración del anexo técnico para la vigilancia de PFA en personas de 15 a 49 años, el cual fue socializado en la sesión informativa de lanzamiento el 28 de abril de 2023. En ese sentido, esta vigilancia comenzó a partir de la semana epidemiológica 18 de 2023.

En la selección de unidades centinela se tuvo en cuenta la evaluación de riesgo de importación de PVS o PVDV, además aquellas Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que se encuentran en ciudades fronterizas o puertos de entrada internacionales con elevados flujos migratorios, que cuenten con experiencia en vigilancia centinela de otros eventos, capacidad logística y tecnológica para realizar diagnósticos diferenciales de las PFA. Las UPGD seleccionadas son:

- Antioquia: Hospital San Vicente Fundación
- Arauca: E.S.E Hospital del Sarare
- Bogotá: Hospital Universitario San Ignacio

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

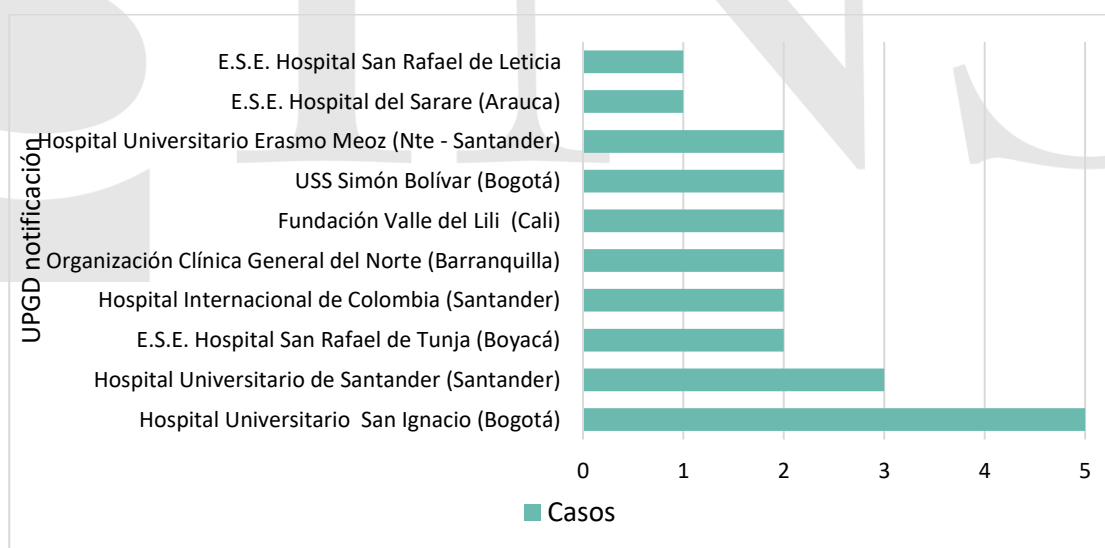
USS Simón Bolívar
Hospital Universitario Mayor Mederi

- Barranquilla: Clínica General del Norte
- Boyacá: Hospital San Rafael de Tunja
- Cartagena: Clínica Madre Bernarda
- Nariño: Fundación Hospital San Pedro
- Norte de Santander: Hospital Universitario Erasmo Meoz
- Santander: Hospital Internacional de Colombia
Hospital Universitario de Santander
- Valle: Fundación Valle de Lili.

Adicionalmente para fortalecer e intensificar la vigilancia centinela se realizará búsqueda activa institucional (BAI) en las UPGD designadas, con periodicidad quincenal.

Desde que inició la vigilancia centinela de PFA semana epidemiológica 18 hasta semana epidemiológica 53 de 2023, las unidades centinela participantes han reportado 23 casos probables en personas de 15 a 49 años, de estos un caso probable corresponde a la entidad territorial de Amazonas, el cual se investiga al pertenecer a comunidad indígena y estar ubicado en area de frontera. La distribución de los casos notificados por cada UPGD centinela se describe en la Figura 4.

FIGURA 4 CASOS PROBABLES NOTIFICADOS EN PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS POR UNIDAD CENTINELA DE NOTIFICACIÓN, COLOMBIA, 2023.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Las UPGD centinela Hospital Universitario Mayor Méderi – Bogotá, Fundación Hospital San Pedro – Nariño, Clínica Madre Bernarda – Cartagena y Fundación Hospital San Vicente – Antioquia no notificaron casos probables, no obstante, han realizado envío de la BAI sin identificar casos que cumplan con la definición operativa de caso.

Las entidades territoriales de procedencia de los casos probables son: Bogotá 6 casos, Santander 3 casos, Arauca, Barranquilla, Boyacá y Norte de Santander, dos casos cada una, Arauca, Barranquilla, Boyacá y Cauca 2 casos cada una, Amazonas, Cesar, Cundinamarca, Cauca y Valle del Cauca, un caso cada una.

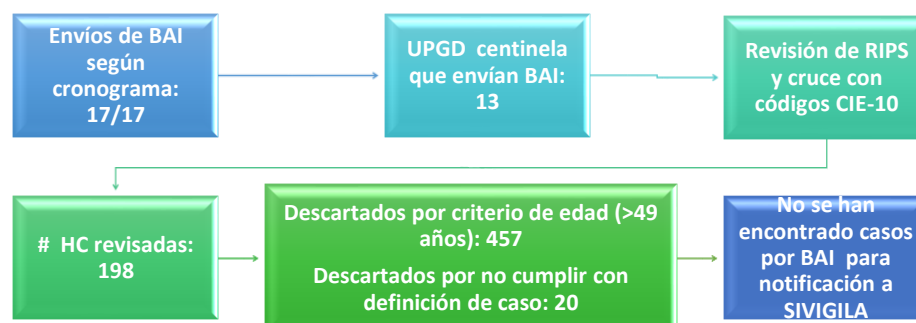
El Síndrome de Guillain Barré (SGB) fue el diagnóstico diferencial que se presentó en mayor proporción con el 63,3 %, seguido por la polineuropatía no especificada 27,8 %.

En cuanto al comportamiento por variables sociales y demográficas, el 63,6 % (n=14) de los casos corresponde a hombres. Con relación a la edad, el grupo de edad con el mayor porcentaje de casos probables es el de 35 a 39 años con el 22,3 % (n=5). En cuanto al régimen de afiliación en salud, se encontró que el mayor porcentaje de casos pertenece al régimen contributivo con 54,5 % (n=12), un caso no contaban con ningún tipo de aseguramiento.

Todos los casos fueron descartados con resultado de laboratorio negativo para poliovirus, asimismo, no se identificaron casos de enterovirus no polio.

Se elaboró un cronograma para envío quincenal de la BAI de casos de PFA en personas de 15 a 49 años, por parte de las UPGD centinela. Se ha realizado la recepción, revisión y consolidación de los BAI remitidos por las UPGD centinela en el formato establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para 2023, se realizaron 17 envíos con un cumplimiento del 97 %, se revisaron 192 historias clínicas, 20 casos descartados por no cumplir con definición de caso y 457 casos descartados por edad (mayores de 50 años) Figura 5.)

FIGURA 5 CONSOLIDACIÓN INFORMES QUINCENALES DE BAI DE PFA EN PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS EN UPGD CENTINELA, COLOMBIA, 2023



Fuente: Tableros BAI consolidada Sivigila 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Vigilancia de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencia primaria en dos unidades centinela

Las inmunodeficiencias primarias (PID, por sus siglas en inglés) representan un grupo de trastornos genéticos del sistema inmune que debilitan el sistema inmunitario y permiten que las infecciones y otros problemas de salud se desarrollen con mayor facilidad (18). Las personas con PID que afectan el sistema de células B tienen mayor riesgo de desarrollar Poliomiелitis Parálitica Asociada a la Vacuna (VAPP) al recibir VOP o al estar en contacto cercano con alguien recientemente vacunado (19).

En este contexto, para fortalecer e intensificar la vigilancia de PFA, Colombia acoge las estrategias de erradicación de la poliomiелitis de la OMS y las orientaciones en la vigilancia de excreción de poliovirus en PID emitidas por la OPS / OMS. Por tanto, decide e implementar la vigilancia de poliovirus en PID mediante la vigilancia centinela en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD).

Para implementar esta estrategia, se elaboró un anexo técnico para la vigilancia de la excreción de poliovirus en personas con PID, este anexo fue presentado en la sesión informativa de lanzamiento el 28 de abril de 2023. Se presentaron algunas dificultades en la identificación de las UPGD que diagnostican y tratan a los pacientes con PID, para comenzar de esta vigilancia centinela. Sin embargo, durante el mes de julio se logró un acercamiento más efectivo con las unidades de salud de referencia para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos de inmunodeficiencia primaria, estableciendo como unidades centinela la Fundación Hospital La Misericordia (HOMI) y el Hospital Infantil Universitario de San José en Bogotá.

Se realizó la construcción de la base de datos para el seguimiento de pacientes con PID en riesgo de excreción por poliovirus, la cual contiene el instructivo de diligenciamiento y 39 variables validadas que dan cuenta de: UPGD centinela, identificación y características demográficas del paciente, diagnóstico PID, PFA, antecedente vacunal contra polio, recolección muestra para polio y seguimiento.

Para 2023 se identificaron y estudiaron 18 pacientes con inmunodeficiencias primarias, el Hospital Infantil Universitario de San José ha captado 12 casos y la Fundación Hospital La Misericordia (HOMI) ha recolectado 6 muestras, todos con resultado negativo para poliovirus.

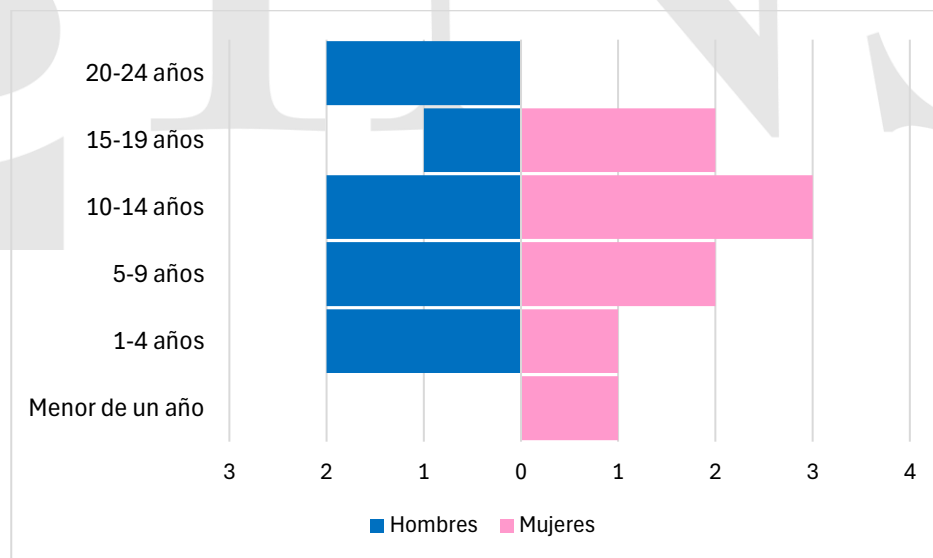
TABLA 6 DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS IDENTIFICADOS, 2023, COLOMBIA.

CIE-10	Diagnóstico	Casos
D848	Otras inmunodeficiencias especificadas	7
D849	Inmunodeficiencia primaria	4
D839	Inmunodeficiencia variable común no especificada	1
	Otras inmunodeficiencias con predominio de defectos de los	
D808	anticuerpos	1
	Inmunodeficiencia combinada severa [IDCS] con linfocitopenia T y	
D811	B	1
D824	Síndrome de hiperinmunoglobulina e [IgE]	1
Q210	Defecto del tabique ventricular	1

Fuente: Base de datos PID – Fundación Hospital La Misericordia y Hospital Infantil Universitario de San José, 2023

En cuanto al comportamiento por variables sociales y demográficas, el 50% (n=9) de los casos corresponde a hombres. Con relación a la edad, el grupo de edad con el mayor porcentaje de casos reportados, hasta semana epidemiológica 09 de 2024 es el de 10 a 14 años con el 27,7 % (n=5).

FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD DE LOS PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS IDENTIFICADOS, 2023, COLOMBIA



Fuente: Base de datos PID – Fundación Hospital La Misericordia y Hospital Infantil Universitario de San José, 2023

Con relación a la procedencia de los pacientes identificados, el 89 % (n=16) pertenecen a Bogotá, Cundinamarca y Caquetá un caso cada una.

4. Discusión

La estrategia de erradicación de polio 2022 – 2026 “Cumpliendo una promesa” propuesta por la OMS y la Iniciativa Global de Erradicación de la Poliomielitis (GPEI por sus siglas en inglés) (4), entra en la fase final para lograr la erradicación de la poliomielitis por polio virus salvaje (PVS) y poliovirus derivado de vacuna (PVDV) a nivel mundial, cuenta con cuatro estrategias o pilares fundamentales, la vigilancia constituye una de estas líneas; teniendo en cuenta esto, la importancia y trascendencia en la era post-erradicación para el país, es necesario garantizar sistemas de vigilancia sensibles y coberturas de vacunación a cohortes susceptibles con polio eficaz y eficiente.

La confirmación de dos casos de PVS1 en la Región del África en marzo de 2022, vinculados genéticamente a la transmisión en Pakistán (38); así mismo, en la Región de las Américas en Estados Unidos la confirmación en 2022 de un caso de cPVDV2 vinculado genéticamente con los poliovirus identificados en aguas residuales en Israel y Reino Unido y un caso por PVDV1 detectado en Loreto – Perú (11), demuestra la capacidad del virus polio para propagarse a otros países a través de viajes internacionales y migraciones. En la evaluación de riesgo de importación por PVS o PVDV el país obtuvo una calificación de bajo riesgo, pero este no es homogéneo en todas las entidades territoriales, generando intranquilidad sobre todo en aquellas entidades donde la clasificación de riesgo es muy alto o alto; para garantizar la sensibilidad en la captación, notificación e investigación oportuna de casos de PFA se ha realizado fortalecimiento en la vigilancia, acogiendo a las recomendaciones emitidas por la OMS/OPS, en cumplimiento de los objetivos de la erradicación mundial de la poliomielitis.

La sensibilidad del sistema de vigilancia se evalúa por medio de los indicadores; para 2023 Colombia cumplió con la meta de tasa de notificación; 67 % (n=24) entidades territoriales cumplieron la meta establecida, es de resaltar que 6 departamentos con población inferior a 100 000 menores de 15 años notificaron un caso cada uno, mostrando la sensibilidad para identificar y notificar casos probables, en estos territorios.

En cuanto a los 4 indicadores de gestión y calidad en 2023 se evidencia cumplimiento a nivel nacional, la investigación epidemiológica de campo en menos de 48 horas se ubicó en 88,4 %, el cual ha aumentado paulatinamente en los últimos 5 años, en 26 de 38 entidades territoriales que notificaron casos el indicador se cumplió; los factores que influyen para no realizar las acciones en las primeras 48 horas de notificación son problemas de acceso a los territorios por condiciones geográficas o conflicto armado, alta rotación de talento humano tanto en las UPGD y en las áreas de vigilancia epidemiológica y salud pública; en cuanto a la poca adherencia tanto al protocolo de vigilancia y la oportunidad para ajuste de variables en Sivigila se trabaja permanentemente a través de asistencias

técnicas, fortalecimiento y capacitaciones en todos los departamentos y distritos, lo cual puede relacionarse con el aumento en el indicador nacional. Países latinoamericanos como Chile, Ecuador, Paraguay atribuyen el bajo cumplimiento del indicador al cambio de domicilio de los casos, barreras geográficas entre otros.

El indicador de recolección y envío oportuno de las muestras a nivel nacional alcanzo la meta establecida, aunque 8 entidades no cumplen con el envío oportuno de muestras el cual se encuentra asociado a la gestión tardía en la contratación del transporte de muestras para los eventos de interés en salud pública.

Las ciudades capitales que concentran las instituciones de alta complejidad como Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cúcuta, Neiva y Medellín se constituyen en los mayores notificadores de casos; esto demuestra la baja adherencia al protocolo de vigilancia y el mecanismo de notificación inmediata de casos en UPGD de menor complejidad, ya que identifican los casos y estos son remitidos al siguiente nivel sin notificación al sistema de vigilancia, lo que repercute en la implementación de las acciones de campo, en particular los casos con procedencia de otras entidades territoriales.

Aunque el país ha cumplido con los 5 indicadores internacionales de vigilancia de PFA, este comportamiento no es homogéneo a nivel subnacional, causando preocupación dado que se debe garantizar tanto la sensibilidad en la detección de casos de PFA como la oportunidad en las acciones de control que tienen como finalidad la caracterización del caso y contención ante un posible caso confirmado.

En cuanto a las variables sociales y demográficas muestra una mayor proporción de casos el sexo masculino, sin presentar diferencias estadísticamente significativas; estudios previos informan que la PFA suele afectar más a los niños que a las niñas, en España un estudio mostró que el 57,4 de los casos pertenecen a sexo masculino, mientras que en Chile el 57 % de la casos son hombres (22); para el periodo analizado el promedio de edad fue 7 años, la mayoría de casos se presentaron en el grupo de 5 a 9 años, seguido por el grupo de 10 a 14 años, sin presentar una diferencia estadísticamente significativa, algunos estudios del comportamiento epidemiológico de la PFA han reportado una mayor proporción en niños en el grupo de 5 a 9 años (23). Entre tanto, la variable pertenencia étnica reporta 7 casos en población indígena y cinco casos en población afrocolombiana, el incremento en la notificación de casos probables es atribuible al fortalecimiento realizado a nivel nacional y a la implementación de la estrategia de vigilancia basada en comunidad (24).

La presentación clínica más común es la fiebre, dolor muscular y progresión ascendente, siendo estadísticamente significativo en el grupo de 10 a 14 años, similar a otros estudios en medio oriente, Honduras y Países Bajos, donde reportan debilidad muscular en extremidades inferiores y dolor muscular neuropático o radicular, entre otros, es de aclarar que la presentación clínica de las PFA es

heterogénea, algunos pacientes alcanzan la discapacidad en 24 horas mientras que otros hasta en 4 semanas posterior al inicio de la enfermedad (24).

El indicador de valoración neurológica de 60 días muestra bajo cumplimiento inferior al 50 %, este evalúa la gestión de las EAPB, el comportamiento en el país ha sido estacionario, estudios en Chile, Honduras, España, muestran que inciden varios factores en el cumplimiento del seguimiento como controles en centros diferentes al que captó el caso, cambio de residencia, resistencia por parte de los padres a los seguimientos (24).

El país en los últimos 5 años se ha mantenido en riesgo medio, mostrando un sistema de vigilancia eficiente y sensible (15). Es importante reconocer que el riesgo no es homogéneo, es decir cada entidad territorial tiene nivel de riesgo y condiciones de vulnerabilidad diferentes de acuerdo con los resultados de la evaluación, de igual manera este riesgo no es estacionario, por lo tanto, es necesario realizar periódicamente el análisis con el fin de realizar seguimiento y adoptar medidas de mitigación.

Ante esto se han implementado acciones para garantizar el cumplimiento de la vigilancia en todas las entidades territoriales, se inicia con la priorización de entidades territoriales que están en muy alto o alto riesgo o que su riesgo incrementó, de acuerdo con esta priorización se realizan asistencias técnicas virtuales o presenciales, haciendo énfasis en los procesos de vigilancia como son notificación super inmediata, investigación de casos en las primeras 48 horas, BAI, cumplimiento de indicadores, seguimiento neurológico.

Las coberturas globales de tercera dosis de polio disminuyeron del 86% en 2019 a 80% en 2021, para la región de las Américas en los últimos 5 años las coberturas no han superado el 90%, siendo el 2021 el más bajo con el 79%, en 2022 la cobertura regional fue de 83 % (25). Para el país del 2016 a 2019 las coberturas superaron el 90%, mientras que para 2020 se ubicó en 88%, 2021 86%, 2022 86 % y 89 % en 2023. Debido a las bajas coberturas y debilidades en los sistemas de vigilancia territoriales en el país aumenta el riesgo de brotes por polio virus salvaje o derivado de vacuna (26).

En el contexto de las alertas de casos confirmados en la región de las Américas e incremento de brotes por cPVDV a nivel mundial, Colombia decide ampliar la vigilancia de las PFA en adolescentes y adultos hasta los 49 años e implementar la vigilancia de excreción de poliovirus en PID, para mantener y fortalecer los procesos de detección en miras de preservar la certificación de erradicación, garantizar el territorio libre de polio, preparar los equipos de respuesta inmediata ante la posible detección de un caso de polio tomando como referencia las recomendaciones de la OPS en términos de mantener activa la vigilancia.

Como resultado de la ampliación vigilancia de PFA en personas de 15 a 49 años, en las 13 unidades centinela se notificaron 23 casos probables, el 63,6 % de los casos se presentaron en hombres, el promedio de edad fue 32 años y el diagnóstico diferencial que se identificó en mayor proporción fue

SGB, estudios muestran que el SGB ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres y la incidencia aumenta con la edad, aunque todos los grupos de edad pueden verse afectados (27).

Colombia suscribió el compromiso de erradicar de la poliomielitis de su territorio y proveer acceso a los servicios de vacunación para todos los niños con el Plan de Erradicación de la Poliomielitis 1987 – 1990, el cual tuvo como acción principal la vacunación con dos dosis de vacuna antipolio a todos los niños menores de 5 años independiente que tuvieran o no el esquema completo. Durante los años del plan se realizaron jornadas de vacunación masivas alcanzando cobertura con antipolio del 89 %. De acuerdo con el antecedente de las acciones realizadas para la erradicación de la polio en Colombia, se estableció que la población susceptible y objeto de la vigilancia centinela es el grupo de 15 a 49 años (28).

De acuerdo con el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) reconoció la excreción crónica de iVPDV como un riesgo a nivel mundial para la erradicación de poliovirus. Además del riesgo de desarrollar poliomielitis paralítica, los individuos infectados con iVPDV presentan el riesgo potencial de iniciar brotes de PVDV (29). La transmisión comunitaria y en el hogar de los iVPDV o cepas Sabin excretadas por un paciente con PID ha sido poco común hasta la fecha (30). El riesgo de propagación comunitaria de iVPDV puede aumentar con la reducción de la inmunidad en la población esperada después de la erradicación del poliovirus salvaje. Se ha sugerido que de cinco a diez años después del cese del uso de VOP, los excretores asintomáticos de iVPDV a largo plazo que viven en países con saneamiento deficiente (lo que aumenta el potencial de transmisión fecal-oral intensa de poliovirus) representan un riesgo significativo para el resurgimiento de la circulación de poliovirus (31). En Colombia en 2009 se presentó el primer caso de poliomielitis por poliovirus derivado de vacuna en un paciente inmunodeficiente iVPDV de 15 meses de edad y procedente del municipio de Marulanda (Caldas). Un segundo caso se reportó en el municipio de Tuluá (Valle del Cauca), en una paciente inmunodeficiente de 11 meses de edad en el 2018. Estos casos constituyeron lecciones aprendidas para la respuesta de futuros brotes de la enfermedad (12).

De acuerdo con las orientaciones emitidas por la OMS/OPS de vigilar la excreción de poliovirus en PID y debido a los casos de iVPDV presentados en el país, se decide establecer la vigilancia de excreción de poliovirus en PID en las UPGD Fundación Hospital La Misericordia y Hospital Infantil Universitario San José, instituciones de salud de alta complejidad donde reciben atención y tratamiento los PID, para así determinar las cohortes y realizar recolección de muestras para análisis de poliovirus. Como resultado de la estrategia en 2023 se identificaron y recolectaron muestras a 18 PID, todos con resultado negativo.

5. Conclusiones

- Para el 2023 no se confirmaron casos por PVS o PVDV en Colombia.
- Se cumplió con la meta de tasa de notificación de casos de PFA con 1,39 casos por 100.000 menores de 15 años.
- Se observó un incremento del 6,5 % en el número de casos probables de PFA notificados en el año 2022, con respecto al año inmediatamente anterior.
- El país cuenta con un sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda sensible, cumpliendo con 5 de 5 indicadores internacionales.
- La mayor proporción de casos notificados se encuentra en el grupo de edad de 5 a 9 años y por sexo la mayor proporción de notificación fue en hombres.
- El 5 % de las entidades territoriales no notificaron casos para el evento por lo cual su tasa de notificación permaneció en 0 casos por 100 000 menores de 15 años.
- El 75 % de las entidades territoriales con población inferior a 100 000 menores de 15 años, notificó casos en 2023.
- El 96,2 % de los casos notificados tuvo muestra de heces y el 91,7 % de los casos con muestra tuvo un resultado negativo para aislamiento de poliovirus.
- El país en la evaluación de riesgo de importación de casos por poliovirus a nivel nacional se ubicó en riesgo medio, en mayor medida por la debilidad en el seguimiento neurológico de 60 días y acceso a servicios básicos de agua y saneamiento.
- Con las estrategias de ampliación de la vigilancia de PFA en personas 15 a 49 años y vigilancia de excreción de poliovirus en PID, se evidencia que no hay circulación de PVS o PVDV en el país.

6. Recomendaciones

- Se recomienda establecer acciones para el mantenimiento del sistema de vigilancia sensible y altas coberturas de vacunación.
- Se recomienda capacitación y sensibilización a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública para la implementación de acciones individuales y colectivas ante todo caso probable de PFA para garantizar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia establecidos en el Plan de Erradicación.
- Se recomienda establecer búsquedas activas institucionales para asegurar la captación de todos los casos de PFA.
- Se recomienda fortalecer la vigilancia en las entidades territoriales teniendo en cuenta la complejidad requerida para el diagnóstico de los casos, sobre todo aquellas que no cumplen con los indicadores de vigilancia.
- Cuando no se cuente con muestra adecuada, se debe garantizar muestra a los contactos cercanos del caso.
- Se recomienda contar con un plan de respuesta a brotes y equipos de respuesta inmediata para dar respuesta adecuada ante un evento o brote de polio.
- Se recomienda a las UPGD de mayor complejidad sensibilizar al recurso humano especializado en la notificación de casos con diagnósticos diferenciales.
- Fortalecer los procesos de notificación inmediata reduciendo el tiempo de desarrollo de las acciones de campo.
- En cuanto a los laboratorios departamentales de salud pública se recomienda gestionar los recursos requeridos para el transporte de las muestras al laboratorio nacional de referencia.
- Dado el alcance que tiene este proceso en la era de post-erradicación en el país, se requieren procesos de vigilancia del evento y una vacunación de cohortes de susceptibles con polio eficaces y eficientes.
- Se recomienda continuar con las estrategias de ampliación de vigilancia de PFA.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

- Se recomienda continuar con la capacitación y sensibilización a todas las unidades centinela participantes en las estrategias vigilancia ampliada de PFA, para garantizar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia establecidos.

7. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Poliomielitis. [Internet] 2022. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomielitis>
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Polio - Vaccine Preventable Diseases surveillance Manual [Internet] 2024. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt12-polio.html>
3. Polio Eradication Initiative. Our misión. [Internet]. 2022. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://polioeradication.org/who-we-are/our-mission/>
4. Polio Eradication Initiative. Estrategia de erradicación de la poliomielitis 2022-2026: Cumpliendo una promesa. [Internet] 2023. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>
5. Polio Eradication Initiative. The two polio vaccines [Internet]. Polioeradication.org. Fecha de consulta 10 de junio de 2024. Disponible en: <https://polioeradication.org/news-post/the-two-polio-vaccines/>
6. Fernández-Cruz Pérez E, Rodríguez-Sainz C. Inmunología de la poliomielitis: vacunas, problemas para la prevención/erradicación e intervenciones de futuro. Rev Esp Salud Publica. 2018. Fecha de consulta 09 de junio de 2024; 87(5):443–54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Organización Mundial de la Salud. Declaración del trigésimo octavo Comité de Emergencia del RSI contra la poliomielitis [Internet] 2024. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/08-04-2024-statement-following-the-thirty-eighth-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-for-polio>
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración del trigésimo séptimo Comité de Emergencia del RSI contra la poliomielitis [Internet] 2023. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/22-12-2023-statement-following-the-thirty-seventh-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-for-polio>
9. Organización Panamericana de la Salud. 25 años de la certificación de la eliminación de la polio en las Américas: Un logro que alentó la esperanza de vivir en un mundo sin polio [Internet] 2019. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-8-2019-25-anos-certificacion-eliminacion-polio-americas-logro-que-alento-esperanza>

10. Kew O, Morris-Glasgow V, Landaverde M, Burns C, Shaw J, Garib Z, et al. Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived Poliovirus. Science [Internet]. 2002 Fecha de consulta 09 de junio de 2024; 296(5566):356–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1068284>
11. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica Poliomiélitis en la Región de las Américas - 23 de marzo de 2023 [Internet]. Paho.org. 2023 Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-poliomielitis-region-americas-23-marzo-2023>
12. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda 2024 [Internet]. 2024 Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro%20Par%C3%A1lisis%20Fl%C3%A1cida%20Aguda%202024.pdf>
13. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia centinela de parálisis flácida Aguda personas de 15 a 49 años en Unidades Primarias Generadoras de Datos, Colombia [Internet]. Gov.co. 2023 fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo PFA 15-50 a%C3%B1os 2023.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia de excreción de poliovirus en personas con inmunodeficiencia primaria en Unidades centinela, Colombia, Colombia [Internet]. Gov.co. 2023. fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo PFA 15-50 a%C3%B1os 2023.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud. Tablero de vigilancia de Polio [Internet]. Paho.org. 2022 fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/polio-surveillance-dashboard>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones PAI 2024 [Internet]. Gov.co. 2023 fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamiento-gestion-administracion-pai-2024.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet] 1993. fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
18. Aghamohammadi A, Abolhassani H, Kutukculer N, Wassilak SG, Pallansch MA, Kluglein S et al. Patients with primary immunodeficiencies are a reservoir for neurovirulent vaccine-derived poliovirus strains and represent a risk to the polio eradication. Front Immunol 2017;8(685):1- 10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2017.00685/full>

19. Kew OM, Sutter RW, de Gourville EM, Dowdle WR, Pallansch MA. Vaccine-derived polioviruses and the endgame strategy for global polio eradication. *Annu Rev Microbiol* 2005;59:587-635. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16153180/>
20. Polio Eradication Initiative. Variant Poliovirus (cVDPV) [Internet]. fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/variant-poliovirus-cvdpv/>
21. Polio Eradication Initiative. Orientaciones para la implementación de la vigilancia de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias (PID) [Internet]. 2022. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>
22. Torner N, Rabella N, del Cuerpo M, Martínez A, Jané M. La erradicación de la poliomielitis en el mundo y la importancia de una vigilancia de calidad de las parálisis flácidas: estudio descriptivo, Cataluña 1999-2018 [Internet]. *Enfermedades emergentes*. 2020 [citado el 26 de junio de 2024]. Disponible en: http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a737/ENF2020-19-1_Original_Dra_Torner.pdf
23. Vigilancia epidemiológica de las Parálisis Flácidas Agudas (PFA) en menores de 15 años [Internet]. Minsal.cl. 2020 [citado el 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/Vigia24.pdf#page=39>
24. Molinero MR, Varon D, Holden KR, Sladky JT, Molina IB, Cleaves F. Epidemiología del síndrome de Guillain-Barré infantil como causa de parálisis flácida aguda en Honduras: 1989—1999. *J Child Neurol* [Internet]. 2003 Fecha de consulta 09 de junio de 2024;18(11):741–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14696900/>
25. Organización Mundial de la Salud. Poliomyelitis vaccination coverage [Internet] 2022. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/POL.html?CODE=amr+COL&ANTIGEN=POL3&YEAR=>
26. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la 14a Reunión de la Comisión Regional de Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Polio en las Américas. [Internet] 2023. Fecha de consulta 09 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/14a-reunion-comision-regional-certificacion-erradicacion-poliomielitis-region-americas>
27. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain–Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2019 Fecha de consulta 09 de junio de 2024;15(11):671–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41582-019-0250-9>
28. Plan de erradicación de la Poliomielitis 1987-1990 - Colombia [Internet]. The Communication Initiative Network. [Internet]. Fecha de consulta 04 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.comminit.com/content/plan-de-erradicaci%C3%B3n-de-la-poliomielitis-1987-1990-colombia>

29. Alexander JP, Ehresmann K, Seward J, Wax G, Harriman K, Fuller S, et al. Transmission of imported vaccine-derived poliovirus in an undervaccinated community in Minnesota. J Infect Dis 2009 Feb 1;199(3):391-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19090774/>
30. Avellon A, Cabrerizo M, de Miguel T, et al. Paralysis case and contact spread of recombinant vaccine-derived poliovirus, Spain. Emerg Infect Dis 2008;14(11):1807-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630745/>
31. Duintjer Tebbens RJ, Thompson KM. Comprehensive screening for immunodeficiency-associated vaccine-derived poliovirus: an essential oral poliovirus vaccine cessation risk management strategy. Epidemiol Infect. 2017 Jan;145(2):217-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5197684/>

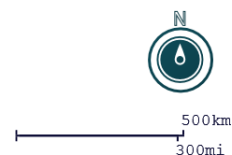
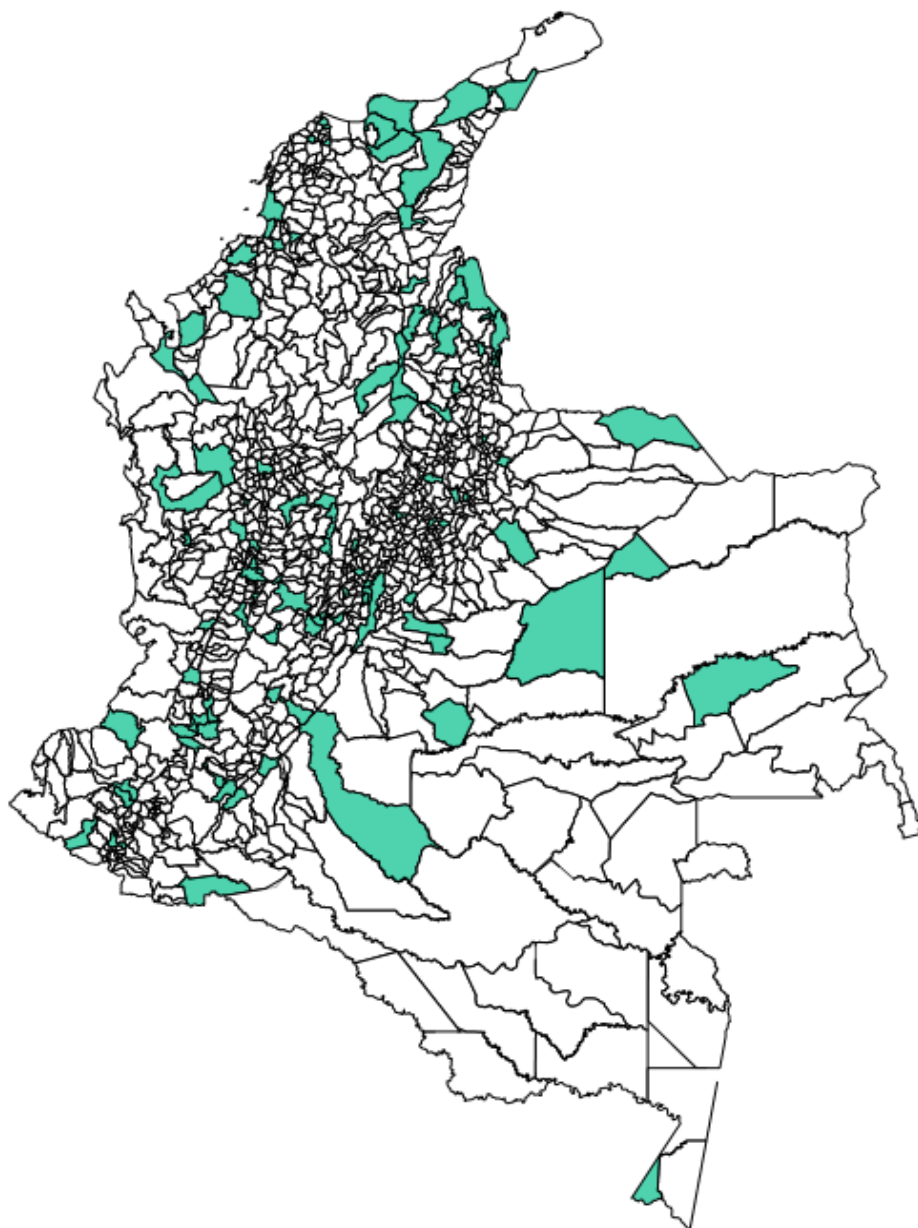


www.ins.gov.co



8. Anexos

ANEXO 1 CASOS PROBABLES PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS POR MUNICIPIO DE PROCEDENCIA, COLOMBIA, 2023



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 2 BOLETÍN DE INDICADORES DE VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS, COLOMBIA, 2023

 Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional De Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública Grupo Enfermedades Transmisibles - Equipo Inmunoprevenibles  MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL										
Boletín Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda, Semanas 01-52 de 2023, Colombia										
Entidad territorial	Número de casos esperados	Número de casos notificados	Número de casos con muestra	% Muestras recolectadas ≤14 días	% Muestras enviadas ≤ 6 días posterior a la recolección	% Muestras procesadas ≤14 días*	% Casos investigados ≤48 horas	Población menor de 15 años	Tasa de notificación menores < 15 años	% Cumplimiento de las UPGD
Amazonas	0	1	1	0,0	100,0	100,0	100,0	28775	3,48	100,0
Antioquia	14	9	9	88,9	77,8	88,9	77,8	1415935	0,64	99,1
Arauca	1	3	3	100,0	100,0	66,7	100,0	88094	3,41	97,1
Atlántico	4	3	3	100,0	66,7	33,3	66,7	387787	0,77	98,5
Barranquilla	3	1	1	100,0	100,0	100,0	0,0	294874	0,34	100,0
Bogotá D.C.	14	18	18	94,4	100,0	83,3	94,4	1441040	1,25	99,2
Bolívar	3	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	336307	0,30	99,0
Boyacá	3	9	9	88,9	100,0	100,0	100,0	285229	3,16	99,0
Buenaventura	1	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	105975	0,0	100,0
Caldas	2	2	2	0,0	100,0	100,0	100,0	199399	1,00	98,3
Cali	5	8	8	62,5	100,0	87,5	100,0	468183	1,71	99,4
Caquetá	1	1	1	100,0	0,0	100,0	100,0	121288	0,82	100,0
Cartagena	3	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	254941	0,0	100,0
Casanare	1	1	1	0,0	100,0	100,0	100,0	117484	0,85	100,0
Cauca	4	9	9	88,9	77,8	88,9	88,9	358886	2,51	95,4
Cesar	4	5	5	100,0	100,0	80,0	80,0	388476	1,29	97,8
Choco	2	2	2	50,0	50,0	100,0	100,0	175167	1,14	93,0
Córdoba	5	4	3	100,0	66,7	66,7	100,0	486040	0,82	98,1
Cundinamarca	8	7	7	100,0	100,0	100,0	85,7	794653	0,88	100,0
Guainía	0	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	19514	5,12	100,0
La Guajira	3	2	1	100,0	0,0	100,0	100,0	329824	0,61	99,3
Guaviare	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	28217	0,0	94,1
Huila	3	8	8	100,0	87,5	100,0	87,5	303175	2,64	99,0
Magdalena	3	3	3	33,3	100,0	66,7	66,7	269309	1,11	96,6
Meta	3	6	6	100,0	100,0	100,0	83,3	264400	2,27	99,2
Nariño	4	5	5	60,0	100,0	60,0	80,0	367053	1,36	100,0
Norte Santander	4	16	16	87,5	62,5	68,8	93,8	408152	3,92	100,0
Putumayo	1	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	99630	1,00	100,0
Quindío	1	2	2	100,0	100,0	50,0	50,0	104034	1,92	96,5
Risaralda	2	4	4	100,0	100,0	100,0	75,0	189860	2,11	100,0
San Andrés	0	1	1	100,0	100,0	100,0	100,0	14434	6,93	100,0
Santa Marta D.E.	1	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	134364	0,74	96,2
Santander	5	6	6	100,0	100,0	100,0	100,0	500970	1,20	99,6
Sucre	3	9	9	100,0	55,6	88,9	77,8	252343	3,57	100,0
Tolima	3	12	12	91,7	91,7	100,0	100,0	285045	4,21	96,0
Valle del Cauca	4	2	2	100,0	100,0	100,0	50,0	445504	0,45	99,3
Vaupés	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	20855	0,0	80,0
Vichada	0	1	1	0,0	0,0	0,0	100,0	41233	2,43	100,0
Promedio o Total Nacional	118	164	161	86,0	87,0	87,0	88,4	11826449	1,39	98,8
Fuente: Sivigila Tasa esperada a semana 52= 1,00 casos por 100 000 menores de 15 años * Para el cálculo del indicador, en el denominador se tomaron la totalidad de casos										

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia

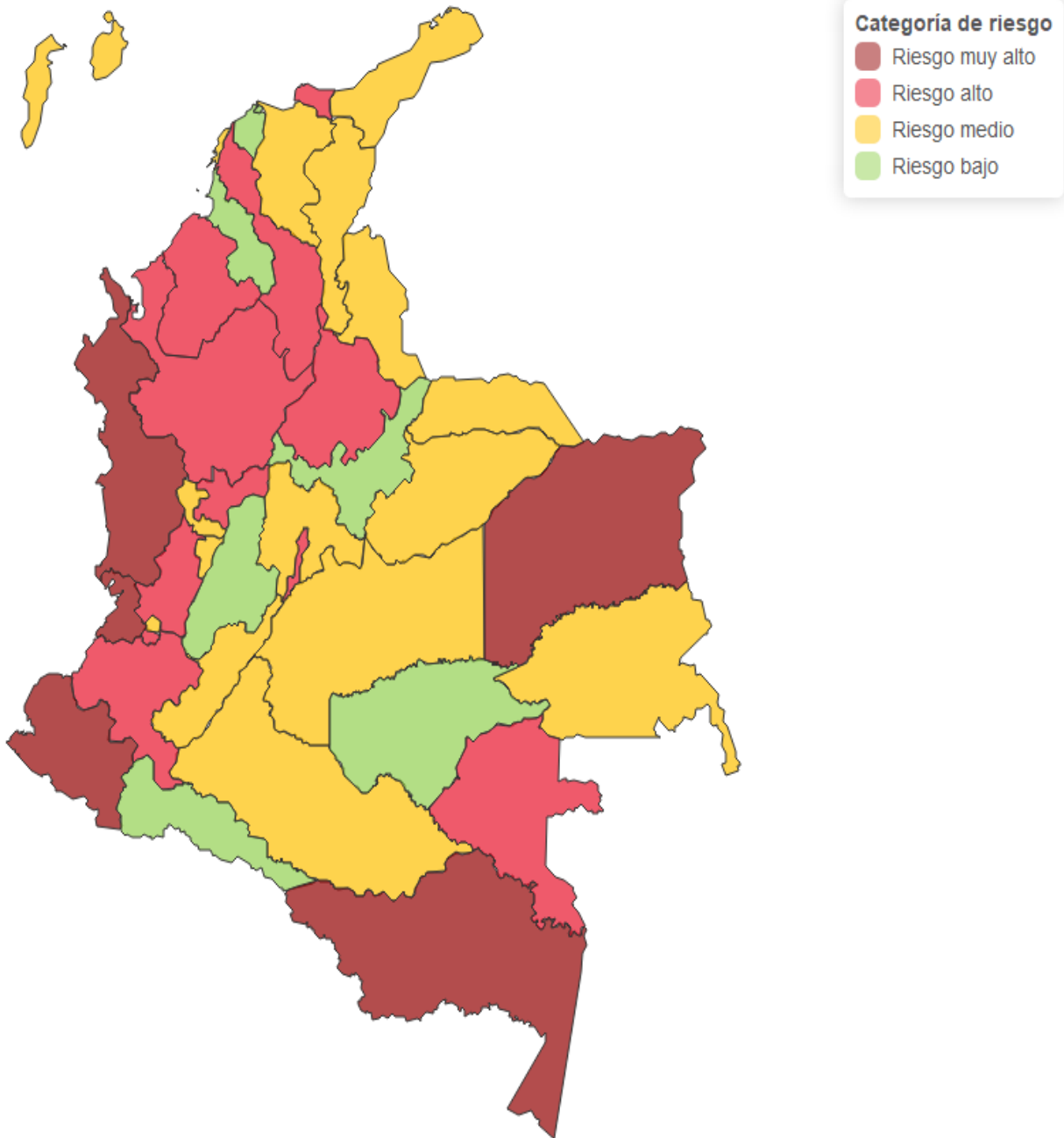


@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 3 EVALUACIÓN DE RIESGO POR ENTIDAD TERRITORIAL, COLOMBIA, 2023



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Dashboard OPS 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia

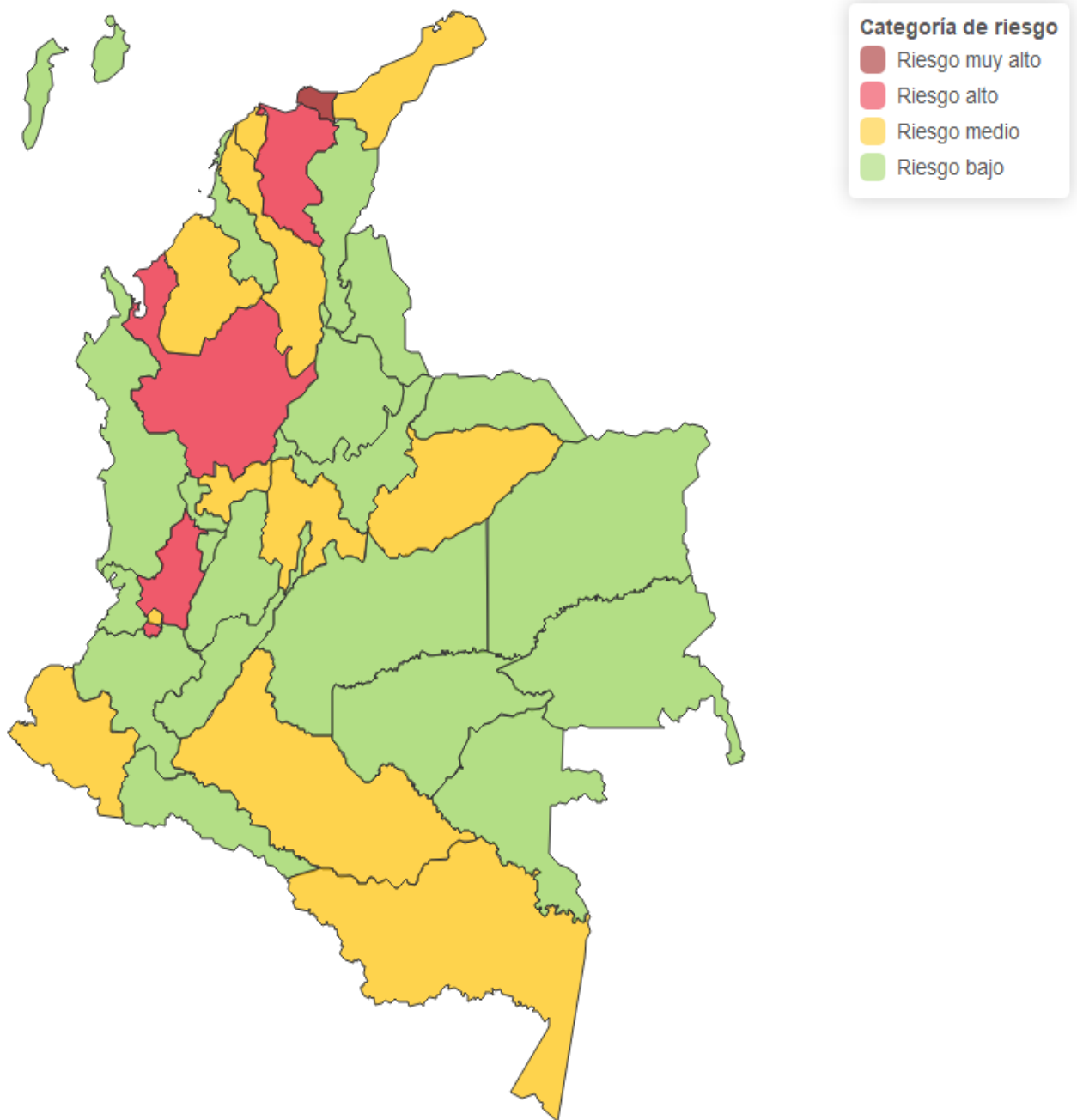


@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

ANEXO 4 EVALUACIÓN DE RIESGO COMPONENTE VIGILANCIA POR ENTIDAD TERRITORIAL, COLOMBIA, 2023



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Dashboard OPS 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia