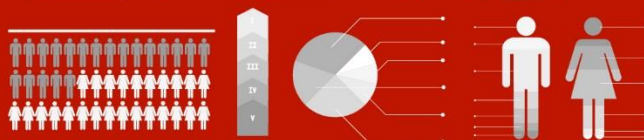


# BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLÓGICO** SEMANAL

## Contenido

Portada .....	1
Cumplimiento en la notificación .....	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	16
Enfermedades transmitidas por vectores.....	20
Infecciones de transmisión sexual .....	38
Micobacterias.....	42
Zoonosis .....	44
Factores de Riesgo Ambiental.....	50
Enfermedades no Transmisibles .....	53
Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública.....	58

Dirección de Vigilancia y  
Análisis del Riesgo en  
Salud Pública



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



Semana epidemiológica número 01 de 2016 (03 ene. al 09 ene.)



### “FIN DEL BROTE MÁS RECIENTE DE ÉBOLA EN LIBERIA, PERO NO PUEDEN DESCARTARSE NUEVOS BROTES”.

14 de enero de 2016 -- La OMS declara hoy el fin del brote más reciente de enfermedad por el virus del Ébola en Liberia. No obstante, la Organización advierte de que la tarea no se ha completado, puesto que no pueden descartarse nuevos brotes, y de que en los meses venideros será fundamental esforzarse por mantener los sistemas de vigilancia y respuesta.

Si desea más información sobre este tema ingrese al siguiente enlace:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/ebola-zero-liberia/es/>



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2015* establecen que:

Todos los integrantes del Sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deberán efectuar 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.

De esta manera, las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) deben efectuar el envío de la notificación al Instituto Nacional de Salud los miércoles antes de las 3:00 p.m. únicamente a los correos [ins.sivigila@gmail.com](mailto:ins.sivigila@gmail.com) y [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co).

El resultado del procesamiento y análisis de los datos recibidos semanalmente es expuesto en el presente boletín. La información aquí contenida está sujeta a los ajustes que se presenten en cada semana epidemiológica.

## Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 01

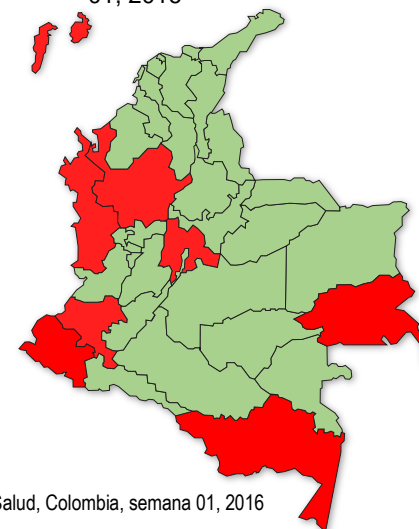
La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 01, fue del 91,6 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) disminuyó 8,4 % en relación con la semana anterior y un 2,4 % a la misma semana del año anterior.

Los departamentos de Amazonas, Santa Marta y San Andrés y Providencia no realizaron la notificación oportuna al portal Sivigila según lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de salud.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue de 95,4 % (1 071 de 1 122 municipios) disminuyó 1,6 % en relación con la semana anterior y aumentó 3,4 % en relación con la misma semana del año anterior. Por lo tanto, el país no cumplió la meta de 97 % en la notificación semanal por UNM.

Para esta semana, los departamentos en rojo presentaron un porcentaje inferior a la meta establecida del 97 % (ver mapa 1).

Mapa N° 1  
Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

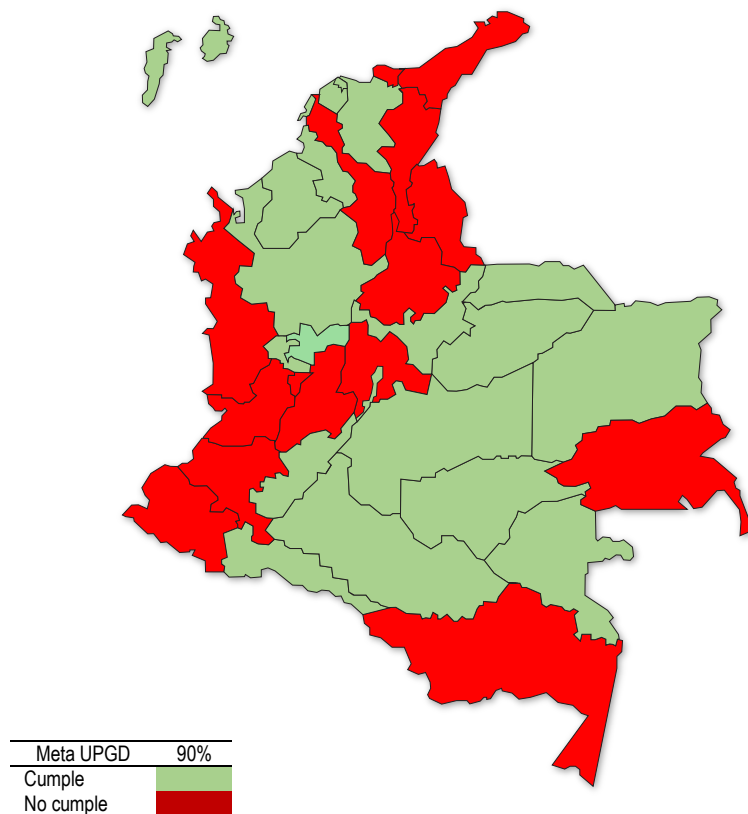


Meta UNM	97%
Cumple	<span style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black;"></span>
No cumple	<span style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black;"></span>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana 01, 2016

El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 87,2 % (4 805 de 5 505 UPGD); por lo tanto, no se cumplió la meta del 90 % para este nivel. La notificación disminuyó 3,8 % en relación con la semana anterior y 1,8 % en relación con la misma semana del año anterior. De las 36 entidades territoriales, 17 no cumplieron la meta por UPGD (ver mapa 2).

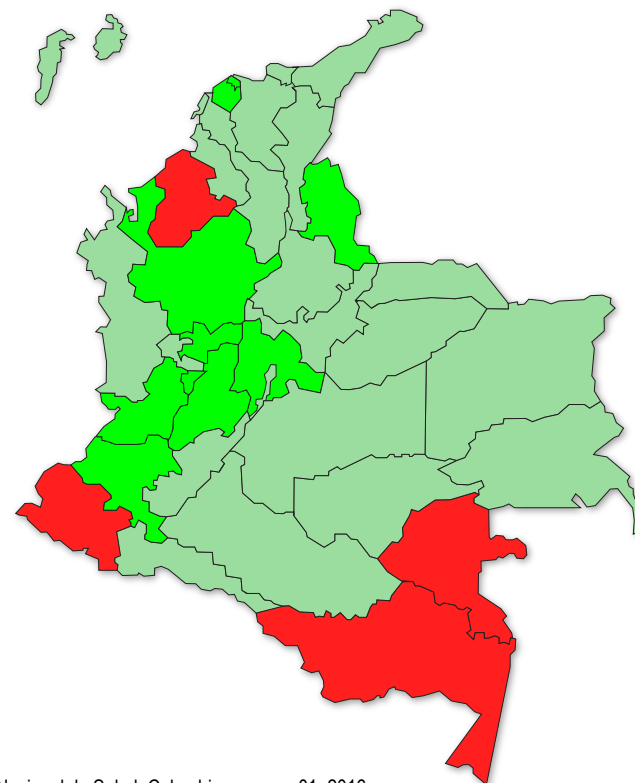
Mapa N° 2  
Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana 01, 2016

En cuanto a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 01, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales 21 emitieron el reporte correcto para todos los eventos, correspondiente a la base de datos de notificación el 58,3 %. Cuatro entidades territoriales no enviaron el reporte de notificación negativa, lo que corresponde a el 11,1 % (ver mapa 3).

Mapa N° 3  
Distribución geográfica del comportamiento de la notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana 01, 2016

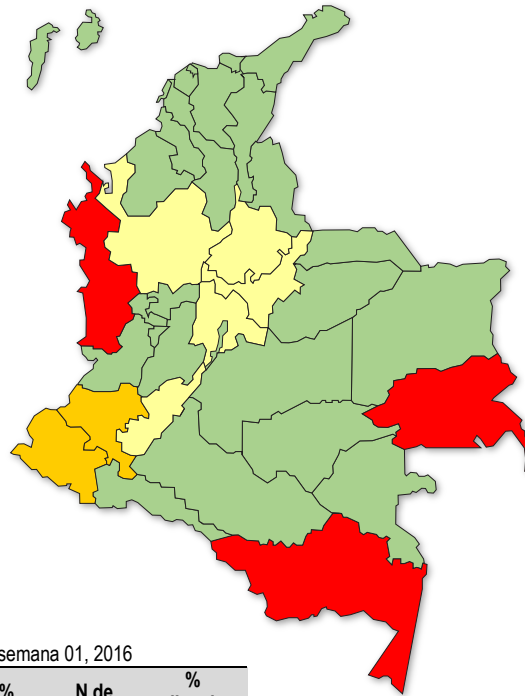
Hallazgo del reporte	Frecuencia.	%
Sin inconsistencias	21	58,3
Con inconsistencias	11	30,6
Reporte para menos de 100% de los eventos	0	0,0
Sin reporte de notificación negativa	4	11,1

Para esta semana el porcentaje de silencio fue del 4,6 % aumento 1,6 % en relación con la semana anterior, se clasifica como bajo riesgo. El 65,6 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 15,6 % de los departamentos obtuvieron riesgo bajo es decir, menos del 10 % de sus municipios en silencio, Nariño y Caldas presentaron riesgo medio, entre el 10% al 20% de sus municipios en silencio y los departamentos de Amazonas, Chocó, Guanía y San Andrés, Providencia y Santa Catalina, presentaron riesgo alto (ver mapa 4).

Mapa N° 4

Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana 01, 2016

Intervalo % de UNM en silencio	Convención	Riesgo	% Silencio	N de Deptos	% silencio nacional
0		Ninguno	65,6	21	4,6
De 1% a 9%		Bajo	15,6	5	
De 10% a 20%		Medio	6,3	2	
De 21% a 100%		Alto	12,5	4	

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

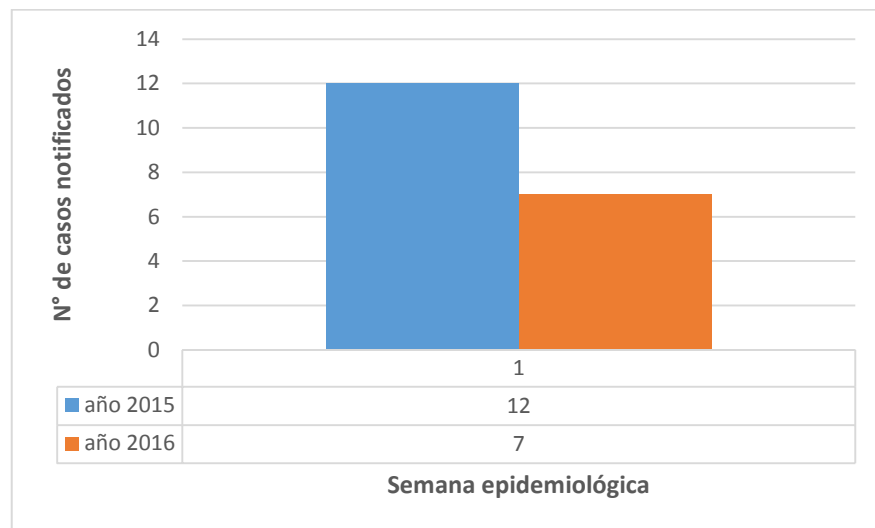
### • *Difteria*

Para la semana epidemiológica uno de 2016 no se notificó casos probables de difteria.

### • *Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)*

A semana epidemiológica 01, se notificaron siete casos sospechosos de ESAVI, en relación con la misma semana del año anterior, registró una disminución del 41,6 % en la notificación (ver gráfica 1).

Gráfica N° 1.  
Comportamiento en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI,  
Colombia, semana epidemiológica 01, 2015-2016



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

Las entidades territoriales que a semana epidemiológica 01 han notificado casos sospechosos de ESAVI son Tolima con el 28,6 % (dos casos), Antioquia, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Valle del Cauca, cada una con el 14,3% (un caso).

### • *Infección respiratoria aguda*

#### **Vigilancia IRAG inusitado**

Durante la semana epidemiológica 1 de 2016 se notificaron 36 casos de IRAG inusitado por 11 entidades territoriales, de estos 17 cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo nacional, los 19 restantes corresponden a casos ambulatorios o casos sin criterios de riesgo (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de IRAG inusitado según entidad territorial de notificación,  
Colombia, semana epidemiológica uno, 2016

Entidad Territorial de notificación	No cumple	Cumple	Total casos notificados
Antioquia	11	5	16
Bogotá	2	3	5
Boyacá	1	2	3
Valle	1	2	3
Caldas	2	0	2
Santander	1	1	2
Barranquilla	0	1	1
Casanare	1	0	1
Norte Santander	0	1	1
Risaralda	0	1	1
Tolima	0	1	1
<b>Total General</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>36</b>

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

Según los criterios de clasificación el 64,7 % (11) de los casos notificados que cumplen con la definición establecida corresponde a pacientes con deterioro clínico notificados en unidad de cuidados intensivos (UCI), el 17,6 % corresponde a defunciones por IRA sin etiología establecida (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica uno, 2016

Criterios de clasificación	Casos	Porcentaje
Criterio de gravedad UCI	11	64,7%
Defunción	3	17,6%
Profesional de la salud	2	11,8%
Contacto con sintomático respiratorio	1	5,9%
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>

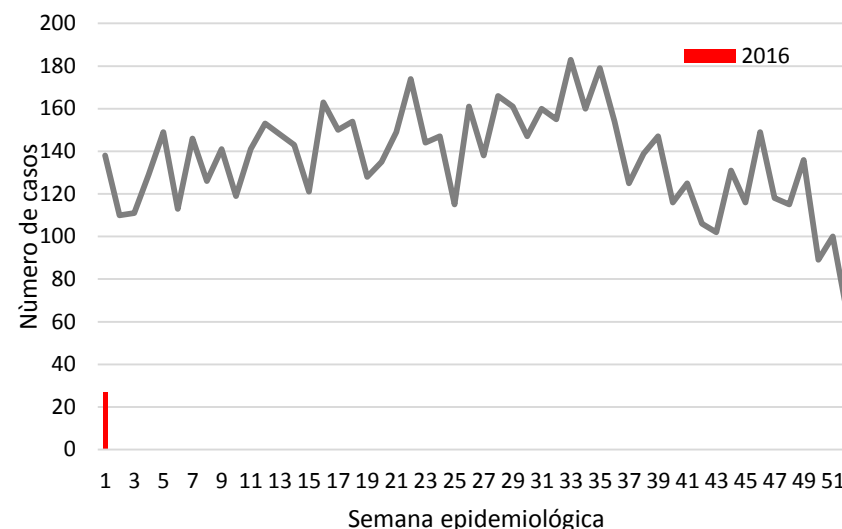
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Al ajustar los casos notificados por fecha de inicio de síntomas 12 corresponden a las semanas 51 y 52 de 2015, los cinco restantes corresponden a la semana epidemiológica 1 de 2016.

#### **Vigilancia centinela ESI – IRAG**

Durante la semana epidemiológica uno se notificaron 89 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 82 casos corresponden a pacientes con IRAG y siete casos a pacientes con ESI. Al ajustar los casos notificados por fecha de inicio de síntomas 62 corresponden a las semanas 51 y 52 de 2015, los 27 restantes corresponden a la semana epidemiológica uno de 2016 (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, semana epidemiológica uno de 2016



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

Los casos notificados durante la semana epidemiológica uno de 2016 corresponden a las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Cartagena, Guaviare, Nariño, Meta, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 3).



Tabla 3. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial de notificación y UPGD centinela, Colombia semana epidemiológica uno de 2016

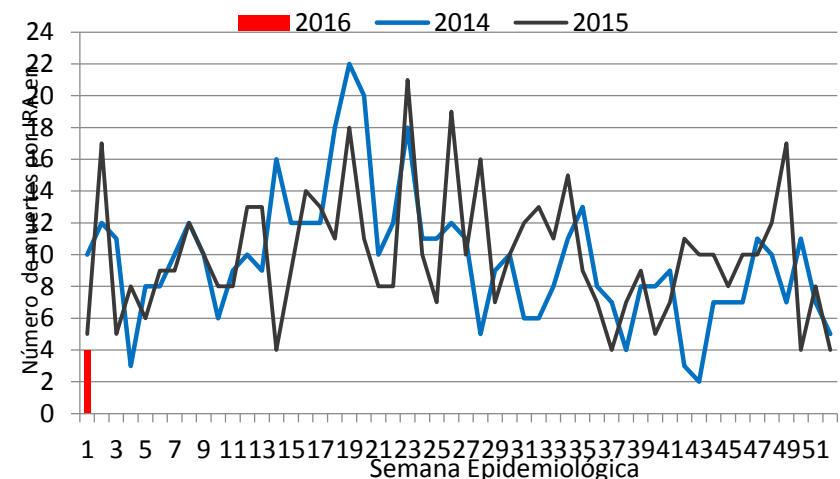
Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	0
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	17
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	11
Barranquilla	Clínica General del Norte	3
	Hospital el Tunal	2
	Hospital Occidente de Kennedy	1
Bogotá	Hospital Santa Clara	2
	Fundación Cardioinfantil	18
	Hospital de Suba	4
	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	1
Boyacá	E.S.E Santiago de Tunja	0
	Hospital San Rafael de Tunja	0
Caldas	El Piloto Assbasalud	0
	Servicios Especiales de Salud	1
Cartagena	Gestión Salud	4
Guaviare	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	1
	Laboratorio Departamental de Salud Publica	9
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	0
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	1
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	0
	Fundación Hospital San Pedro	3
Norte Santander	Policlínico Atalaya	1
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	3
Valle Del Cauca	Fundación Valle de Lili	7
	Red de Salud de Ladera	0
<b>Total General</b>		<b>89</b>

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

### Vigilancia mortalidad por IRA en menores de cinco años

Durante la semana epidemiológica 1 de 2016 se notificaron cuatro muertes por IRA en menores de 5 años. La notificación de este evento registra una disminución del 0,2 % en relación con el mismo periodo de 2015 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Muertes por IRA en menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica uno de 2016



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

Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de 5 años notificados durante esta semana son: Bogotá con dos casos, Norte de Santander y Arauca con un caso cada uno.

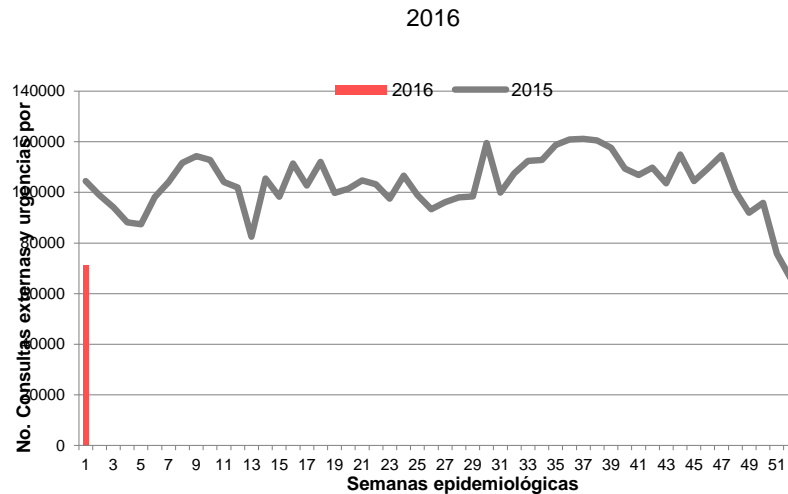
A semana epidemiológica uno la mortalidad nacional es de 0,1 por cada 100 000 menores de 5 años.

### Vigilancia de morbilidad por IRA

En la semana 1 de 2016 se han notificado 71.178 registros de consultas externas y urgencias por IRA de un total de 1.595.504 consultas externas y urgencias por todas las causas para una proporción de IRA del 4,5 %. En comparación con el año 2015,

este año ha habido una disminución del 31,8 % en la notificación de la semana epidemiológica uno (Gráfica 4).

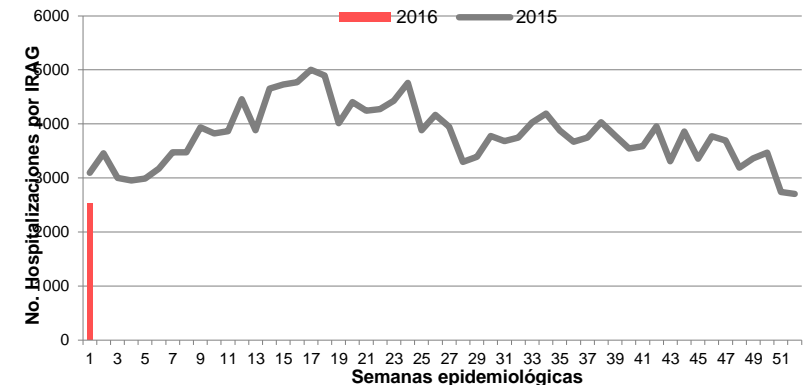
Gráfica 4. Consultas externas y urgencias por IRA, Colombia, semana epidemiológica uno de



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

Esta semana se notificaron 2.535 registros de hospitalizaciones en sala general por IRA de un total de 36.546 hospitalizaciones en sala general por todas para una proporción de IRAG del 6,9 %. En comparación con el año 2015, este año ha habido una disminución del 18,1 % en la notificación de la semana epidemiológica 1 (Gráfica 5).

Gráfica 5. Hospitalizaciones por IRAG, Colombia, semana epidemiológica uno de 2016



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

Esta semana se notificaron 184 registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos (UCI) por IRA de un total de 2.492 hospitalizaciones en UCI por todas las causas para una proporción de IRAG del 7,4 %. En comparación con la notificación de 2015, este año en la semana epidemiológica uno ha habido una disminución del 31,6 %.

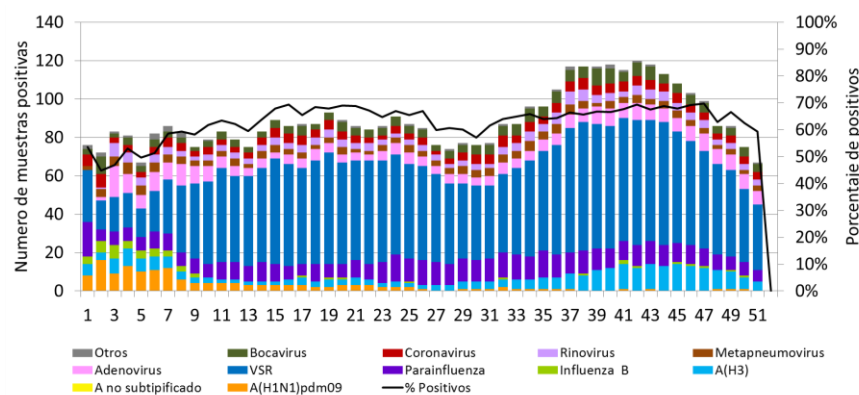
### Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los LDSP o el Laboratorio de Virología del INS, hasta la semana epidemiológica 51 de 2015 se han analizado 7239 muestras, de las cuales el porcentaje de muestras positivas corresponde al 63 %; de estas el 10,1 % fueron positivas para influenza y el 56,1 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (52,1 %), seguido de Parainfluenza (11,0 %), Adenovirus (7,2 %), Bocavirus (5,2 %), Coronavirus (4,7 %), Rinovirus (4,1 %), Metapneumovirus (3,9 %) y otros virus (0,9 %) (ver gráfica 6).



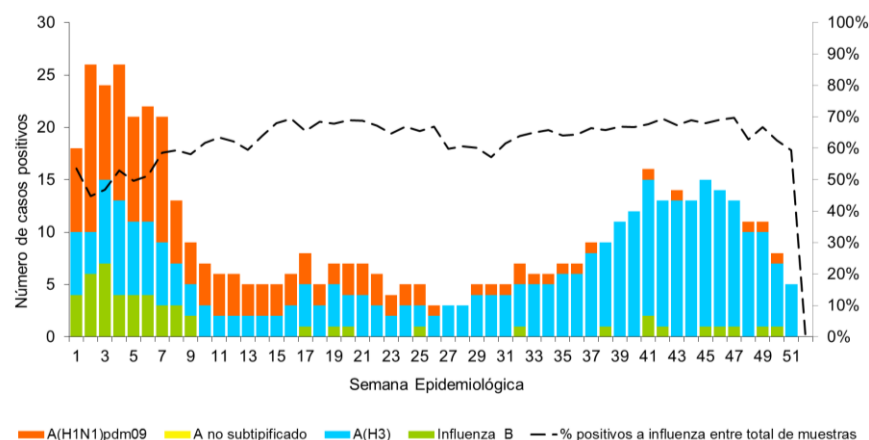
Gráfica 6. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 51 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS, 2015

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B, siendo el subtipo de influenza A(H3N2) con el (66,7 %) el de mayor proporción seguido por influenza A(H1N1)pdm09 con el (33,3 %) (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución de virus de influenza, Colombia a semana epidemiológica 51 de 2015

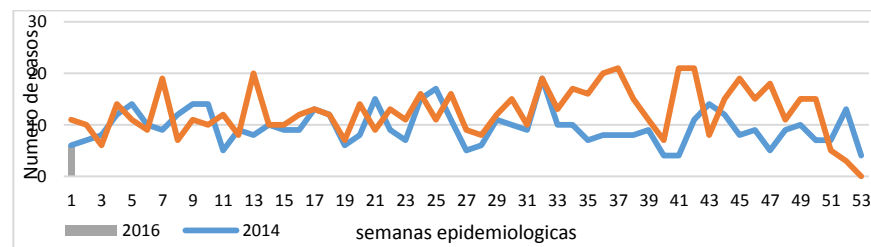


Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS, 2015

## • Meningitis

A semana epidemiológica uno de 2016 fueron notificados al Sivigila seis casos de meningitis bacteriana aguda, los cuales corresponden a casos probables, de estos no se han recibido a cierre de esta semana epidemiológica muestras para procesamiento por laboratorio. Con respecto al 2015 se evidencia una reducción en la notificación de 45,4%, debido a que para esta misma semana en 2015 la notificación fue de 11 casos. (Gráfica 8).

Gráfica 8. Casos de meningitis notificados en Colombia, semana Epidemiológica uno, 2014-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

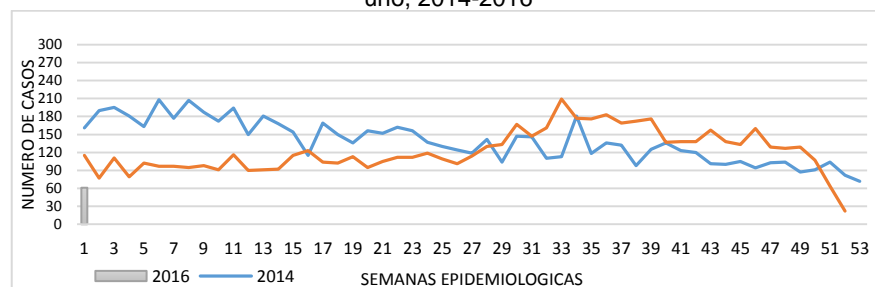
De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables a semana epidemiológica uno de 2016 son meningitis por *Haemophilus influenzae* dos (33,3%) meningitis por *Neisseria meningitidis* uno (16,7 %), meningitis por *Streptococcus pneumoniae* no reportados y meningitis por otros agentes tres (50%)

Las entidades territoriales que notificaron casos son Arauca, Bolívar, Magdalena, Meta, Sucre y Valle del Cauca, cada una con un caso; Se notificaron dos muertes procedentes de Valle del Cauca y Sucre.

### • Parotiditis

Para la semana epidemiológica uno de 2016 se notificó al Sivigila 61 casos de parotiditis, de los cuales el 100 % corresponden a casos confirmados por clínica. Con relación al año 2015, se evidencia una disminución del 46,9 %, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 115 casos (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Casos de parotiditis notificados, Colombia, semana epidemiológica uno, 2014-2016



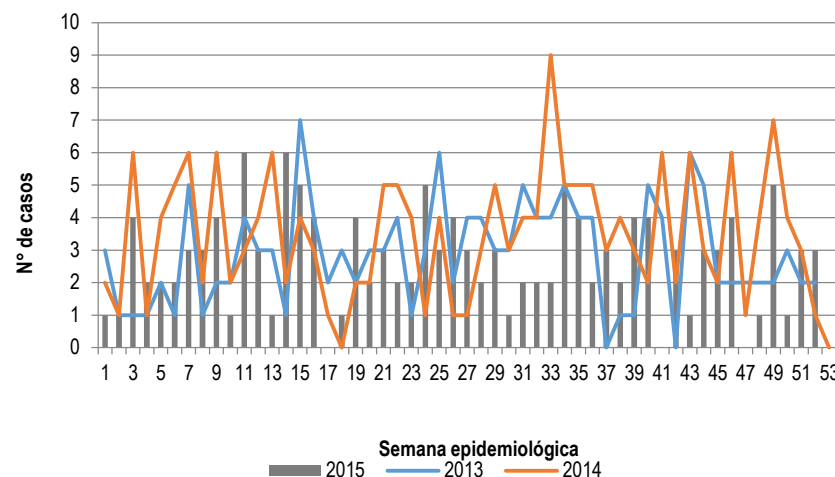
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

El 57,4 % de los casos notificados según procedencia fueron: Bogotá con 22 casos (36,1%), Cundinamarca con siete casos (11,5%) y Antioquia con seis casos (9,8%). Un total de 24 municipios notificaron casos de parotiditis en la semana uno, de los cuales el 54,1 % son de Bogotá, San Vicente de Chucuri y Barranquilla.

### • Parálisis flácida aguda (PFA)

En la semana epidemiológica uno de 2016 no se notificaron casos probables de PFA; hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila 140 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación registra una disminución del 23,5 % en relación con el 2014, en el cual se habían notificado 183 casos (ver gráfica 10).

Gráfica 10. Casos probables de PFA notificados en Colombia, semana epidemiológica 52 de 2015

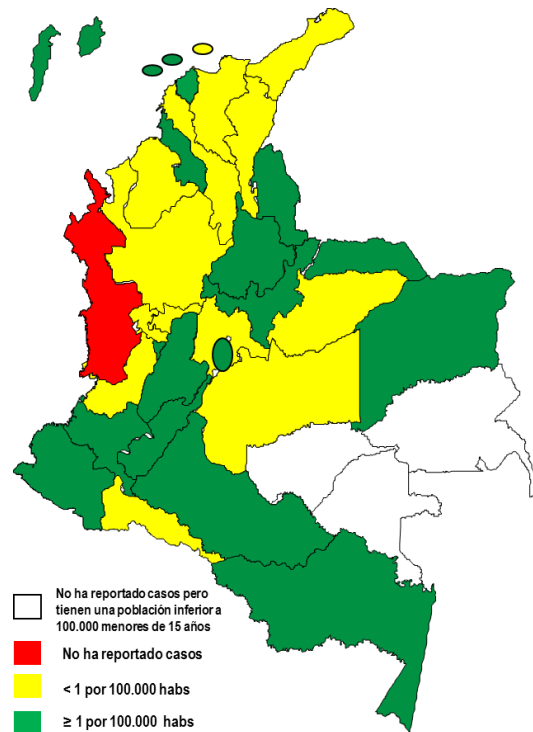


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

La tasa de notificación a semana 52 de 2015 es de 1,09 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 52 es de 1). Las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caquetá, Cauca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, San Andres, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

Esta semana se notificaron tres casos probables de PFA del año 2015, procedentes del distrito de Bogotá (dos casos) y del departamento de Norte de Santander (un caso). Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana anterior (ver mapa 5).

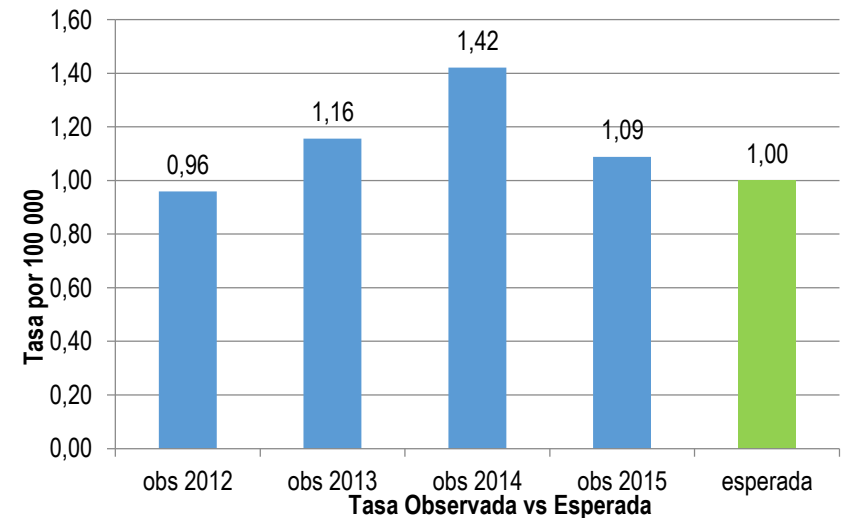
Mapa 5. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial en Colombia, Semana epidemiológica 52 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52 de 2015 la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 1,09 casos por 100 000 menores de 15 años, de manera que se cumple a nivel nacional con la tasa esperada (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada. Colombia a semana epidemiológica 52 de 2012 a 2015

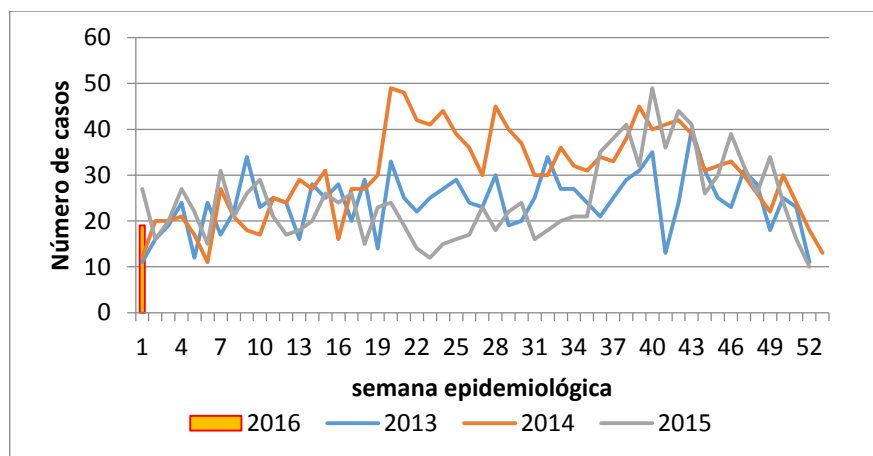


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

### • Sarampión y rubéola

En la semana epidemiológica uno de 2016 se reportaron 19 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra una disminución del 29,6 % con respecto al 2015, en el cual se reportaron 27 casos, se observa un aumento del 58,3 % con respecto al año 2014 y un aumento del 72,7 % con relación al 2013 (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana uno, 2013-2016



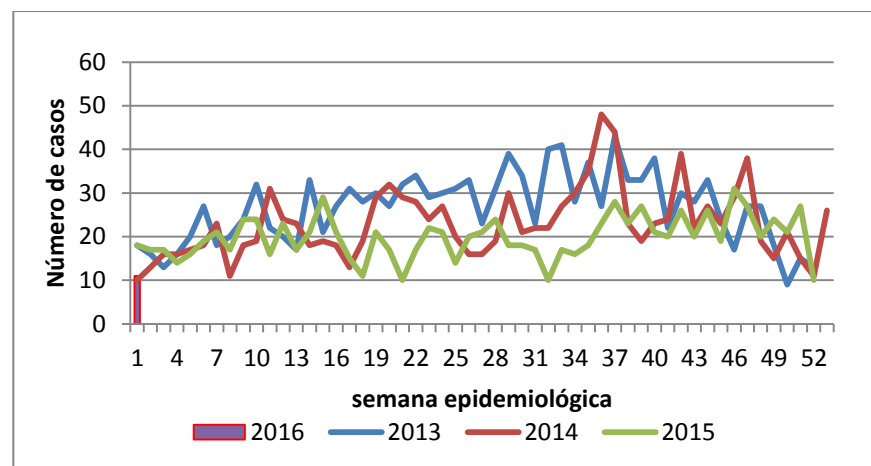
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2016

Según departamento o distrito de procedencia, los casos sospechosos de sarampión fueron reportados por ocho entidades territoriales: Bogotá (10), Cundinamarca y Santander con dos casos uno y Arauca, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Tolima con un caso cada uno.

En la semana epidemiológica uno de 2016 se reportaron 11 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra una disminución del 38,9 % con respecto al año 2015 cuando se notificaron 18 casos, comparado con el 2014 se observa aumento del 10,0 % y con el 2013 otro descenso del 38,9 % en la notificación de casos (ver gráfica 13).

Según departamento o distrito de procedencia, los casos sospechosos de rubéola son reportados por cuatro entidades territoriales: Bogotá (siete), Cundinamarca (dos), Antioquia y Tolima con un caso cada uno.

Gráfica 13. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana uno, 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2016

La tasa de notificación nacional es de 0,06 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 01 de 0,04.

Un total de ocho entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 01: Arauca (0,38), Bogotá (0,22), Cundinamarca (0,15), Tolima (0,14), Sucre (0,12), Risaralda (0,11), Santander (0,10) y Norte de Santander (0,07). No cumple con la tasa esperada el departamento de Antioquia. Un total de 27 entidades territoriales no han notificado casos sospechosos (ver tabla 4).

Tabla 4. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semana epidemiológica uno de 2016

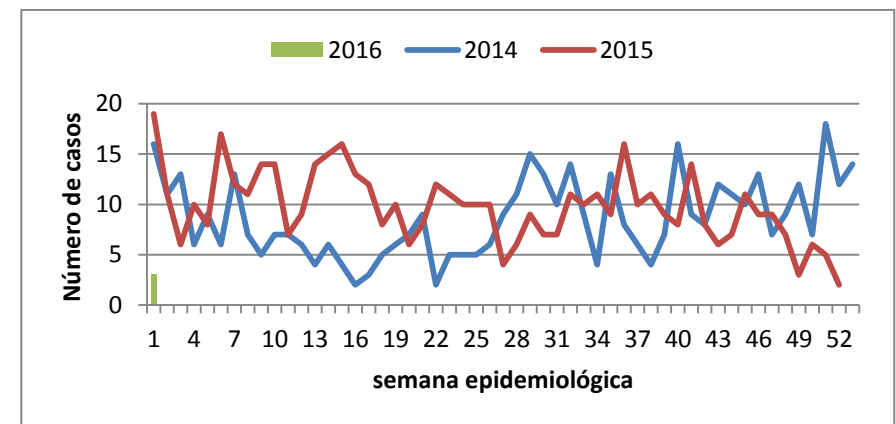
Entidad territorial	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total-2016	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
Arauca	1	265.190	0,38
Bogotá, D.C.	17	7.980.001	0,21
Cundinamarca	4	2.721.368	0,15
Tolima	2	1.412.220	0,14
Sucre	1	859.913	0,12
Risaralda	1	957.254	0,10
Santander	2	2.071.016	0,10
Norte de Santander	1	1.367.708	0,07
Antioquia	1	6.534.857	0,02
Exterior		NA	NA
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>48.747.708</b>	<b>0,06</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Proyección Censo DANE 2005  
Tasa esperada a semana 01= 0.05 casos por 100 000 habitantes

#### • Vigilancia de síndrome de rubéola congénita

En la semana epidemiológica 01 de 2016 se notificaron tres casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2015 la notificación de casos sospechosos muestra una disminución del 84,2 % cuando se reportaron 19 casos (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2014-2016



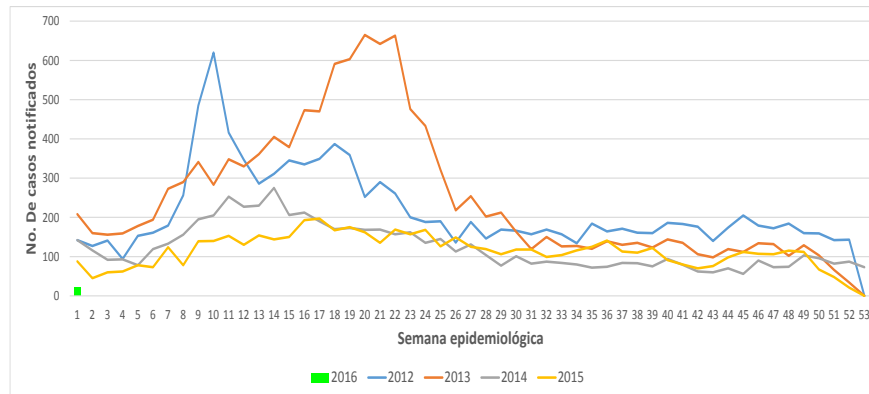
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

Según procedencia, los casos son reportados por tres entidades territoriales: Bogotá, Antioquia y Cundinamarca con un caso cada uno.

#### • Tos ferina

En la semana epidemiológica uno de 2016 se notificaron 21 casos. Se registra una disminución del 76,1 % en la notificación con relación al año anterior, en el cual se reportó un acumulado de 88 casos hasta la misma semana epidemiológica (ver gráfica 15).

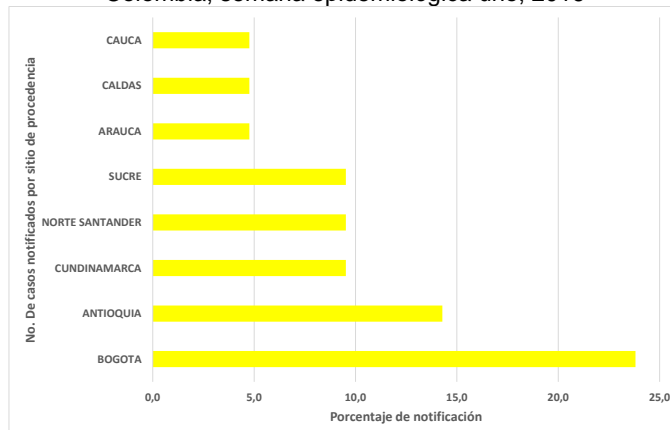
Gráfica 15. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, semana epidemiológica uno, 2012- 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2016

De los 21 casos notificados para tos ferina a Sivigila, el 80 % de los casos (17 casos) se concentra en ocho entidades territoriales: Bogotá 23,8 % (5 casos), Antioquia 14,3 % (3 casos), Cundinamarca, Norte de Santander y Sucre con el 9,5 % (2 casos) cada uno, Arauca, Caldas y Cauca con el 4,8 % (un caso) cada uno (ver gráfica 16).

Gráfica 16. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, semana epidemiológica uno, 2016



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

De los 21 casos notificados no se ha confirmado ninguno.

## • Tétanos

### Tétanos neonatal

En la semana epidemiológica uno no se notificó casos probables de tétanos neonatal.

### Tétanos accidental

En la semana epidemiológica uno, se notificó un caso probable de tétanos accidental, procedente del municipio Fonseca, La Guajira.

Comparado con el año anterior se habían notificado tres casos y confirmado dos casos y uno con condición final muerto; esto representa una disminución del 66,7 % en los casos notificados.

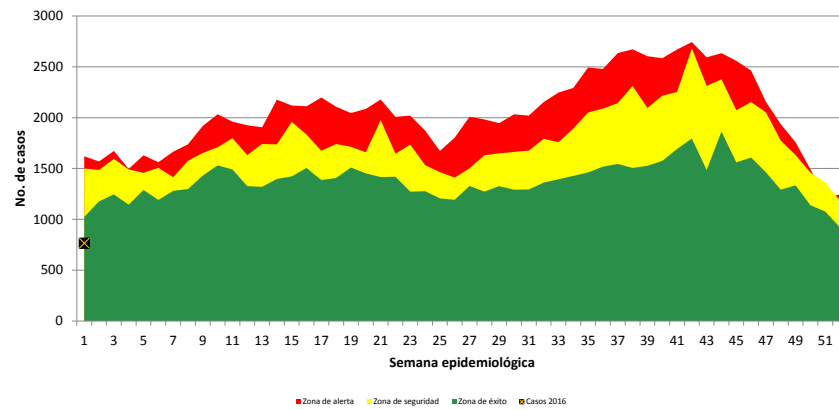
## • Varicela

En la semana epidemiológica uno de 2016 se notificaron 765 casos de varicela, esta notificación registra un disminución del 50,7 % en relación al año anterior, en el cual se habían reportado 1 551 casos. A semana uno la incidencia para el país es de 1,6 casos por 100 000 habitantes.

De acuerdo con el canal endémico de los casos notificados al Sivigila iniciamos el año en zona de éxito (ver gráfica 17).



Gráfica 17. Canal endémico de varicela, Colombia, semana epidemiológica uno de 2016



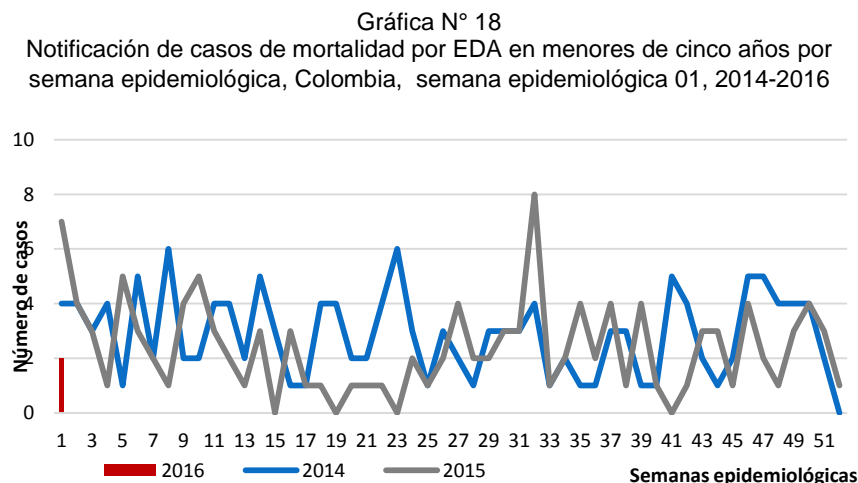
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

### • Enfermedad diarreica aguda

#### Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 01, se notificaron dos casos de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años (ver gráfica 18).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

La tasa de mortalidad para el país es de 0,5 x 1 000 000 de habitantes menores de cinco años; la tasa se registró en el grupo de menores de un año (ver tabla 5).

Tabla N° 5  
Tasa de mortalidad por 1 000 000 de habitantes menores de cinco años, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

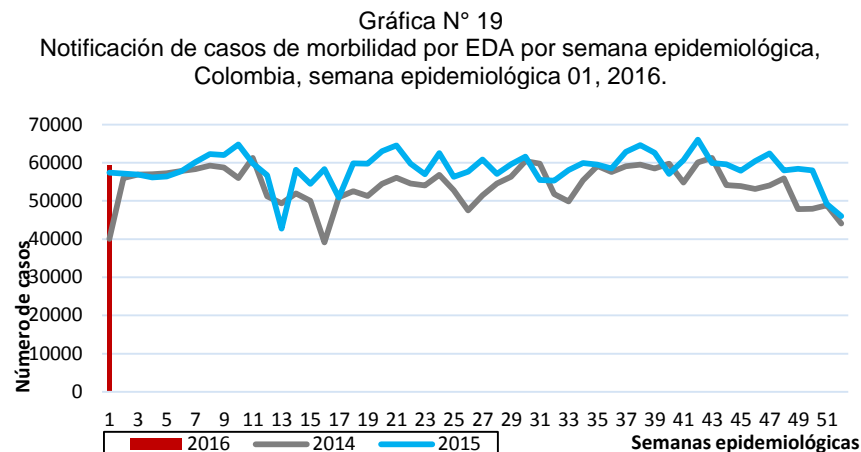
Grupo de edad	Población estimada DANE 2016 menores de cinco años	Número de casos a SE 1	Mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de cinco años
Menores de un año	876 233	2	2,3
de 1 a 4 años	3 458 918	0	0,0
Total país	4 335 151	2	0,5

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

A semana epidemiológica 01, dos entidades territoriales han reportado casos de muertes por EDA en menores de cinco años.

#### Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 01 se notificaron 59 404 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia (ver gráfica 19).



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

El 97,2% de las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se registra un aumento del 3,4% de casos en relación con el año anterior (ver tabla 6).

Tabla N° 6  
Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Casos	2015	2016	Variación
Casos Notificados en SE 1	57 395	59 404	3,4%

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

A semana epidemiológica 01, diez entidades territoriales superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 1,2 casos por 1 000 habitantes; Quindío registra la proporción de incidencia más alta y Bogotá tiene el mayor número de casos (ver tabla 7).

Tabla 7  
Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población estimada (DANE 2016)	Incidencia x 1 000 habitantes
Quindío	1 352	2,3%	568 506	2,4
Bogotá, D.C.	16 311	27,5%	7 980 001	2,0
Atlántico	2 391	4,0%	1 265 898	1,9
Amazonas	125	0,2%	77 088	1,6
Risaralda	1 394	2,3%	957 254	1,5
La Guajira	1 434	2,4%	985 452	1,5
Valle del Cauca	6 584	11,1%	4 660 741	1,4
Santander	2 811	4,7%	2 071 016	1,4
Caquetá	622	1,0%	483 846	1,3
Huila	1 441	2,4%	1 168 869	1,2
Colombia	59 404	100%	48 203 405	1,2

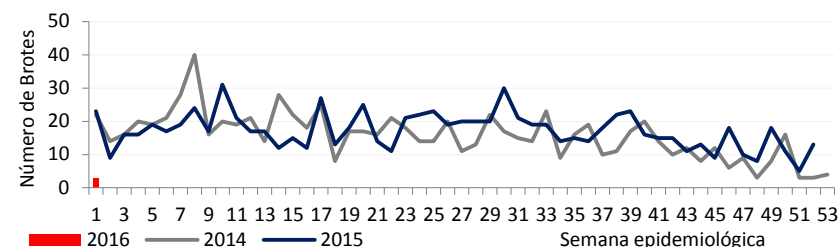
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

## ETA

A semana epidemiológica 01, se notificaron al Sivigila 14 casos de ETA, involucrados en 3 brotes. En relación con el año anterior para esta semana, los brotes de ETA registran una disminución en la notificación del 87,0% (ver gráfica 20).

Gráfica N° 20

Notificación de brotes de ETA, Colombia, semana epidemiológica 01, 2014-2016

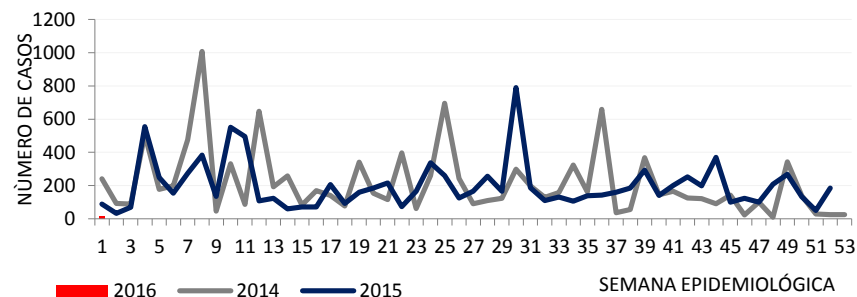


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

En cuanto al número de casos involucrados en brotes de ETA para esta semana, registra una disminución del 84,1% en relación con la misma semana del año anterior (ver gráfica 21).

Gráfica N° 21

Notificación de casos de ETA, Colombia, semana epidemiológica 01, 2014-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 01, el grupo de edad que registró la mayor proporción fue el de 25 a 29 años con el 28,6. El 100% de los casos están como confirmados por clínica.

En el análisis por entidad territorial de procedencia, Bogotá, Bolívar y Risaralda, registraron brotes (ver tabla 8).

Tabla N° 8

Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	1	33,3
Bolívar	1	33,3
Risaralda	1	33,3
NACIONAL	3	99,9

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

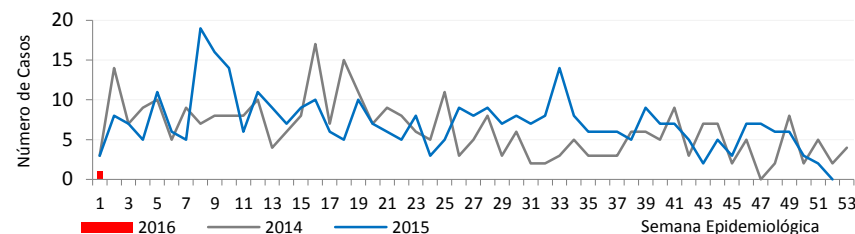
En los tres brotes notificados no se han identificado agentes patógenos procedentes de muestras biológicas y muestras de alimentos, los establecimientos implicados fueron restaurante comercial (dos brotes) y hogar (un brote).

### • Fiebre tifoidea y paratifoidea

A semana epidemiológica 01 de 2016, se ha notificado un caso de fiebre tifoidea y paratifoidea. Se observa una disminución en la notificación del 66,7% en relación con la misma semana del año anterior (ver gráfica 22).

Gráfica N° 22

Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, semana epidemiológica 01, 2014-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014- 2016

El departamento del Huila notificó el caso por procedencia, se registró en el grupo de edad de 30 a 34 años.

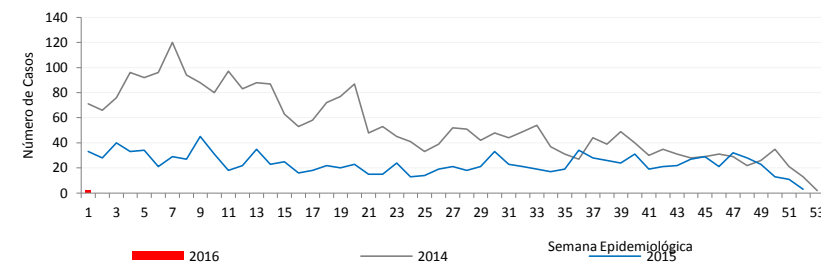
A esta semana no se han confirmado casos para fiebre tifoidea.

### • Hepatitis A

A semana epidemiológica 01 se notificaron dos casos de hepatitis A, el 100% fueron confirmados por clínica. En relación con el año anterior se registró una disminución en la notificación del 93,9% (ver gráfica 23).

Gráfica N° 23

Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, semana epidemiológica 01, 2014-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2016

Según el lugar de procedencia, los casos notificados provienen de Nariño y Valle del Cauca (ver tabla 10).

Tabla 10. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2016

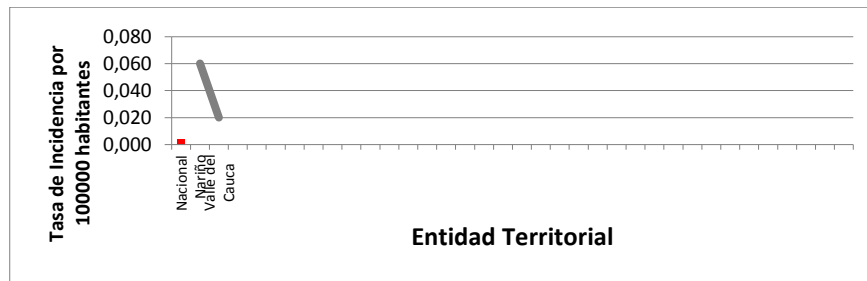
Entidad Territorial	Nº	
	Casos	Porcentaje
Nariño	1	50,0
Valle del Cauca	1	50,0
TOTAL	2	100

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

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 01 fue de 0,004 por 100 000 habitantes; el departamento de procedencia con mayor proporción de incidencia fue Nariño con 0,06 por 100 000 habitantes (ver gráfica 24).

Gráfica N° 24

Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



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

El 100% de los casos residían en la cabecera municipal, tienen pertenencia étnica "otros" y fueron hospitalizados; los grupos de edad más afectados fueron los de 15 a 19 años y de 35 a 39 años con el 50,0% cada uno.

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

### Enfermedades transmitidas por vectores

#### • Chagas

A semana epidemiológica 01, se notificaron al Sivigila siete casos de enfermedad de Chagas, un caso en fase aguda y seis casos en fase crónica, los siete casos corresponden a la semana 01.

De los casos de enfermedad de Chagas notificados, el 85,7 % corresponden a casos crónicos (cuatro confirmados, dos probables) y un caso agudo (probable).

El caso agudo notificado procede de Casanare, corresponde a un caso probable, notificado por Boyacá, de sexo masculino, con 60 años, procedente de cabecera municipal, perteneciente al régimen subsidiado.

Santander registró el 66,7 % de los casos crónicos notificados (ver tabla 11).

Tabla 11. Casos crónicos de enfermedad de Chagas por entidad territorial notificadora, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Entidad Territorial	Casos Probables	Frecuencia relativa	Casos Confirmados	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
SANTANDER	0	0,0	4	66,7	4	66,7
BOGOTA	1	50,0	1	16,7	1	16,7
BOYACA	1	50,0	1	16,7	1	16,7
<b>Total casos</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

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

El 50,0% de los casos crónicos de enfermedad de Chagas se registraron en los grupos de edad de 30 a 44 años; el 66,7 % procede del área rural dispersa y el 50,0 % pertenecen al régimen de afiliación subsidiado (ver tabla 12).

Tabla N° 12

Características demográficas y sociales de los casos crónicos de enfermedad de Chagas por entidad territorial notificadora, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

características sociales y demográficas		casos de Chagas crónico	frecuencia relativa
Sexo	Femenino	3	50,0
	Masculino	3	50,0
Grupo de edad	0 a 4 años	1	16,7
	5 a 9 años	0	0
	10 a 14 años	0	0
	15a 19 años	0	0
	20 a 24 años	0	0
	25 a 29 años	0	0
	30 a 34 años	1	16,7
	35 a 39 años	1	16,7
	40 a 44 años	1	16,7
	45 a 49 años	1	16,7
	50 a 54 años	1	16,7
	55 a 59 años	0	0
	60 a 64 años	0	0
	65 y mas	0	0
	Pertenencia Étnica	Indígena	0
ROM		0	0
Raizal		0	0
Palanquero		0	0
Afrocolombiano		0	0
Otros		6	100
Área de procedencia	Cabecera Municipal	1	16,7
	Centro poblado	1	16,7
	Rural Disperso	4	66,7
Afiliación al sistema general de seguridad social en salud	Contributivo	2	33,3
	Subsidiado	3	50,0
	Excepción	0	0
	Especial	1	16,7
	Sin Afiliación	0	0

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



### • Chikunguña

A la semana epidemiológica 01, se notificaron 682 casos, de los cuales 669 fueron confirmados por clínica y 13 sospechosos (ver tabla 13).

Tabla N° 13

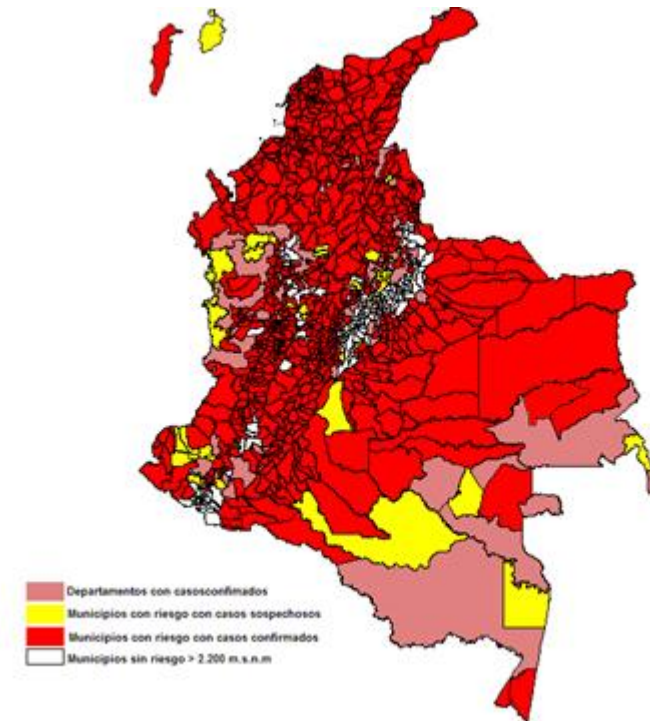
Casos de chikunguña notificados, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
<b>Semana 1-2015</b>	669	0	13	682
<b>Acumulado 2015</b>	356 079	3 202	447	359 728
<b>Acumulado 2014</b>	104 405	1 456	902	106 763

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se ha demostrado circulación viral en 35 entidades territoriales a la fecha quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y sospechosos: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Guainía, Guaviare, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; en estos casos la entidad territorial aparecerá en rosado (ver mapa 6).

Mapa N° 6  
Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

### Casos notificados por regiones de Colombia

En la región de la amazonía se han registrado 81 casos confirmados por clínica procedentes de Caquetá y Putumayo (ver tabla 14).

Tabla N° 14  
Casos autóctonos de chikunguña en la región de la amazonia por municipio de procedencia, Colombia, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	AMAZONAS	0	0	0	0
	CAQUETA	57	0	0	57
	GUAINIA	0	0	0	0
	GUAVIARE	0	0	0	0
	VAUPES	0	0	0	0
	PUTUMAYO	24	0	0	24
<b>Total</b>		81	0	0	81

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En la región central se han registrado 304 casos confirmados por clínica en Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Quindío y Tolima (ver tabla 15).

Tabla N° 15  
Casos autóctonos de chikunguña en la región central por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	32	0	0	32
	BOGOTA*	0	0	5	5
	CALDAS	3	0	0	3
	CUNDINAMARCA	61	0	2	63
	HUILA	57	0	0	57
	QUINDIO	24	0	0	24
	RISARALDA	29	0	0	29
	TOLIMA	98	0	2	100
	<b>Total</b>	304	0	9	313

\*Bogotá D.C: es necesario que el distrito de Bogotá ajuste la procedencia de los casos notificados al Sivigila.

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En la región oriental se han reportado 56 casos confirmados por clínica en Boyacá, Norte de Santander y Santander (ver tabla 16).

Tabla N° 16  
Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Oriental por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	9	0	1	10
	NORTE	18	0	2	20
	SANTANDER	29	0	0	29
	<b>Total</b>	56	0	3	59

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La región de la orinoquia ha notificado 16 casos confirmados por clínica en Arauca, Casanare, Meta y Vichada (ver tabla 17).

Tabla N° 17  
Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región de la orinoquia por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	4	0	0	4
	CASANARE	3	0	0	3
	META	7	0	0	7
	VICHADA	2	0	0	2
	<b>Total</b>	16	0	0	16

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La región del pacífico ha notificado 126 casos confirmados por clínica en Valle del Cauca, Cauca y Nariño (ver tabla 18).

Tabla N° 18  
Casos autóctonos de chikunguña en la región del pacífico por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	CAUCA	11	0	0	11
	CHOCO	0	0	0	0
	NARIÑO	1	0	1	2
	VALLE	114	0	0	114
Total		126	0	1	127

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La región caribe ha registrado 86 casos confirmados por clínica en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés, Sucre y Santa Marta (ver tabla 19).

Tabla N° 19  
Casos autóctonos de chikunguña en la región caribe por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	7	0	0	7
	BARRANQUILLA	25	0	0	25
	BOLIVAR	1	0	0	1
	CARTAGENA	1	0	0	1
	CESAR	14	0	0	14
	CORDOBA	21	0	0	21
	GUAJIRA	0	0	0	0
	MAGDALENA	2	0	0	2
	SAN ANDRES	0	0	0	0
	STA MARTA	2	0	0	2
	D.E.				
	SUCRE	13	0	0	13
Total		86	0	0	86

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

## Muertes

A semana epidemiológica 01 de 2016, no se han notificado muertes probables por chikunguña.

## Recomendaciones en vigilancia

- Todo caso sospechoso de chikunguña se notificará de forma individual bajo el código 217.
- El recurso humano que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE-10 para registrar en este evento es A920.
- Es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikunguña, solo en la excepción de tener resultado de laboratorio positivos para los dos eventos.
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto (Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este lineamiento están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva).
- En los municipios que tienen casos importados, pero no se ha demostrado circulación autóctona, no deben confirmarse casos por clínica.
- Es necesario ajustar los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikunguña y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que es necesario fortalecer el proceso de registro de dicha información.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikunguña

deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto Nacional de Salud.

- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, adultos de 65 y más años y personas con comorbilidades, serán notificados de manera individual bajo el código 217 y se enviarán muestras para análisis de laboratorio.
- Todas las muertes probables por chikunguña serán notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.
- Una vez confirmadas o descartadas la muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviará el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

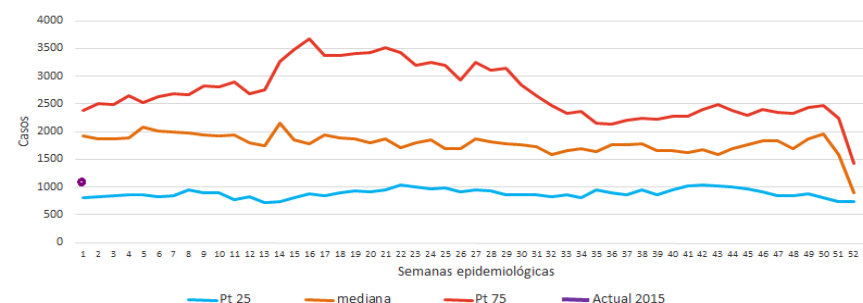
### • Dengue

A semana epidemiológica 01, se ha notificado en el Sivigila 1 044 casos de dengue, 1 024 casos, el 98,1 % corresponde a dengue y 20 casos, el 1,9 % corresponde a dengue grave. En relación con la misma semana del año anterior que registró 1 336, disminuyó en un 21,9% la notificación.

El canal endémico de dengue se ubicó en zona de seguridad en la semana epidemiológica 01 de 2016. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2010 a 2015. Los datos están sujetos a cambios, teniendo en cuenta las demoras en la notificación de los casos y los ajustes que se realicen en el sistema de información (ver gráfica 25).

Gráfica N° 25

Canal endémico de dengue, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



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

En la distribución según el sexo, el 51,5 % de los casos de dengue se presentó en el sexo masculino. El 48,2 % de los casos pertenecen al régimen contributivo, 41,8% al régimen subsidiado. El 26,3 % de los casos de dengue y 70,0 % de los casos de dengue grave se registró en menores de 14 años. Se han notificado ocho casos con el 0,8 % en población indígena y 27 casos con el 2,6 % en afrocolombianos (ver tabla 20).

Tabla N° 20

Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave,  
Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	499	48,7%	7	35,0%	506	48,5%
	Masculino	525	51,3%	13	65,0%	538	51,5%
Tipo de régimen	Contributivo	495	48,3%	8	40,0%	503	48,2%
	Especial	32	3,1%	0	0,0%	32	3,1%
	No afiliado	45	4,4%	0	0,0%	45	4,3%
	Excepción	28	2,7%	0	0,0%	28	2,7%
	Subsidiado	424	41,4%	12	60,0%	436	41,8%
Pertenencia étnica	Indígena	8	0,8%	0	0,0%	8	0,8%
	ROM, Gitano	3	0,3%	0	0,0%	3	0,3%
	Raizal	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
	Palenquero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	27	2,6%	0	0,0%	27	2,6%
	Otro	985	96,2%	20	100,0%	1005	96,3%
Grupos de edad	Menor de 1 año	19	1,9%	5	25,0%	24	2,3%
	1 a 4 años	55	5,4%	3	15,0%	58	5,6%
	5 a 9 años	101	9,9%	2	10,0%	103	9,9%
	10 a 14 años	94	9,2%	4	20,0%	98	9,4%
	15 a 19 años	111	10,8%	2	10,0%	113	10,8%
	20 a 24 años	123	12,0%	0	0,0%	123	11,8%
	25 a 29 años	106	10,4%	0	0,0%	106	10,2%
	30 a 34 años	81	7,9%	0	0,0%	81	7,8%
	35 a 39 años	69	6,7%	0	0,0%	69	6,6%
	40 a 44 años	45	4,4%	0	0,0%	45	4,3%
	45 a 49 años	43	4,2%	0	0,0%	43	4,1%
	50 a 54 años	43	4,2%	0	0,0%	43	4,1%
	55 a 59 años	47	4,6%	2	10,0%	49	4,7%
	60 a 64 años	31	3,0%	0	0,0%	31	3,0%
	65 y más años	56	5,5%	2	10,0%	58	5,6%

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

El 79 % de los casos de dengue procede de 13 entidades territoriales de las cuales Valle del Cauca, Tolima, Antioquia, Huila, Norte de Santander, Santander, Cundinamarca, Cesar, Atlántico, Bolívar, Meta Putumayo y Boyacá registran la mayor cantidad de

casos. Para dengue grave, la mayor proporción de casos lo registró Santander con el 40,0 % (ver tabla 21).

Tabla 21. Distribución de casos de dengue y dengue grave por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Entidad territorial	Casos de dengue	Frecuencia relativa dengue	Casos dengue grave	Frecuencia relativa dengue grave	Total dengue	Frecuencia relativa Total dengue
Valle	167	16,3%	3	15,0%	170	16,3%
Tolima	110	10,7%	1	5,0%	111	10,6%
Antioquia	59	5,8%	1	5,0%	60	5,7%
Huila	27	2,6%	2	10,0%	29	2,8%
Norte de Santander	106	10,4%	1	5,0%	107	10,2%
Santander	70	6,8%	8	40,0%	78	7,5%
Cundinamarca	54	5,3%	0	0,0%	54	5,2%
Cesar	20	2,0%	0	0,0%	20	1,9%
Atlántico	66	6,4%	0	0,0%	66	6,3%
Bolívar	12	1,2%	0	0,0%	12	1,1%
Meta	47	4,6%	0	0,0%	47	4,5%
Putumayo	21	2,1%	0	0,0%	21	2,0%
Nariño	14	1,4%	0	0,0%	14	1,3%
Arauca	11	1,1%	0	0,0%	11	1,1%
Boyacá	25	2,4%	0	0,0%	25	2,4%
Quindío	33	3,2%	0	0,0%	33	3,2%
Córdoba	11	1,1%	0	0,0%	11	1,1%
Barranquilla	21	2,1%	0	0,0%	21	2,0%
Cauca	17	1,7%	1	5,0%	18	1,7%
Caldas	11	1,1%	0	0,0%	11	1,1%
Casanare	32	3,1%	0	0,0%	32	3,1%
Sucre	18	1,8%	0	0,0%	18	1,7%
Risaralda	18	1,8%	0	0,0%	18	1,7%
Caquetá	7	0,7%	1	5,0%	8	0,8%
Magdalena	21	2,1%	1	5,0%	22	2,1%
Guajira	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Cartagena	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Santa Marta	9	0,9%	0	0,0%	9	0,9%
San Andres	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Guaviare	7	0,7%	0	0,0%	7	0,7%
Amazonas	4	0,4%	0	0,0%	4	0,4%
Choco	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>1024</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>1044</b>	<b>100%</b>

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

Los casos de dengue proceden de 256 municipios, de los cuales 29 concentraron el 50,0% de la notificación. Cali con 109 casos (10,6 %), Medellín con 60 casos (16,5 %), Ibagué con 39 casos (3,8 %), Cúcuta con 32 casos (3,1 %) y Valledupar con 30 casos, (2,9 %), principalmente. Los casos de dengue grave proceden de

16 municipios, el que registró la mayor cantidad de casos fue Campoalegre (Huila) con cuatro.

La incidencia nacional de dengue es de 3,9 casos x 100 000 habitantes en riesgo (población de área urbana). La incidencia nacional fue superada por 14 entidades territoriales, Boyacá, Putumayo, Arauca Cundinamarca y Tolima con incidencias superiores a 10 casos por 100000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue, en municipios hiperendemicos se observó que Melgar, Aguazul y Acacias, presentaron incidencias superiores a la nacional con 600 casos por 100 000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue del 60,7 %, Cartagena, Caquetá, Antioquia, Atlántico, Boyacá, La Guajira, Cundinamarca y Bogotá, refieren menos del 50,0 % de los casos hospitalizados. La hospitalización para los casos de dengue grave fue del 100 %

Se notificaron ocho muertes probables por dengue, con procedencia de Ovejas (Sucre), Aguachica, Cesar, Cúcuta (Norte de Santander), Urumita (La Guajira), Vista Hermosa (Meta), Santander de Quilichao (Cauca), Barranquilla, con un caso cada uno. Norte de Santander registró el fallecimiento en un caso procedente del exterior.

### • *Fiebre amarilla*

En la semana epidemiológica 01 de 2016, no se notificaron al Sivigila casos probables de fiebre amarilla.

### • *Leishmaniasis*

A semana epidemiológica 01 de 2016, se notificaron al Sivigila 26 casos confirmados de leishmaniasis cutánea. No se notificaron casos de leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral.

12 entidades territoriales notificaron casos, Caquetá, Cundinamarca y Nariño registraron el 50,0 % de los casos. Por municipio de procedencia, Florencia (Caquetá), registró la mayor proporción de casos (ver tabla 22).

Tabla N° 22

Distribución de casos de leishmaniasis por departamento y municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Entidad territorial de procedencia	Municipio de procedencia	Casos L. cutánea	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
<b>Caquetá</b>	Florencia	6	23,1%	23,1%
<b>Cundinamarca</b>	Nilo	3	11,5%	34,6%
<b>Nariño</b>	Tumaco	3	11,5%	46,2%
<b>Bolívar</b>	El Carmen de Bolívar	2	7,7%	53,8%
<b>Risaralda</b>	Pueblo Rico	2	7,7%	61,5%
<b>Antioquia</b>	Antioquia	2	7,7%	69,2%
<b>Cundinamarca</b>	Yacopí	1	3,8%	73,1%
<b>Córdoba</b>	Tierralta	1	3,8%	76,9%
<b>Córdoba</b>	Montería	1	3,8%	80,8%
<b>Tolima</b>	Planadas	1	3,8%	84,6%
<b>Santander</b>	La Belleza	1	3,8%	88,5%
<b>Valle</b>	Roldanillo	1	3,8%	92,3%
<b>Choco</b>	Desconocido	1	3,8%	96,2%
<b>Meta</b>	Desconocido	1	3,8%	100%
<b>Total</b>		<b>26</b>	<b>100</b>	

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

La mayor proporción de casos se registró en hombres, en el grupo de edad de 20 a 24 años con el 42,3%, en pacientes que pertenecen al régimen de afiliación al SGSSS excepción, procedentes de áreas rurales dispersas; corresponden a población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito. (Ver tabla 23).



Tabla N° 23

Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia, semana epidemiológica 01, 2015

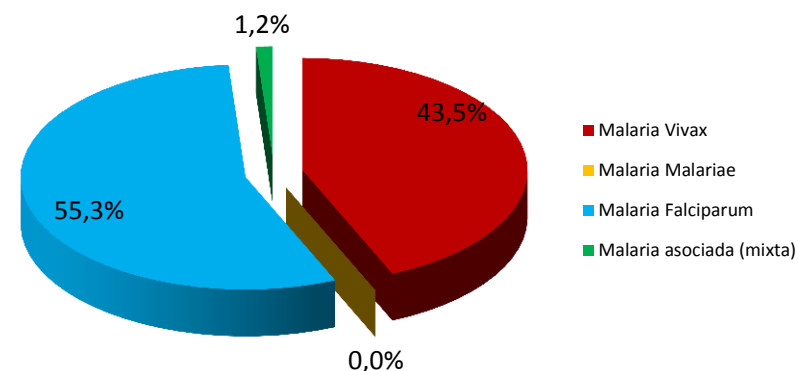
Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea
<b>Sexo</b>	Femenino	15,4%
	Masculino	84,6%
<b>Grupos edad</b>	Menor de 1 año	0,0%
	1 a 4 años	3,8%
	5 a 9 años	0,0%
	10 a 14 años	3,8%
	15 a 19 años	7,7%
	20 a 24 años	42,3%
	25 a 29 años	19,2%
	30 a 34 años	7,7%
	35 a 39 años	3,8%
	40 a 44 años	3,8%
	45 a 49 años	0,0%
	50 a 54 años	0,0%
	55 a 59 años	0,0%
	60 a 64 años	0,0%
	65 y más años	7,7%
<b>Pertenencia étnica</b>	Indígena	3,9%
	ROM	0,0%
	Raizal	0,0%
	Palenquero	0,0%
	Afrocolombiano	7,7%
	Otros	88,5%
<b>Área de procedencia</b>	Cabecera municipal	15,4%
	Centro poblado	7,7%
	Rural Disperso	76,9%
<b>Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud</b>	Contributivo	3,9%
	Subsidiado	26,9%
	Excepción	50,0%
	Especial	11,5%
	Sin afiliación	7,7%

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

casos, con el 55,3 % por *P. falciparum* y cinco casos con el 1,2 % por malaria asociada; se notificaron cuatro casos de malaria complicada; no hubo notificación de muertes por malaria (ver gráfica 26).

Gráfica N° 26

Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



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

### Malaria no complicada

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 16 entidades territoriales y 60 municipios. El 87,7% de los casos se registró en Chocó, Antioquia y Amazonas (ver tabla 24).

### • Malaria

A semana epidemiológica 01, se notificaron al Sivigila 414 casos de malaria no complicada, 180 casos, el 43,5 % por *P. vivax*, 229

Tabla N° 24

Casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Departamento	Malaria Mixta	Malaria Falciparum	Malaria Malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	2	201	0	85	288	69,6%	69,6%
Antioquia	1	9	0	35	45	10,9%	80,4%
Amazonas	0	3	0	27	30	7,2%	87,7%
Nariño	0	13	0	0	13	3,1%	90,8%
Córdoba	0	0	0	11	11	2,7%	93,5%
Risaralda	0	0	0	5	5	1,2%	94,7%
Otros departamentos	2	3	0	17	22	5,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>229</b>	<b>0</b>	<b>180</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	

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

Por municipio de procedencia, notificaron el mayor número de casos Bajo Baudó y Quibdó (ver tabla 25).

Tabla N° 25

Malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Bajo Baudó (pizarro)	1	75	0	27	6649	24,9%	24,9%
Quibdó	1	40	0	23	2700	15,5%	40,3%
Cáceres	0	0	0	13	1945	3,1%	43,5%
El bagre	0	2	0	12	1932	3,4%	46,9%
Tadó	0	20	0	9	1886	7,0%	53,9%
Leticia	0	0	0	8	1645	1,9%	55,8%
San José del palmar	0	0	0	8	1592	1,9%	57,7%
Tierralta	0	0	0	8	1358	1,9%	59,7%
La pedrera (cd)	0	0	0	6	1349	1,4%	61,1%
Tarapacá (cd)	0	2	0	6	1301	1,9%	63,0%
Puerto Nariño	0	1	0	5	1300	1,4%	64,5%
Pueblo rico	0	0	0	5	1249	1,2%	65,7%
Otros municipios	3	89	0	50		34,3%	
<b>Total Colombia</b>	<b>5</b>	<b>229</b>	<b>0</b>	<b>180</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	

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

Según la distribución social y demográfica, se notificaron 254 casos (61%) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,4% de la notificación. Por pertenencia étnica el 54,8 % de los casos se presentó en población afrocolombiana y 21,7% en indígenas. Por

sistema general de seguridad social en salud se tiene un registro de casos en el régimen subsidiado del 71,5 %.

Tabla N° 26

Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

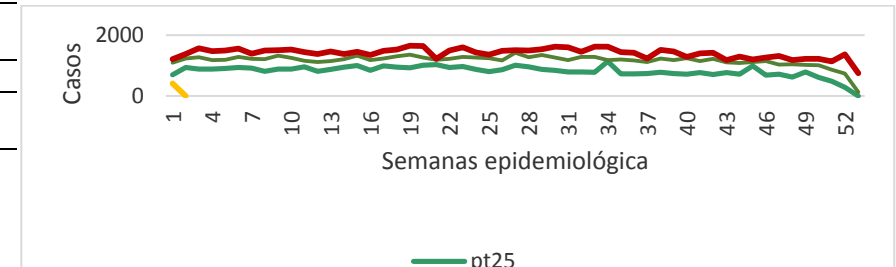
Variable Social y demográfica		Malaria Asociada	Malaria falciparum	Malaria vivax	Total
Casos		5	229	180	414
Sexo	Femenino	40,00%	45,85%	29,44%	38,65%
	Masculino	60,00%	54,15%	70,56%	61,35%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1,0%	0,7%	1,7%	1,2%
	1 a 4 años	10,4%	6,9%	11,7%	9,2%
	5 a 9 años	12,0%	12,2%	12,2%	12,2%
	10 a 14 años	12,8%	14,2%	12,0%	13,1%
	15 a 19 años	12,3%	12,7%	12,6%	12,6%
	20 a 24 años	13,4%	11,0%	11,0%	11,0%
	25 a 29 años	8,6%	9,5%	8,3%	8,9%
	30 a 34 años	6,8%	7,3%	7,4%	7,3%
	35 a 39 años	5,7%	6,1%	6,0%	6,0%
	40 a 44 años	4,6%	4,7%	4,4%	4,6%
	45 a 49 años	3,2%	4,1%	3,6%	3,8%
	50 a 54 años	3,0%	3,6%	3,1%	3,3%
	55 a 59 años	2,9%	2,8%	2,4%	2,6%
Pertenencia étnica	Indígena	20,00%	14,85%	30,56%	21,74%
	ROM	0,00%	0,87%	1,11%	0,97%
	Raizal	0,00%	0,00%	0,00%	0,0%
	Palenquero	0,00%	0,00%	0,00%	0,0%
	Afrocolombiano	0,00%	78,60%	26,11%	54,83%
	Otros	80,00%	5,68%	42,22%	22,46%
Área de procedencia	Cabecera municipal	40,00%	38,86%	19,44%	30,43%
	Centro Poblado	40,00%	50,22%	35,56%	43,72%
	Rural disperso	20,00%	10,92%	45,00%	25,85%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	20,00%	3,06%	6,11%	4,59%
	Especial	0,00%	1,31%	3,89%	2,42%
	Sin afiliación	20,00%	20,96%	15,56%	18,60%
	Excepción	20,00%	2,18%	3,33%	2,90%
	Subsidiado	40,00%	72,49%	71,11%	71,50%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

El canal endémico de malaria no complicada en la semana epidemiológica 01, se ubicó en la zona de éxito y seguridad (ver grafica 27).

Gráfica N° 27

Canal endémico nacional de malaria no complicada, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

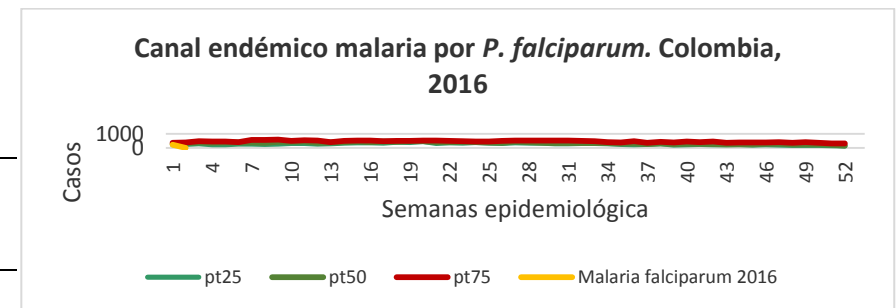


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El canal endémico de malaria por *P. falciparum* se ubicó en zona de éxito y seguridad (ver gráfica 28).

Gráfica N° 28

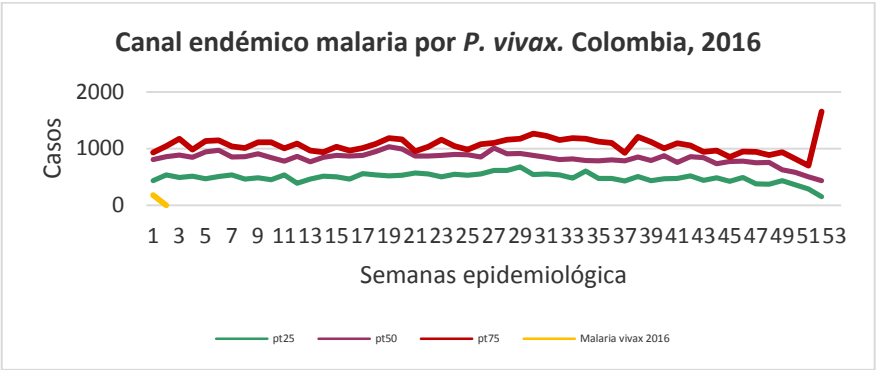
Canal endémico nacional de malaria por *P. falciparum*, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

El canal endémico de malaria por *P. vivax* se ubicó en zona de éxito y seguridad en la semana epidemiológica 01 (ver gráfica 29).

Gráfica 29. Canal endémico nacional de malaria por *P. vivax*, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



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

El riesgo epidemiológico de malaria en la semana epidemiológica 01 fue de 0,04 casos por cada 1 000 habitantes, con 23 municipios ubicados en riesgo medio (IPA 1 a 9 casos por 1 000 habitantes); de estos, Bajo Baudó, El Cantón de San Pablo y Puerto Alegría con dos casos por 1 000 habitantes (ver tabla 27).

Tabla 27. Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.

Municipio	IPA	IVA	IFA
Bajo Baudó	5,96	1,56	4,34
El Cantón del San Pablo	2,31	0,26	2,06
Puerto Alegría (ANM)	2,15	2,15	0,00
López	2,13	0,00	2,13
Taraira	2,03	2,03	0,00
Turbo	2,01	0,96	1,03
Yondó	1,98	1,43	0,33
Tarapacá (ANM)	1,93	1,44	0,48
Puerto Berrío	1,88	1,67	0,21
Puerto Santander (ANM)	1,74	1,39	0,35
Puerto Tejada	1,68	1,30	0,37
Vegachí	1,56	1,30	0,26
Tadó	1,54	0,48	1,06
San Pablo	1,50	1,50	0,00
Puerto Arica (ANM)	1,47	1,47	0,00
Mistrató	1,44	1,35	0,00
Honda	1,30	1,30	0,00
Santa Rosa	1,28	1,02	0,26
Necoclí	1,27	0,59	0,68

IPA: Casos por 1000 habitantes en riesgo

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

### Malaria complicada

Se notificaron cuatro casos de malaria complicada por el departamento de Antioquia, tres casos procedentes de Segovia y uno procedente de Bolívar.

- Zika

A partir de la confirmación de la circulación de virus Zika (ZIKAV) en el país y el inicio de la fase epidémica (desde la semana epidemiológica 40 de 2015), hasta la semana epidemiológica 01 de 2016 se han notificado un total 776 casos confirmados por laboratorio distribuidos en 28 de las 36 entidades territoriales, 10 837 casos confirmados por clínica procedentes de 26 de las 36 entidades territoriales y 1 918 casos sospechosos procedentes de 32 de las 36 entidades territoriales. A la fecha se ha notificado un total 13 531 casos de enfermedad por virus Zika en todo el territorio nacional (ver tabla 28).

Tabla N° 28

Distribución de casos confirmados y sospechosos por virus Zika según entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

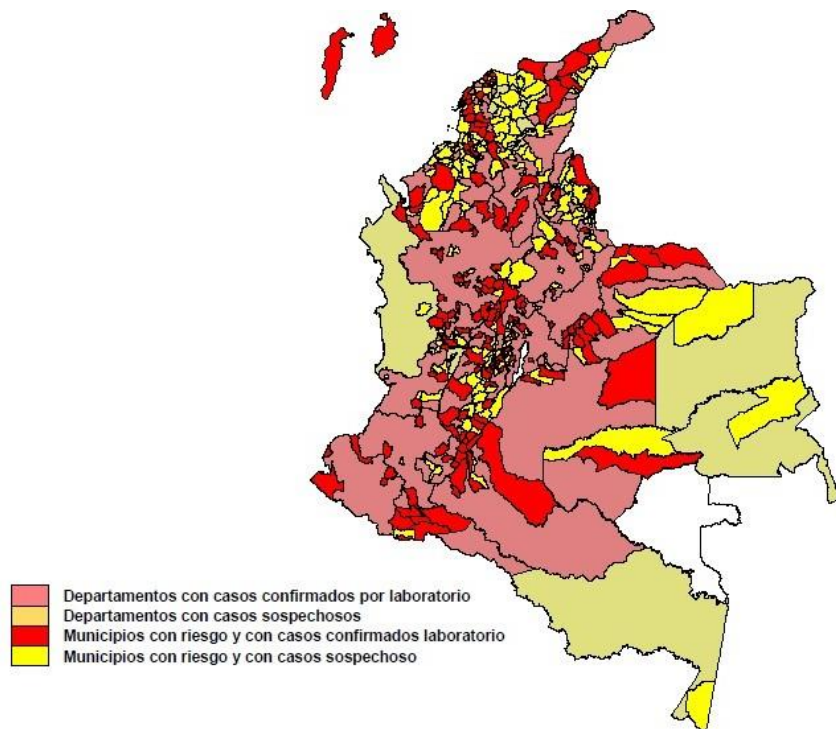
Departamento de procedencia	Casos conf. Laboratorio	% conf. Laboratorio	Casos conf. Clínica	% conf. Clínica	Casos sospechosos	% sospechosos	Total
NORTE							2
SANTANDER	196	25,3	1 988	18,3	269	14,0	453
CUNDINAMARCA	44	5,7	1 643	15,2	137	7,1	824
BARRANQUILLA	6	0,8	1 396	12,9	0	0,0	402
HUILA	14	1,8	888	8,2	103	5,4	1 005
STA MARTA D.E.	4	0,5	905	8,4	0	0,0	909
TOLIMA	44	5,7	659	6,1	147	7,7	850
SUCRE	28	3,6	611	5,6	145	7,6	784
CORDOBA	6	0,8	574	5,3	181	9,4	761
SAN ANDRES	53	6,8	630	5,8	3	0,2	686
CARTAGENA	52	6,7	622	5,7	0	0,0	674
ATLANTICO	7	0,9	178	1,6	392	20,4	577
BOLIVAR	91	11,7	328	3,0	80	4,2	499
MAGDALENA	0	0,0	0	0,0	296	15,4	296
CESAR	7	0,9	127	1,2	18	0,9	152
ANTIOQUIA	75	9,7	42	0,4	13	0,7	130
GUAJIRA	3	0,4	78	0,7	36	1,9	117
RISARALDA	31	4,0	34	0,3	3	0,2	68
CALDAS	17	2,2	29	0,3	1	0,1	47
SANTANDER	13	1,7	9	0,1	18	0,9	40
PUTUMAYO	24	3,1	14	0,1	1	0,1	39
CASANARE	7	0,9	24	0,2	6	0,3	37
BOYACA	24	3,1	8	0,1	2	0,1	34
CAQUETA	4	0,5	23	0,2	4	0,2	31
BOGOTA	0	0,0	0	0,0	24	1,3	24
VALLE	5	0,6	11	0,1	8	0,4	24
ARAUCA	7	0,9	9	0,1	1	0,1	17
META	3	0,4	6	0,1	3	0,2	12
NARIÑO	7	0,9	1	0,0	0	0,0	8
EXTERIOR	0	0,0	0	0,0	7	0,4	7
AMAZONAS	0	0,0	0	0,0	6	0,3	6
QUINDIO	0	0,0	0	0,0	6	0,3	6
CAUCA	3	0,4	0	0,0	1	0,1	4
VICHADA	0	0,0	0	0,0	3	0,2	3
GUAINIA	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2
GUAVIARE	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2
CHOCO	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1
VAUPES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
<b>Total general</b>	<b>776</b>	<b>100</b>	<b>10 837</b>	<b>100</b>	<b>1 918</b>	<b>100</b>	<b>13 531</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se ha confirmado la circulación virológica en 178 municipios del territorio nacional, de los cuales 82 con el 46,1 % corresponden a la Región Central y 37 con el 20,8 % corresponden a la Región Caribe. Antioquia es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados por laboratorio (ver mapa 7).

Mapa N° 7

Distribución de casos de virus Zika, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

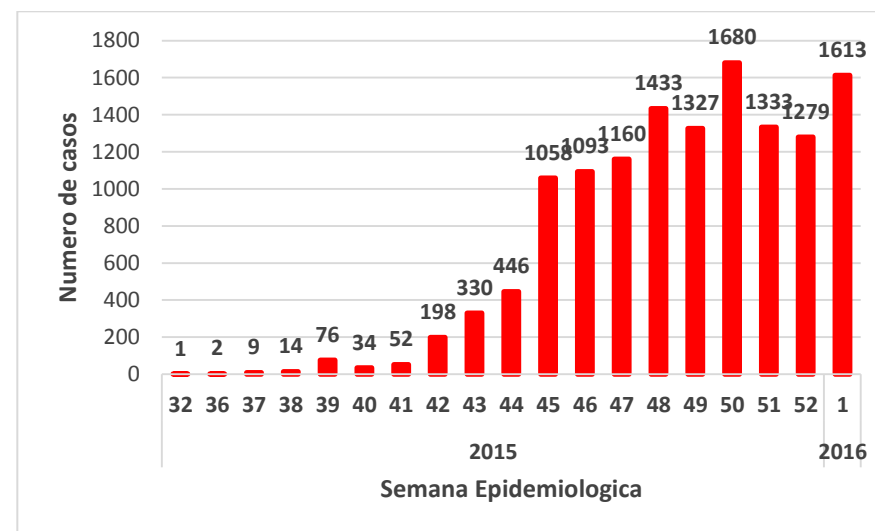
En la semana epidemiológica 01, se notificaron 1 613 casos procedentes de 29 de las 36 entidades territoriales, de los cuales 1 273 casos corresponden a casos confirmados por clínica y 340 casos sospechosos. No ingresaron al Sivigila casos confirmados por laboratorio.

La curva de notificación muestra un aumento significativo de la notificación de los casos desde la semana epidemiológica 40 del año 2015, el mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia se presentó en la SE semana epidemiológica 50 del año 2015 con 1

680 casos. El promedio de notificación de las últimas cinco semanas fue de 1 446 casos/semana (ver gráfico 30).

Gráfico N° 30

Distribución de casos notificados de enfermedad por virus Zika por semanas epidemiológicas, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En relación con la distribución de casos confirmados por clínica y casos sospechosos de virus Zika en Colombia a semana epidemiológica 01, la mayor frecuencia de casos confirmados por clínica se observa en la Región Caribe con 5 449 casos distribuidos en diez entidades territoriales y 35 municipios, 1 151 casos sospechosos que proceden de ocho entidades territoriales y 92 municipios (ver tabla 29).



Tabla N° 29

Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Caribe, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	7	178	392	577
	BARRANQUILLA	6	1 396	0	1 402
	BOLIVAR	91	328	80	499
	CARTAGENA	52	622	0	674
	CESAR	7	127	18	152
	CORDOBA	6	574	181	761
	GUAJIRA	3	78	36	117
	MAGDALENA	0	0	296	296
	SAN ANDRES	53	630	3	686
	STA MARTA D.E.	4	905	0	909
	SUCRE	28	611	145	784
<b>Total</b>		<b>257</b>	<b>5. 49</b>	<b>1 151</b>	<b>6 857</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La Región Central, registró un total de 3 295 casos confirmados por clínica, procedentes de seis entidades territoriales, para un total de 46 municipios y 434 casos sospechosos, procedentes de ocho entidades territoriales y 58 municipios (ver tabla 30).

Tabla N° 30

Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Central, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	75	42	13	130
	BOGOTA	0	0	24	24
	CALDAS	17	29	1	47
	CUNDINAMARCA	44	1 643	137	1 824
	HUILA	14	888	103	1 005
	QUINDIO	0	0	6	6
	RISARALDA	31	34	3	68
	TOLIMA	44	659	147	850
<b>Total</b>		<b>225</b>	<b>3 295</b>	<b>434</b>	<b>3 954</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La siguiente región con mayor número de casos confirmados por clínica es la Región Oriental con 2 005 casos, procedentes de tres

entidades territoriales, en total 14 municipios y 289 casos sospechosos, procedentes de tres entidades territoriales y 29 municipios (ver tabla 31).

Tabla N° 31.

Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Oriental, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	24	8	2	34
	NORTE SANTANDER	196	1.988	269	2.453
	SANTANDER	13	9	18	40
<b>Total</b>		<b>233</b>	<b>2.005</b>	<b>289</b>	<b>2.527</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La Región de la Amazonía, registró 37 casos confirmados por clínica, distribuidos en dos entidades territoriales, en total cuatro municipios y 14 casos sospechosos, procedentes de cinco entidades territoriales y seis municipios (ver tabla 32).

Tabla N° 32

Distribución de casos según clasificación inicial en la Región de la Amazonía, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	AMAZONAS	0	0	6	6
	CAQUETA	4	23	4	31
	GUAINIA	0	0	2	2
	GUAVIARE	1	0	1	2
	VAUPES	0	0	0	0
	PUTUMAYO	24	14	1	39
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>80</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La Región de la Orinoquía, registró 39 casos procedentes de tres entidades territoriales, en total siete municipios y 13 casos sospechosos, procedentes de cuatro entidades territoriales y nueve municipios (ver tabla 33).

Tabla N° 33

Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Orinoquía, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	7	9	1	17
	CASANARE	7	24	6	37
	META	3	6	3	12
	VICHADA	0	0	3	3
Total		17	39	13	69

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En la Región Pacífica, se registrarán 12 casos confirmados por clínica, distribuidos en dos entidades territoriales, en total cuatro municipios y diez casos sospechosos, procedentes de tres entidades territoriales y nueve municipios (ver tabla 34).

Tabla N° 34

Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Pacífica, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

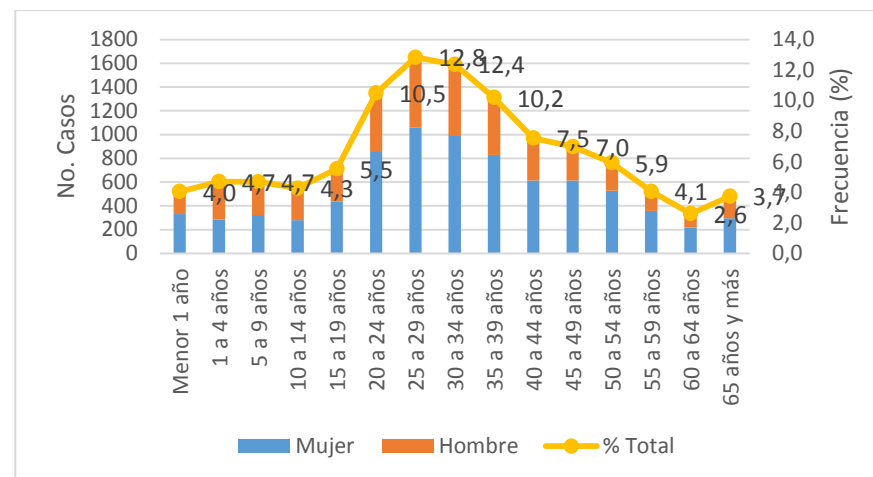
Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	CAUCA	3	0	1	4
	CHOCO	0	0	1	1
	NARIÑO	7	1	0	8
	VALLE	5	11	8	24
Total		15	12	10	37

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En relación con la distribución de casos sospechosos de enfermedad por virus Zika por grupos de edad y sexo, se presenta mayor frecuencia de casos en el sexo femenino con el 60,9 %, el grupo de edad que concentra la mayor proporción de casos es el de 25 a 29 años con el 12,8 % (ver gráfico 31).

Gráfico N° 31

Distribución de casos notificados de enfermedad por virus Zika por grupos de edad y sexo, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Desde que inicio la fase epidémica de la enfermedad a semana epidemiológica 01, se han notificado 560 mujeres en estado de embarazo, procedentes de 26 entidades territoriales y 89 municipios. De ellas, 30 gestantes tienen resultado para RT-PCR positivo notificado por el laboratorio de virología del INS, 429 gestantes notificadas confirmadas por clínica y 101 gestantes notificadas como sospechosas de la enfermedad. La entidad territorial con mayor proporción de casos notificados es el departamento de Norte de Santander con 268 gestantes correspondiente al 47,9 % (ver tabla 35).

Tabla N° 35

Distribución de casos notificados en gestantes por entidad territorial de procedencia y clasificación inicial de caso, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Dpto. Procedencia	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Total	% Total
NORTE	241	0	27	268	47,9
SANTANDER					
BARRANQUILLA	68	0	0	68	12,1
HUILA	27	1	1	29	5,2
CUNDINAMARCA	11	9	3	23	4,1
MAGDALENA	0	0	23	23	4,1
SUCRE	20	1	2	23	4,1
TOLIMA	12	7	3	22	3,9
ATLANTICO	2	0	18	20	3,6
CORDOBA	2	1	12	15	2,7
STA MARTA D.E.	13	0	0	13	2,3
CARTAGENA	9	1	0	10	1,8
SAN ANDRES	8	0	0	8	1,4
BOLIVAR	2	2	2	6	1,1
CESAR	5	0	1	6	1,1
ANTIOQUIA	3	1	1	5	0,9
GUAJIRA	1	0	3	4	0,7
PUTUMAYO	1	3	0	4	0,7
RISARALDA	2	1	0	3	0,5
ARAUCA	0	1	1	2	0,4
SANTANDER	0	1	1	2	0,4
CALDAS	1	0	0	1	0,2
QUINDIO	0	0	1	1	0,2
CHOCO	0	0	1	1	0,2
CAQUETA	1	0	0	1	0,2
BOGOTA	0	0	1	1	0,2
CAUCA	0	1	0	1	0,2
<b>Total general</b>	<b>429</b>	<b>30</b>	<b>101</b>	<b>560</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En la semana epidemiológica 01, se notificaron 211 gestantes de las cuales 177 corresponden a casos confirmados por clínica y 34 casos sospechosos. A continuación se relacionan los municipios del país que han notificado mujeres en estado de embarazo al sistema de vigilancia epidemiológica como casos de enfermedad por virus Zika (ver tabla 36).

Tabla N° 36

Distribución de casos notificados en gestantes por municipio de procedencia y clasificación inicial de caso, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Departamento procedencia	Municipio procedencia	Casos Conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Casos Conf. Clínica	Total
ANTIOQUIA	MEDELLIN	0	0	3	3
	BARBOSA	0	1	0	1
	MUNICIPIO DESCONOCIDO	1	0	0	1
ARAUCA	ARAUCA	1	0	0	1
	FORTUL	0	1	0	1
ATLANTICO	GALAPA	0	1	0	1
	SABANALARGA	0	1	0	1
	SOLEDAD	0	15	0	15
	PUERTO COLOMBIA	0	0	2	2
	PALMAR DE VARELA	0	1	0	1
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	0	0	68	68
BOGOTA	BOGOTA	0	1	0	1
BOLIVAR	CICUCO	0	1	0	1
	MAGANGUE	0	0	1	1
	MARIA LA BAJA	1	0	0	1
	TURBACO	1	0	1	2
	VILLANUEVA	0	1	0	1
CALDAS	VICTORIA	0	0	1	1
CARTAGENA	CARTAGENA	1	0	9	10
CAQUETA	FLORENCIA	0	0	1	1
CAUCA	MERCADERES	1	0	0	1
CESAR	AGUACHICA	0	0	5	5
	EL COPEY	0	1	0	1
CHOCO	LLORO	0	1	0	1
CORDOBA	MONTELIBANO	0	7	0	7
	SAN BERNARDO DEL VIENTO	0	1	0	1
	TUCHIN	1	0	0	1
	CHINU	0	1	0	1
	SAN CARLOS	0	1	0	1
	MONTERIA	0	0	2	2
	SAN PELAYO	0	2	0	2
	AGUA DE DIOS	0	0	2	2
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	8	0	7	15
	LA MESA	0	0	1	1
	SASAIMA	0	1	0	1
	UTICA	0	1	0	1
	VILLETEA	0	1	0	1
	RAFAEL REYES (APULO)	0	0	1	1
	GUADUAS	1	0	0	1
	MUNICIPIO DESCONOCIDO	0	1	0	1
	VILLANUEVA	0	1	0	1
	FONSECA	0	1	0	1
HUILA	RIOHACHA	0	0	1	1
	NEIVA	0	0	27	27
	VILLAVIEJA	0	1	0	1
MAGDALENA	TARQUI	1	0	0	1
	CIENAGA	0	18	0	18
NORTE SANTANDER	TENERIFE	0	1	0	1
	PLATO	0	1	0	1
	SANTA ANA	0	1	0	1
	SITIO NUEVO	0	1	0	1
	ZONA BANANERA	0	1	0	1
	ABREGO	0	1	0	1
NORTE SANTANDER	CUCUTA	0	0	230	230
	EL ZULIA	0	0	2	2
	GRAMALOTE	0	1	0	1
	HACARI	0	1	0	1
	LOS PATIOS	0	21	0	21

Departamento procedencia	Municipio procedencia	Casos Conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Casos Conf. Clínica	Total
	SAN CAYETANO	0	0	1	1
	SARDINATA	0	1	0	1
	VILLA DEL ROSARIO	0	0	8	8
	SALAZAR	0	1	0	1
	DURANIA	0	1	0	1
PUTUMAYO	PUERTO ASIS	2	0	0	2
	MOCOA	1	0	1	2
QUINDIO	ARMENIA	0	1	0	1
RISARALDA	MISTRATO	1	0	0	1
	LA VIRGINIA	0	0	1	1
	PEREIRA	0	0	1	1
SAN ANDRES	SAN ANDRES	0	0	8	8
SANTANDER	LEBRIJA	1	0	0	1
	SABANA DE TORRES	0	1	0	1
STA MARTA D.E.	SANTA MARTA	0	0	13	13
SUCRE	SAN MARCOS	0	0	3	3
	SAN PEDRO	0	1	0	1
	SINCELEJO	1	0	12	13
	TOLUVIEJO	0	1	0	1
	COROZAL	0	0	5	5
TOLIMA	ESPINAL	2	0	1	3
	IBAGUE	2	0	6	8
	MELGAR	0	0	3	3
	ORTEGA	0	1	0	1
	SAN ANTONIO	0	1	0	1
	MUNICIPIO DESCONOCIDO	0	1	0	1
	PURIFICACION	1	0	0	1
	FLANDES	0	0	1	1
	MARIQUITA	0	0	1	1
	GUAMO	1	0	0	1
	CHAPARRAL	1	0	0	1
<b>Total General</b>		<b>30</b>	<b>101</b>	<b>429</b>	<b>560</b>

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El análisis de otras variables demográficas en la población gestante notificada para el evento, registra que un 4,4% pertenece a grupos étnicos (ROM, Raizales, Palenqueros y Afroamericanos), el 93,3% residen en el área urbana y el 71,4% tienen su aseguramiento en el régimen contributivo (ver tabla 37).

Tabla N° 37

Distribución de casos notificados en gestantes por otras variables de interés y definición inicial de caso, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Pertenencia étnica	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Total I	% Total
Gitano, ROM	1	0	1	1	0,3
Raizal	3	0	0	3	1
Palenquero	0	1	1	2	0,7
Afrocolombiano	3	0	7	8	2,4
Otros grupos	415	17	92	300	95,6
Área residencia	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Total I	% Total
Urbano	405	12	84	286	93,3
Centro poblado	12	4	11	21	4,4
Rural	5	2	6	7	2,3
Tipo aseguramiento	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Total I	% Total
Contributivo	278	6	68	222	71,4
Excepción	7	0	0	3	1
No vinculado	7	0	4	3	1
Especial	9	1	3	10	2,7
Subsidiado	121	11	26	76	23,9
<b>Total general</b>	<b>422</b>	<b>18</b>	<b>101</b>	<b>541*</b>	<b>100</b>

\*\* Las distribuciones se realiza con un n=541 correspondientes a los registros con la información epidemiológica completa para realizar este análisis.

Fuente: Sivigila individual, laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

### Recomendaciones para las acciones de vigilancia epidemiológica del evento

- Realizar notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika a través de la ficha de Sivigila con el código **895**.
- Implementación de la Circular Conjunta MSPS-INS 061 de 2015 sobre lineamientos nacionales para la vigilancia de la enfermedad por virus Zika en su fase epidémica II.
- Implementación de las Circulares Externas del INS 063 y 064 de 2015 sobre intensificación de la vigilancia de defectos congénitos y la vigilancia de los síndromes neurológicos con fuerte sospecha de infección por virus Zika.

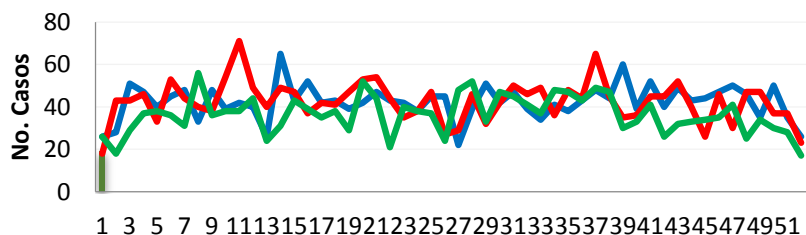
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
  - Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación), en tanto el Equipo de Vigilancia Global de OMS haga efectiva la introducción de los nuevos códigos CIE10 para la Enfermedad por virus ZIKA y sus sinónimos así: **U06** para Enfermedad por virus Zika, **U06.9** para Enfermedad por virus Zika, no especificado.
  - Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico solo en personas pertenecientes a grupos de riesgo, y de aquellos municipios donde no haya confirmación de la circulación virológica (de acuerdo a los lineamientos del laboratorio Nacional de Referencia del INS).
  - Los casos que no cumplan con definición de casos es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue o chikunguña, dada su carga de morbilidad y mortalidad
  - Ante cualquier duda con referencia a la vigilancia epidemiológica, favor comunicarse con el equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del Instituto Nacional de Salud.
-

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Infecciones de transmisión sexual

### • Hepatitis B y C

A semana epidemiológica 01, se han notificado 19 casos de hepatitis B y seis casos de hepatitis C. Se registra una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 13,7 %, en relación con el mismo período del año anterior, en el cual se notificaron 29 casos (ver gráfica 32).

Gráfica N° 32  
Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, semana epidemiológica 01, 2013-2016

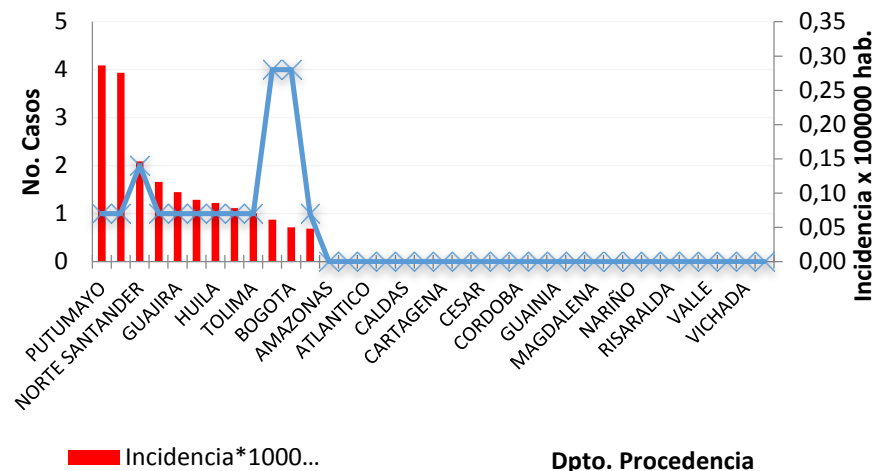


■ 2016 ■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 **Semana Epidemiológica**  
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 - 2016

Las entidades territoriales que registraron la mayor proporción de casos de hepatitis B notificaron fueron Antioquia con el 21,0 %, Bogotá con el 21,0 %, Norte de Santander con el 10,5 %, Bolívar con el 5,2 % y Santander con el 5,2 %, los cuales representan el 63,1 % de los casos notificados.

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 0,04 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales con la mayor tasa de incidencia fueron Antioquia con el 0,06, Bogotá con el 0,05, Norte de Santander con el 0,1, Bolívar con el 0,09 y Boyacá con el 0,08 (ver gráfica 33).

Gráfica 33  
Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



■ Incidencia\*1000...  
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En la notificación de hepatitis B, se registró en mayor proporción en el sexo masculino con el 77,8 %, sin embargo, estas proporciones por sexo varían según departamentos y distritos. El grupo de edad que notificó la mayor proporción de casos fue el de 25 a 29 años con el 33,3 % (ver tabla 38).

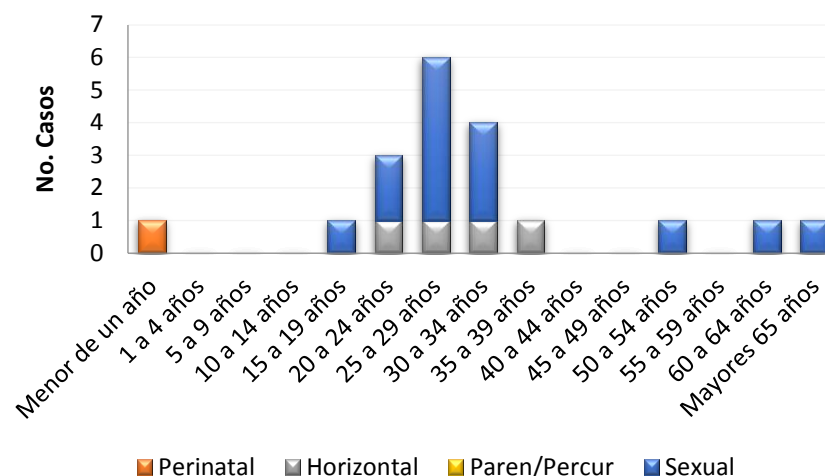
Tabla 38. Casos notificados de hepatitis B según grupo de edad y sexo, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Grupo de edad	Mujer	% Mujer	Hombre	% Hombre	Total	% Total
Menor de 1 año	0	0	1	100	1	5,6
1 a 4 años	0	0	0	0	0	0
5 a 9 años	0	0	0	0	0	0
10 a 14 años	0	0	0	0	0	0
15 a 19 años	0	0	1	100	1	5,6
20 a 24 años	2	66,7	1	33,3	3	16,7
25 a 29 años	1	16,7	5	83,3	6	33,3
30 a 34 años	1	25	3	75	4	22,2
35 a 39 años	0	0	1	100	1	5,6
40 a 44 años	0	0	0	0	0	0
45 a 49 años	0	0	0	0	0	0
50 a 54 años	0	0	1	100	1	5,6
55 a 59 años	0	0	0	0	0	0
60 a 64 años	0	0	1	100	1	5,6
Mayores 65 años	0	0	1	100	1	5,6
Total general	4	22,2	14	77,8	18	100

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

En el análisis de los tipos de transmisión del virus de la hepatitis B, la transmisión sexual representa el 73,6 % de los casos, la mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 25 a 29 años; se notificó un caso de hepatitis B con transmisión materno infantil (ver gráfica 34).

Gráfica 34. Distribución de los casos de hepatitis B notificados por modo de transmisión y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 01 de 2016



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

A semana epidemiológica 01, se notificó una muerte secundaria a la infección por Hepatitis C; no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B.

## • Sífilis

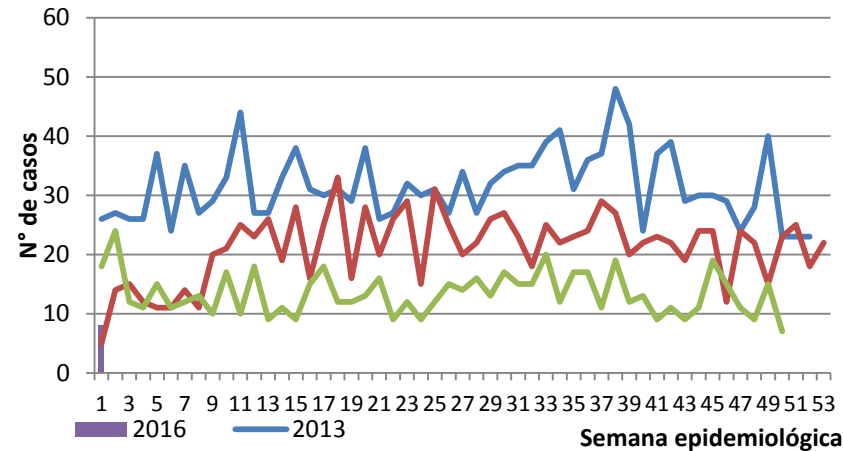
### Sífilis congénita

A semana epidemiológica 01, han sido notificados ocho casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso, en relación con la misma semana del año anterior en la que se notificaron 18 casos, se registra una disminución de 55,6 % en la notificación (ver gráfica 35).



Gráfica N° 35

Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 01, 2013-2016

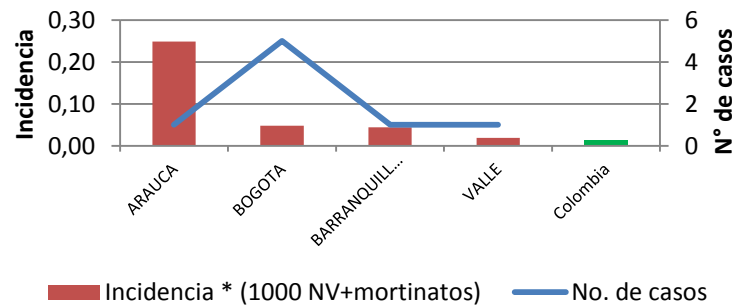


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013- 2016

Las entidades territoriales que notificaron casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 01, fueron Arauca, Bogotá, Barranquilla y Valle; la Incidencia de sífilis congénita para Colombia es de 0,01 casos por 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 36).

Gráfica N° 36

Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



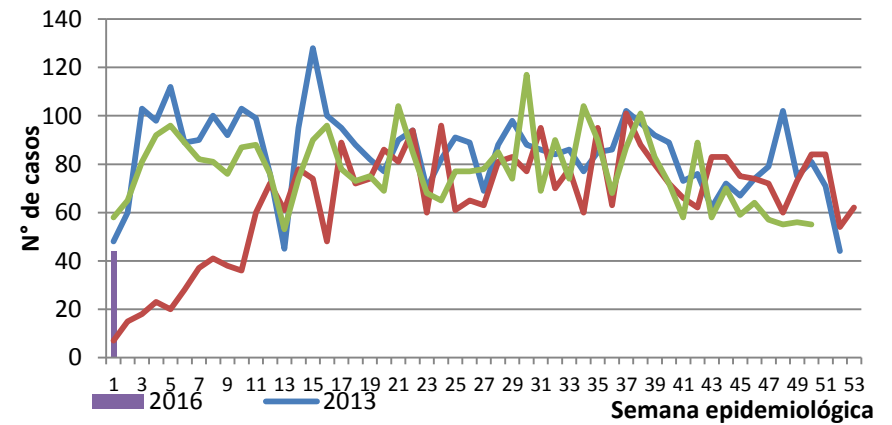
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

### Sífilis Gestacional

A semana epidemiológica 01, han sido notificados 44 casos de sífilis gestacional que cumplen definición de caso, en relación con la misma semana del año anterior en la que se notificaron 58 casos, se registra una disminución del 24,1 % en la notificación (ver gráfica 37).

Gráfica N° 37

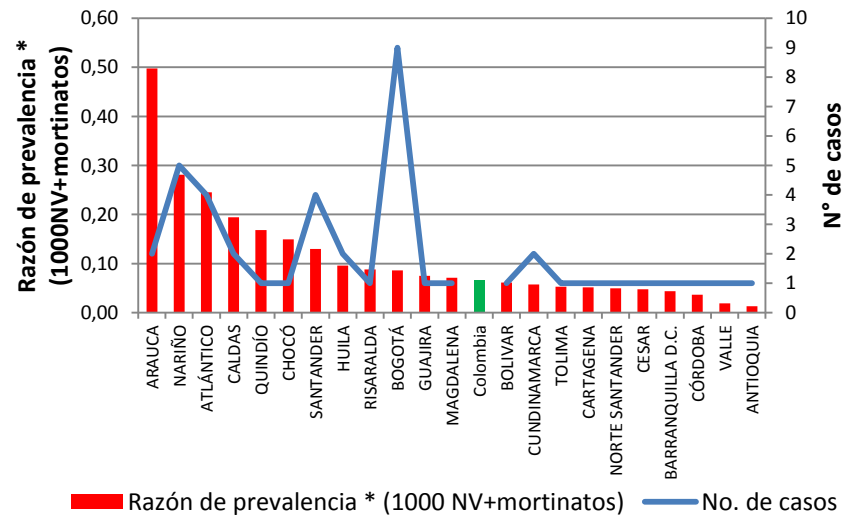
Notificación de casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 01, 2013 - 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013- 2016

A semana epidemiológica 01, la razón de prevalencia de sífilis gestacional para Colombia es de 0,07 casos por 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 38).

Gráfica 38  
Razón de prevalencia y número de casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



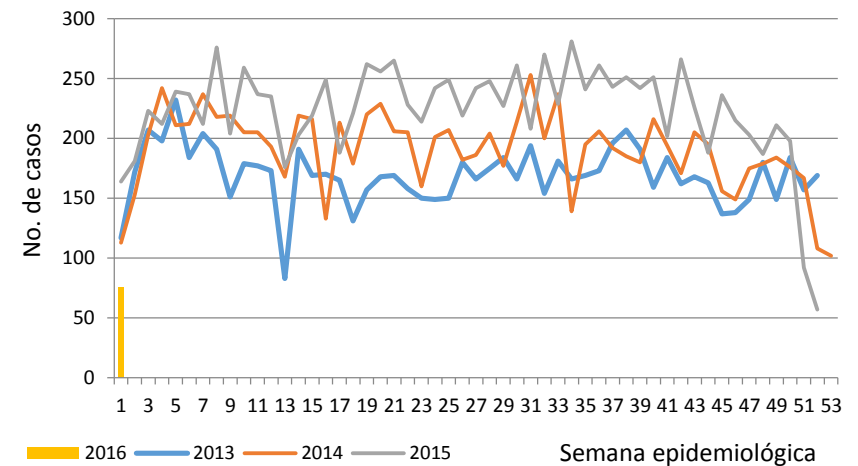
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

### • VIH/SIDA y muerte por SIDA

#### VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 01, se han notificado 76 casos, en relación con el año anterior se notificaron 164 casos, se registra una disminución del 53,6 %, puede variar por el ingreso de casos de manera tardía (ver gráfica 39).

Gráfica 39  
Notificación de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, semana epidemiológica 01, 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 - 2016

A semana epidemiológica 01, de los 76 casos notificados, 74 están en estadio VIH y SIDA y 2 aparecen con condición final muerte.

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

### • Lepra

En la semana epidemiológica 01, se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública tres casos de lepra por Huila, Santander y el distrito de Bogotá, como casos nuevos, dos de ellos confirmados bacteriológicamente y un caso por clínica. De acuerdo con la clasificación tanto clínica como bacteriológica del caso, se presentan dos casos clasificados como paucibacilares y un caso multibacilar; no se registran casos con discapacidad ni reacciones lepróticas.

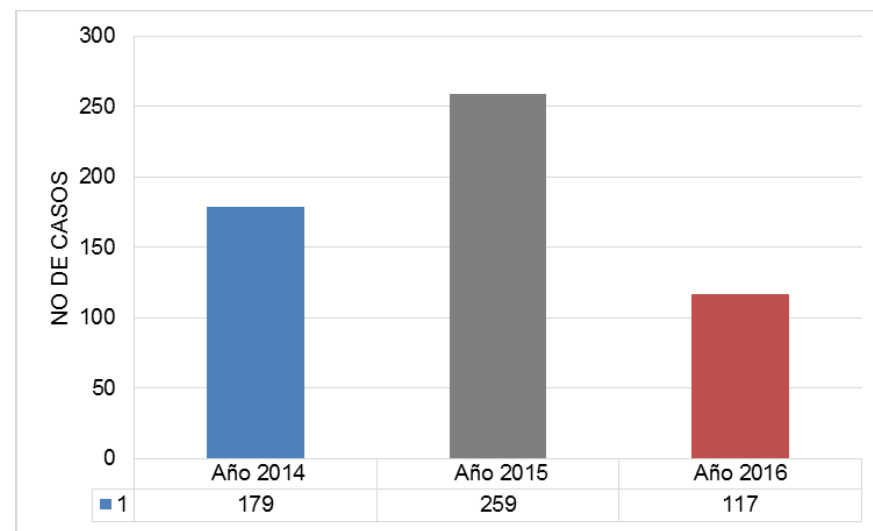
Cabe resaltar la importancia de un diagnóstico oportuno de los casos para la prevención de discapacidades, observando en la notificación un diagnóstico y tratamiento tardío.

### • Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 01, se han notificado al Sivigila 117 casos de todas las formas de tuberculosis; el 89,7% (105 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 10,3% (12 casos) a formas extrapulmonares, de estas se registró un caso con localización meníngea. En relación con el año anterior, para esta semana se registra una disminución del 54,8% en la notificación. Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento y por calidad del dato (ver gráfica 40).

Gráfica N° 40

Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, semana epidemiológica 01, 2014- 2016



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

De acuerdo con la distribución por tipo de caso, el 82,9% (97 casos) ingresaron como confirmados por laboratorio, el 16,2% (19 casos) por clínica y el 0,9 % (un caso) por nexo epidemiológico (ver tabla 39).

Tabla N° 39

Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	90	7	0	97	82,9
Confirmado por clínica	14	5	0	19	16,2
Confirmado por nexo epidemiológico	1	0	0	1	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

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

En relación con la clasificación de caso a semana epidemiológica 01, el 92,3% (108 casos) ingresaron como casos nuevos (ver tabla 40).

Tabla 40

Tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	96	12	108	92,3
Previamente tratados	9	0	9	7,7
Sin dato	0	0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>12</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

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

Por pertenencia étnica, el grupo con mayor proporción de casos es "otros" con el 88,9%. Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (12 casos), la localización anatómica con mayor porcentaje de casos es la pleural con el 58,3% (ver gráfica 41).

Gráfica 41

Tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	7	58,3
MENINGEA	1	8,3
GANGLIONAR	1	8,3
OSTEOARTICULAR	1	8,3
SIN DATO	1	8,3
INTESTINAL	1	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

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

De los 108 casos nuevos distribuidos por entidad territorial residencia, Amazonas registra la mayor incidencia con 1,3 por 100 000 habitantes. La incidencia para el país en esta semana epidemiológica es de 0,2 casos por 100 000 habitantes (ver gráfica 41).

Tabla 41

Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

Entidad territorial de residencia	Nº de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia a por 100 000 habitantes de TB pulmonar	Nº de casos nuevos tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia a por 100 000 habitantes
AMAZONAS	1	1,3	0	0,0	1	1,3
ANTIOQUIA	16	0,2	5	321,0	21	0,3
ARAUCA	1	0,4	1	17,0	2	0,8
ATLANTICO	3	0,2	1	26,0	4	0,3
BARRANQUILLA	7	0,6	1	44,0	8	0,7
BOGOTÁ	5	0,1	1	229,0	6	0,1
BOLIVAR	2	0,2	0	0,0	2	0,2
BOYACÁ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CALDAS	3	0,3	1	31,0	4	0,4
CAQUETA	4	0,8	0	0,0	4	0,8
CARTAGENA	5	0,5	0	0,0	5	0,5
CASANARE	1	0,3	0	0,0	1	0,3
CAUCA	2	0,1	1	43,0	3	0,2
CESAR	4	0,4	0	0,0	4	0,4
CHOCO	2	0,4	1	22,0	3	0,6
CORDOBA	2	0,1	0	0,0	2	0,1
CUNDINAMARCA	2	0,1	0	0,0	2	0,1
GUAJIRÁ	1	0,1	0	0,0	1	0,1
GUAVIARE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
GUAINIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HUILA	3	0,3	0	0,0	3	0,3
MAGDALENA	1	0,1	0	0,0	1	0,1
META	4	0,4	0	0,0	4	0,4
NARIÑO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NORTE	11	0,8	0	0,0	11	0,8
SANTANDER	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PUTUMAYO	1	0,2	0	0,0	1	0,2
QUINDIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RISARALDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SAN ANDRÉS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SANTANDER	8	0,4	0	0,0	8	0,4
STA MARTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUCRE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOLIMA	2	0,1	0	0,0	2	0,1
VALLE DEL CAUCA	5	0,1	0	0,0	5	0,1
VAUPÉS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VICHADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
EXTERIOR	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>0,20</b>	<b>12</b>	<b>0,02</b>	<b>108</b>	<b>0,22</b>

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

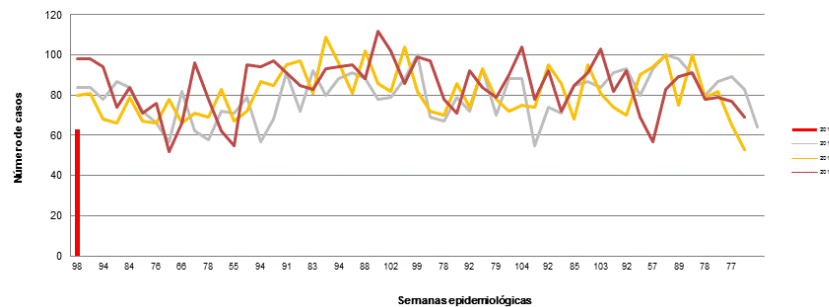
## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

### • Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 01, se han notificado al Sivigila 62 accidentes ofídicos por serpientes. En relación con el año anterior a la misma semana se habían notificado 80 casos, se registra una disminución de 22,5 % (ver gráfica 42).

Gráfica N° 42

Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Colombia, semana epidemiológica 01, 2013-2016.



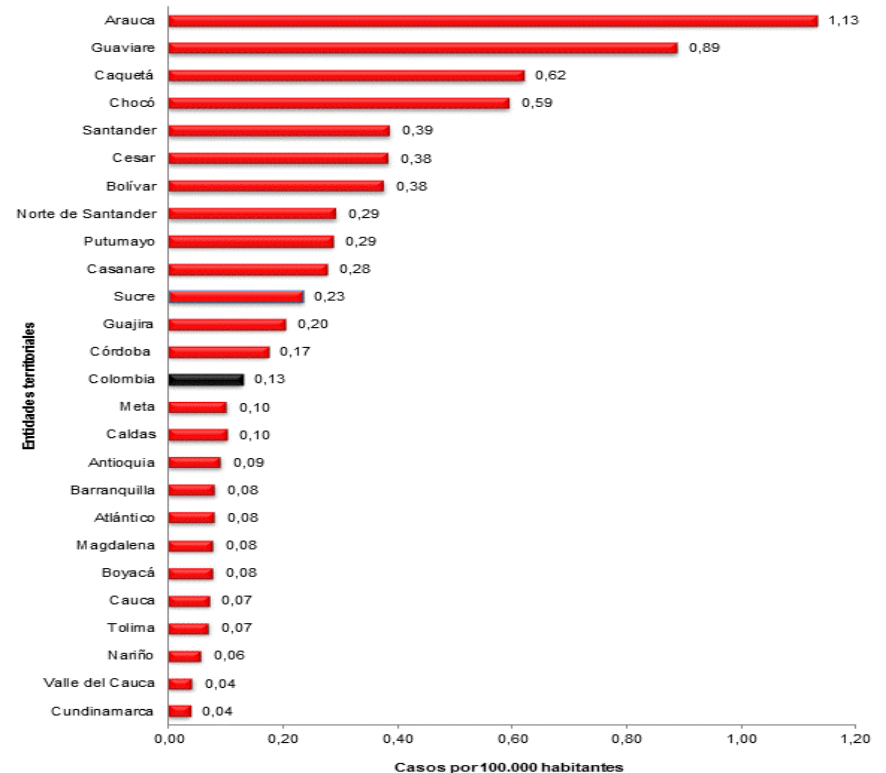
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2016

Las regiones atlántica y oriental, registran la mayor proporción de casos de casos por procedencia con el 37,1 % y el 22,6 % respectivamente.

La proporción de incidencia acumulada de accidente ofídico en el país es de 0,13 casos por 100 000 habitantes (IC 95% 0,13 – 0,10); las regiones amazonía y orinoquía registran la mayor proporción de incidencia con 0,4 y 0,3 casos por 100 000 habitantes respectivamente. El departamento que registra la incidencia mayor que la nacional fue Arauca (ver gráfica 43).

Gráfica 43

Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.

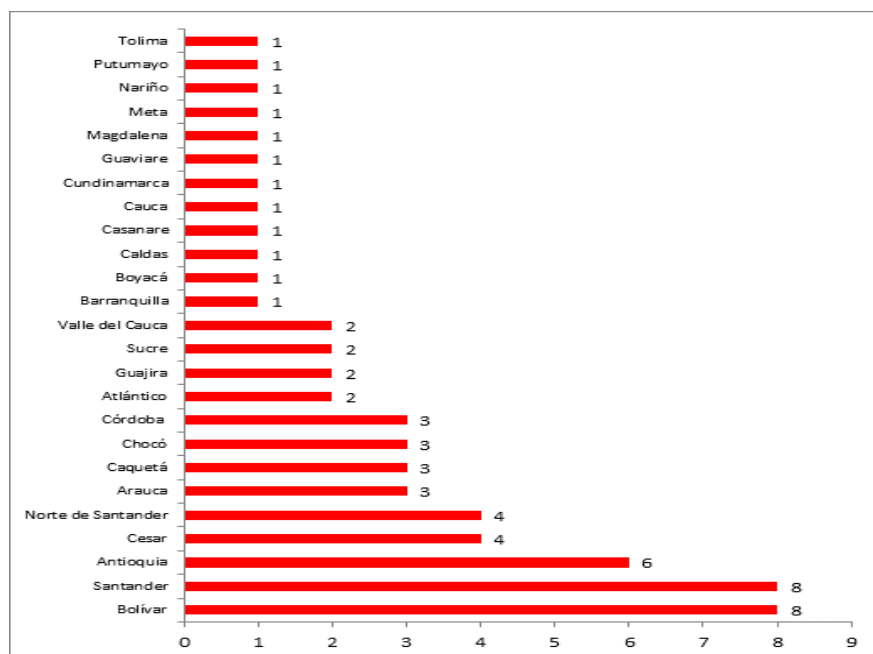


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Los 62 casos de accidente ofídico fueron notificados por 25 entidades territoriales, los de mayor frecuencia relativa: Bolívar (12,7%), Santander (12,7%), Antioquia (9,5 %), Cesar y Norte de Santander (6,3% cada una), Arauca, Caquetá, Chocó, Córdoba (4,8 % cada una), Atlántico (3,2 %), de estos diez departamentos procede el 69,8 % del total de los casos (ver gráfica 44).

Gráfica 44

Casos de accidente ofídico por entidad territorial de notificación en Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.



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

Los casos fueron notificados por 51 municipios, los que registraron la mayor cantidad de casos fueron Barranquilla con tres casos, Buenaventura, Cartagena, Florencia, Montería, Rionegro, San Juan del Cesar, Santa Rosa del Sur, Saravena, Sincelejo y Tamalameque con dos casos cada uno, aportan el 36,5 % del total de casos del país.

El 68,3% de los casos se registraron en el sexo masculino, la media de la edad fue de 30 años y el 76,2% de ellos proceden del área rural.

El 58,7% de los casos notificados fueron hospitalizados, porcentaje que está por debajo de la meta establecida del 100%. El 77,7% recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 28 casos (57,1 %), moderados 17 casos (34,7%), 4 graves (8,2%).

Analizando el uso del suero antiofídico, se emplearon 220 ampollas para el manejo de los accidentes, en promedio 4,4 ampollas por paciente, mínimo uno y máximo 14.

### Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico

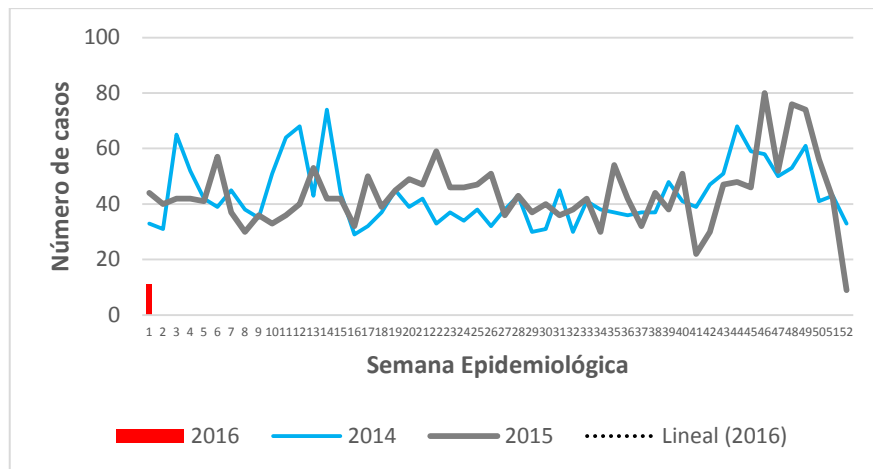
A semana 01, se notificó una muerte, ocurrida en el departamento de Antioquia, representando una letalidad de 1,6 %.

### • Leptospirosis

A semana epidemiológica 01, se han notificado 11 casos de leptospirosis, en relación con los 44 casos notificados el año anterior, para esta semana se registró una disminución en la notificación del 75,0%. Esta información está sujeta a cambios debido a la oportunidad en la notificación y a los ajustes que se realicen al evento cada semana epidemiológica (ver gráfica 45).

Gráfica N° 45.

Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

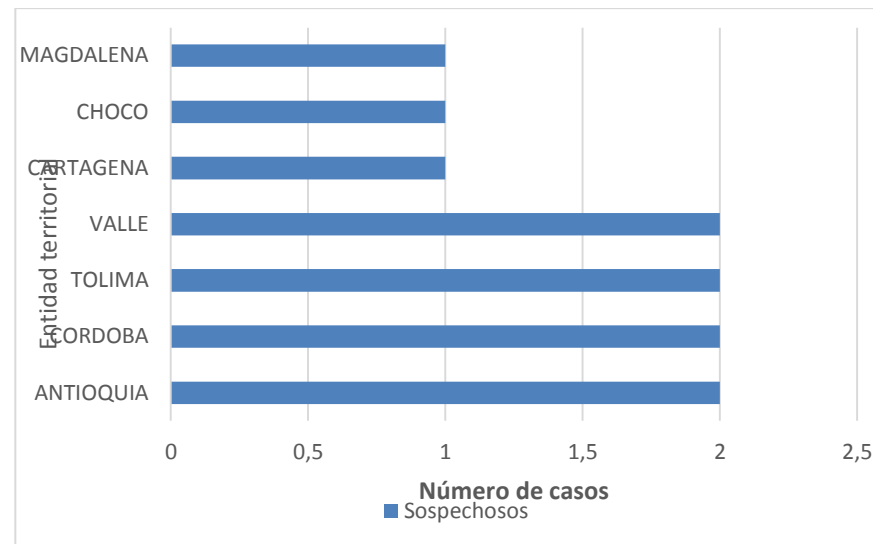


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 100% de los casos se encuentran como sospechosos; los casos proceden de siete entidades territoriales, el 72,7% corresponde a los departamentos de Antioquia, Córdoba, Tolima y Valle del Cauca (ver gráfica 46).

Gráfica N°46

Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



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

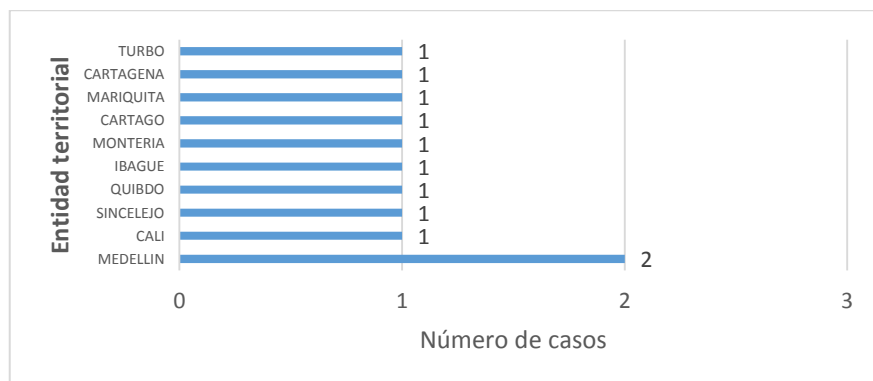
La proporción de incidencia nacional acumulada a la semana epidemiológica 01, es de 0,02 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales de Choco, Magdalena y Tolima, registran la mayor incidencia en el país.

El 18,2% de los casos fueron notificados por el municipio de Medellín (ver gráfica 47).



Gráfica N° 47

Casos de leptospirosis por municipio de notificación, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



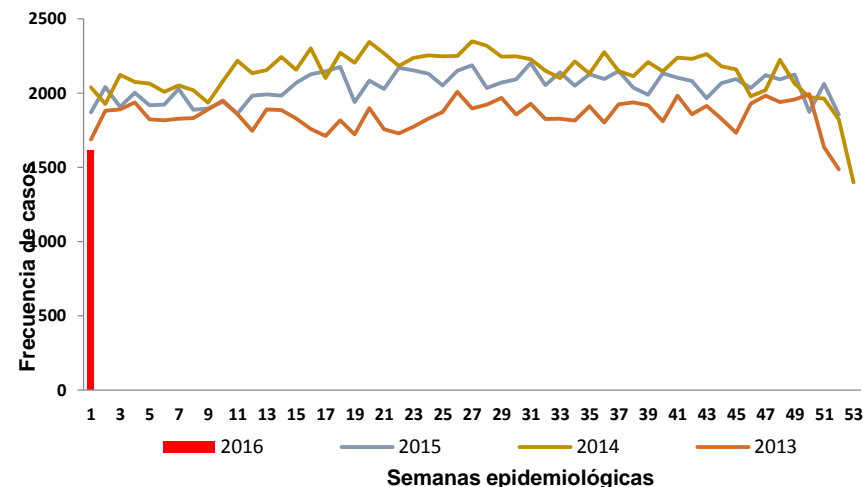
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 72,7% de los casos, se registraron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 40 años; el 63,6% proceden de cabecera municipal; el 55,0% los casos están afiliados régimen subsidiado y se reportó 81,8% de hospitalizaciones por este evento.

#### • Vigilancia Integrada de la Rabia Humana

A semana epidemiológica uno de 2016 se han notificado al SIVIGILA 1.613 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución del 13,79 % en la notificación de casos para este año, con relación a los 1.871 casos reportados en la misma semana de 2015 (ver gráfica 48).

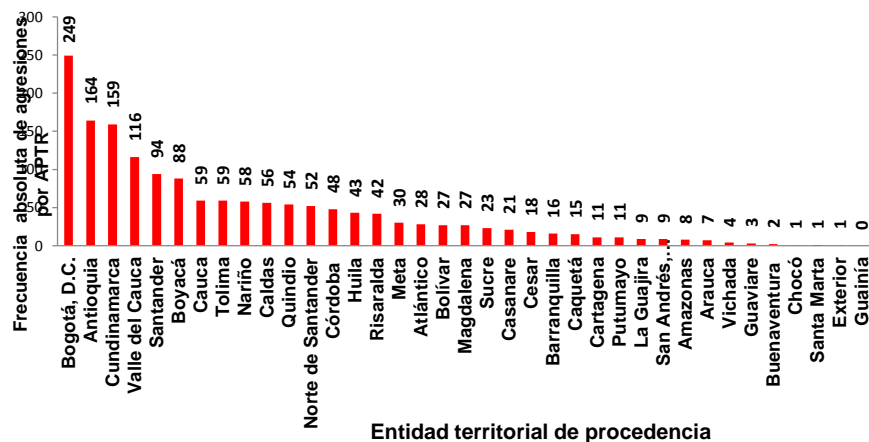
Gráfica 48. Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia. Colombia, a semana epidemiológica uno de 2016.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La mayor frecuencia de casos procede de la región Central (826 agresiones) y la menor de la región Amazonía (37 casos). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (15,44 %), Antioquia (10,17 %), Cundinamarca (9,86 %), Valle del Cauca (7,19 %), Santander (5,83) y Boyacá (5,46 %). Estas entidades territoriales acumulan el 54,08 % de la notificación del país (ver gráfica 49).

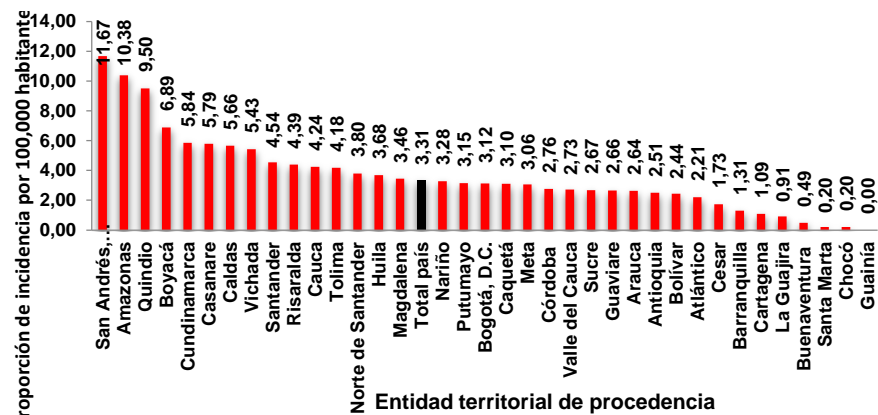
Gráfica 49. Casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica uno de 2016.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia es de 3,31 casos por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son San Andrés-Providencia-Santa Catalina, Amazonas, Quindío, Boyacá y Cundinamarca (ver gráfica 50).

Gráfica 50. Incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por entidad territorial de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica uno de 2016.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

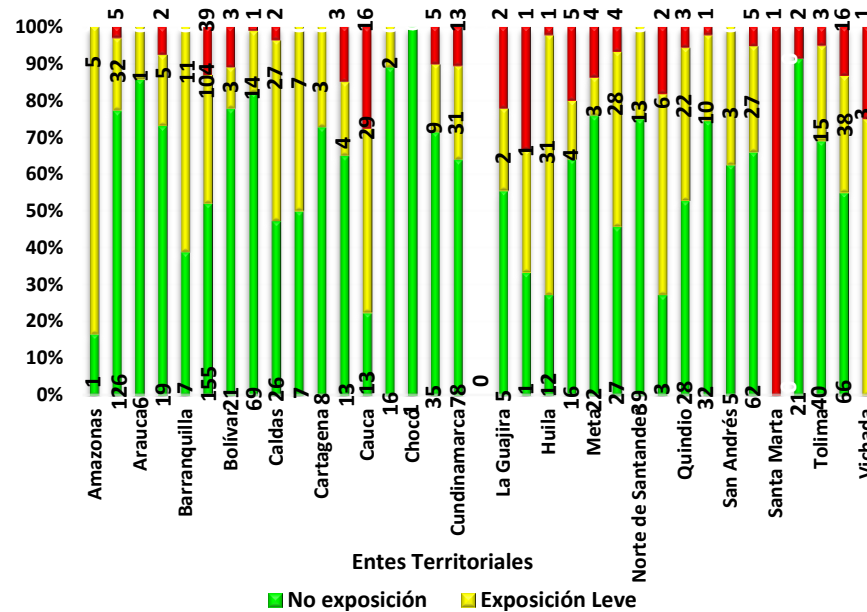
Durante esta semana se notificaron 1.613 casos de agresiones y de contactos con el virus de la rabia, 258 casos (13,79 %) menos que en la misma semana epidemiológica de 2015 (1.871 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, 4 distritos (ver gráfica 2) y 387 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes afectados fue de 28,44 años, el 52,51 % de los casos ocurrieron en hombres y el 2,48 % (40 casos) requirieron hospitalización para su manejo.

Del total de personas agredidas, el 60,76 % (980 casos) se clasificaron como no expuestas, el 30,56 % (493 casos) como exposiciones leves y el 8,68 % (140 casos) como exposiciones grave (ver gráfica 51).

Gráfica 51. Frecuencia por entidades territoriales de los tipos de exposición rábica, Colombia, a semana epidemiológica uno de 2016.



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

Con relación al manejo de los casos, se realizó lavado de la herida a 1.566 pacientes (97,09 %) y sutura a 143 pacientes (8,87 %), se ordenó aplicación de suero a 129 pacientes (8,00 %) y de vacuna a 583 pacientes (36,140 %).

**Rabia humana.** Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

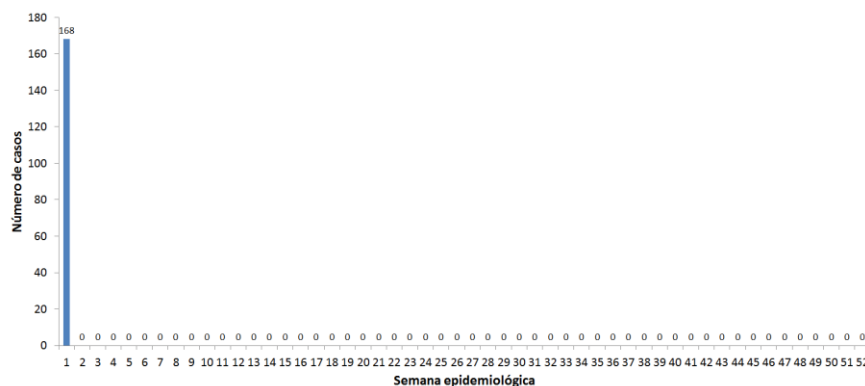
**Rabia animal.** Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia en perros y gatos en el país.

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Factores de Riesgo Ambiental

### • Intencionalidad suicida por intoxicaciones

En la semana epidemiológica 01 se reportaron al Sivigila 168 casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida, de los cuales el 38,5% (76) fueron intoxicaciones por medicamentos y 0,5% (uno) intoxicación por plaguicidas (ver gráfica 52).

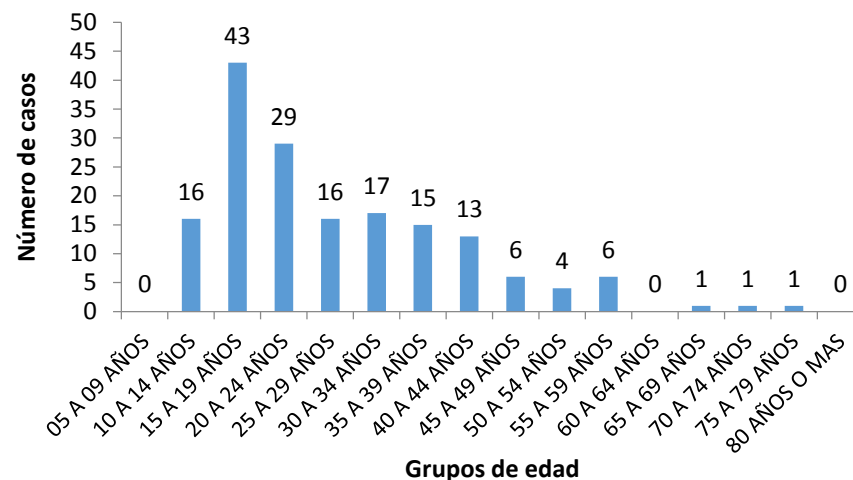
Gráfica 52. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por semana epidemiológica, Colombia, 2016



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

El 25,5% (43) de las intoxicaciones con intencionalidad suicida reportadas al Sivigila, se presentaron en jóvenes entre los 15 y los 19 años, mientras que el 17,2% (29) fueron reportadas en adultos jóvenes entre los 20 y los 24 años, estos dos grupos de edad, reúnen el 42,7% de los casos reportados (ver gráfica 53).

Gráfica 53. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por grupos quinquenales de edad, Colombia a semana epidemiológica 01, 2016



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

Según área de residencia de los casos 124 (73,8%) ocurrieron en cabecera municipal, 37 (22 %) en rural disperso y 7 (4,1%) en centro poblado (ver tabla 42).

Tabla 42. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por tipo de intoxicación y área de residencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

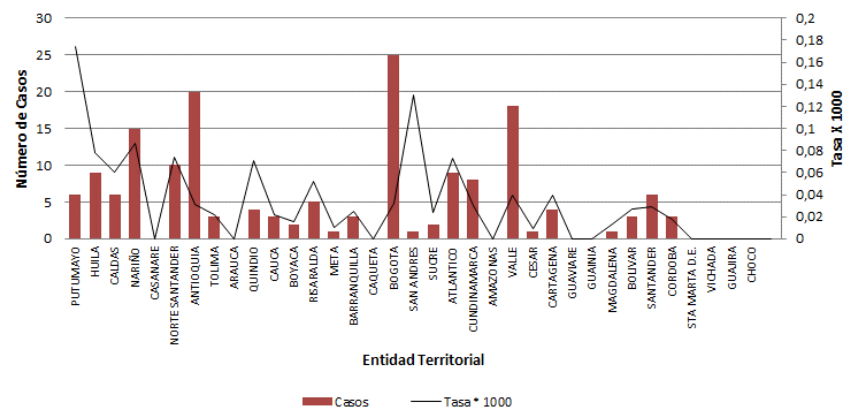
	GASES	MEDICAMENTOS	METALES	METANOL	OTRAS SUSTANCIAS	OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	PLAGUICIDAS	SOLVENTES	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Total general
Cabecera Municipal	0	66	1	1	0	13	39	3	1	124
Centro Poblado	0	3	0	0	0	0	4	0	0	7
Rural Disperso	0	7	0	0	0	1	29	0	0	37
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>72</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>168</b>

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

Mientras que la intoxicación por medicamentos es el método más común en las intoxicaciones con intencionalidad suicida en las cabeceras municipales (53,2 %) y centros poblados (42,8%), en el territorio rural disperso los plaguicidas representan el 78,3 % de las intoxicaciones con intencionalidad suicida.

Cinco entidades territoriales agrupan más del 50% de los casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida reportados, estos son: Bogotá (14,4%), Antioquia (11,9%), Valle del Cauca (10,7%), Nariño (8,9%) y Norte de Santander (5,9%) (ver gráfica 54).

Gráfica 54 tasa de incidencia de intoxicaciones con intencionalidad suicida por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



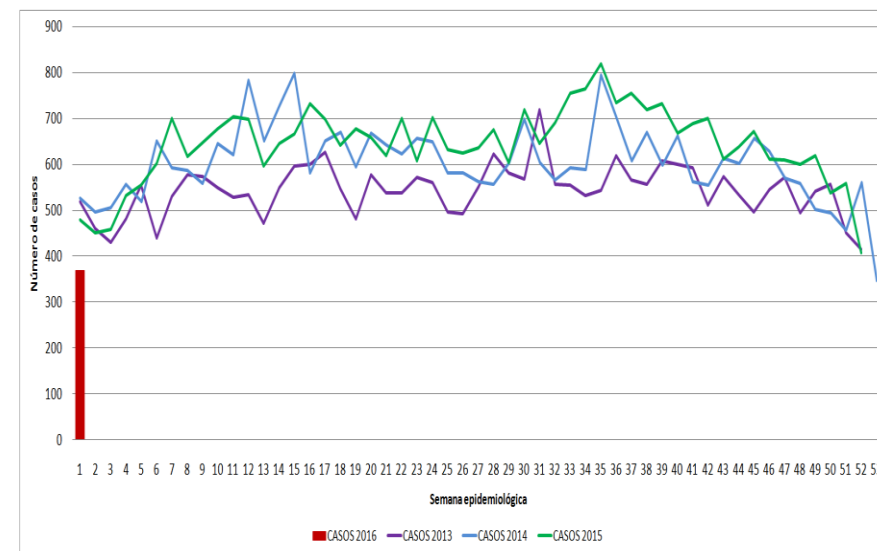
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

### • Intoxicaciones por sustancias químicas

En la semana epidemiológica uno de 2016 se notificaron 369 casos de intoxicaciones por sustancias químicas al sistema de vigilancia en Salud pública (Sivigila), para el año 2015 con corte a esta misma semana, se habían notificado 479 casos, lo que

representa una disminución del 29,81% en la notificación acumulada de casos (ver gráfica 55).

Gráfica 55. Notificación de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica, Colombia, 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2016

En el país a semana epidemiológica uno se tiene una incidencia general de 0,8 casos de intoxicaciones por cada 100 000 habitantes. De forma acumulada, el mayor número de casos notificados de intoxicaciones está dado por el grupo de plaguicidas (114 casos), seguido por medicamentos (104 casos) y sustancias psicoactivas (69 casos) (ver tabla 43).

Tabla 43. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica uno de 2016.

Evento	Casos a semana 1	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por plaguicidas	114	0,2
Intoxicación por medicamentos	104	0,2
Intoxicación por sustancias psicoactivas	69	0,1
Intoxicación por otras sustancias químicas	58	0,1
Intoxicación por solventes	16	0
Intoxicación por metanol	6	0
Intoxicación por metales	1	0
Intoxicación por gases	1	0
TOTAL	369	---
PROPORCIÓN DE INCIDENCIA	---	0,8

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

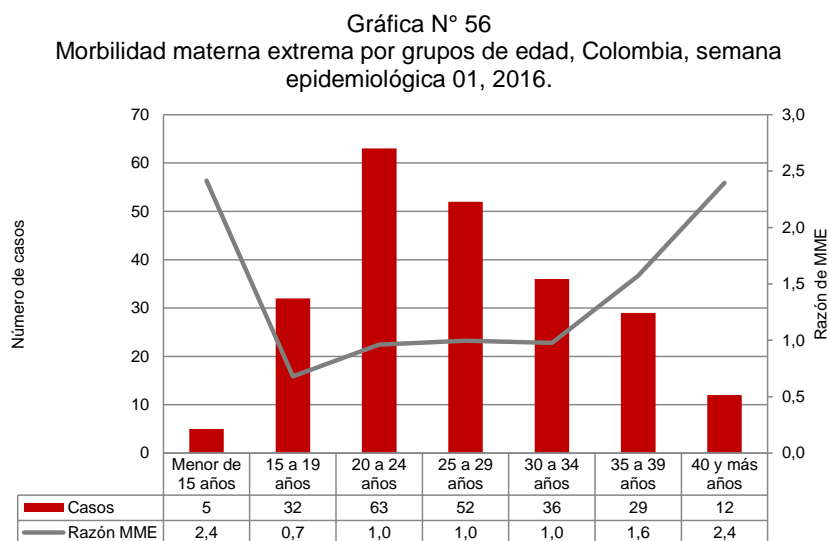
### Reincidencias

Para la semana epidemiológica uno no se han notificado casos de reincidencias.

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

### • Morbilidad materna extrema

A semana epidemiológica 01, se han notificado 229 casos de morbilidad materna extrema. De acuerdo con la edad de las madres la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 20 a 24 años con el 27,5%. En relación con la razón de morbilidad materna extrema preliminar, la mayor razón se registra en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 2,4 casos por 1 000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 2,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 56).



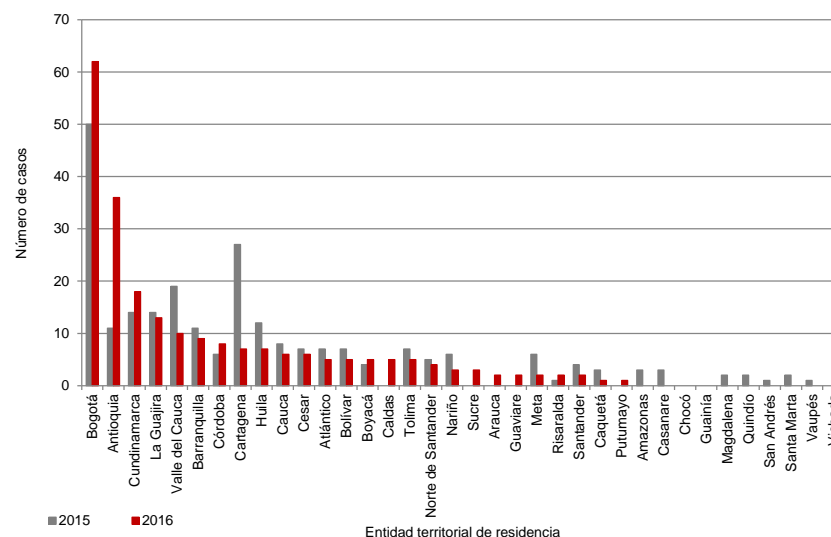
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud, DANE, corte a 31 de mayo de 2015, Colombia, 2016

Según el lugar de residencia, el 27,1% de los casos se registró en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 15,7%, Cundinamarca con el 7,9%, La Guajira con el 5,7% y Valle del Cauca con el 4,4%.

En comparación con los casos notificados en la misma semana del año anterior las entidades territoriales que han aumentado el número de casos por residencia son Antioquia con 25 casos,

Bogotá con 12 y Caldas con 5. No se han notificado casos de mujeres residentes en los departamentos de Chocó, Guainía y Vichada (ver grafica 57).

Gráfica N° 57  
Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

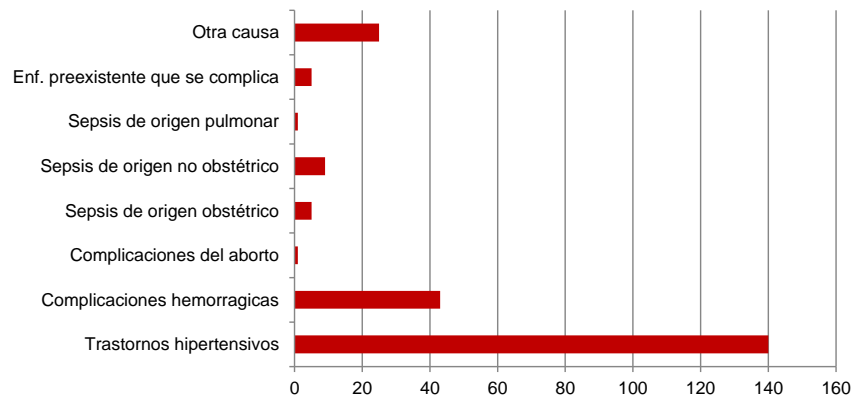


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema a semana epidemiológica 01, el mayor porcentaje corresponde a trastornos hipertensivos con un 61,1% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,8% (ver gráfica 58).



Gráfica N° 58  
Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.

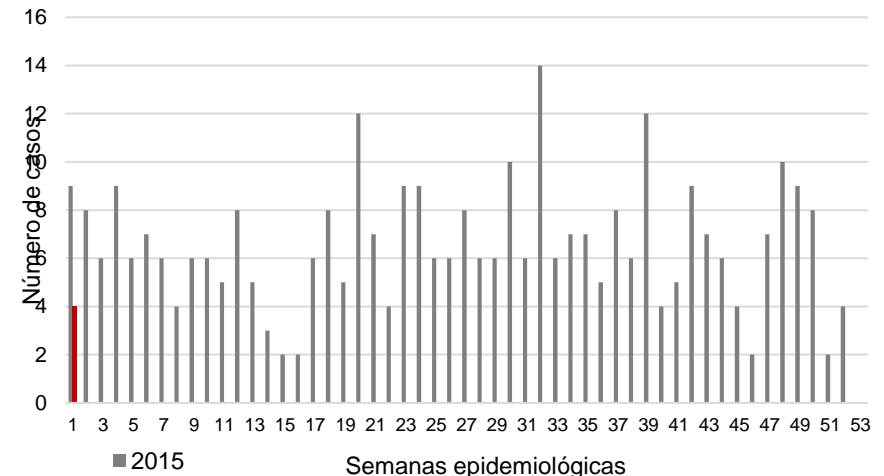


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

#### • Mortalidad materna

A semana epidemiológica 01, se notificaron cuatro casos de muerte materna, las cuales corresponden a muertes maternas tempranas, es decir, las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación. No se reportaron casos de muertes maternas tardías, es decir, las que ocurren desde el día 43 hasta el año posterior a la terminación del embarazo, ni casos de muertes por lesiones de causa externa (LCE). De forma preliminar, en relación con la notificación al mismo periodo del año anterior, se registra una disminución en la notificación de casos (ver gráfica 59).

Gráfica N° 59  
Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



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

En relación con el año anterior, de forma preliminar se registra una disminución del 60,0% en los casos notificados. Según el momento de ocurrencia, las muertes maternas tempranas han disminuido en un 55,5% en relación con las notificadas el año anterior, las muertes maternas tardías una disminución del 100% y las muertes maternas por lesiones de causa externa han disminuido un 100% (ver tabla 44).

Tabla N° 44  
Muertes maternas tempranas, tardías y por lesiones de causa externa, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

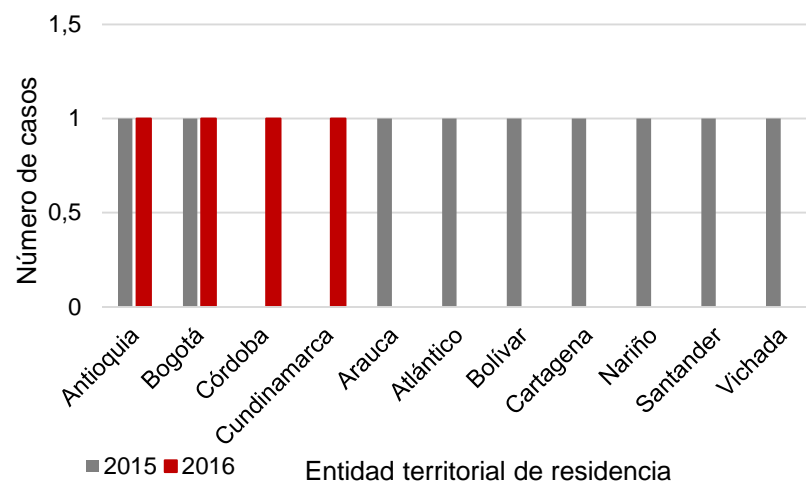
Año	Tempranas	Tardías	LCE	Total
2014	11	1	2	14
2015	9	1	0	10
2016	4	0	0	4

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

A semana epidemiológica 01, cuatro entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana, Antioquia, Bogotá,

Córdoba y Cundinamarca. Antioquia y Bogotá con el mismo número de casos que los notificados en la misma semana del año anterior; Córdoba y Cundinamarca registraron un aumentado del número de casos frente a lo notificado a la misma semana del año anterior (ver gráfica 60).

Gráfica N° 60  
Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.



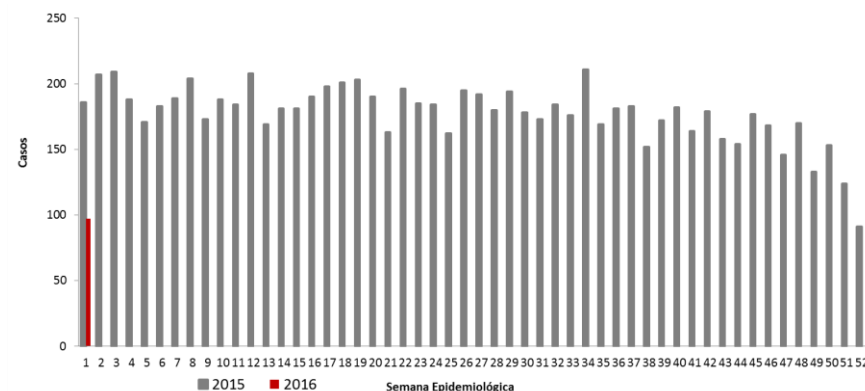
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

### • Mortalidad Perinatal y Neonatal

A semana epidemiológica 01, se han notificado 97 casos de muertes perinatales y neonatales. La distribución del total de casos según el momento de ocurrencia es: el 41% corresponde a muertes fetales anteparto, el 10% a muertes fetales intraparto, el 35% a neonatales tempranas y el 13% a neonatales tardías.

En relación con la misma semana del año anterior, se habían notificado 186 casos, lo que registra una disminución del 47,0% en el 2016 (ver gráfica 61).

Gráfica N° 61  
Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.



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

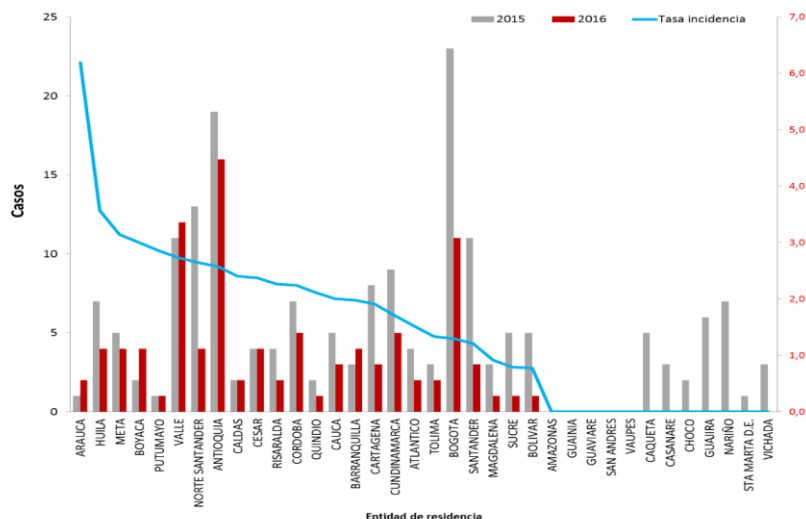
En la semana epidemiológica 01, 24 entidades territoriales notificaron casos, las entidades territoriales de residencia de las madres que aportan el 63,1% del total de casos a nivel nacional son: Antioquia con 16 casos (16,5%), Valle con 12 casos (12,4%), Bogotá con 11 casos (11,4%), Córdoba y Cundinamarca con cinco casos (5,2%), Barranquilla, Boyacá y Cesar con cuatro casos (4,1%) cada uno

La tasa de incidencia nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Colombia a semana epidemiológica 01, fue de 1,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos, 16 entidades territoriales se ubicaron por encima de la media nacional; el departamento de Arauca presentó la tasa de incidencia más alta con 6,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos, proporción que triplica la media nacional.

Las entidades territoriales de residencia que hasta la semana uno presentaron un incremento en la notificación de casos en 2016 en relación con el año anterior fueron: Arauca y Boyacá con el 100%, Barranquilla con el 33,3% y Valle con el 9,1% (ver gráfica 62).

Gráfica 62

Casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 01, 2015-2016.

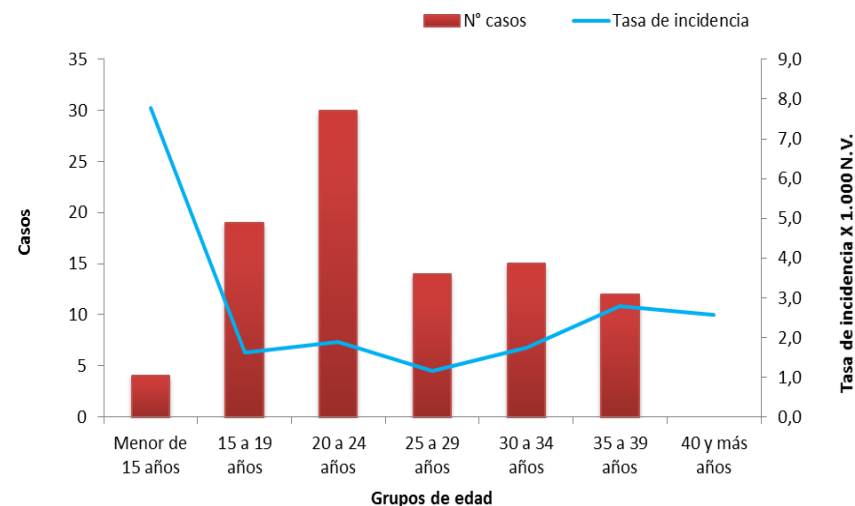


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales, 2015-2016.

De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales o neonatales tardías, la mínima fue de 12 años y la máxima de 44 años; el 24,0% de los casos corresponden a mujeres de 10 a 19 años, en el grupo de 20 – 34 años se concentra el 61,0% de los casos y en mayores de 34 años el 15,0%. La incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta está se registró en el grupo de las menores de 15 años con 7,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 63).

Gráfica 63

Casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupo de edad de la madre, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales, 2015-2016.

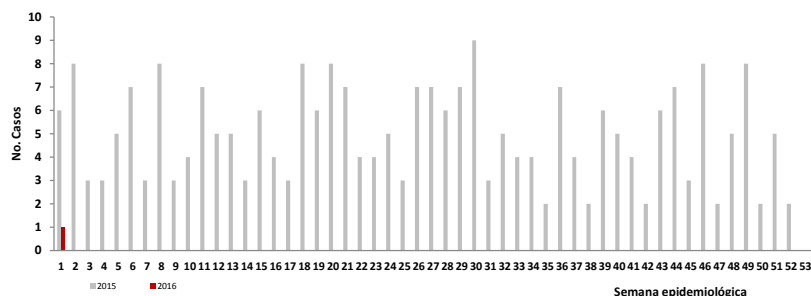
### • Mortalidad por y asociada a desnutrición

A semana epidemiológica 01, se notificó una muerte en un niño menor de cinco años que presenta desnutrición dentro de alguno de sus diagnósticos, por fecha de defunción corresponde a esta semana, se registró en Bogotá donde residía el menor, de sexo femenino, siete meses de edad, afiliado al régimen subsidiado, no estaba inscrito al programa de crecimiento y desarrollo, pertenencia étnica "otro", con peso al nacer de 1950 gramos y talla de 49 cm, con peso al momento de la muerte de 3,4 kg y talla de 56 cms; la madre tiene nivel educativo primaria y pertenecen al estrato socioeconómico dos. El caso se encuentra en análisis para definir la causa de la muerte.

En relación con la misma semana epidemiológica se notificaron seis casos, registrando una disminución del 83,4% (ver gráfica 64).

Gráfica N° 64

Comportamiento de la notificación de muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semana epidemiológica 01, 2015-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

## • Violencia

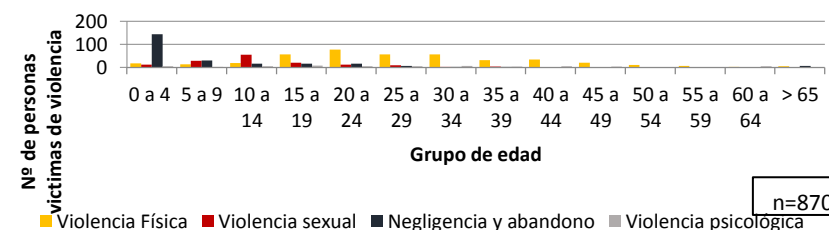
A semana epidemiológica 01, se han notificado 870 casos de violencia; de estos, el 72,7 % se registró en mujeres, el 29,4% de la violencia fue en niños, el 22,8% en adolescentes y el 47,7% en población adulta.

De los 870 casos notificados de violencias de género, el 47,7% fueron por violencia física, el 16,9% por violencia sexual, el 28,5% por negligencia y abandono y el 6,9% por violencia psicológica.

En los menores de cinco años, se registró la mayor proporción de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física registró la mayor proporción en el grupo de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfica 65).

Gráfica N° 65

Distribución de los tipos de violencia por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016



Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se encuentra diferencia estadística en la violencia registrada en las mujeres con respecto de los hombres en todos los grupos de edad excepto en los niños y niñas de 0 a nueve años; en general se registraron 2,6 casos de violencia en mujeres por cada caso en un hombre (ver tabla 45).

Tabla N° 45

Incidencia de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 01, 2016

GRUPO DE EDAD	MUJERES		HOMBRES				
	n	INCIDENCIA por 100 000 habs.	n	INCIDENCIA (por 100 000 habs.	RR	IC 95%	
Niños (0 a 9)	136	3,24	120	2,73	1,19	0,93	1,52
Adolescentes (10 a 19)	150	3,57	49	1,12	3,2	2,31	4,41
Adultos (> 20)	347	2,13	68	0,44	4,79	3,7	6,21
<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>2,56</b>	<b>237</b>	<b>0,98</b>	<b>2,6</b>	<b>2,24</b>	<b>3,02</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Colombia, 2016

A semana epidemiológica 01, no se registraron casos de agresiones por ácidos, álcalis o sustancias corrosivas. Se notificó una muerte sospechosa por negligencia y abandono en un menor de 11 meses de sexo masculino del municipio de Yopal (Casanare).

## Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

- *Alertas internacional*
- **Enfermedad por el virus del Ébola (EVE), África Occidental**

La Organización Mundial de la Salud declara el fin del brote de enfermedad por el virus Ébola en Libera y afirma que se han cortados todas las cadenas de transmisión de la enfermedad en África occidental. Es la primera vez que los tres países con transmisión intensa de la enfermedad no confirman casos en los últimos 42 días. Sierra Leona fue declarada libre de la enfermedad el 7 de noviembre, Guinea el 29 de diciembre y Liberia el 14 de enero de 2016.

La OMS advierte que los tres países continúan en riesgo para la presentación de brotes pequeños. Hasta la fecha se han identificado 10 brotes pequeños que no hacen parte del brote original y probablemente están relacionados con la persistencia del virus en los sobrevivientes. Se ha identificado que el virus desaparece rápidamente sin embargo es posible que persista en el semen de algunos sobrevivientes hasta por un año, siendo rara la transmisión a las parejas sexuales.

En los tres países de África occidental se continúa con los esfuerzos para asegurar la prevención, vigilancia y capacidad de respuesta. Adicionalmente se ha implementado un programa para la atención de sobrevivientes asegurando atención médica y psicosocial, consejería y educación para reintegrarse a la vida familiar y comunitaria y así disminuir el estigma.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/ebola-zero-liberia/en/>

### (MERS-CoV) - Omán

El 3 de enero de 2016 el punto focal del RSI para Omán notificó a la OMS un caso MERS-CoV. Se trata de un paciente de 44 años quien inició síntomas el 25 de diciembre y fue hospitalizado el 1 de enero y dos días después se confirmó la enfermedad. Como

Semana epidemiológica número 01 de 2016 (03 ene. - 09 ene.) página 58

antecedentes de importancia se menciona el contacto con camellos 14 días antes del inicio de los síntomas.

Desde septiembre de 2012 se han notificado y confirmado por laboratorio 1.626 casos de MERS-CoV de los cuales 586 han fallecido (36%) y 26 países han reportado casos.

La OMS recomienda continuar con la vigilancia de infecciones respiratorias agudas especialmente las de evolución inusual. Es necesario garantizar las medidas de protección personal para los trabajadores de salud incluyendo protección estándar, protección respiratoria y ocular. Adicionalmente se recomienda higiene de manos en las instituciones de salud y luego del contacto con animales. Evitar el consumo de leche o carne cruda de camello y la orina.

<http://www.who.int/csr/don/7-january-2016-mers-oman/en/>

### Monitoreo de casos de microcefalia en Brasil-Informe epidemiológico N° 8.

Hasta la semana epidemiológica 1 de 2016 se ha notificado 3.530 casos de microcefalia con sospecha de infección con virus Zika y 46 casos de muerte, en 21 estados federativos y 724 municipios.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/20799-microcefalia>

### Aumento inusual de Síndrome de Guillain Barré-El Salvador

Desde la confirmación del primer caso de infección por virus Zika en noviembre y hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se ha detectado 3.836 casos de este evento en el Salvador.

Desde diciembre el Sistema Nacional de Salud detectó un incremento inusual de los casos de enfermedad de Guillian Barré teniendo en cuenta que en promedio anualmente se registran 169 casos; sin embargo del 1 de diciembre al 6 de enero se ha detectado 46 eventos con dos casos de muerte.

La OPS/OMS recomienda a los estados miembros que implementen o intensifiquen la vigilancia de síndromes neurológicos en todos los grupos de edad.

### **Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas**

- ***Alertas nacionales***

#### **Enfermedad transmitida por alimentos**

**Departamento/Municipio:** Nariño/Ipiales

**Fecha de notificación:** 12/01/2016

**Fecha de ocurrencia:** 11/01/2016

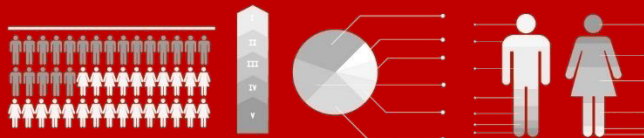
**Alimentos implicados:** ceviche de camarones, camarones apanados, pescado frito.

**Enfermos vs Expuestos:** 3/4

**Acciones adelantadas:** notificación, obtención de muestras para coprocultivo, notificación al municipio de Tumaco lugar de consumo de los alimentos.

**Estado:** abierto

# BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLOGICO** SEMANAL

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



Una publicación del:  
**Instituto Nacional de Salud**  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**Martha Lucia Ospina Martínez**  
Directora General (E)

**Mancel Enrique Martínez Duran**  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

**Oscar Pacheco García**  
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

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

**Ana María Blandón Rodríguez** – [ablandon@ins.gov.co](mailto:ablandon@ins.gov.co)  
**Ángela Alarcón** – [aalarcon@ins.gov.co](mailto:aalarcon@ins.gov.co)  
Edición

**Diana Bocanegra** - [dbocanegra@ins.gov.co](mailto:dbocanegra@ins.gov.co)  
Corrección de estilo

**Claudia Clavijo** – [cclavijo@ins.gov.co](mailto:cclavijo@ins.gov.co)  
Diagramación

Av. Calle 26 No 51 – 20, Bogotá D. C. – Colombia  
PBX (571) 220 77 00

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015