



Semana epidemiológica | número 22 de 2016 | 29 mayo - 04 junio

Instituto Nacional de Salud – Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

El BES, es un boletín con información epidemiológica priorizada sobre los eventos de interés en salud pública del país, notificada semanalmente al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos en el BES, puede variar después de que las entidades territoriales realizan unidades de análisis para el ajuste y la clasificación de caso, en cada evento.

Inicio.....	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	25
Infecciones de transmisión sexual.....	34
Micobacterias	43
Zoonosis	47
Factores de Riesgo Ambiental.....	56
Enfermedades no Transmisibles	59
Salud Mental	73
Enfermedades transmitidas por vectores	82
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública	106



Día Mundial del Donante de Sangre 2016: La sangre nos conecta a todos

La campaña se centra en agradecer a los donantes sus donaciones y destaca la dimensión de «solidaridad» y «conexión» que existe entre donante y paciente. Además se ha adoptado el lema «Comparte vida - Dona sangre» para llamar la atención sobre la importancia de los sistemas de donación voluntaria como vía para fomentar el cuidado del próximo y la cohesión comunitaria.

La campaña gira en torno a resaltar el rol primordial que juega la donación voluntaria de sangre para el fortalecimiento y cohesión del tejido social y para fomentar la participación ciudadana en pro de comunidades más saludables. OPS

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

- [Campaña OPS](#)
- [Campaña INS](#)
- [La Sangre y su recorrido por la vida Video](#)



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2016* 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 y 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 22

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 22 de 2016, fue del 100 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND); permaneció igual con respecto a la semana anterior y aumentó 3 % en relación a la misma semana del 2015.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue de 99,2 % (1 108 de 1 117 municipios), disminuyó 0,1 % con respecto a la semana anterior y aumentó 0,2 % en relación a la misma semana de 2015. El país cumplió con la meta de 97 % en la notificación semanal por UNM. Esta semana, dos departamentos presentaron un porcentaje inferior a la meta establecida (ver mapa 1).

Mapa 1
Cumplimiento de la notificación por UNM,
Colombia, semana epidemiológica 22, 2016



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue de 94,7 % (5 105 de 5 391 UPGD); se cumplió la meta del 90 % para este nivel. La notificación disminuyó 0,3 % con respecto a la semana anterior y aumentó 11,7 % en relación al año 2015; tres entidades territoriales incumplieron la meta (ver mapa 2).

Mapa 2

Cumplimiento de la notificación por UPGD,
Colombia, semana epidemiológica 22, 2016



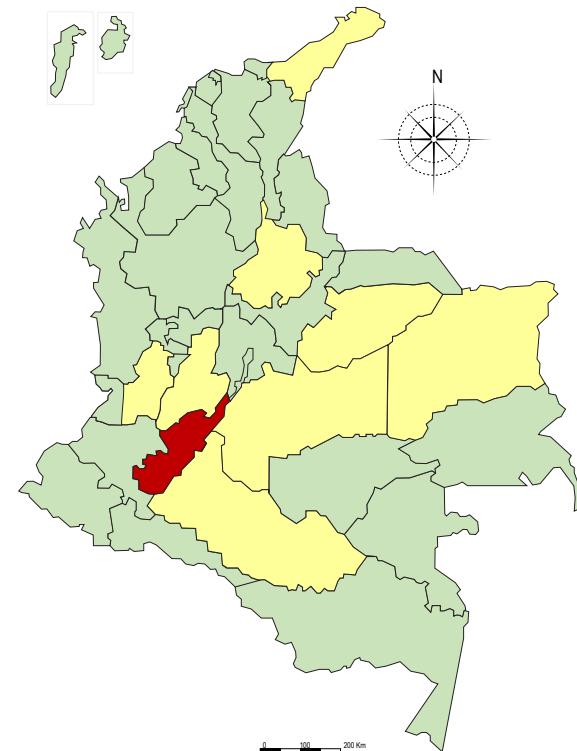
Meta UPGD	90 %
Cumple	
No cumple	

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

En la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 22 de 2016, el 75,7 % de las 37 entidades territoriales departamentales y distritales, emitieron el reporte correcto para todos los eventos, el 21,6 % presentaron inconsistencias y una entidad territorial no envió el reporte (ver mapa 3).

Mapa 3

Notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación, control internacional y priorizados por el Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016



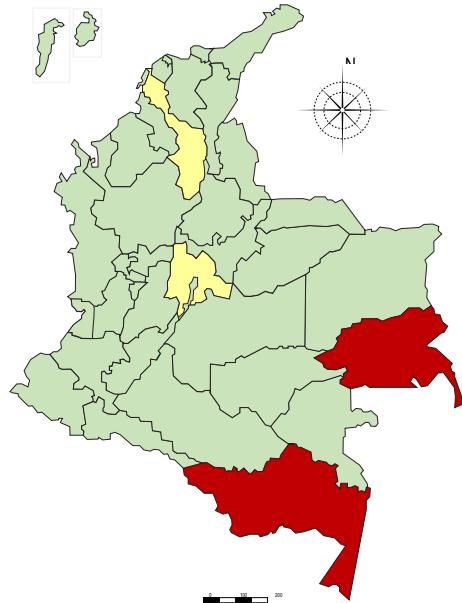
Hallazgo del reporte	Color	Frecuencia	%
Reporte correcto	Verde	28	75,7
Reporte con inconsistencias	Amarillo	8	21,6
Sin reporte	Rojo	1	2,7

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

Para esta semana el *porcentaje de silencio* en Colombia fue de 0,8 %, que lo clasifica en bajo riesgo; aumentó 0,1 % con respecto a la semana anterior y disminuyó 0,2 % en relación a la misma semana de 2015.

El 87,4 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico. El 6,3 % de los departamentos estuvieron en riesgo bajo (menos del 10 % de sus municipios en silencio); ningún departamento presentó riesgo medio (10 % a 20 % de sus municipios en silencio) y 6,3 % de las entidades territoriales presentó riesgo alto (ver mapa 4).

Mapa 4
Riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016



% de UNM en silencio	Riesgo	% Silencio	Nº Departamentos	% Silencio nacional
0%	Ninguno	87,4%	28	
0,1 % a 9,9 %	Bajo	6,3%	2	
10 % a 20,9 %	Medio	0,0%	0	0,8
21 % a 100 %	Alto	6,3%	2	

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

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

Inmunoprevenibles

- **Difteria**

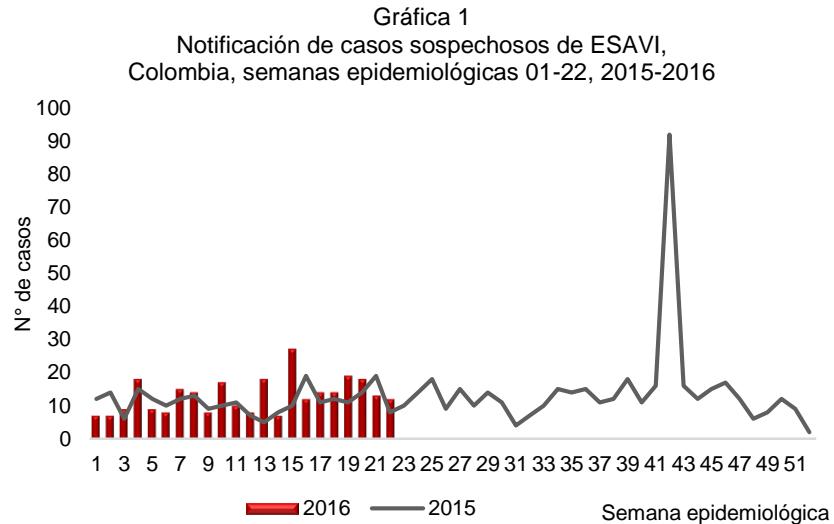
En la semana epidemiológica 22 de 2016, no se notificaron al Sivigila casos de Difteria, se descartaron ocho casos en la unidad de análisis; en la semana epidemiológica 22 de 2015 no se notificaron casos. A la fecha han ingresado al Sivigila ocho casos probables de Difteria.

Semanalmente el número de casos informados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

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

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 12 casos de ESVI, cuatro de esta semana y ocho de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron ocho casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 284 casos que se encuentran en estudio para su clasificación final (ver gráfica 1).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Sucre, Norte de Santander y Risaralda notificaron el 61,3 % de los casos (ver tabla 1).

Tabla 1
Casos sospechosos de ESAVI notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	62	21,8
Antioquia	28	9,9
Valle del Cauca	18	6,3
Cundinamarca	16	5,6
Santander	15	5,3
Sucre	13	4,6
Norte Santander	11	3,9
Risaralda	11	3,9
Huila	10	3,5
Córdoba	10	3,5
Atlántico	10	3,5
Tolima	9	3,2
Nariño	9	3,2
Quindío	7	2,5
Caldas	7	2,5
Barranquilla	6	2,1
Cauca	6	2,1
Magdalena	4	1,4
Meta	4	1,4
Bolívar	4	1,4
Cartagena	3	1,1
Casanare	3	1,1
Caquetá	3	1,1
San Andrés	2	0,7
Arauca	2	0,7
Santa Marta	2	0,7
Boyacá	2	0,7
Cesar	2	0,7
Amazonas	2	0,7
Choco	1	0,4
Guajira	1	0,4
Vichada	1	0,4
Total	284	100

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

El 53,2 % de los casos sospechosos de ESAVI se registró en el sexo femenino; el 52,8 % de los casos pertenecen al régimen contributivo. El 43,7 % de los casos sospechosos de ESAVI se registró en menores de un año (ver tabla 2).

Tabla 2
Comportamiento demográfico y social de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, semanas epidemiológicas 01-21, 2016

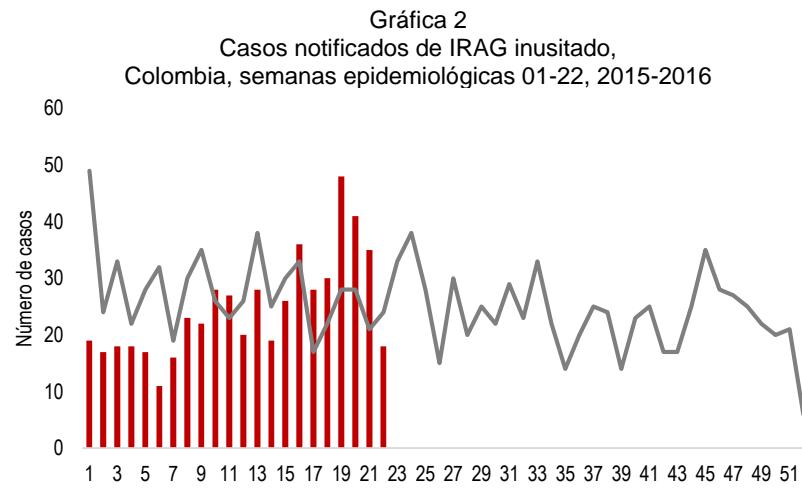
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	151	53,2
	Masculino	133	46,8
	Contributivo	150	52,8
	Subsidiado	106	37,3
Tipo de régimen	No afiliado	13	4,6
	Excepción	7	2,5
	Especial	8	2,8
	Menores de un año	124	43,7
	1 año	74	26,1
	2 años	8	2,8
	3 años	5	1,8
Grupos de edad	4 años	2	0,7
	5 a 9 años	22	7,7
	10 a 19 años	17	6,0
	20 a 59 años	27	9,5
	Mayores de 60 años y más	5	1,8

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

• Infección respiratoria aguda

Vigilancia IRAG inusitado

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 52 casos de IRAG inusitado, 18 de esta semana y 34 de semanas anteriores; durante esta semana se descartaron seis casos, para un acumulado total de 545 casos. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 24 casos; semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato. A la fecha han ingresado al Sivigila 61 casos sospechosos de muerte por IRAG inusitado, que se encuentran en estudio para su clasificación final y definir la causa de muerte (ver gráfica 2).



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

Según los criterios de clasificación el 59,6 % de los casos de IRAG inusitado notificados durante la semana epidemiológica 22 que cumplen con la definición establecida corresponde a pacientes con deterioro clínico registrados en unidad de cuidados intensivos (ver tabla 3).

Tabla 3
Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016

Criterios de clasificación	Casos	%
Gravedad UCI	31	59,6
Defunción	17	32,7
Contacto con sintomático respiratorio	3	5,8
Contacto con aves o cerdos	1	1,9
Total	52	100

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

El 59,6 % de los casos de IRAG inusitado notificados durante esta semana se registraron en el sexo masculino, el 90,4 % residen en la cabecera municipal; el 61,5 % pertenecen al régimen contributivo. Por pertenencia étnica el 100 % en el grupo “otros” (ver tabla 4).

Tabla 4
Comportamiento demográfico y social de los casos de IRAG inusitado, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016

Variable	Característica	Casos	%
Sexo	Masculino	31	59,6
	Femenino	21	40,4
Área	Cabecera municipal	47	90,4
	Rural disperso	3	5,8
	Centro poblado	2	3,8
Tipo de régimen	Subsidiado	15	28,8
	Contributivo	32	61,5
	No afiliado	1	1,9
	Indeterminado	3	5,8
	Excepción	1	1,9
Pertenencia étnica	Otro	52	100
	Indígena	0	0
	Afrocolombiano	0	0
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	0	0

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

Por procedencia Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, registran el 53,6% de los casos notificados hasta la semana epidemiológica 22 de 2016 (ver tabla 5).

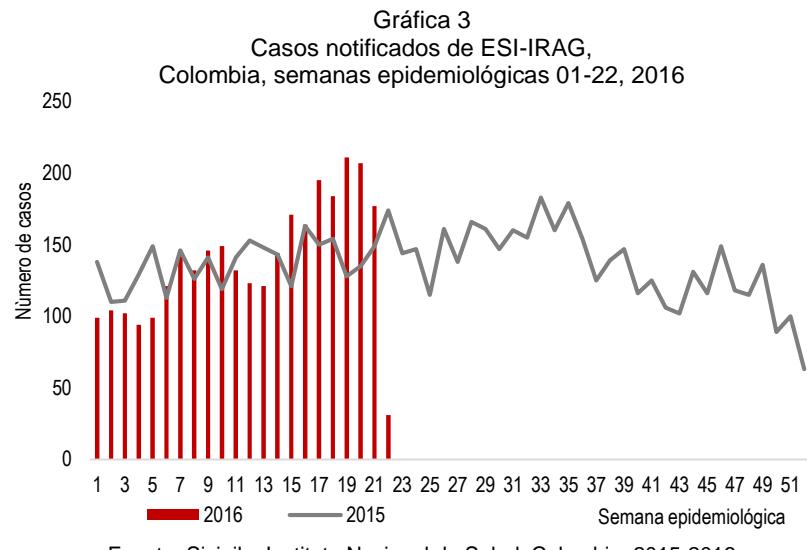
Tabla 5
Casos de IRAG inusitado por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	149	27,3
Antioquia	99	18,2
Valle del Cauca	44	8,1
Cundinamarca	42	7,7
Boyacá	30	5,5
Caldas	26	4,8
Tolima	23	4,2
Exterior	15	2,8
Risaralda	14	2,6
Nariño	12	2,2
Cesar	11	2,0
Huila	11	2,0
Meta	8	1,5
Santander	8	1,5
Arauca	7	1,3
Quindío	7	1,3
Amazonas	5	0,9
Bolívar	5	0,9
Sucre	4	0,7
Casanare	4	0,7
La Guajira	4	0,7
Cauca	3	0,6
Barranquilla	2	0,4
Córdoba	2	0,4
Vaupés	2	0,4
Caquetá	2	0,4
Santa Marta	2	0,4
Magdalena	1	0,2
Guainía	1	0,2
San Andrés	1	0,2
Norte Santander	1	0,2
Total	545	100

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

Vigilancia centinela ESI – IRAG

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 190 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG, 31 de esta semana y 159 de semanas anteriores, de los cuales 166 casos (el 87,4 %) corresponden a pacientes con IRAG y 24 casos (el 12,6 %) a pacientes con ESI, para un acumulado de 3 052 casos. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 174 casos; semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato. A la fecha han ingresado al Sivigila nueve casos sospechosos de muerte por IRAG, que se encuentran en estudio para su clasificación final y definir la causa de muerte (ver gráfica 3).



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

Antioquia, Arauca, Bogotá, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Cartagena, Guaviare, Meta, Nariño, Tolima, Norte de Santander y Valle del Cauca, notificaron casos durante la semana epidemiológica 22; las UPGD centinelas que aparecen sin casos no cumplieron el indicador de notificación para esta semana (ver tabla 6).

Tabla 6
Casos notificados de ESI-IRAG por entidad territorial y UPGD centinela, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	0
	Clinica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	21
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	12
Barranquilla	Clinica General del Norte	6
	Hospital el Tunal	26
	Hospital Occidente de Kennedy	8
Bogotá	Hospital Santa Clara	2
	Fundación Cardiocinfantil	10
	Hospital de Suba	10
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	11
	E.S.E Santiago de Tunja	0
	Hospital San Rafael de Tunja	0
Caldas	El Piloto Assbasalud	3
	Servicios Especiales de Salud	2
Cartagena	Gestión Salud	1
	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	5
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	32
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	2
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	5
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	0
	Fundación Hospital San Pedro	6
Norte Santander	Policlínico Atalaya	5
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	2
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	21
	Red de Salud de Ladera	0
Total		190

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

El 50,6 % de los casos de IRAG notificados durante esta semana son de sexo masculino, el 84,9 % residen en la cabecera municipal; el 50,6 % pertenecen al régimen subsidiado. Por pertenencia étnica, el 9,0 % corresponde a población indígena (ver tabla 7).

Tabla 7
Comportamiento demográfico y social de los casos de IRAG, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016

Variable	Característica	Casos	%
Sexo	Masculino	84	50,6
	Femenino	82	49,4
Área	Cabecera municipal	141	84,9
	Rural disperso	23	13,9
	Centro poblado	2	1,2
	Subsidiado	84	50,6
	Contributivo	62	37,3
Tipo de régimen	No afiliado	13	7,8
	Especial	6	3,6
	Excepción	1	0,6
	Otro	150	90,4
	Indígena	15	9,0
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	0	0
	ROM/gitano	1	0,6
	Raizal	0	0

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

El 58,3 % de los casos de ESI notificados durante esta semana son de sexo femenino, el 79,2 % residen en la cabecera municipal; el 62,5 % están vinculados al régimen subsidiado. Por pertenencia étnica el 12,5 % corresponde a población indígena (ver tabla 8).

Tabla 8
Comportamiento demográfico y social de los casos de ESI, Colombia, semana epidemiológica 22, 2016

Variable	Característica	Casos	%
Sexo	Masculino	10	41,7
	Femenino	14	58,3
Área	Cabecera municipal	19	79,2
	Rural disperso	4	16,7
	Centro poblado	1	4,2
	Subsidiado	15	62,5
	Contributivo	6	25,0
Tipo de régimen	No afiliado	3	12,5
	Especial	0	0
	Excepción	0	0
	Otro	21	87,5
	Indígena	3	12,5
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	0	0
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	0	0

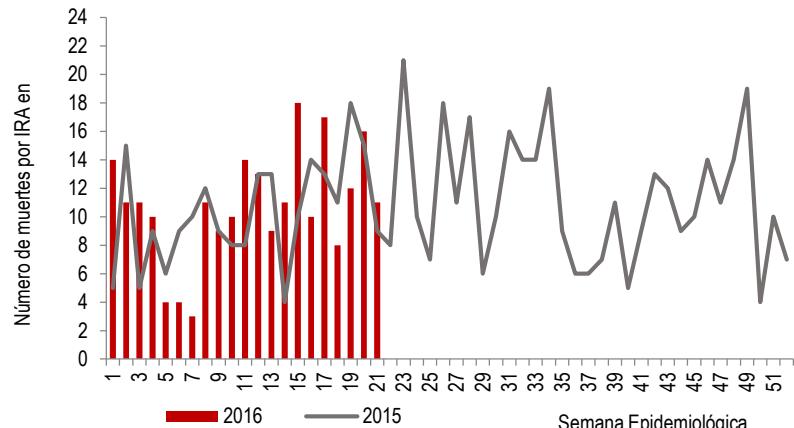
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Vigilancia de mortalidad por IRA en menores de cinco años

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron 17 muertes por IRA en menores de cinco años, 11 de esta semana y seis de semanas epidemiológicas anteriores notificadas tardíamente; durante esta semana se descartaron dos casos de semanas anteriores, para un acumulado total de 241 casos para análisis; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron ocho muertes. Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver gráfica 4).

Gráfica 4

Muertes notificadas por IRA en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

La tasa de mortalidad nacional es de 5,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años; las entidades territoriales con las tasas de mortalidad más alta son Guainía, Vichada y Guaviare (ver tabla 9).

Tabla 9
Mortalidad por IRA en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	Tasa de mortalidad por 100 000 menores
Guainía	7	133,1
Vichada	4	39,2
Guaviare	3	20,6
Chocó	11	16,8
Risaralda	12	15,8
Putumayo	6	15,1
La Guajira	17	13,1
Cesar	13	11,8
Tolima	13	10,2
Amazonas	1	9,6
Meta	9	9,5
Magdalena	8	8,7
Quindío	4	8,7
Bogotá	48	7,9
Cartagena	6	7,3
Bolívar	8	6,4
Cundinamarca	14	5,7
Nariño	8	4,8
Antioquia	23	4,3
Santa Marta	2	4,3
Arauca	1	3,0
Boyacá	3	2,8
Sucre	2	2,4
Cauca	3	2,2
Huila	2	1,7
Valle del Cauca	6	1,6
Norte Santander	2	1,6
Caldas	1	1,3
Santander	2	1,2
Atlántico	1	0,8
Córdoba	1	0,5
Barranquilla	0	0
Caquetá	0	0
Casanare	0	0
San Andrés	0	0
Vaupés	0	0
Exterior	0	0
Colombia	241	5,6

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

El 58,1 % de las muertes por IRA en menores de cinco años se notificó en el sexo masculino, el 66,0 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, 61 muertes (el 25,3 %) se notificaron en indígenas, ocho (el 3,3 %) en afrocolombianos, un caso (el 0,4 %) en ROM/gitano y raizal respectivamente; el 71,0 % de las muertes se registró en residentes de la cabecera municipal, el 60,6 % pertenecían al régimen subsidiado (ver tabla 10).

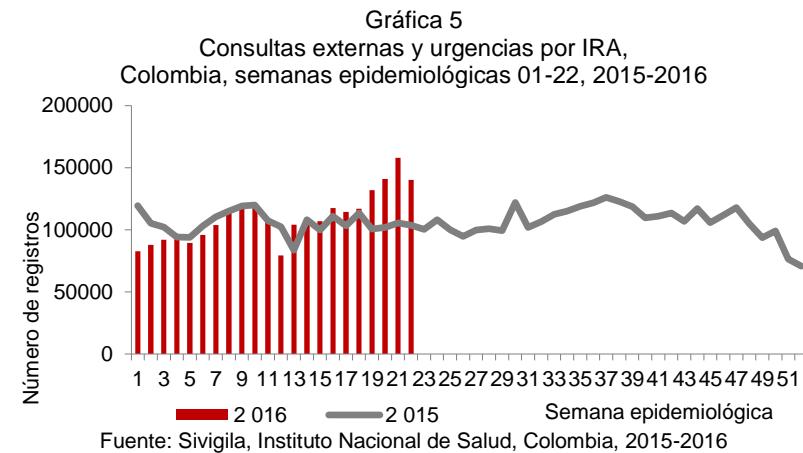
Tabla 10
Comportamiento demográfico y social de las muertes por IRA en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Característica	Casos	%
Sexo	Masculino	140	58,1
	Femenino	101	41,9
Grupo de edad	Menores de un año	159	66,0
	1-4 años	82	34,0
	Otros	170	70,5
Pertenencia étnica	Indígena	61	25,3
	Afrocolombiano	8	3,3
	ROM/gitano	1	0,4
	Raizal	1	0,4
Área	Cabecera municipal	171	71,0
	Rural disperso	52	21,6
	Centro poblado	18	7,5
	Subsidiado	146	60,6
Tipo de régimen	Contributivo	65	27,0
	No afiliado	26	10,8
	Especial	2	0,8
	Indeterminado	1	0,4
	Excepción	1	0,4

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

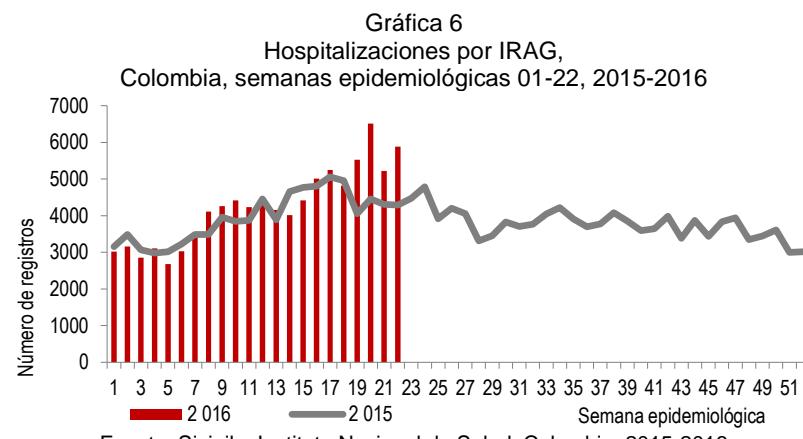
Vigilancia de morbilidad por IRA

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 148 021 registros de consultas externas y urgencias por IRA, 140 006 de esta semana y 8 015 de semanas anteriores, para un acumulado total de 2 421 939 registros. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 103 786 registros; semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver gráfica 5).



Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca notificaron el 46,4 % de los registros de consultas externas y urgencias por IRA.

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 9 350 registros de hospitalizaciones en sala general por IRAG, 5 888 registros de esta semana y 3 462 de semanas anteriores, para un acumulado total de 93 520 registros. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 4 293 registros (ver gráfica 6).

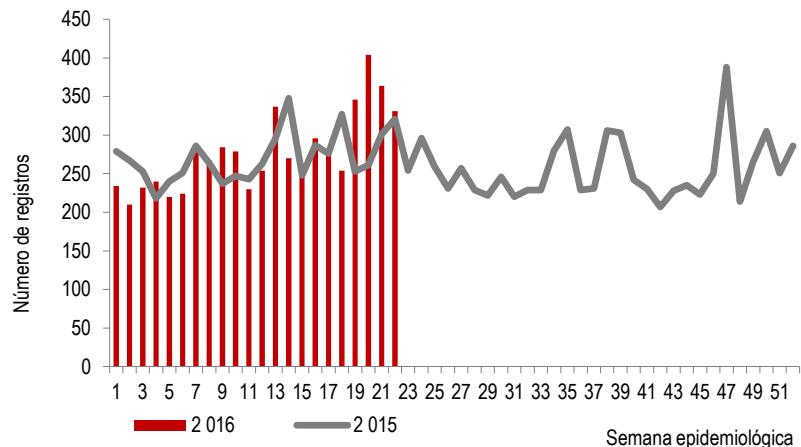


Bogotá, Antioquia y Valle notificaron el 63,9 % de las hospitalizaciones en sala general por IRAG.

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 513 registros de hospitalizaciones en UCI por IRAG, 331 de esta semana y 182 de semanas anteriores, para un acumulado total de 6 072 registros. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 321 registros (ver gráfica 7).

Gráfica 7

Hospitalizaciones en UCI por IRAG,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Bogotá, Cartagena y Atlántico notificaron el 50,9 % de los registros de hospitalizaciones en UCI por IRAG.

El 20,9 % de las consultas externas y urgencias por IRA se registraron en el grupo de 20 a 39 años. El 27,1 % de las hospitalizaciones en sala general por IRAG y el 40,5 % de las hospitalizaciones en UCI por IRAG se registraron en el grupo de menores de un año (ver tabla 11).

Tabla 11
Comportamiento demográfico de los registros de morbilidad por IRA,
Colombia, semana epidemiológica 22, 2016

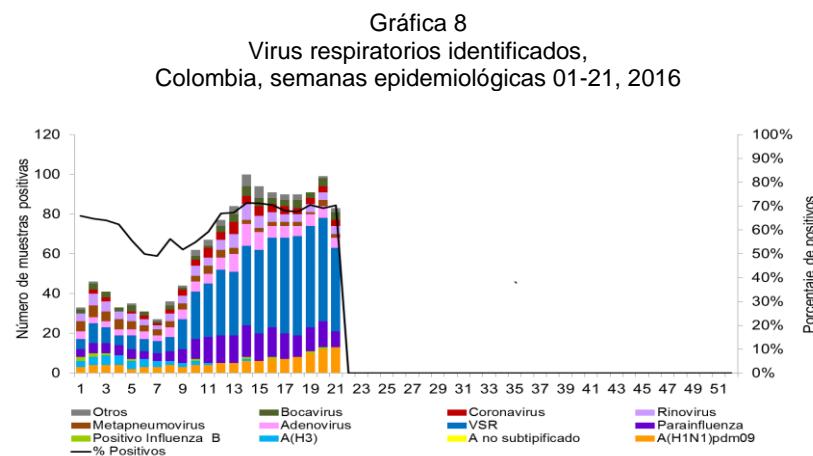
Variable	Categoría	Nº Registros consultas externas y urgencias	%	Nº Registros hospitalizaciones en sala general	%	Nº Registros hospitalizaciones en UCI	%
Grupos de edad	Menores de un año	13 771	9,8	1 597	27,1	134	40,5
	1 año	12 751	9,1	1 031	17,5	17	5,1
	2 a 4 años	23 533	16,8	986	16,7	20	6,0
	5 a 19 años	26 608	19,0	539	9,2	13	3,9
	20 a 39 años	29 246	20,9	379	6,4	22	6,6
	40 a 59 años	20 757	14,8	454	7,7	37	11,2
	60 y más años	13 340	9,5	902	15,3	88	26,6
	Total	140 006	100	5 888	100	331	100

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

Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios

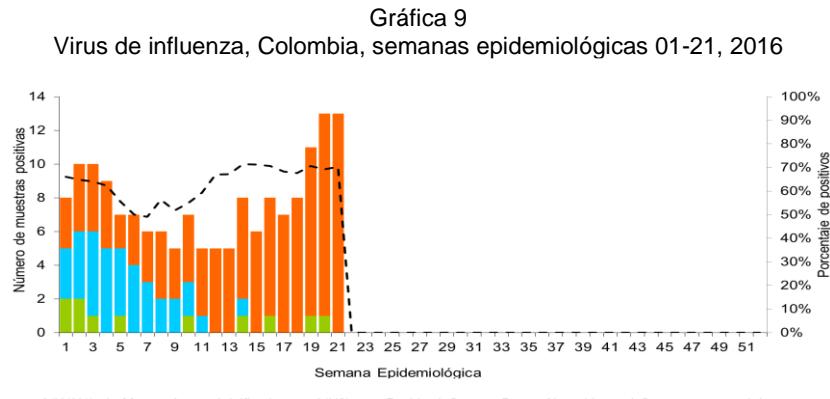
Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los LDSP o el Laboratorio de Virología del INS hasta la semana epidemiológica 21 de 2016, se han analizado 2 089 muestras, con el 64,8 % de las muestras positivas; de estas, el 12,1 % fueron positivas para Influenza y el 87,9 % positivas para otros virus respiratorios.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio con el 41,0 %, seguido de Parainfluenza con el 14,5 %, Adenovirus con el 8,3 %, Rinovirus con el 7,1 %, Metapneumovirus con el 4,9 %, Coronavirus con el 4,4 %, Bocavirus con el 4,4 % y otros virus con el 3,2 % (ver gráfica 8).



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR,
Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B; el subtipo de influenza A (H1N1) pdm09 con el (76,5 %) es el de mayor proporción seguido por influenza A (H3N2) con el 23,5 % (ver gráfica 9).



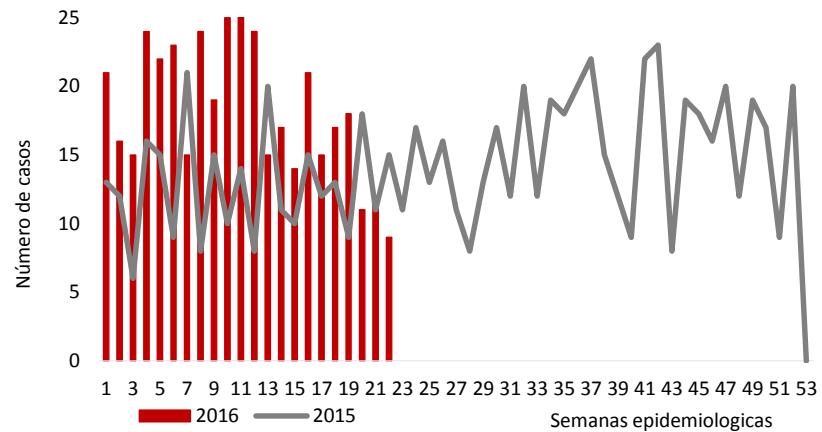
Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR,
Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

• Meningitis bacteriana aguda

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 16 casos de Meningitis Bacteriana aguda, nueve de esta semana y siete de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 15 casos; A la fecha han ingresado al Sivigila 407 casos entre probables y confirmados de Meningitis Bacteriana, que se encuentran en estudio para su clasificación final (ver gráfica 10).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 10
Casos notificados de meningitis bacterianas,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016

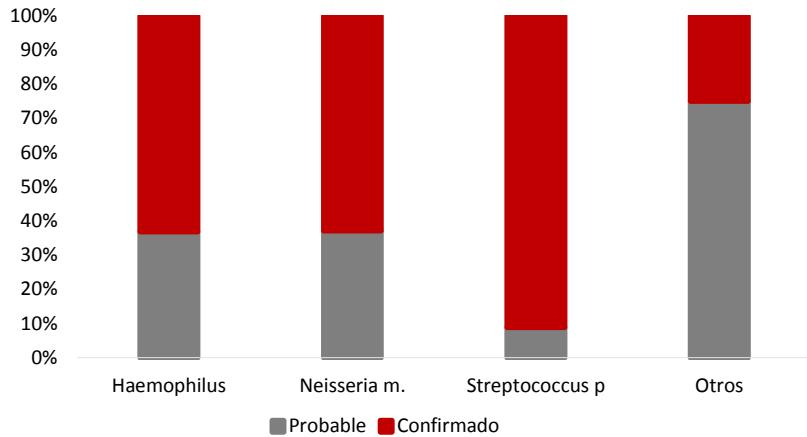


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

Según la clasificación inicial de la notificación a semana epidemiológica 22 se cuenta con 308 casos entre probables y confirmados, el 51,9 % (160/308) de los casos se han confirmado; de acuerdo al agente causal de casos confirmados, el 7,5 % (12/160) de las meningitis bacterianas notificadas corresponde a meningitis por *Haemophilus influenzae*, el 24,4 % (39/160) a

meningitis por *Neisseria meningitidis*, el 45 % (72/160) a meningitis por *Streptococcus pneumoniae* y el 23,1 % (37/160) a meningitis por otros agentes (ver gráfica 11).

Gráfica 11
Casos de meningitis notificados por agente bacteriano,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

Por procedencia Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca, Buenaventura, Bolívar, Córdoba, Huila, Barranquilla, Meta, Magdalena, Santander, Santa Marta, Cartagena y Tolima notificaron el 75 % de los casos y se cuenta con 3 casos procedentes del exterior confirmado por laboratorio (ver tabla 12).

Tabla 12
Casos notificados de meningitis por entidad territorial de procedencia de acuerdo a clasificación inicial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial de procedencia	Probable	%	Confirmado	%	Total
Antioquia	19	35,8	34	64,2	53
Bogotá	14	40	21	60	35
Valle	8	38,1	13	61,9	21
Cundinamarca	7	41,2	10	58,8	17
Buenaventura	12	80	3	20	15
Bolívar	8	61,5	5	38,5	13
Córdoba	3	25	9	75	12
Huila	8	72,7	3	27,3	11
Barranquilla	7	77,8	2	22,2	9
Meta	8	88,9	1	11,1	9
Magdalena	5	62,5	3	37,5	8
Santander	4	57,1	3	42,9	7
Santa Marta	1	14,3	6	85,7	7
Cartagena	0	0	7	100	7
Tolima	4	57,1	3	42,9	7
Atlántico	5	83,3	1	16,7	6
Norte Santander	1	16,7	5	83,3	6
Boyacá	1	20	4	80	5
Casanare	1	20	4	80	5
Sucre	3	60	2	40	5
Putumayo	4	80	1	20	5
Arauca	4	80	1	20	5
Nariño	1	20	4	80	5
Quindío	2	50	2	50	4
Cauca	3	75	1	25	4
Risaralda	0	0	4	100	4
Guajira	4	100	0	0	4
Cesar	3	100	0	0	3
Choco	0	0	3	100	3
Caquetá	1	50	1	50	2
Guainía	2	100	0	0	2
Amazonas	2	100	0	0	2
Caldas	1	50	1	50	2
Vaupés	1	100	0	0	1
Guaviare	1	100	0	0	1
Exterior	0	0	3	100	3
Total	148	48,1	160	51,9	308

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

Hasta la semana epidemiológica 22, se han notificado 59 muertes, se encuentran como probables 22 y confirmadas 37; de las muertes entre probables y confirmadas el 59,3% pertenecen al sexo masculino; el 59% pertenecen al régimen subsidiado; el 15% de las muertes se registraron en población con pertenencia étnica afrocolombiano, los grupos de edad más afectados fueron los menores de entre 1 a 4 años con el 18,6% seguidos de los niños menores de un año con el 16,9% (ver tabla 13).

Tabla 13
Comportamiento demográfico y social de las muertes por meningitis,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	24	40,7
	Masculino	35	59,3
	Contributivo	16	27,1
	Especial	2	3,4
Tipo de régimen	No afiliado	5	8,5
	Excepción	1	1,7
	Subsidiado	35	59
	Indígena	5	8,5
	ROM/gitano	1	1,7
Pertenencia étnica	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	9	15
	Otro	44	74,6
	Menores de un año	10	16,9
	1 a 4 años	11	18,6
	5 a 9 años	4	6,8
	10 a 14 años	4	6,8
	15 a 19 años	1	1,7
	20 a 24 años	4	6,8
	25 a 29 años	3	5,1
Grupos de edad	30 a 34 años	2	3,4
	35 a 39 años	2	3,4
	40 a 44 años	1	2
	45 a 49 años	3	5,1
	50 a 54 años	2	3,4
	55 a 59 años	2	3,4
	60 a 64 años	4	6,8
	65 y más años	6	10,2

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

Por procedencia las entidades territoriales en las que se han confirmado casos son Antioquia, Valle del Cauca, Risaralda, Norte Santander, Buenaventura, Bogotá, Cundinamarca, Santa Marta, Cartagena, Cauca, Quindío, Córdoba, Tolima, Santander, Nariño, Bolívar, Magdalena y Chocó donde se registraron 37 de las 59 muertes por meningitis registradas hasta la semana epidemiológica 22 (ver tabla 14).

Tabla 14
Muertes notificadas por meningitis por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

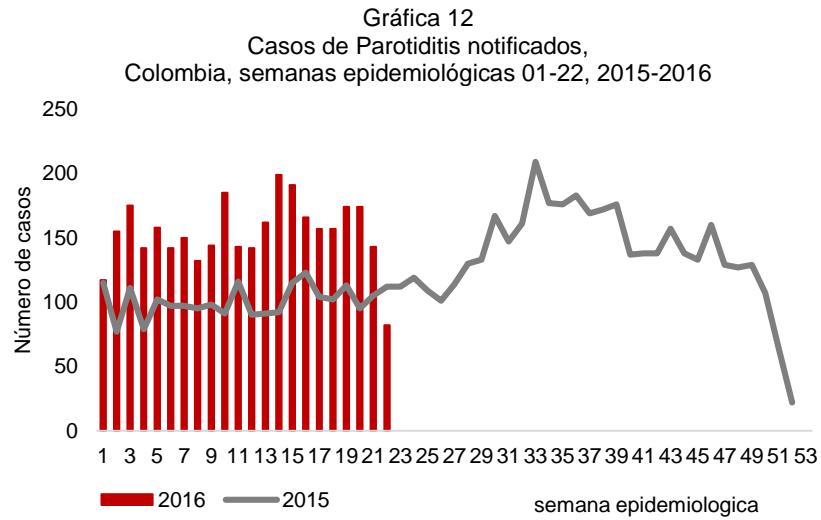
Entidad territorial de procedencia	Probable	Confirmado
Antioquia	1	8
Valle	1	4
Risaralda	0	3
Norte Santander	0	3
Buenaventura	4	2
Bogotá	3	2
Cundinamarca	2	2
Santa Marta	1	2
Cartagena	0	2
Cauca	1	1
Quindío	1	1
Córdoba	1	1
Tolima	0	1
Santander	0	1
Nariño	0	1
Bolívar	0	1
Magdalena	0	1
Choco	0	1
Barranquilla	2	0
Meta	2	0
Arauca	1	0
Cesar	1	0
Caldas	1	0
Total	22	37

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

• *Parotiditis*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 159 casos de Parotiditis, 89 de esta semana y 70 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 112 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 3 390 casos confirmados de parotiditis (ver gráfica 12).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Boyacá, Sucre, Valle del Cauca, Barranquilla, Norte Santander, Caldas, Huila, Tolima, Santander, Atlántico, Meta y Córdoba notificaron el 91,59 % de los casos (ver tabla 15).

Tabla 15
Casos notificados de Parotiditis por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial de procedencia	Casos	%
Bogotá	1 505	44,40
Antioquia	289	8,53
Cundinamarca	221	6,52
Sucre	173	5,10
Boyacá	169	4,99
Valle	157	4,63
Barranquilla	119	3,51
Norte Santander	87	2,57
Caldas	69	2,04
Huila	66	1,95
Tolima	60	1,77
Santander	59	1,74
Atlántico	48	1,42
Meta	46	1,36
Córdoba	36	1,06
Cesar	33	0,97
Cauca	29	0,86
Casanare	27	0,80
Nariño	26	0,77
Magdalena	23	0,68
Bolívar	23	0,68
Quindío	21	0,62
Risaralda	20	0,59
Cartagena	17	0,50
San Andrés	13	0,38
Santa Marta	10	0,29
Arauca	10	0,29
Caquetá	10	0,29
Guajira	8	0,24
Putumayo	3	0,09
Amazonas	3	0,09
Guaviare	3	0,09
Buenaventura	2	0,06
Vichada	2	0,06
Choco	2	0,06
Exterior	1	0,03
Total	3 390	100

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

El 55,63 % de los casos de Parotiditis se registró en el sexo masculino; el 63,19 % pertenecen al régimen contributivo; el 17,2 % en el grupo de edad de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, un caso (el 0,03 %) se notificaron en raizal, 26 casos (el 0,77) en indígenas, 23 casos (el 0,68 %) en ROM/gitanos (Ver tabla 16).

Tabla 16
Comportamiento demográfico y social de los casos de Parotiditis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	1 504	44,37
	Masculino	1 886	55,63
Tipo de régimen	Contributivo	2 142	63,19
	Especial	132	3,89
	No afiliado	86	2,54
	Indefinido	29	0,86
	Excepción	178	5,25
	Subsidiado	823	24,28
Pertenencia étnica	Indígena	26	0,77
	ROM/gitano	23	0,68
	Raizal	1	0,03
	Palenquero	2	0,06
	Afrocolombiano	102	3,01
	Otro	3 236	95,46
Grupos de edad	Menores de un año	28	0,8
	1 a 4 años	418	12,3
	5 a 9 años	431	12,7
	10 a 14 años	243	7,2
	15 a 19 años	494	15
	20 a 24 años	582	17,2
	25 a 29 años	374	11,0
	30 a 34 años	197	5,8
	35 a 39 años	162	4,8
	40 a 44 años	99	2,9
	45 a 49 años	99	2,9
	50 a 54 años	71	2,1
	55 a 59 años	50	1,5
	60 a 64 años	45	1,3
	65 y más años	97	2,9

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

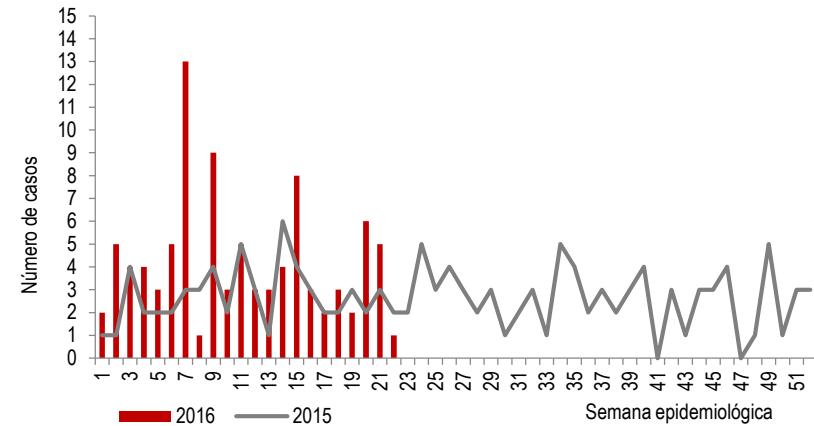
Hasta la semana epidemiológica 22, no se han notificado muertes por este evento.

- **Parálisis flácida aguda (PFA)**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificó al Sivigila un caso probable de parálisis flácida aguda de esta semana; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron dos casos probables. A la fecha han ingresado al Sivigila 94 casos probables de parálisis flácida aguda (ver gráfica 13).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 13
Casos probables de PFA notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

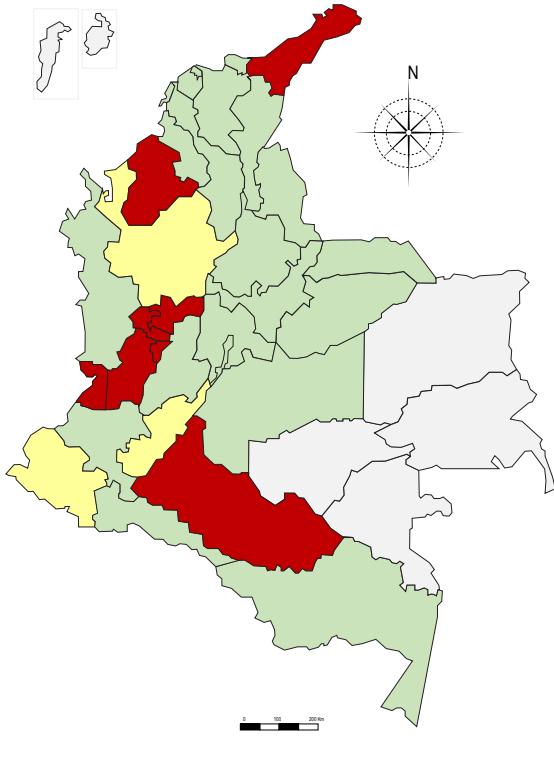


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

La tasa de notificación a semana 22 de 2016 es de 0,73 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 22 es de 0,42). Las entidades territoriales que para esta semana alcanzan o superan la tasa de notificación esperada son Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Santander, Putumayo, Sucre, Tolima, los distritos de

Bogotá, Barranquilla, Buenaventura, Cartagena y Santa Marta; no alcanzan la tasa esperada los departamentos de Antioquia, Huila y Nariño (ver mapa 5).

Mapa 5
Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

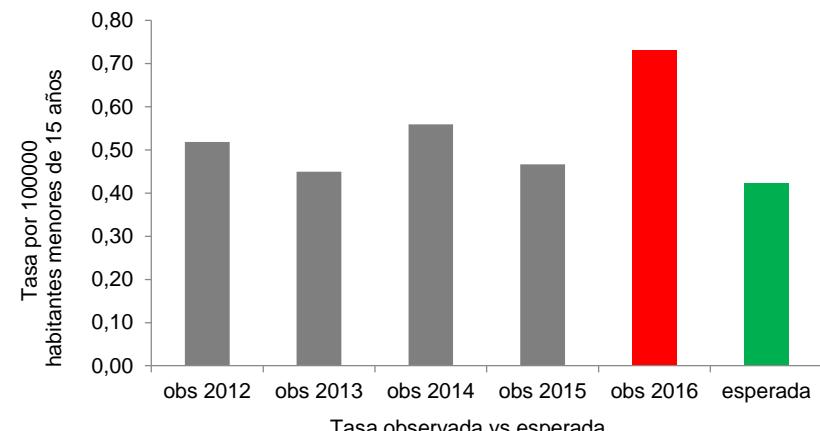


- No ha reportado casos pero tiene una población inferior a 100 000 menores de 15 años
- No ha reportado casos
- < 0,42 por 100 000 habitantes
- ≥ 0,42 por 100 000 habitantes

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

A semana epidemiológica 22 de 2016 la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 0,73 casos por 100 000 menores de 15 años, la cual sobrepasa de manera importante la tasa observada en el mismo periodo para los últimos cuatro años (ver gráfica 14).

Gráfica 14
Tasa de notificación esperada de casos probables de PFA frente a la tasa observada en Colombia, semana epidemiológica 22, 2012-2016

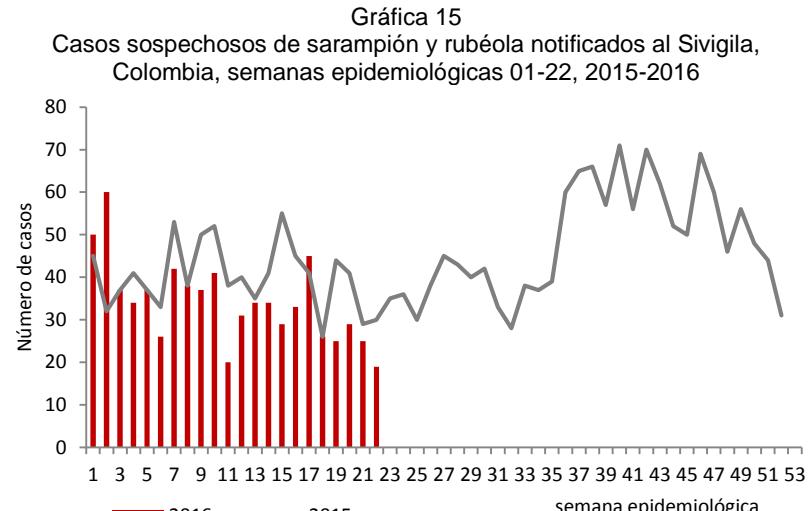


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012 - 2016

• Sarampión y rubéola

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 32 casos de sarampión y rubéola, 19 de esta semana y 13 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 30 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 752 casos sospechosos de sarampión y rubéola (ver gráfica 15).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, los casos sospechosos fueron reportados por 30 entidades territoriales; Bogotá, Antioquia y Cundinamarca notificaron el 83,8 % de los casos.

Hasta la semana epidemiológica 22, la tasa de notificación nacional es de 1,54 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se supera en este momento la tasa de notificación esperada para la semana 22 que debe ser de 0,85.

Doce entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 22; no cumplen con la tasa esperada Risaralda, Arauca, Norte de Santander, Santander, Boyacá, Tolima, Sucre, Nariño, Meta, Cesar, Cauca, Valle del Cauca, Santa Marta, Chocó, Atlántico, La Guajira, Bolívar, Huila y Córdoba; no han notificado casos sospechosos siete entidades territoriales (ver tabla 17).

Tabla 17
Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

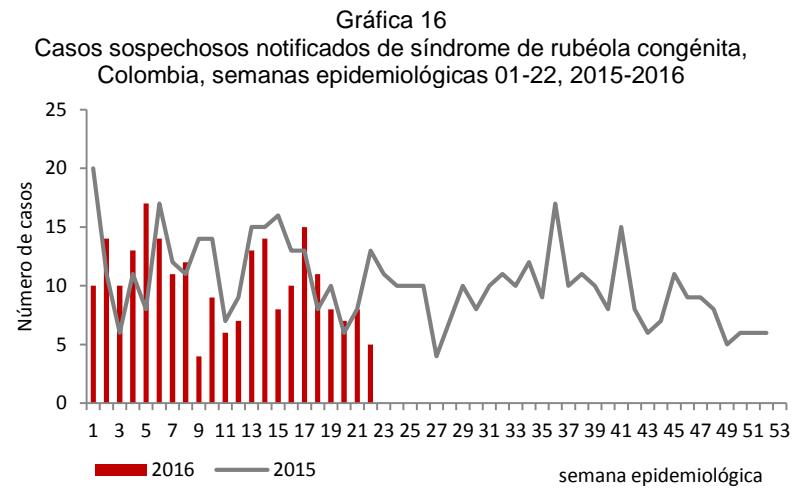
Entidad de territorial	Evento (Sarampión/ Rubéola) Sivigila	Población 2016	Tasa de notificación por 100 000 habitantes (Sivigila)
Bogotá, D.C.	488	7 980 001	6,12
San Andrés	4	77 101	5,19
Vaupés	2	44 079	4,54
Vichada	2	73 702	2,71
Amazonas	2	77 088	2,59
Guainía	1	42 123	2,37
Caldas	18	989 934	1,82
Cundinamarca	42	2 721 368	1,54
Antioquia	100	6 534 857	1,53
Casanare	4	362 721	1,10
Barranquilla	12	1 223 616	0,98
Quindío	5	568 506	0,88
Risaralda	8	957 254	0,84
Arauca	2	265 190	0,75
Norte de Santander	6	1 367 708	0,44
Santander	9	2 071 016	0,43
Boyacá	5	1 278 107	0,39
Tolima	5	1 412 220	0,35
Sucre	3	859 913	0,35
Nariño	6	1 765 906	0,34
Meta	3	979 710	0,31
Cesar	3	1 041 204	0,29
Cauca	4	1 391 836	0,29
Valle del Cauca	9	4 253 066	0,21
Santa Marta	1	491 535	0,20
Chocó	1	505 016	0,20
Atlántico	2	1 265 898	0,16
La Guajira	1	985 452	0,10
Bolívar	1	1 108 567	0,09
Huila	1	1 168 869	0,09
Córdoba	1	1 736 170	0,06
Buenaventura	0	407 675	0,00
Caquetá	0	483 846	0,00
Cartagena	0	1 013 389	0,00
Guaviare	0	112 621	0,00
Magdalena	0	780 907	0,00
Putumayo	0	349 537	0,00
Exterior	1	NA	NA
Total	752	48 747 708	1,54

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 22= 0,85 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila ocho casos de síndrome de rubéola congénita, cinco de esta semana y tres de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 13 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 226 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (ver gráfica 16)

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



Por procedencia, el 75,2% de los casos notificados son de Antioquia (131 casos) y Bogotá (39 casos); también han notificado casos en el Sivigila, Cundinamarca con seis casos, Sucre con cinco casos, Atlántico, Boyacá, Caquetá, Casanare, Tolima y Valle del Cauca con cuatro casos cada uno, Córdoba, Nariño y Risaralda con tres casos cada uno, Cauca y Huila con dos casos cada uno, Arauca, Caldas, Cesar, Guaviare, Magdalena, Quindío, San Andrés y Santander con un caso cada uno

• Tétanos

Tétanos neonatal

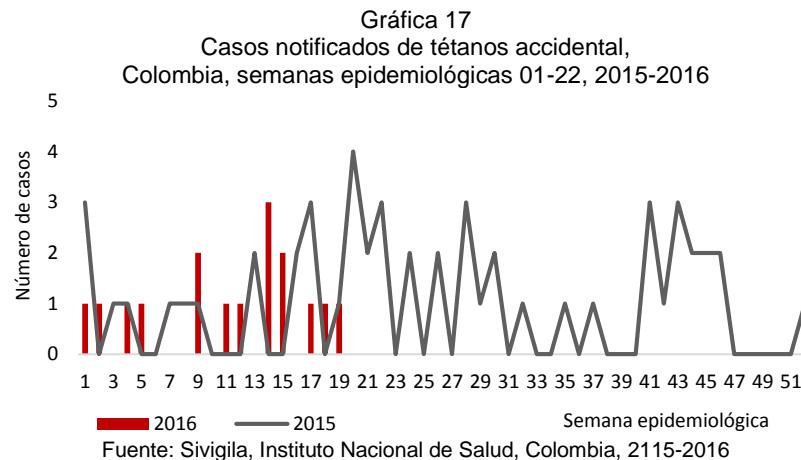
En la semana epidemiológica 22 de 2016, no se notificaron casos al Sivigila de tétanos neonatal; en la semana epidemiológica 22 de 2015 no se notificaron casos. A la fecha ha ingresado al Sivigila un caso probable de tétanos neonatal.

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato. El caso de tétanos neonatal se registró en un menor de nueve días de nacido, sexo femenino, afiliado al régimen subsidiado, pertenencia étnica indígena, procedente de La Guajira y condición final muerto.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 22 de 2016, no se notificaron casos al Sivigila de tétanos accidental; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron tres casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 16 casos probables de tétanos accidental (ver gráfica 17).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



Por procedencia, Cesar, Córdoba, La Guajira, Santander y Valle del Cauca registran un caso, Bolívar y Sucre registran dos casos, Magdalena tres casos y Antioquia cuatro casos.

El 81,3 % de los casos de tétanos accidental se registraron en el sexo masculino; el 75 % pertenecen al régimen subsidiado, el 18,8 % al régimen contributivo y el 6,3 % no se encuentra afiliado; por grupo de edad, se registró tres casos en el grupo entre 60 y 64 años y de 65 años y más, dos casos entre 35 y 39 años, entre 55 a 59 años y un caso en un menor de un año, entre 10 y 15 años, entre 18 y 19 años, entre 21 y 24 años, entre 25 a 29 años, entre 50 a 54 años, el 87,5 % de los casos tienen pertenencia étnica "otro" y el 6,3 % pertenecen a población indígena y afrocolombiana respectivamente.

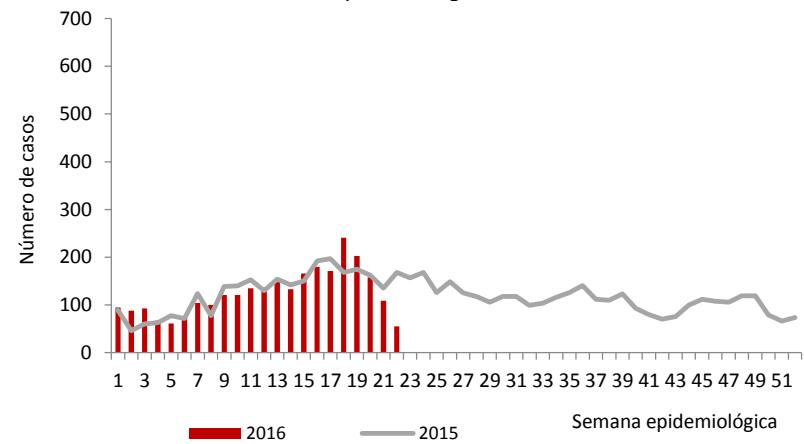
A semana 22 de 2016 se han notificado cinco muertes confirmadas por clínica, una de ellas procedente de Bolívar, de sexo masculino, 86 años, pertenece al régimen subsidiado y pertenencia étnica "otro", una segunda muerte procedente del departamento Antioquia, de sexo masculino, 86 años, pertenece al régimen subsidiado y pertenencia étnica "otro", una tercera muerte procedente del departamento Antioquia, de sexo masculino, 77 años, no se encuentra afiliado y de pertenencia étnica "otro", una cuarta muerte procedente de Valle del Cauca, de sexo masculino, de 60 años, pertenece al régimen subsidiado y pertenencia étnica "otro" y una quinta muerte procedente de Santander, de sexo masculino, de 59 años, pertenece al régimen subsidiado y pertenencia étnica "otro".

• *Tos ferina*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 204 casos de tos ferina, 55 de esta semana y 149 de semanas anteriores notificados de manera tardía. Se descartó un caso, quedando 2 766 casos para análisis. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 168 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 2 767 casos probables de tos ferina (ver gráfica 18).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato

Gráfica 18
Casos de tos ferina notificados,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Caldas, Santander, Sucre, Huila y Norte de Santander notificaron el 80,8 % de los casos y tres casos procedentes del país de Venezuela (ver tabla 18).

Tabla 18
Casos de tos ferina notificados por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	1 099	39,7
Antioquia	413	14,9
Cundinamarca	193	7,0
Valle del Cauca	113	4,1
Caldas	87	3,1
Santander	86	3,1
Sucre	86	3,1
Huila	84	3,0
Norte Santander	78	2,8
Nariño	76	2,7
Tolima	69	2,5
Arauca	45	1,6
Chocó	35	1,3
Boyacá	34	1,2
Cartagena	26	0,9
Cauca	26	0,9
Méta	25	0,9
Bolívar	24	0,9
Caquetá	22	0,8
Córdoba	21	0,8
Risaralda	16	0,6
Cesar	15	0,5
Barranquilla	14	0,5
Casanare	13	0,5
Putumayo	12	0,4
Guaviare	9	0,3
Santa Marta D.E.	9	0,3
Magdalena	7	0,3
Vichada	7	0,3
Amazonas	6	0,2
Atlántico	5	0,2
Quindío	4	0,1
Venezuela	3	0,1
Guajira	2	0,1
San Andrés	2	0,1
Total	2 766	100

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

El 56,0 % de los casos de tos ferina se registró en el sexo masculino; el 54,9 % en pertenecientes al régimen contributivo, el 83,0 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, 95 casos (el 3,4 %) se notificó en indígenas, 37 casos (el 1,3 %) en afrocolombianos, 12 casos (0,4 %) en ROM/gitano y uno (el 0,04 %) en raizales (ver tabla 19).

Tabla 19
Comportamiento demográfico y social de los casos de tosferina,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	1 217	44,0
	Masculino	1 549	56,0
	Contributivo	1 519	54,9
	Especial	58	2,1
	Indeterminado/pendiente	1	0,0
	No afiliado	131	4,7
	Excepción	14	0,5
	Subsidiado	1 043	37,7
	Indígena	95	3,4
	ROM/gitano	12	0,4
	Raizal	1	0,04
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	37	1,3
	Otros	2 621	94,8
Pertenencia étnica	Menores de un año	2 296	83,0
	1 a 4 años	325	11,7
	5 a 9 años	34	1,2
	10 a 14 años	26	0,9
	15 a 19 años	17	0,6
	20 a 24 años	11	0,4
	25 a 29 años	9	0,3
Grupos de edad	30 a 34 años	11	0,4
	35 a 39 años	9	0,3
	40 a 44 años	3	0,1
	45 a 49 años	5	0,2
	50 a 54 años	8	0,3
	55 a 59 años	4	0,1
	60 a 64 años	2	0,1
	65 y más años	6	0,2

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

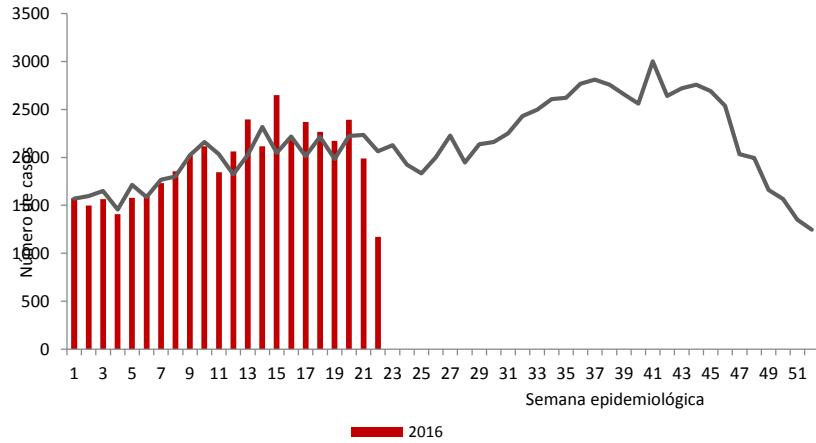
Se confirmaron por laboratorio cuatro muertes para el evento de tos ferina una corresponde a semana 01 de 2016 en un menor de un año (dos meses), pertenencia étnica indígena, procedente de Pueblo Rico-Risaralda, la segunda muerte corresponde a semana 07 de 2016, en un menor de un año (un mes), pertenencia étnica indígena, del Resguardo Indígena Chimuza procedente de Ricaurte-Nariño, la tercer muerte corresponde a semana 02 de 2016 en un menor de un año (un mes), pertenencia étnica “otro”, procedente de Pereira-Risaralda y la cuarta muerte de semana 17, en un menor de un año (dos meses), pertenencia étnica otros, procedente de Puerto Triunfo-Antioquia.

- **Varicela**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 2 326 casos de varicela, 1 170 de esta semana y 1 156 de semanas anteriores notificados de manera tardía. Se descartaron ocho casos; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 2 065 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 42 578 casos sospechosos de varicela (ver gráfica 19).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 19
Casos notificados de varicela,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Por procedencia, Bogotá, Cundinamarca, Valle del Cauca, Antioquia, Santander, Norte Santander, Barranquilla, Córdoba, Nariño, Boyacá, Huila, Tolima, Sucre y Atlántico notificaron el 81 % de los casos (ver tabla 20).

Tabla 20

Casos de varicela notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	10 201	24,0
Cundinamarca	3 458	8,1
Valle del Cauca	3 308	7,8
Antioquia	3 177	7,5
Santander	2 657	6,2
Norte Santander	2 229	5,2
Barranquilla	1 537	3,6
Córdoba	1 379	3,2
Nariño	1 322	3,1
Boyacá	1 260	3,0
Huila	1 073	2,5
Tolima	1 070	2,5
Sucre	944	2,2
Atlántico	893	2,1
Cartagena	863	2,0
Meta	849	2,0
Caldas	807	1,9
Cesar	744	1,7
Bolívar	675	1,6
Risaralda	625	1,5
Caquetá	514	1,2
Cauca	437	1,0
Quindío	425	1,0
Arauca	378	0,9
Magdalena	375	0,9
Guajira	315	0,7
Casanare	295	0,7
Santa Marta D.E.	223	0,5
Putumayo	214	0,5
Buenaventura	123	0,3
San Andrés	53	0,1
Amazonas	38	0,1
Vichada	37	0,1
Guaviare	34	0,1
Vaupés	21	0,05
Chocó	18	0,0
Exterior	5	0,01
Guanía	2	0,00
Total	42 578	100

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

El 51,1 % de los casos de varicela se registró en el sexo masculino; el 57,9 % pertenecen al régimen contributivo; el 25,7 % se registraron en el grupo de edad de uno a cuatro años. Por pertenencia étnica, 1 263 casos (el 3,0 %) se notificaron en afrocolombianos y 766 (el 1,8 %) en indígenas (ver tabla 21).

Tabla 21
Comportamiento demográfico y social de los casos de varicela,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22 2016

Variable	Categoría	Casos de varicela	%
Sexo	Femenino	20 818	48,9
	Masculino	21 760	51,1
Tipo de régimen	Contributivo	24 640	57,9
	Especial	1 172	2,8
	Indeterminado/independiente	58	0,14
	No afiliado	901	2,1
	Excepción	1 404	3,3
Pertenencia étnica	Subsidiado	14 403	33,8
	Indígena	766	1,8
	ROM/gitano	149	0,3
	Raizal	65	0,2
	Palenquero	13	0,0
	Afrocolombiano	1 263	3,0
Grupos de edad	Otros	40 322	94,7
	Menores de un año	2 229	5,2
	1 a 4 años	10 944	25,7
	5 a 9 años	9 051	21,3
	10 a 14 años	5 776	13,6
	15 a 19 años	3 991	9,4
	20 a 24 años	3 554	8,3
	25 a 29 años	2 495	5,9
	30 a 34 años	1 632	3,8
	35 a 39 años	1 034	2,4
	40 a 44 años	634	1,5
	45 a 49 años	435	1,0
	50 a 54 años	301	0,7
	55 a 59 años	170	0,4
	60 a 64 años	114	0,3
	65 y más años	218	0,5

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

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2016 se han notificado nueve muertes probables por varicela, Córdoba con tres, Antioquia, Boyacá, Caquetá, Cesar, Magdalena y Valle del Cauca con un caso cada una; se solicitó la investigación epidemiológica de campo, las historias clínicas de atención de los pacientes, las unidades de análisis y los certificados de defunción para confirmar si cumplen con la definición de caso.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

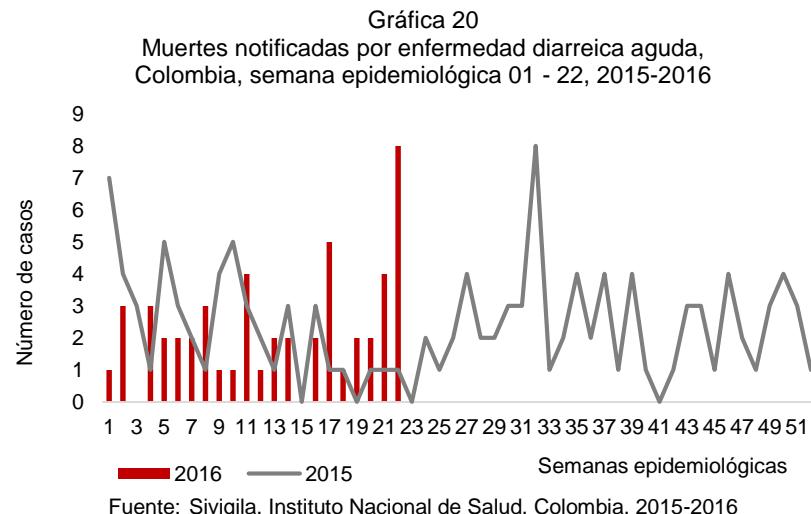
Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

- **Enfermedad diarreica aguda**

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila ocho muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, cinco de esta semana y tres de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificó un caso. A la fecha han ingresado al Sivigila 51 casos probables de muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, de los cuales se han confirmado 18 y 33 se encuentran en estudio para su clasificación final y definir la causa de muerte (ver gráfica 20).

Semanalmente el número de casos informados se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.



Las entidades territoriales de Chocó, Meta, Antioquia, La Guajira y Risaralda, notificaron el 54,7 % de casos del evento (ver tabla 22).

Tabla 22
Muertes notificadas por enfermedad diarreica aguda, por entidad territorial,
Colombia, semana epidemiológica 01 - 22, 2016

Entidad Territorial	Casos	%
Chocó	7	13,7
Meta	6	11,6
Antioquia	5	9,8
La Guajira	5	9,8
Risaralda	5	9,8
Guainía	3	5,9
Vichada	3	5,9
Arauca	2	3,9
Córdoba	2	3,9
Magdalena	2	3,9
Norte de Santander	2	3,9
Tolima	2	3,9
Barranquilla	1	2,0
Bolívar	1	2,0
Caldas	1	2,0
Casanare	1	2,0
Cesar	1	2,0
Sucre	1	2,0
Vaupés	1	2,0
Total	51	100,0

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

El 52,9 % de las muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años se registró en el sexo femenino; el 64,7 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, 28 casos (el 54,9 %) se notificaron en indígenas y cuatro casos (el 7,8 %) en afrocolombianos; el 41,2 % de las muertes ocurrieron en cabecera municipal; el 68,6 % en afiliados al régimen subsidiado (ver tabla 23).

Tabla 23
Comportamiento demográfico y social de los casos de muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, Colombia, semana epidemiológica 01 - 22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	27	52,9
	Masculino	24	47,1
Grupo de edad	Menores de un año	33	64,7
	1-4 años	18	35,3
Pertenencia étnica	Indígena	28	54,9
	Otros	18	35,3
	Afrocolombiano	4	7,8
	ROM / gitano	1	2,0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Área	Cabecera municipal	21	41,2
	Centro Poblado	7	13,7
	Rural Disperso	23	45,1
Tipo de régimen	Contributivo	4	7,8
	Subsidiado	35	68,6
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	No asegurado	11	21,6
	Indeterminado	1	2,0

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

La tasa de mortalidad nacional por enfermedad diarreica aguda es de 11,8 casos por 1 000 000 de menores de cinco años; las entidades territoriales que registran tasa de mortalidad mayor a la nacional son 14 (ver gráfica 21).

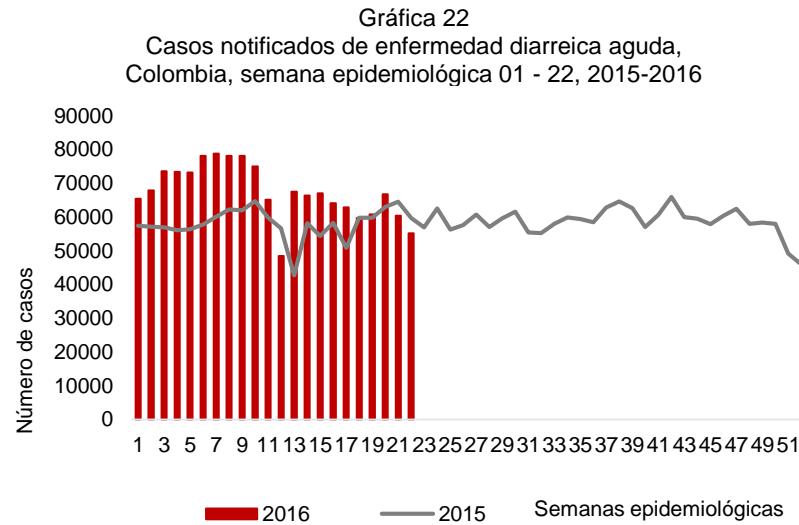


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 65 478 casos de enfermedad diarreica aguda, 55 181 de esta semana y 10 297 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 59 746 casos del evento. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1 486 893 casos de enfermedad diarreica aguda (ver gráfica 22).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander y Nariño, registran el 62,7 % de los casos (ver tabla 24).

Tabla 24
Casos de enfermedad diarreica aguda notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01 - 22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	410 218	27,5
Antioquia	201 415	13,5
Valle del Cauca	148 133	10
Cundinamarca	81 111	5,5
Santander	47 038	3,2
Nariño	44 571	3,0
Cauca	39 201	2,6
Barranquilla	33 687	2,3
Boyacá	33 492	2,3
Meta	33 042	2,2
Tolima	31 174	2,1
Risaralda	31 098	2,1
Norte de Santander	30 834	2,1
Cartagena	30 487	2,1
Huila	29 802	2,0
Córdoba	29 763	2,0
Caldas	26 300	1,8
Cesar	25 614	1,7
Guajira	23 558	1,6
Quindío	23 354	1,6
Atlántico	21 050	1,4
Magdalena	20 880	1,4
Bolívar	18 057	1,2
Sucre	16 435	1,1
Caquetá	12 375	0,8
Casanare	8 932	0,6
Putumayo	7 104	0,5
Chocó	5 393	0,4
Buenaventura	4 860	0,3
Arauca	4 714	0,3
Santa Marta	4 446	0,3
Amazonas	2 357	0,2
Guaviare	2 276	0,1
San Andrés	1 784	0,1
Vichada	1 074	0,1
Vaupés	652	0,0
Guainía	612	0,0
Total	1 486 893	100

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

Notificaron casos de enfermedad diarreica aguda 1 019 municipios y los cinco distritos; Bogotá con el 27,6 %, Medellín con el 7,0 %, Cali con el 6,4 %, Barranquilla con el 2,3 %, Cartagena con el 2,1 %, Villavicencio 1,7 %, Bucaramanga con el 1,6, y Pereira con el 1,4 %, registran el 50,0 % de los casos.

La incidencia más alta de enfermedad diarreica aguda se registró en el sexo femenino con 32,2 por 1 000 habitantes y en menores de un año con 85,5 por 1 000 habitantes (ver tabla 25).

Tabla 25
Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad diarreica aguda, Colombia, Semana epidemiológica 01 - 22, 2016.

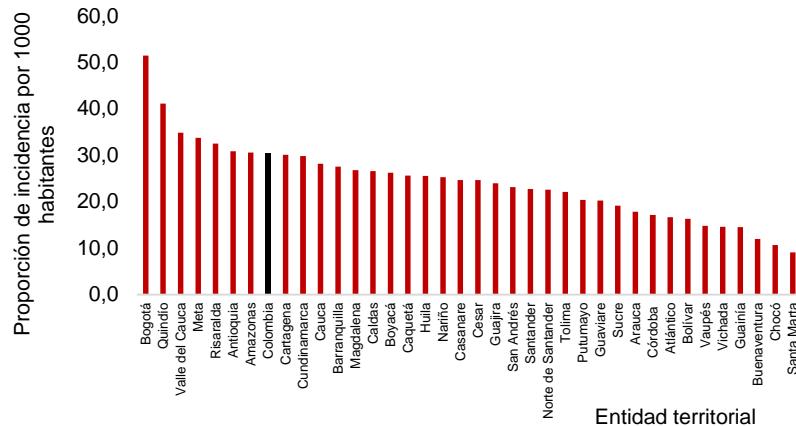
Categoría	Población estimada (DANE 2016)	Casos	Incidencia por 1 000 habitantes
Femenino	24 069 035	794 964	32,2
Masculino	24 678 673	691 929	28,7
Menores de un año	876 233	74 920	85,5
1 a 4 años	3 458 918	235 137	68,0
5 a 9 años	4 263 048	104 057	24,4
10 a 14	4 265 999	74 422	17,4
15 a 19	4 321 654	85 408	19,8
20 a 24	4 306 036	156 905	36,4
25 a 29	4 022 291	156 397	38,9
30 a 34	3 605 504	127 660	35,4
35 a 39	3 264 933	97 284	29,8
40 a 44	2 909 621	72 417	24,9
45 a 49	2 875 587	63 889	22,2
50 a 54	2 732 428	56 762	20,8
55 a 59	2 302 979	46 709	20,3
60 a 64	1 800 884	38 372	21,3
65 a 69	1 363 781	29 406	21,6
70 a 74	967 539	22 896	23,7
75 a 79	700 183	19 167	27,4
80 y más años	710 090	25 085	35,3

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

La incidencia nacional de enfermedad diarreica aguda es de 30,5 casos por 1.000 habitantes. Las seis entidades territoriales con incidencia mayor a la nacional son Bogotá, Quindío, Valle del Cauca, Meta, Risaralda, Antioquia y Amazonas (ver gráfica 23).

Gráfica 23

Incidencia de enfermedad diarreica aguda por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01 - 22, 2016.



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

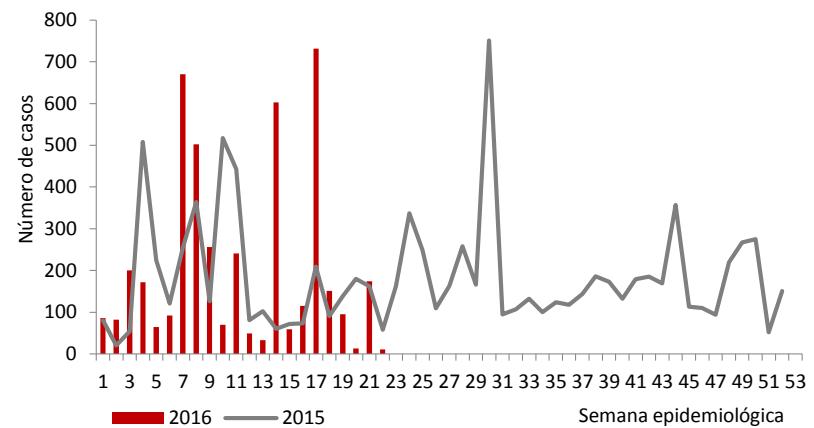
- **Enfermedades Transmitidas por Alimentos**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 19 casos de enfermedades transmitidas por alimentos, 11 de esta semana y ocho de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 58 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 4 601 casos, se descartaron 131, quedando 4 470 casos de enfermedades transmitidas por alimentos; se han confirmado por clínica 1 954 casos, se han relacionado a algún agente etiológico 1 155 y están en estudio 1 361 que se encuentran en estudio para su clasificación final (ver gráfica 24).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

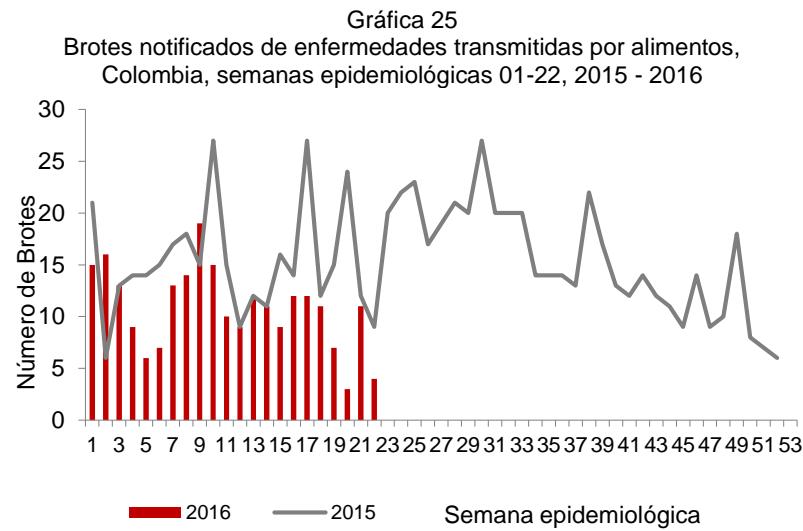
Gráfica 24

Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22 2015-2016



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

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila seis brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, cuatro de esta semana y dos de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron nueve brotes; semanalmente el número de brotes informados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato. A la fecha han ingresado al Sivigila 247 brotes, se descartaron nueve, quedando 238 casos de enfermedades transmitidas por alimentos (ver gráfica 25).



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

Por procedencia Bogotá, Antioquia, Arauca, Boyacá, Barranquilla y Sucre registran el 78,4 % de los casos (ver tabla 26).

Tabla 26
Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016

Entidad Territorial de Procedencia	Brotes	%	Casos	%
Bogotá	45	18,9	1148	25,7
Antioquia	21	8,8	830	18,6
Arauca	12	5,0	663	14,8
Boyacá	17	7,1	560	12,5
Barranquilla	2	0,8	171	3,8
Sucre	33	13,9	136	3,0
Chocó	1	0,4	112	2,5
Caldas	3	1,3	105	2,3
Norte de Santander	3	1,3	73	1,6
Risaralda	4	1,7	64	1,4
Cesar	14	5,9	63	1,4
Putumayo	2	0,8	60	1,3
Valle del Cauca	5	2,1	57	1,3
Nariño	12	5,0	53	1,2
Atlántico	13	5,5	50	1,1
Tolima	2	0,8	38	0,9
Cundinamarca	5	2,1	37	0,8
Magdalena	9	3,8	37	0,8
Quindío	5	2,1	37	0,83
Santander	2	0,8	30	0,7
Córdoba	2	0,8	27	0,6
Huila	4	1,7	24	0,5
Cartagena	2	0,8	18	0,4
Meta	2	0,8	18	0,4
Bolívar	3	1,3	15	0,3
Caquetá	4	1,7	11	0,2
La Guajira	3	1,3	11	0,2
Guaviare	3	1,3	6	0,1
Vichada	1	0,4	5	0,1
Casanare	2	0,8	4	0,1
Cauca	1	0,4	4	0,1
Amazonas	1	0,4	3	0,1
Colombia	238	100	4 470	100

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

El 54,2 % de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos se registró en el sexo masculino; el 20,8 % de los casos se registraron en el grupo de 10 a 14 años (ver tabla 27).

Tabla 27
Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	2421	54,2
	Femenino	2049	45,8
Grupos de edad	Menores de un año	5	0,1
	1 a 4 años	655	14,7
	5 a 9 años	497	11,1
	10 a 14 años	930	20,8
	15 a 19 años	529	11,8
	20 a 24 años	355	7,9
	25 a 29 años	370	8,3
	30 a 34 años	312	7,0
	35 a 39 años	244	5,5
	40 a 44 años	198	4,4
	45 a 49 años	148	3,3
	50 a 54 años	77	1,7
	55 a 59 años	51	1,1
	60 a 64 años	47	1,1
	65 y más años	52	1,2

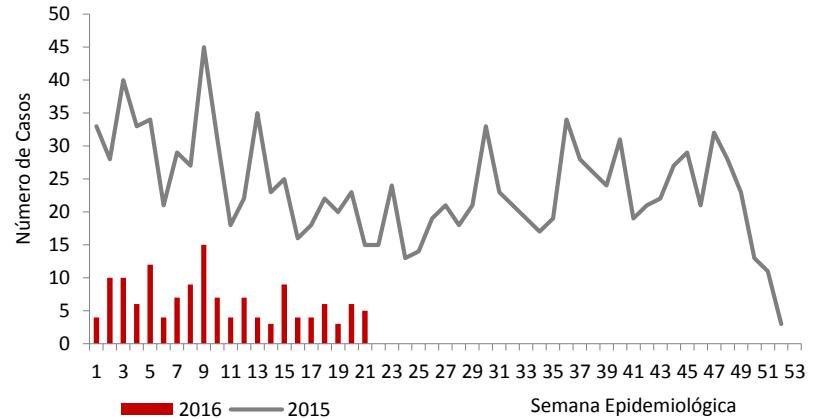
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

• Fiebre tifoidea y paratifooidea

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila tres casos de fiebre tifoidea y paratifooidea de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 15 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 139 casos probables de fiebre tifoidea y paratifooidea, de los cuales 107 están confirmados por laboratorio para fiebre tifoidea (ver gráfica 26).

Semanalmente el número de casos informados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 26
Casos de fiebre tifoidea y paratifooidea notificados,
Colombia, semana epidemiológica 01-21, 2015-2016



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

Por procedencia, Antioquia, Norte de Santander, Valle del Cauca, Nariño, Bogotá y Chocó registran el 83,4 % de los casos.

El 51,8 % de los casos de fiebre tifoidea y paratifooidea se registró en el sexo masculino; el 57,0 % afiliados al régimen subsidiado; el 69,4 % de los casos ocurrieron en cabecera municipal; el 12,9 %

se notificaron en el grupo de uno a cuatro años y 25 a 29 años respectivamente. Por pertenencia étnica, 21 casos (el 15,1 %) se notificó en afrocolombianos (ver tabla 28).

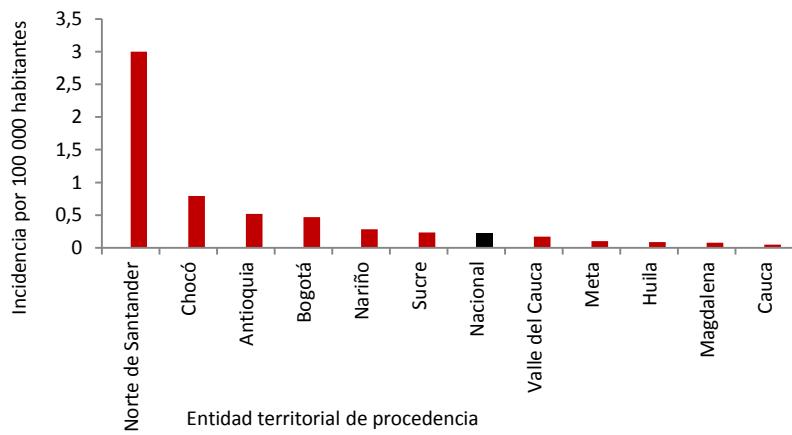
Tabla 28
Comportamiento demográfico y social de los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de fiebre tifoidea y paratifoidea	%
Sexo	Femenino	67	48,2
	Masculino	72	51,8
Tipo de régimen	Contributivo	48	34,5
	Subsidiado	79	57,0
	Excepción	2	1,4
	Especial	2	1,4
	Indeterminado	1	0,7
	No afiliado	7	5,0
Pertenencia étnica	Indígena	4	2,9
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	21	15,1
	Otros	114	82,0
Grupos de edad	Menores de un año	2	1,4
	1 a 4 años	18	12,9
	5 a 9 años	15	10,8
	10 a 14 años	17	12,1
	15 a 19 años	13	9,4
	20 a 24 años	16	11,5
	25 a 29 años	18	12,9
	30 a 34 años	8	5,8
	35 a 39 años	8	5,8
	40 a 44 años	5	3,6
	45 a 49 años	8	5,8
	50 a 54 años	3	2,2
	55 a 59 años	0	0
	60 a 64 años	3	2,2
	65 y más años	5	3,6
Área	Cabecera municipal	96	69,1
	Centro poblado	26	18,7
	Rural disperso	17	12,2

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

La incidencia nacional de fiebre tifoidea es de 0,22 casos por 100 000 habitantes; las entidades territoriales que tienen incidencia mayor a la nacional son Norte de Santander, Chocó, Antioquia, Bogotá, Nariño y Sucre (ver gráfica 27).

Gráfica 27
Incidencia de fiebre tifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2016

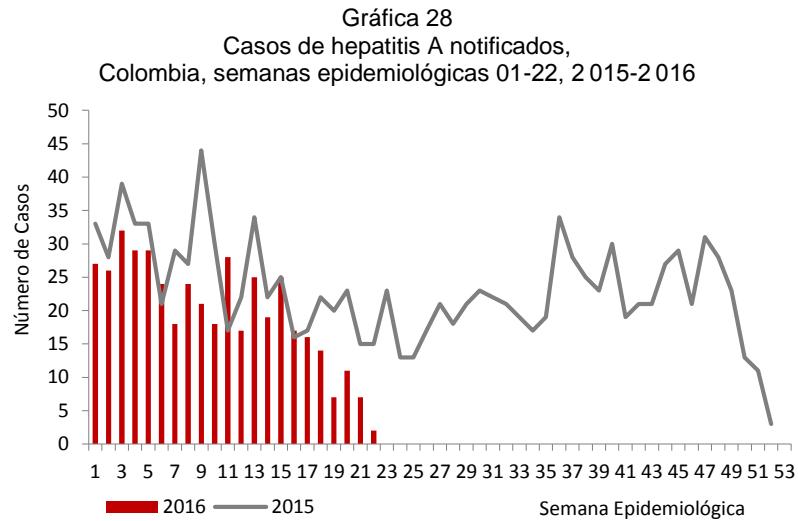


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

• Hepatitis A

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 14 casos de hepatitis A; dos de esta semana y 12 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 15 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 436 casos confirmados de hepatitis A (ver gráfica 28).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Caldas, Huila, Nariño y Cundinamarca notificaron el 71,2% de los casos (ver tabla 29).

Tabla 29
Casos de hepatitis A notificados por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad Territorial	Casos	%
Antioquia	200	45,8
Valle del Cauca	27	6,2
Bogotá	23	5,3
Caldas	20	4,6
Huila	15	3,4
Nariño	14	3,1
Cundinamarca	12	2,8
Norte de Santander	12	2,8
Tolima	12	2,8
Guajira	11	2,5
Santander	11	2,5
Bolívar	9	2,0
Atlántico	8	1,8
Casanare	8	1,8
Boyacá	6	1,4
Cauca	6	1,4
Quindío	6	1,4
Barranquilla	5	1,2
Meta	5	1,2
Putumayo	5	1,2
Magdalena	4	0,9
Sucre	4	0,9
Cartagena	3	0,8
Córdoba	3	0,8
Arauca	2	0,4
Vichada	2	0,4
Choco	1	0,2
Exterior	1	0,2
Risaralda	1	0,2
Total	436	100

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

El 70,6 % de los casos de hepatitis A se registró en el sexo masculino; el 57,6 % pertenecen al régimen contributivo, el 17,9 % en el grupo de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, 13 casos (el 2,9 %) se notificaron en afrocolombianos y seis casos (el 1,4 %) en indígenas (ver tabla 30).

Tabla 30
Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis A,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

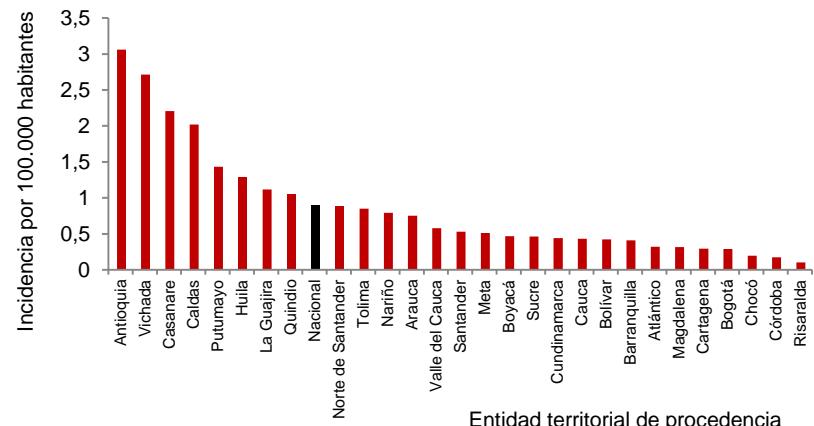
Variáble	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	128	29,4
	Masculino	308	70,6
Tipo de régimen	Contributivo	251	57,6
	Subsidiado	144	33,0
	Excepción	2	0,5
	Especial	10	2,3
	No afiliado	26	6,0
	Sin información	3	0,6
Pertenencia étnica	Indígena	6	1,4
	ROM/gaitano	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	13	2,9
	Otros	417	95,7
Grupos de edad	Menores de un año	2	0,5
	1 a 4 años	15	3,4
	5 a 9 años	40	9,2
	10 a 14 años	28	6,4
	15 a 19 años	60	13,8
	20 a 24 años	78	17,9
	25 a 29 años	58	13,3
	30 a 34 años	46	10,6
	35 a 39 años	32	7,3
	40 a 44 años	17	3,9
	45 a 49 años	18	4,1
	50 a 54 años	11	2,5
	55 a 59 años	7	1,6
	60 a 64 años	7	1,6
	65 y más años	17	3,9
Área	Cabecera municipal	367	84,2
	Centro poblado	26	6,0
	Rural disperso	43	9,8

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

La incidencia nacional de hepatitis A es de 0,9 casos por 100 000 habitantes. Antioquia, Vichada, Casanare, Caldas, Putumayo, Huila, La Guajira y Quindío registran incidencias mayores que la nacional (ver gráfica 29).

Gráfica 29

Incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semana epidemiológica 01-21, 2016



Entidad territorial de procedencia

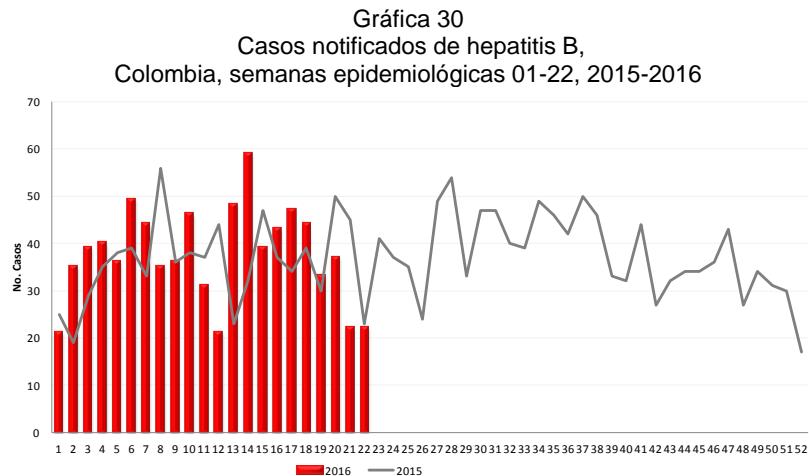
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

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

- **Hepatitis B**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 30 casos de hepatitis B, 22 de esta semana y ocho de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 23 casos. A la fecha han ingresado a Sivigila 827 casos confirmados por laboratorio (ver gráfica 30).

Semanalmente el número de casos notificados se revisan debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Antioquia, Bogotá y Norte de Santander notificaron el 45,5% de los casos (ver tabla 31).

Tabla 31
Casos notificados de hepatitis B por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	180	21,8
Bogotá	143	17,3
Norte Santander	53	6,4
Barranquilla	41	5,0
Santander	29	3,5
Valle del Cauca	29	3,5
Cundinamarca	26	3,1
Sucre	25	3,0
Córdoba	23	2,8
Quindío	22	2,7
Atlántico	21	2,5
Cartagena	19	2,3
Nariño	18	2,2
Cesar	17	2,1
Guaviare	17	2,1
Caldas	15	1,8
Tolima	15	1,8
Choco	14	1,7
La Guajira	14	1,7
Magdalena	11	1,3
Bolívar	10	1,2
Meta	10	1,2
Casanare	9	1,1
Risaralda	9	1,1
Cauca	8	1,0
Guainía	8	1,0
Putumayo	7	0,8
Boyacá	6	0,7
Amazonas	5	0,6
Arauca	5	0,6
Caquetá	5	0,6
Santa Marta	5	0,6
Huila	3	0,4
Vaupés	2	0,2
Vichada	1	0,1
San Andrés	1	0,1
Exterior	1	0,1
Total	827	100

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

El 55,7 % de los casos de hepatitis B se registraron en el sexo masculino; el 44,9 % de los casos pertenecen al régimen contributivo; el 18,9 % se registraron en el grupo de edad entre 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, 61 casos (el 7,4 %) se notificaron en afrocolombianos, 22 (el 2,7 %) en indígenas (ver tabla 32).

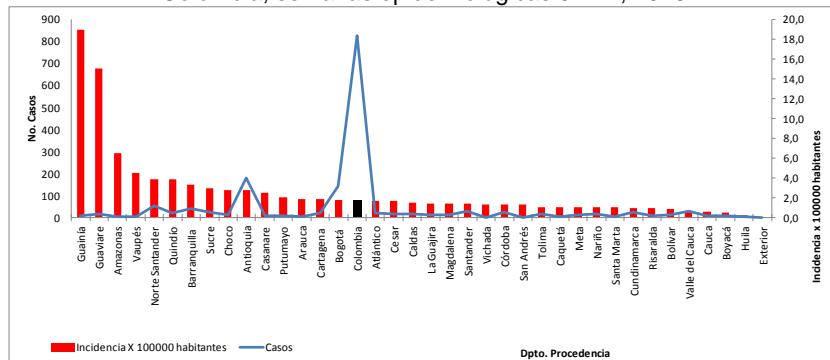
Tabla 32
Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis B,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de hepatitis B	%
Sexo	Masculino	461	55,7
	Femenino	366	44,3
Tipo de régimen	Contributivo	371	44,9
	Especial	24	2,9
Indeterminado	Indeterminado	3	0,4
	No asegurado	44	5,3
Excepción	Excepción	10	1,2
	Subsidiado	375	45,3
Pertenencia étnica	Indígena	22	2,7
	ROM/gitano	2	0,2
Raizal	Raizal	2	0,2
	Palenquero	0	0,0
Afrocolombiano	Afrocolombiano	61	7,4
	Otros	740	89,5
Grupos de edad	Menores de un año	0	0,0
	1 a 4 años	2	0,2
	5 a 9 años	2	0,2
	10 a 14 años	6	0,7
	15 a 19 años	48	5,8
	20 a 24 años	138	16,7
	25 a 29 años	156	18,9
	30 a 34 años	132	16,0
	35 a 39 años	85	10,3
	40 a 44 años	44	5,3
	45 a 49 años	48	5,8
	50 a 54 años	42	5,1
	55 a 59 años	33	4,0
	60 a 64 años	39	4,7
	65 y más años	52	6,3

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

La incidencia nacional de hepatitis B es de 1,7 casos por 100 000 habitantes. Las tres entidades territoriales con la mayor incidencia son Guainía, Guaviare y Amazonas (ver gráfica 31).

Gráfica 31
Incidencia de hepatitis B por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

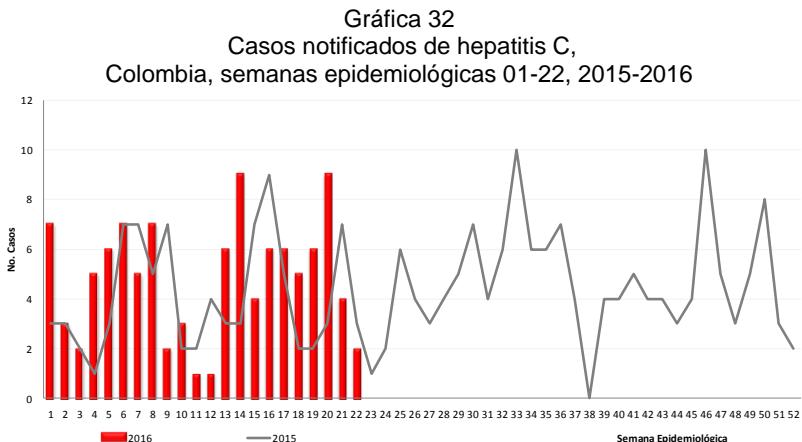
Hasta la semana epidemiológica 22 se han notificado 15 muertes atribuibles a la infección por el virus de la hepatitis B, cuatro en Bogotá, dos en Antioquia y una en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta, Tolima y Valle del Cauca respectivamente.

• Hepatitis C

Teniendo en cuenta que la Hepatitis C y B comparten mecanismos de transmisión y factores de riesgo similares se decidió realizar la vigilancia de este evento en conjunto con las hepatitis B, aunque la mayoría de casos reportados de este evento tienen mecanismo de transmisión parenteral.

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila dos casos de hepatitis B, dos de esta semana. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron tres casos. A la fecha han ingresado a Sivigila 106 casos confirmados por laboratorio (ver gráfica 32).

Semanalmente el número de casos notificados se revisan debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Antioquia, Bogotá y Quindío notificaron el 48,1 % de los casos (ver tabla 33).

Tabla 33
Casos notificados de hepatitis C por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	19	17,9
Bogotá	18	17,0
Quindío	14	13,2
Barranquilla	10	9,4
Valle del Cauca	10	9,4
Atlántico	9	8,5
Cundinamarca	5	4,7
Cartagena	3	2,8
Norte Santander	3	2,8
Santa Marta	3	2,8
Cesar	2	1,9
Santander	2	1,9
Tolima	2	1,9
Bolívar	1	0,9
Boyacá	1	0,9
Choco	1	0,9
Córdoba	1	0,9
Meta	1	0,9
Risaralda	1	0,9
Total	106	100

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

El 51,9 % de los casos de hepatitis C se registró en el sexo masculino, el 52,8 % pertenecen al régimen contributivo; el 22,6 se registraron en población de 65 y más años. Por pertenencia étnica, cuatro casos (el 3,8 %) se notificaron en afrocolombianos y uno (el 0,9 %) en ROM/gitanos (ver tabla 34).

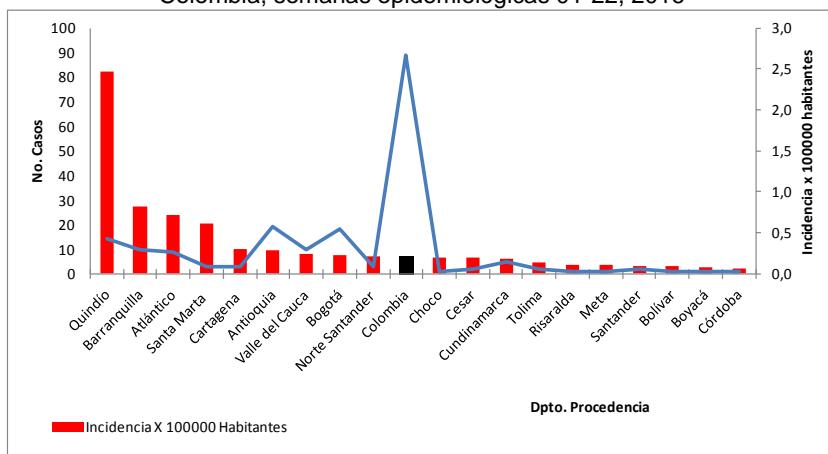
Tabla 34
Comportamiento demográfico y social de los casos de hepatitis C,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de hepatitis C	%
Sexo	Masculino	55	51,9
	Femenino	51	48,1
Tipo de régimen	Contributivo	56	52,8
	Especial	5	4,7
	Indeterminado	3	2,8
	No asegurado	9	8,5
	Excepción	4	3,8
	Subsidiado	29	27,4
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM/gaitano	1	0,9
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	4	3,8
	Otros	101	95,3
Grupos de edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	1	0,9
	5 a 9 años	0	0
	10 a 14 años	0	0
	15 a 19 años	5	4,7
	20 a 24 años	5	4,7
	25 a 29 años	15	14,2
	30 a 34 años	2	1,9
	35 a 39 años	10	9,4
	40 a 44 años	6	5,7
	45 a 49 años	12	11,3
	50 a 54 años	5	4,7
	55 a 59 años	8	7,5
	60 a 64 años	13	12,3
	65 y más años	24	22,6

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

La incidencia nacional de hepatitis C, es de 0,2 casos por 100 000 habitantes. Las tres entidades territoriales con mayor incidencia son Quindío, Barranquilla y Atlántico (ver gráfica 33).

Gráfica 33
Incidencia de hepatitis C por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



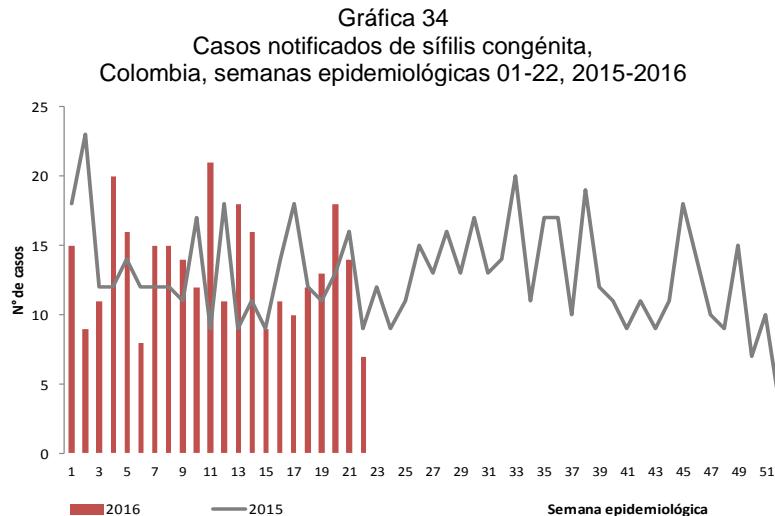
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Hasta la semana epidemiológica 22 se han notificado dos muertes atribuibles a la infección por el virus de la hepatitis C, en los distritos de Bogotá y Cartagena respectivamente

• Sífilis Congénita

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 22 casos de sífilis congénita, siete de esta semana y 15 de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron nueve casos. A la fecha han ingresado a Sivigila 295 casos confirmados por laboratorio (ver gráfica 34).

Semanalmente el número de casos notificados se revisan debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por residencia, Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca notificaron el 47,1 % de los casos (ver tabla 35).

Tabla 35
Casos notificados de sífilis congénita por entidad territorial de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	67	22,7
Antioquia	27	9,2
Valle del Cauca	26	8,8
Chocó	19	6,4
Cartagena	12	4,1
Huila	11	3,7
Magdalena	11	3,7
Cundinamarca	10	3,4
Atlántico	9	3,1
Córdoba	9	3,1
Norte de Santander	9	3,1
Meta	8	2,7
Barranquilla	7	2,4
Cauca	7	2,4
Caquetá	6	2,0
Buenaventura	5	1,7
Cesar	5	1,7
La Guajira	5	1,7
Tolima	5	1,7
Bolívar	4	1,4
Boyacá	4	1,4
Risaralda	4	1,4
Santa Marta	4	1,4
Santander	4	1,4
Arauca	3	1,0
Caldas	3	1,0
Quindío	3	1,0
Sucre	3	1,0
Nariño	2	0,7
Putumayo	2	0,7
Guainía	1	0,3
Total	295	100

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

El 51,5 % de los casos de sífilis congénita se registró en el sexo femenino; el 61,7 % pertenecen al régimen subsidiado. Por pertenencia étnica, 29 casos (el 9,8 %) se notificó en afrocolombianos, ocho (el 2,7 %) en indígenas y uno (0,3 %) en raizales (ver tabla 36).

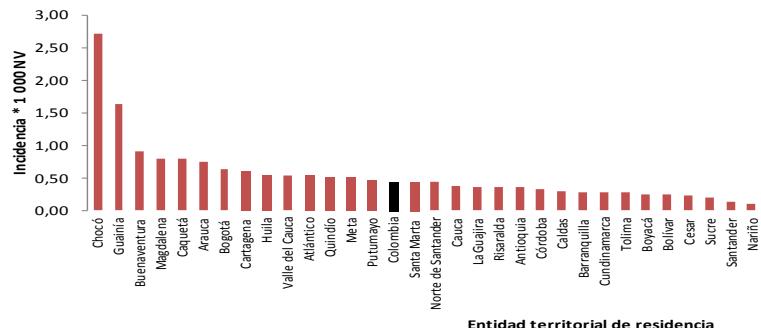
Tabla 36
Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de sífilis congénita	%
Sexo	Femenino	152	51,5
	Masculino	143	48,5
Tipo de régimen	Contributivo	68	23,1
	Especial	1	0,3
	Indeterminado	14	4,7
	No asegurado	28	9,5
	Excepción	2	0,7
	Subsidiado	182	61,7
Pertenencia étnica	Indígena	8	2,7
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	1	0,3
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	29	9,8
	Otro	257	87,1

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

La incidencia nacional de sífilis congénita es de 0,4 casos por 1 000 nacidos vivos. Chocó, Guainía y Buenaventura registran las mayores incidencias (ver gráfica 35).

Gráfica 35
Incidencia de sífilis congénita por entidad territorial de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



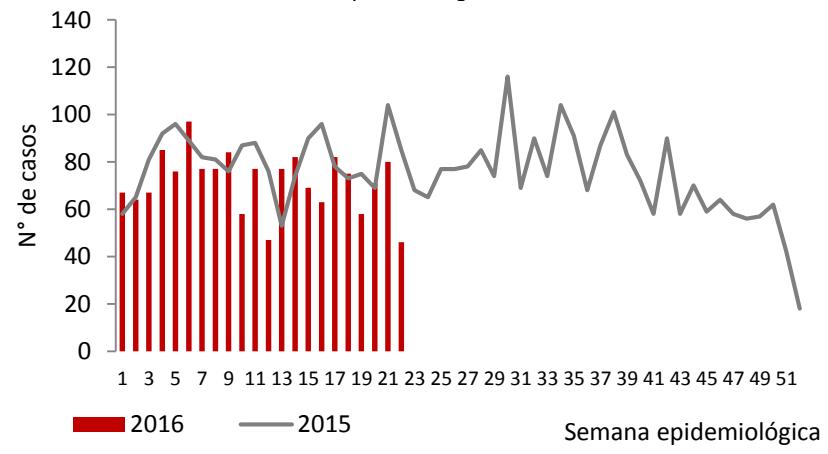
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

• Sífilis Gestacional

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 66 casos de sífilis gestacional, 46 de esta semana y 20 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 85 casos. A la fecha han ingresado a Sivigila 1 579 casos confirmados por laboratorio (ver gráfica 36).

Semanalmente el número de casos notificados se revisan debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 36
Casos notificados de sífilis gestacional,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Por residencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Cesar, notificaron el 47,0 % de los casos (ver tabla 37).

Tabla 37
Casos notificados de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	342	21,7
Antioquia	143	9,1
Valle del Cauca	127	8,0
Cundinamarca	68	4,3
Cesar	62	3,9
Córdoba	54	3,4
Nariño	54	3,4
Magdalena	50	3,2
Huila	48	3,0
Santander	48	3,0
Atlántico	46	2,9
Chocó	42	2,7
Sucre	41	2,6
Cartagena	38	2,4
La Guajira	38	2,4
Norte de Santander	38	2,4
Buenaventura	37	2,3
Quindío	32	2,0
Cauca	30	1,9
Meta	30	1,9
Risaralda	25	1,6
Tolima	25	1,6
Santa Marta	23	1,5
Bolívar	22	1,4
Barranquilla	21	1,3
Boyacá	21	1,3
Caquetá	20	1,3
Caldas	16	1,0
Arauca	13	0,8
Putumayo	10	0,6
Casanare	7	0,4
Vichada	4	0,3
Guaviare	3	0,2
Vaupés	1	0,1
Total general	1 579	100

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

El 60,1 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el grupo de edad que registro la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 años con el 27,4 %. Por pertenencia étnica, 160 casos (el 10,1 %) se notificaron en afrocolombianos, 46 (el 2,9 %) en población indígena, nueve casos (el 0,6 %) en gitanos y siete casos (el 0,4 %) en raizales (ver tabla 38).

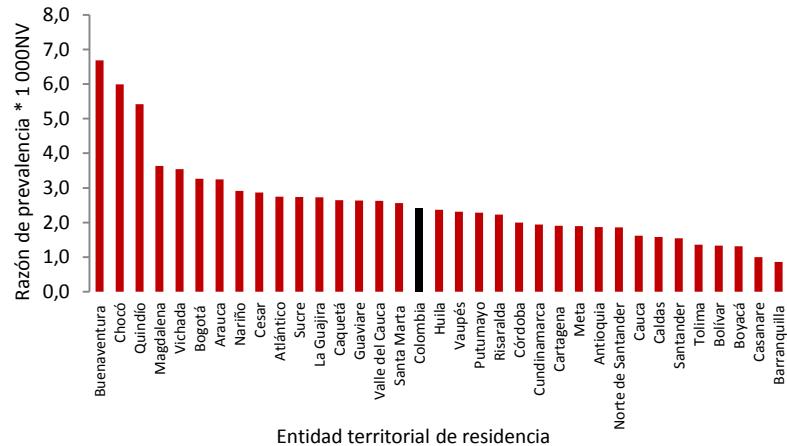
Tabla 38
Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de sífilis gestacional	%
Tipo de régimen	Contributivo	501	31,7
	Especial	12	0,8
	Indeterminado	14	0,9
	No asegurado	94	6,0
	Excepción	9	0,6
	Subsidiado	949	60,1
Pertenencia étnica	Indígena	46	2,9
	Rom/Gitano	9	0,6
	Raizal	7	0,4
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	160	10,1
	Otro	1 357	85,9
Grupos de edad	Menor de 14 años	4	0,3
	14 a 19 años	280	17,7
	20 a 24 años	433	27,4
	25 a 29 años	369	23,4
	30 a 34 años	284	18,0
	35 a 39 años	153	9,7
	40 a 44 años	52	3,3
	45 y más años	4	0,3

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

La razón de prevalencia nacional de sífilis gestacional es de 2,4 casos por 1 000 nacidos vivos. Buenaventura, Chocó, Quindío, Magdalena y Vichada, registran las mayores razones de prevalencia del país (ver gráfica 37).

Gráfica 37
Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



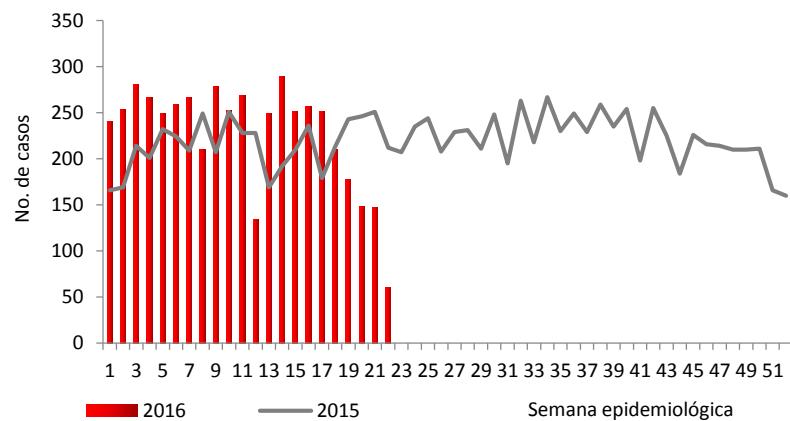
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 233 casos de VIH/Sida, 60 de esta semana y 173 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 212 casos. A la fecha han ingresado a Sivigila 4998 casos confirmados por laboratorio (ver gráfica 38).

Semanalmente el número de casos notificados se revisan debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 38
Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Córdoba, Norte de Santander, Atlántico, Santander y Quindío, notificaron el 64,4 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida (ver tabla 39).

Tabla 39
Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos de VIH	%	Casos de Sida	%	Muertes por Sida	%
Bogotá	770	19,3	177	23,9	68	26,1
Antioquia	661	16,5	90	12,1	16	6,1
Valle del Cauca	401	10,0	40	5,4	25	9,6
Barranquilla	242	6,1	28	3,8	10	3,8
Cartagena de Indias	147	3,7	59	8,0	10	3,8
Córdoba	134	3,4	28	3,8	9	3,4
Norte Santander	125	3,1	19	2,6	6	2,3
Atlántico	137	3,4	7	0,9	5	1,9
Santander	112	2,8	29	3,9	6	2,3
Quindío	84	2,1	45	6,1	13	5,0
Cundinamarca	103	2,6	18	2,4	4	1,5
Cesar	105	2,6	7	0,9	4	1,5
Risaralda	91	2,3	18	2,4	5	1,9
Bolívar	79	2,0	22	3,0	9	3,4
Caldas	94	2,4	9	1,2	4	1,5
Tolima	73	1,8	15	2,0	5	1,9
Nariño	60	1,5	16	2,2	6	2,3
Sucre	51	1,3	22	3,0	9	3,4
Meta	60	1,5	7	0,9	12	4,6
Magdalena	60	1,5	10	1,3	3	1,1
Santa Marta	54	1,4	14	1,9	3	1,1
Casanare	61	1,5	3	0,4	6	2,3
La Guajira	51	1,3	11	1,5	3	1,1
Cauca	46	1,2	5	0,7	8	3,1
Huila	46	1,2	7	0,9	6	2,3
Boyacá	42	1,1	6	0,8	2	0,8
Caquetá	37	0,9	4	0,5	1	0,4
Putumayo	14	0,4	4	0,5	1	0,4
Arauca	12	0,3	3	0,4	2	0,8
Chocó	11	0,3	6	0,8	0	0
Exterior	10	0,3	4	0,5	0	0
Buenaventura	8	0,2	5	0,7	0	0
Amazonas	6	0,2	2	0,3	0	0
Guaviare	2	0,1	1	0,1	0	0
Vichada	3	0,1	0	0	0	0
Guainía	2	0,1	0	0	0	0
San Andrés	1	0,0	1	0,1	0	0
Total	3995	100	742	100	261	100

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

El 76,0 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida se registraron en el sexo masculino; el 48,0 % pertenecen al régimen contributivo; el 18,9 % fueron registrados en el grupo de edad entre 25 y 29 años. Por pertenencia étnica, 240 casos (el 4,8 %) se notificaron en afrocolombianos, 44 (el 0,9 %) en población indígena, 25 (el 0,5 %) en ROM, gitanos y ocho (el 0,2 %) en raizal (ver tabla 40).

Tabla 40
Comportamiento demográfico y social de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de VIH/Sida y muerte por Sida	%
Sexo	Femenino	1 202	24,0
	Masculino	3 796	76,0
Tipo de régimen	Contributivo	2 397	48,0
	Especial	77	1,5
Pertenencia étnica	Indeterminado	16	0,3
	No asegurado	324	6,5
	Excepción	71	1,4
	Subsidiado	2 113	42,3
	Indígena	44	0,9
Grupos de edad	Rom/Gitano	25	0,5
	Raizal	8	0,2
	Palenquero	3	0,1
	Afrocolombiano	240	4,8
	Otro	4 678	93,6
Grupos de edad	Menor de 1 año	6	0,1
	1 a 4 años	10	0,2
	5 a 9 años	3	0,1
	10 a 14 años	10	0,2
	15 a 19 años	298	6,0
	20 a 24 años	916	18,3
	25 a 29 años	944	18,9
	30 a 34 años	764	15,3
	35 a 39 años	605	12,1
	40 a 44 años	407	8,1
	45 a 49 años	353	7,1
	50 a 54 años	258	5,2
	55 a 59 años	196	3,9
	60 a 64 años	108	2,2
	65 y más años	120	2,4

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

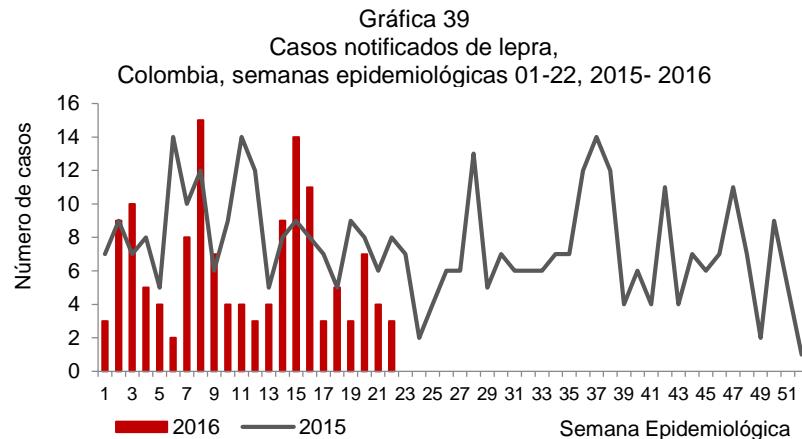
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública **Micobacterias**

- **Lepra**

En la semana epidemiológica 21 de 2016, se notificaron al Sivigila cinco casos de lepra, tres de esta semana y dos de semanas anteriores notificados tardíamente; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron ocho casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 137 casos de lepra; 106 casos (el 77,4 %) de los casos fueron confirmados por laboratorio y 31 casos (el 22,6 %) confirmados por clínica.

En relación con la clasificación inicial, el 86,1 % (118 casos) ingresaron como nuevos el 10,9 % (15 casos) como reingreso abandono recuperado y el 2,9 % (cuatro casos) como recidiva (ver gráfica 39).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

El 66,4 % de los casos de lepra se registraron en el sexo masculino; el 65,0 % pertenecen al régimen subsidiado; el 28,5 % se presentaron en el grupo de edad de 65 y más años. Por pertenencia étnica, nueve casos (6,6 %) se notificaron en afrocolombianos (ver tabla 41).

Tabla 41
Comportamiento demográfico y social de los casos de lepra,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de lepra	%
Sexo	Femenino	46	33,6
	Masculino	91	66,4
Tipo de régimen	Contributivo	31	22,6
	Especial	5	3,6
	No afiliado	9	6,6
	Excepción	2	1,5
	Subsidiado	89	65,0
	Indeterminado	1	0,7
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	ROM/gaitano	0	0,0
	Raizal	1	0,7
	Palenquero	1	0,7
	Afrocolombiano	9	6,6
	Otros	126	92,0
Grupos de edad	Menores de un año	0	0,0
	1 a 4 años	0	0,0
	5 a 9 años	0	0,0
	10 a 14 años	2	1,5
	15 a 19 años	1	0,7
	20 a 24 años	4	2,9
	25 a 29 años	11	8,0
	30 a 34 años	14	10,2
	35 a 39 años	15	10,9
	40 a 44 años	9	6,6
	45 a 49 años	8	5,8
	50 a 54 años	9	6,6
	55 a 59 años	11	8,0
	60 a 64 años	14	10,2
65 y más años	39	28,5	

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

El departamento de Cesar registró la mayor tasa de detección de casos nuevos para el país con 1,6 casos por 100 000 habitantes seguido por Norte de Santander con 1,1 casos por 100 000 habitantes. El 62,2 % de las entidades territoriales notificaron

casos de lepra, información necesaria para realizar las acciones de vigilancia alrededor del caso y de sus convivientes (ver tabla 42).

Tabla 42
Casos de lepra y tasa de detección por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial de residencia	Casos notificados	Casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Antioquia	4	4	3	0,05	0	1
Arauca	0	1	1	0,4	0	0
Atlántico	4	6	4	0,3	1	1
Barranquilla	4	2	2	0,2	0	0
Bogotá	16	8	6	0,1	1	1
Bolívar	7	8	5	0,5	1	2
Boyacá	0	0	0	0	0	0
Buenaventura	0	0	0	0	0	0
Caldas	1	1	1	0,1	0	0
Caquetá	2	2	1	0,2	0	1
Cartagena	3	2	0	0	0	2
Casanare	0	0	0	0	0	0
Cauca	4	4	4	0,3	0	0
Cesar	18	17	17	1,6	0	0
Choco	1	1	1	0,2	0	0
Córdoba	1	2	2	0,1	0	0
Cundinamarca	0	1	1	0,04	0	0
La Guajira	0	1	1	0,1	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0
Huila	4	7	7	0,6	0	0
Magdalena	1	2	2	0,3	0	0
Meta	1	1	1	0,1	0	0
Nariño	1	1	1	0,1	0	0
Norte Santander	19	19	15	1,1	0	4
Putumayo	0	0	0	0	0	0
Quindío	1	1	1	0,2	0	0
Risaralda	0	0	0	0	0	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0
Santander	16	17	15	0,7	1	1
Santa Marta	4	4	4	0,8	0	0
Sucre	4	3	3	0,3	0	0
Tolima	7	8	8	0,6	0	0
Valle Del Cauca	14	14	12	0,3	0	2
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0
Total	137	137	118	0,24	4	15

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

De los 137 casos, el 24,8 % corresponde a lepra paucibacilar; de estos, se registran cinco casos con Grado I de discapacidad y cuatro con Grado II de discapacidad; el 75,2 % corresponde a lepra multibacilar registrando 28 casos con Grado I y 15 casos con Grado II (ver tabla 43).

Tabla 43
Caso de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22 2016

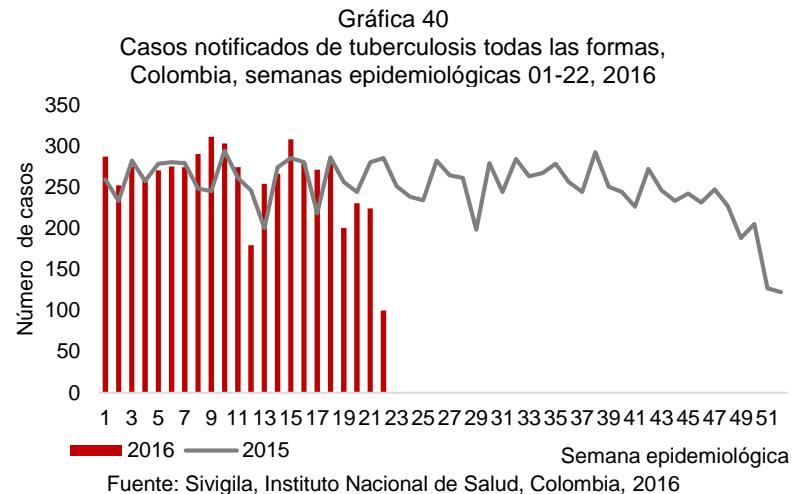
Clasificación lepra	Grado de discapacidad				%
	Grado 0	Grado I	Grado II	Total	
Paucibacilar	25	5	4	34	24,8
Multibacilar	60	28	15	103	75,2
Total	85	33	19	137	100

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

• **Tuberculosis todas las formas**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 263 casos de tuberculosis de todas las formas, 100 de esta semana y 163 de semanas anteriores notificados de manera tardía; 78 casos de esta semana (el 78,0 %) pertenecen a la forma pulmonar y 22 casos (el 22,0 %) a formas extrapulmonares entre las que se registraron dos casos con localización meníngea; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 285 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 5661 casos confirmados de tuberculosis todas las formas; el 82,9 % (4 694 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 17,1 % (967 casos) a formas extrapulmonares, entre las que se registraron 178 casos con localización meníngea (ver gráfica 40).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato



De acuerdo con la distribución por tipo de caso, 4 154 casos (el 73,4 %) ingresaron como confirmados por laboratorio, 1 430 casos (el 25,3 %) por clínica y 77 casos (el 1,4 %) por nexo epidemiológico (ver tabla 44).

Tabla 44
Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total de casos	%
Confirmado por laboratorio	3 613	541	4 154	73,3
Confirmado por clínica	1 025	405	1 430	25,3
Confirmado por nexo epidemiológico	56	21	77	1,4
Total	4 694	967	5 661	100

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

En relación con la clasificación de los casos notificados hasta la semana epidemiológica 22, 4 950 casos (el 87,4 %) ingresaron como casos nuevos y 711 (el 12,6 %) como casos previamente tratados (ver tabla 45).

Tabla 45
Tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	4 048	902	4 950	87,4
Previamenente tratados	646	65	711	12,6
Total	4 694	967	5 661	100

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

De los casos de tuberculosis extrapulmonar, la localización anatómica con mayor proporción de casos es la pleural con 366 casos (el 37,8 %) (ver tabla 46).

Tabla 46
Tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Localización anatómica	casos	%
Pleural	366	37,8
Menígea	178	18,4
Ganglionar	146	15,1
Otro	91	9,4
Peritoneal	46	4,8
Genitourinario	24	2,5
Sin dato	20	2,1
Osteoarticular	35	3,6
Intestinal	22	2,3
Pericárdica	18	1,9
Cutánea	12	1,2
Renal	9	0,9
Total	967	100

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

El 63,1 % de los casos de tuberculosis se registró en el sexo masculino; el 54,9 % pertenecen al régimen subsidiado; el 20,4 % se registraron en el grupo de 65 y más años. Por pertenencia étnica, 379 casos (el 6,7 %) se notificaron en afrocolombianos y 314 (el 5,5 %) en indígenas (ver tabla 47).

Tabla 47

Comportamiento demográfico y social de los casos de tuberculosis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de tuberculosis	%
Sexo	Femenino	2 088	36,9
	Masculino	3 573	63,1
Tipo de régimen	Contributivo	1 866	33,0
	Especial	125	2,2
Indeterminado	46	0,8	
	No afiliado	450	7,9
Excepción	67	1,2	
	Subsidiado	3 107	54,9
Pertenencia étnica	Indígena	314	5,5
	ROM, Gitano	27	0,5
Raizal	6	0,1	
	Palenquero	6	0,1
Afrocolombiano	379	6,7	
	Otros	4 929	87,1
Grupos de edad	Menores de un año	33	0,6
	1 a 4 años	83	1,5
	5 a 9 años	50	0,9
	10 a 14 años	62	1,1
	15 a 19 años	270	4,8
	20 a 24 años	518	9,2
	25 a 29 años	574	10,1
	30 a 34 años	530	9,4
	35 a 39 años	402	7,1
	40 a 44 años	398	7,0
	45 a 49 años	388	6,9
	50 a 54 años	417	7,4
	55 a 59 años	438	7,7
	60 a 64 años	344	6,1
	65 y más años	1 154	20,4

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

De los 4 950 casos nuevos por entidad territorial de residencia, Amazonas registra la mayor incidencia con 67,5 casos por 100 000 habitantes. La incidencia para el país en esta semana

epidemiológica es de 10,2 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 48).

Tabla 48
Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial de residencia	N.º de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB pulmonar	N.º de casos nuevos tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
Amazonas	52	67,5	0	0	52	67,5
Antioquia	708	10,8	211	3,2	919	14,1
Arauca	44	16,6	5	1,9	49	18,5
Atlántico	106	8,4	21	1,7	127	10,0
Barranquilla	171	14,0	24	2,0	195	15,9
Bogotá	337	4,2	159	2,0	496	6,2
Bolívar	28	2,5	10	0,9	38	3,4
Boyacá	30	2,3	11	0,9	41	3,2
Caldas	93	9,4	13	1,3	106	10,7
Caquetá	63	13,0	10	2,1	73	15,1
Cartagena	87	8,6	9	0,9	96	9,5
Casanare	42	11,6	6	1,7	48	13,2
Cauca	64	4,6	35	2,5	99	7,1
Cesar	112	10,8	15	1,4	127	12,2
Choco	75	14,9	12	2,4	87	17,2
Córdoba	79	4,6	16	0,9	95	5,5
Cundinamarca	101	3,7	29	1,1	130	4,8
La guajira	87	8,8	7	0,7	94	9,5
Guaviare	9	8,0	1	0,9	10	8,9
Guainía	6	14,2	1	2	7	16,6
Huila	100	8,6	21	1,8	121	10,4
Magdalena	45	5,8	3	0,4	48	6,1
Meta	144	14,7	19	1,9	163	16,6
Nariño	57	3,2	25	1,4	82	4,6
Norte Santander	162	11,8	16	1,2	178	13,0
Putumayo	38	10,9	6	1,7	44	12,6
Quindío	74	13,0	12	2,1	86	15,1
Risaralda	152	15,9	39	4,1	191	20,0
San Andrés	4	5,2	1	1,3	5	6,5
Santander	212	10,2	30	1,4	242	11,7
Santa Marta	48	9,8	6	1,2	54	11,0
Sucre	23	2,7	3	0,3	26	3,0
Tolima	147	10,4	25	1,8	172	12,2
Valle del cauca	455	10,7	90	2,1	545	12,8
Vaupés	2	4,5	1	2	3	6,8
Vichada	3	4,1	1	1,4	4	5,4
Buenaventura	84	20,6	9	2,2	93	22,8
Exterior	4	0	0	0	4	4,0
Total	4048	8,4	902	1,9	4950	10,2

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

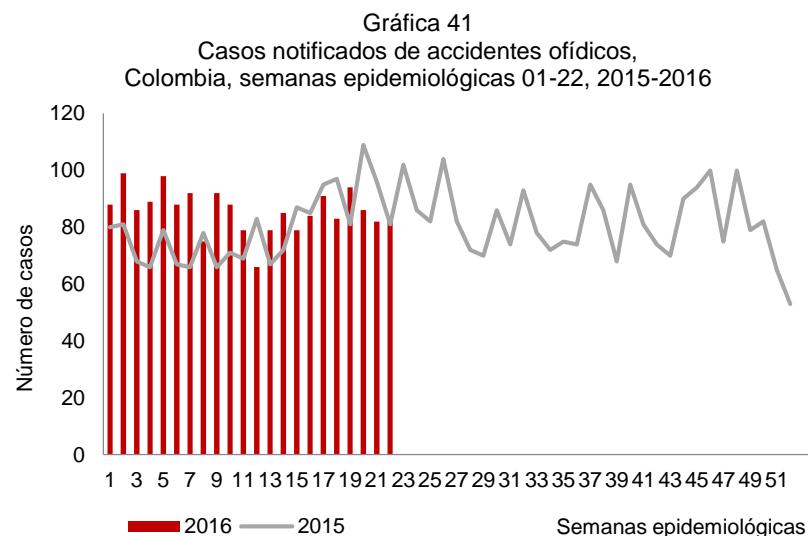
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

Zoonosis

- **Accidente Ofídico**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 104 casos, 83 de esta semana y 21 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 81 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 1 886 casos de accidente ofídico (ver gráfica 41).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Antioquia, Norte de Santander, Bolívar, Córdoba, Meta, Chocó, Cesar, Caquetá, Santander y Cauca notificaron el 59,2 % de los casos; San Andrés, Providencia y Santa Catalina, no notificaron casos (ver tabla 49).

Tabla 49
Casos notificados de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	301	16,0
Norte de Santander	107	5,7
Bolívar	104	5,5
Córdoba	101	5,4
Meta	92	4,9
Chocó	84	4,5
Cesar	83	4,4
Caquetá	82	4,3
Santander	81	4,3
Cauca	79	4,2
Arauca	68	3,6
Huila	57	3,0
Casanare	56	3,0
Magdalena	54	2,9
Putumayo	52	2,8
Tolima	52	2,8
Nariño	50	2,7
Sucre	43	2,3
Atlántico	41	2,2
Guajira	39	2,1
Guaviare	39	2,1
Boyacá	35	1,9
Caldas	32	1,7
Risaralda	26	1,4
Cundinamarca	25	1,3
Valle del Cauca	21	1,1
Buenaventura	18	1,0
Amazonas	16	0,8
Vichada	16	0,8
Vaupés	9	0,5
Santa Marta	5	0,3
Cartagena	4	0,2
Guainía	4	0,2
Quindío	4	0,2
Barranquilla	3	0,2
Exterior	2	0,1
Bogotá	1	0,1
Total	1886	100

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

Han notificado accidentes ofídicos 429 municipios y cuatro distritos; Montería, Florencia, Medellín, Popayán y Apartado notificaron el 11,3 % de los casos del país.

El 72,0 % de los accidentes ofídicos se registraron en el sexo masculino; el 75,5 % pertenecen al régimen subsidiado; el 78,5 % se notificó con procedencia rural; el 10,4 % se registró en el grupo de edad entre 20 y 24 años. Por pertenencia étnica, 205 (el 10,9 %) se notificaron en indígenas, 143 casos (el 7,6 %) en afrocolombianos (ver tabla 50).

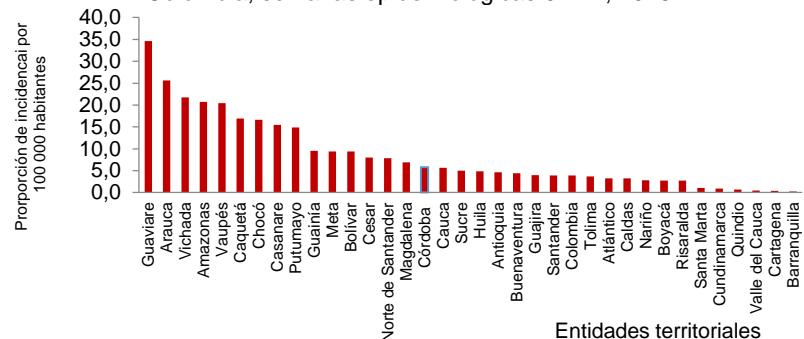
Tabla 50
Comportamiento demográfico y social de los casos de accidente ofídico,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1 357	72,0
	Femenino	529	28,0
Área de procedencia	Rural	1 480	78,5
	Cabecera municipal	406	21,5
tipo de régimen	Subsidiado	1 424	75,5
	Contributivo	209	11,1
	No asegurado	185	9,8
	Especial	35	1,9
	Indeterminado/Pendiente	23	1,2
	Excepción	10	0,5
	Otros	1 531	81,2
	Indígena	205	10,9
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	143	7,6
	ROM/gaitano	5	0,3
	Raizal	2	0
	Palenquero	0	0
	Menores de un año	0	0
Grupos de edad	1 a 4 años	67	3,6
	5 a 9 años	129	6,8
	10 a 14 años	152	8,1
	15 a 19 años	191	10,1
	20 a 24 años	196	10,4
	25 a 29 años	162	8,6
	30 a 34 años	158	8,4
	35 a 39 años	119	6,3
	40 a 44 años	119	6,3
	45 a 49 años	135	7,2
	50 a 54 años	122	6,5
	55 a 59 años	98	5,2
	60 a 64 años	84	4,5
	65 y más años	154	8,2

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

La incidencia nacional de accidente ofídico es de 3,9 casos por 100 000 habitantes. Las regiones Amazonía y Orinoquía registraron mayor proporción de incidencia con 18,2 y 13,8 casos por 100 000 habitantes respectivamente. Las mayores incidencias se registran en Guaviare, Arauca, Vichada, Amazonas, Vaupés, Caquetá y Chocó (ver gráfica 42).

Gráfica 42
Incidencia de accidentes ofídicos por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

De las personas notificadas, el 62,1 % fueron hospitalizadas (la meta establecida es del 100 %); el 79,3 % recibieron suero antiofídico; se registraron 71 casos de no envenenamiento y a cinco se le aplicó suero antiofídico. Por la clasificación de severidad y la aplicación de suero antiofídico, 793 casos (el 76,4 %) de los casos leves recibieron suero antiofídico, de los casos moderados 577 casos (el 90,6 %) y de los casos severos 121 casos (el 89,6 %). Hasta esta semana se han utilizado 7236 ampollas en el manejo de los accidentes, 4,8 ampollas en promedio por paciente, con un mínimo de una y un máximo de 62 ampollas aplicadas.

Comportamiento de la notificación de muertes por accidente ofídico

Hasta la semana 22 se han notificado 15 muertes, tres en Antioquia, dos en Bolívar, dos en Magdalena, una en Arauca, Cauca, Nariño, Córdoba, Caldas, Buenaventura, Vaupés y Guainía respectivamente, para una letalidad registrada de 0,84 %.

• *Encefalitis Equinas*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, no se notificaron al Sivigila casos de Encefalitis Equina Venezolana. En la semana epidemiológica 22 de 2015 no se notificaron casos; A la fecha han ingresado al Sivigila tres casos probables de Encefalitis Equina Venezolana, se descartaron dos casos, quedando un caso que se encuentra en estudio para su clasificación final.

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

El primer caso, es notificado por el municipio de Tame, departamento de Arauca, se descartó en la unidad de análisis por no cumplir con la definición de caso establecida en el protocolo nacional; el segundo caso es notificado por el municipio de Coromoro, departamento de Santander el cual es positivo para el virus de la EEV (resultados obtenidos del laboratorio de virología del INS) después de la investigación de campo realizada a finales del año 2015 y por último se notificó un caso del municipio de Floridablanca, departamento de Santander, el cual se encuentra en estudio.

Las Encefalitis Equinas por ser enfermedades de declaración obligatoria el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) realizan vigilancia pasiva y a su vez recibe todas las notificaciones de síndrome neurológico en équidos, que mediante el procesamiento de las muestras en el laboratorio nacional de diagnóstico veterinario se confirman. Hasta la semana epidemiológica 22, se ha notificado cuatro focos (ver tabla 51).

Tabla 51
Focos de Encefalitis Equinas notificados por Instituto Colombiano Agropecuario,
Colombia, semanas epidemiológicas 1-22, 2016

Entidad territorial de procedencia	Municipio de procedencia	Número de Focos	Équidos positivos
Córdoba	Puerto Escondido	1 EEE	1 Equino
	Buenavista	1 EEV	1 Equino
Meta	Puerto Rico	1 EEV	4 Equinos
Cauca	El Tambo	1 EEV	1 Equino

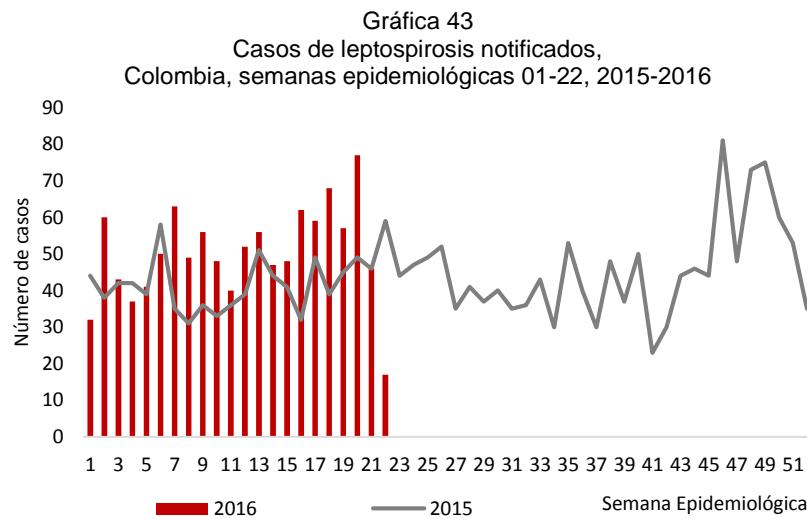
Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2016

Se realizó en cada uno de los focos las acciones de prevención, vigilancia y control de acuerdo con la circular 030 de 2014 y el protocolo emitido por el INS; no se encontró personas que cumplieran con la definición de caso.

• *Leptospirosis*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 59 casos de leptospirosis, 17 de esta semana y 42 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 59 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 1 108 casos de leptospirosis; 189 casos confirmados por laboratorio, 10 casos confirmados por nexo epidemiológico y 909 casos sospechosos (ver gráfica 43).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron Antioquia, Valle del Cauca, Tolima, Bolívar y Barranquilla con el 59,2 % de los casos (ver tabla 51).

Tabla 51

Casos de leptospirosis notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	276	24,9
Valle del Cauca	210	19,0
Tolima	77	6,9
Bolívar	50	4,5
Barranquilla	43	3,9
Chocó	39	3,5
Huila	35	3,2
Risaralda	33	2,9
Atlántico	33	2,9
Córdoba	30	2,6
Buenaventura	25	2,2
Meta	22	2,0
Cesar	21	1,9
Guaviare	21	1,9
Sucre	17	1,5
Magdalena	15	1,4
Nariño	15	1,4
Guajira	15	1,4
Quindío	15	1,4
Bogotá	14	1,3
Cundinamarca	14	1,3
Putumayo	13	1,2
Cauca	12	1,1
Santander	11	1,0
Cartagena	7	0,6
Amazonas	7	0,6
Boyacá	7	0,6
Caldas	6	0,5
Santa Marta	6	0,5
Arauca	4	0,4
Exterior	4	0,4
Caquetá	3	0,3
Norte Santander	3	0,3
Casanare	2	0,2
Guanía	1	0,1
San Andrés	1	0,1
Vichada	1	0,1
Total	1 108	100

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

Notificaron casos 255 municipios y cinco distritos, el 31 % de los casos fue notificado por seis entidades territoriales; Cali con el 7,4 %, Medellín con el 4,6 %, Turbo con el 4,2 %, Barranquilla con el 3,9 %, Apartado con el 3,9 %, Tuluá con el 3,6 % y Ibagué con el 3,5 %.

El 60,8 % de los casos de leptospirosis se registró en el sexo masculino; el 52,6 % pertenecen al régimen subsidiado; el 10,8 % se notificó en el grupo de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, 109 casos (el 9,8 %) se notificaron en afrocolombianos, 26 (el 2,3 %) en indígenas y dos (el 0,2 %) en raizales (ver tabla 52).

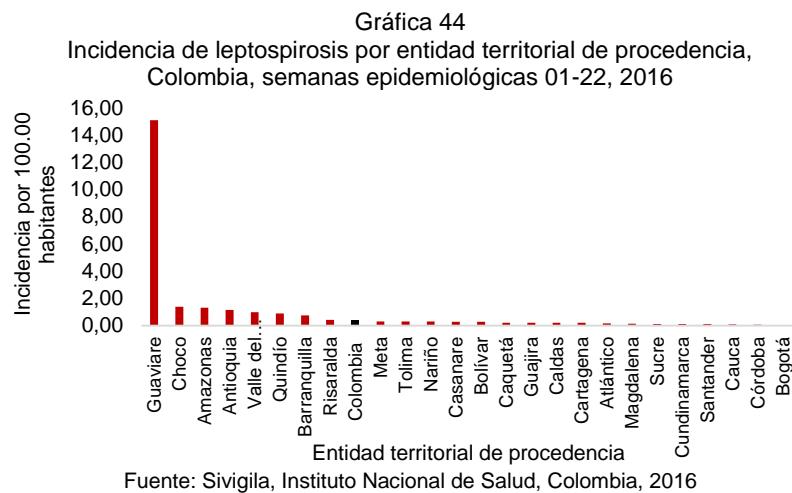
Tabla 52

Comportamiento demográfico y social de los casos de leptospirosis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

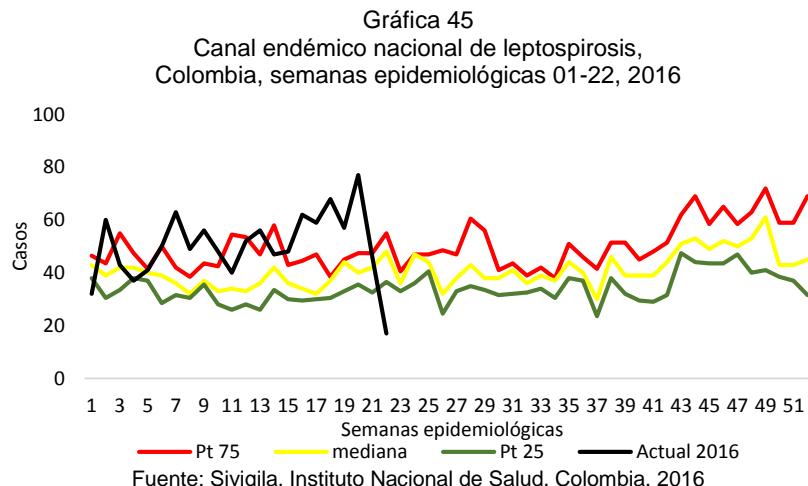
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	434	39,2
	Masculino	674	60,8
Tipo de régimen	Contributivo	398	35,9
	Especial	43	3,9
	No afiliado	47	4,2
	Indeterminado	6	0,5
	Excepción	32	2,9
	Subsidiado	582	52,6
Pertenencia étnica	Indígena	26	2,3
	ROM/gitano	1	0,1
	Raizal	2	0,2
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	109	9,8
	Otros	970	87,6
Grupos de edad	Menores de un año	27	2,4
	1 a 4 años	85	7,7
	5 a 9 años	89	8,0
	10 a 14 años	86	7,8
	15 a 19 años	98	8,8
	20 a 24 años	118	10,8
	25 a 29 años	79	7,1
	30 a 34 años	83	7,5
	35 a 39 años	58	5,2
	40 a 44 años	59	5,3
	45 a 49 años	49	4,4
	50 a 54 años	63	5,7
	55 a 59 años	55	5,0
	60 a 64 años	48	4,3
	65 y más años	111	10,0

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

La incidencia nacional de leptospirosis es de 0,4 casos por 100 000 habitantes. Las dos entidades territoriales con la mayor incidencia de casos son Guaviare y Choco (ver gráfica 44).



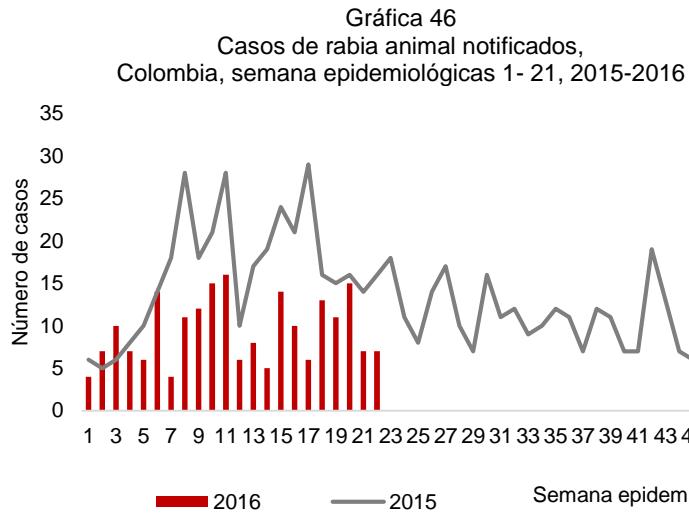
El canal endémico de leptospirosis ha estado en situación de brote 12 semanas, en alarma en siete semanas y en éxito tres semanas (ver gráfica 45).



• Rabia Animal

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se han notificado al Sivigila nueve casos de rabia animal, siete de esta semana y dos de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 16 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 208 casos probables de rabia animal (ver gráfica 46).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Hasta la semana epidemiológica 22 no se han notificado casos de rabia en perros y gatos.

La notificación corresponde a 184 perros (el 88,5 %), 22 gatos (el 10,6 %), un zorro y un murciélagos (el 0,5 % cada uno). Las entidades territoriales que notificaron mayor proporción de casos fueron Antioquia, Guajira, Cundinamarca, Barranquilla, Cesar,

Valle del Cauca, Amazonas, Choco, Santander y Cartagena con el 78,4 % de los casos (ver tabla 53).

Tabla 53
Casos de rabia animal notificados por entidad territorial,
Colombia, semanas epidemiológicas 1-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	51	24,5
Guajira	21	10,1
Cundinamarca	16	7,7
Barranquilla	15	7,2
Cesar	13	6,3
Valle	11	5,3
Amazonas	10	4,8
Choco	10	4,8
Santander	9	4,3
Cartagena	7	3,4
Córdoba	5	2,4
Huila	5	2,4
Caquetá	4	1,9
Nariño	4	1,9
Boyacá	3	1,4
Casanare	3	1,4
Meta	3	1,4
Risaralda	3	1,4
Tolima	3	1,4
Atlántico	2	1,0
Arauca	1	0,5
Bogotá	1	0,5
Bolívar	1	0,5
Caldas	1	0,5
Cauca	1	0,5
San Andrés	1	0,5
Sucre	1	0,5
Vaupés	1	0,5
Vichada	1	0,5
Putumayo	1	0,5
Total	208	100

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

Los casos fueron notificados por 82 municipios, 30 departamentos y tres distritos.

El 46,6 % de los casos de rabia animal registraron antecedentes vacunales desconocidos; el 69,7 % de los casos proceden de cabecera municipal y en el 84,1 % de los casos el tipo de muerte es desconocida (ver tabla 54).

Tabla 54
Comportamiento de los casos de rabia animal,
Colombia, semana epidemiológica 1-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Antecedente Vacunal	Si	62	29,8
	No	46	22,1
	Desconocido	97	46,6
	Sin Dato	3	1,4
Área de Procedencia	Cabecera	145	69,7
	Centro Poblado	18	8,7
	Rural disperso	36	17,3
	Sin Dato	9	4,3
Tipo de Muerte	Espontánea	12	5,8
	Sacrificado	15	7,2
	Accidentado	6	2,9
	Desconocido	175	84,1

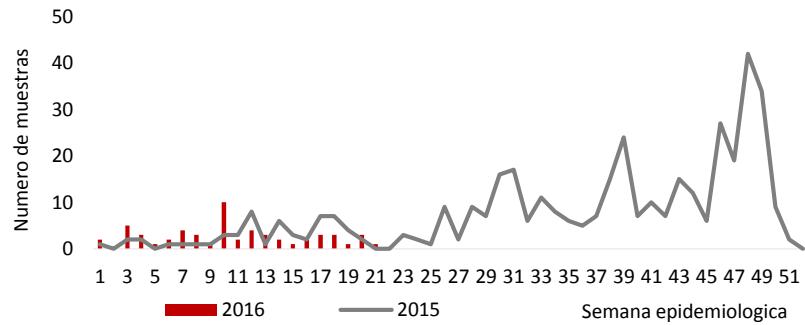
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Vigilancia de la rabia por laboratorio

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificó al Sivigila una muestra de tejido nervioso de animales de esta; en la semana epidemiológica 22 de 2015, no se registraron muestras. A la fecha han ingresado al Sivigila 57 muestras (ver gráfica 47).

Semanalmente el número de muestras registradas se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

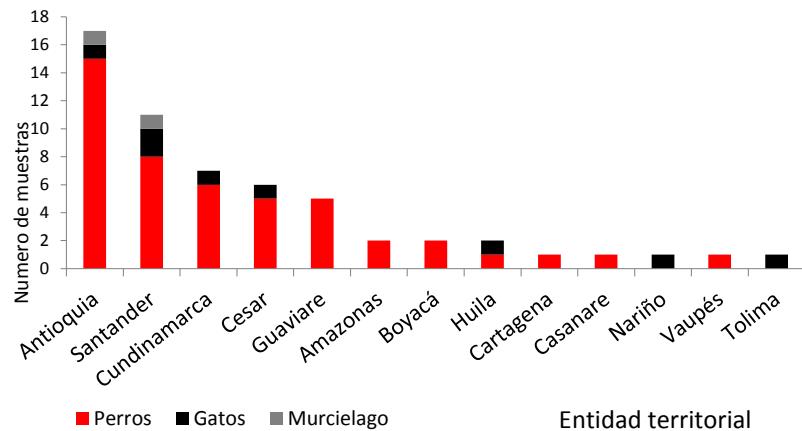
Gráfica 47
Muestras de vigilancia de rabia por laboratorio notificadas,
Colombia, semanas epidemiológicas 1-22, 2015-2016



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

Las entidades territoriales con mayor número de muestras enviadas son Antioquia, Santander, Cundinamarca, Cesar, Guaviare, Amazonas, Boyacá y Huila con el 91,2 % del total de los casos. El tejido nervioso enviado, corresponde a 47 perros (el 82,5 %), ocho gatos (el 14,0 %) y dos murciélagos (el 3,5 %) (ver gráfica 48).

Gráfica 48
Muestras de vigilancia de rabia por laboratorio notificado por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 1-21, 2016



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

Rabia Silvestre

Hasta la semana epidemiológica 22, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) ha notificado 44 focos de rabia silvestre ocasionando muertes de bovinos y equinos; se ha recibido el 34,1 % de los informes de foco (ver tabla 55).

Tabla 55
Focos de Rabia Silvestre notificados por Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, semanas epidemiológicas 1-22, 2016

Entidad territorial de procedencia	Municipio de procedencia	Focos	Especies afectadas
Cesar	Aguachica	1	Bovinos
	Agustín Codazzi	4	Bovinos
	La jagua de Ibirico	1	Bovinos
	Pailita	1	Bovinos
	Becerril	1	Bovinos
Córdoba	Chinu	9	Bovino - Equino
	San Carlos	2	Bovinos
	Los Córdobas	1	Bovinos
	Santa Ana	6	Bovino - Equino
	El Piñon	2	Bovinos
Magdalena	Zapayan	1	Bovino - Equino
	Pivijay	1	Bovinos
	Algarrobo	2	Bovinos
	Aracataca	1	Bovinos
	Santa Bárbara de Pinto	1	Bovinos
Norte de Santander	Labateca	3	Bovinos
	Toledo	2	Bovinos
	Toluviejo	2	Bovinos
	Tame	1	Bovinos
	Santa Rosa del Sur	1	Bovinos
Guainía	Inírida	1	Bovino - Equino
	Total	44	

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2016

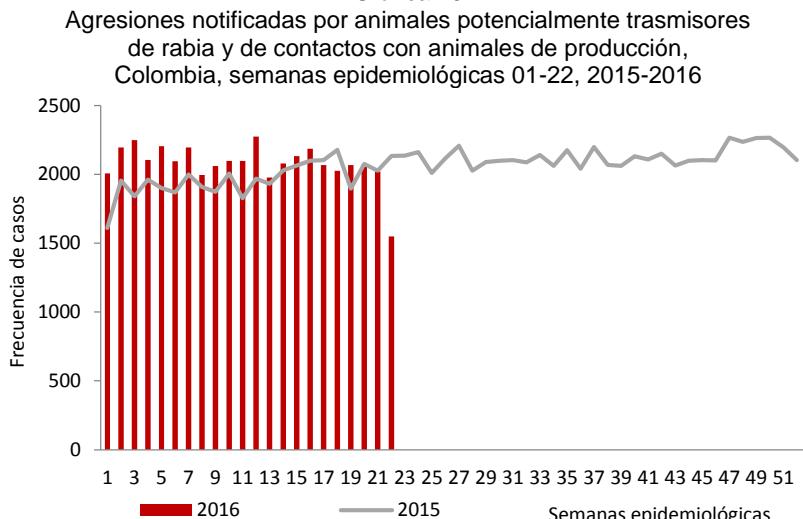
Se realizó seguimiento a todos los focos registrados, identificando animales con signología nerviosa y pacientes expuestos a los animales potencialmente transmisores de rabia. Las entidades territoriales fueron asesoradas en cuanto a la atención del foco y en los diferentes esquemas de tratamiento post exposición.

• Vigilancia Integrada de la Rabia Humana

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 2 093 casos de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia, incluidos los contactos con animales de producción, 1 549 de esta semana y 544 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 2 134 casos de agresiones. A la fecha han ingresado al Sivigila 45 756 casos probables de rabia humana (ver gráfica 49).

Semanalmente el número de casos se revisan debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 49

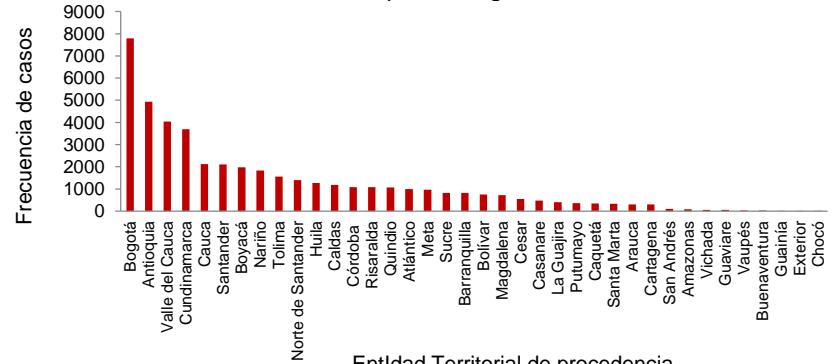


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

Por procedencia, Bogotá presentó el 17,0 % de las agresiones, Antioquia el 10,8 %, Valle del Cauca el 8,8 %, Cundinamarca el 8,1 %, Cauca el 4,7 %, Santander el 4,6 %, Boyacá el 4,3 % y Nariño el 4,0 %, notificando el 62,0 % del total de casos del país (ver gráfica 50).

Gráfica 50

Agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

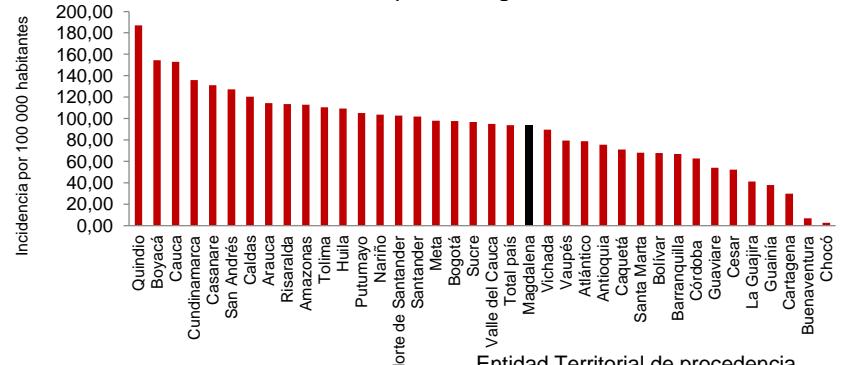


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia y contactos con el virus de la rabia fue de 93,35 casos por 100 000 habitantes. Las mayores incidencias se registraron en Quindío, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Casanare y San Andrés, Providencia y Santa Catalina (ver gráfica 51).

Gráfica 51

Incidencia de agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

Los casos fueron notificados por 985 municipios de los 32 departamentos y los cinco distritos. La edad promedio de los pacientes afectados fue de 29,0 años; 24 307 casos (el 53,1 %) se registraron en hombres y 1 170 casos (el 2,6 %) requirieron hospitalización para su manejo.

De las personas agredidas, 26 899 casos (el 58,8 %) se clasificaron como no exposiciones, 14 952 casos (el 32,7 %) como exposiciones leves, 3 880 casos (el 8,5 %) como exposiciones graves y de 25 casos no se reportó el tipo de exposición.

En relación con el manejo de los casos, se realizó lavado de la herida a 44 403 casos (el 97,0 %) de las personas agredidas y sutura a 3 780 casos (el 8,3 %), se ordenó aplicación de suero a 3 915 casos (el 8,6 %) y de vacuna a 17 377 casos (el 38,0 %).

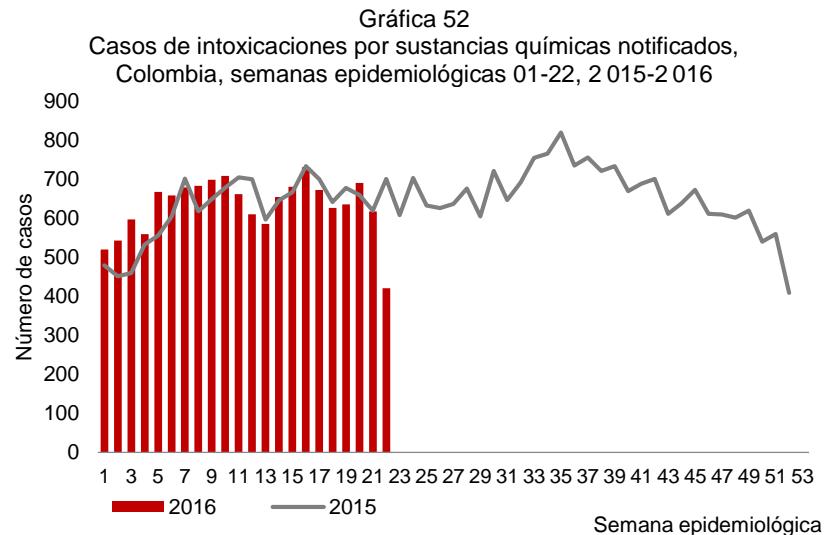
Rabia humana. Hasta la semana epidemiológica 22, no se han notificado casos confirmados de rabia humana.

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

- *Intoxicaciones por sustancias químicas*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron a Sivigila 661 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, 420 casos de esta semana y 241 casos de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 700 caso. A la fecha, han ingresado a Sivigila 13 886 casos confirmados (ver gráfica 52).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y la depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Nariño, Caldas, Cundinamarca, Barranquilla, Cartagena, Norte de Santander, Huila, Tolima y Cauca notificaron el 71,3 % de los casos (ver tabla 56).

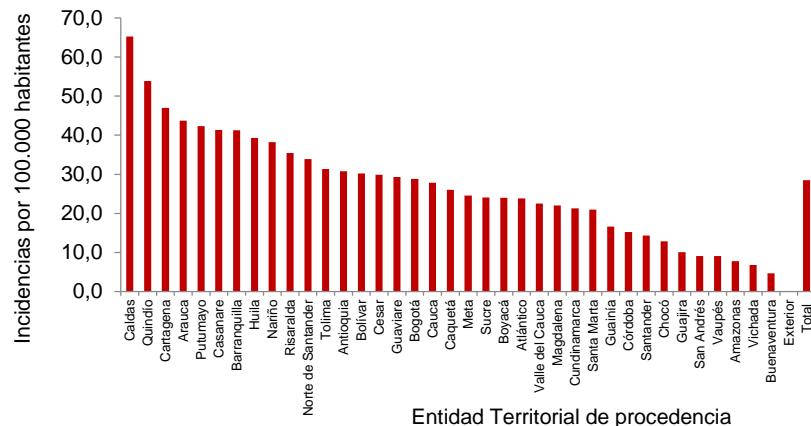
Tabla 56
Caso de intoxicaciones por sustancias químicas notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	2 302	16,58
Antioquia	2 014	14,50
Valle del Cauca	957	6,89
Nariño	675	4,86
Caldas	646	4,65
Cundinamarca	580	4,18
Barranquilla	505	3,64
Cartagena	476	3,43
Norte de Santander	464	3,34
Huila	459	3,31
Tolima	443	3,19
Cauca	388	2,79
Risaralda	339	2,44
Bolívar	335	2,41
Cesar	311	2,24
Boyacá	307	2,21
Quindío	306	2,20
Atlántico	302	2,17
Santander	297	2,14
Córdoba	265	1,91
Meta	241	1,74
Sucre	207	1,49
Magdalena	172	1,24
Casanare	150	1,08
Putumayo	148	1,07
Caquetá	126	0,91
Arauca	116	0,84
Santa Marta	103	0,74
Guajira	99	0,71
Chocó	65	0,47
Guaviare	33	0,24
Buenaventura	19	0,14
Guainía	7	0,05
San Andrés	7	0,05
Exterior	7	0,05
Amazonas	6	0,04
Vichada	5	0,04
Vaupés	4	0,03
Total	13 886	100

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

La incidencia nacional de intoxicaciones por sustancias químicas es de 28,5 casos por 100 000 habitantes. Caldas, Quindío, Cartagena, Arauca, Putumayo, Casanare, Barranquilla, Huila y Nariño, registran las mayores incidencias (ver gráfica 53).

Gráfica 53
Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

El 52,1 % de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas se registró en el sexo masculino, el 67,6 % en solteros, el 77,4 % se presentó en cabeceras municipales, el 48,9 % requirieron de hospitalización, el 47,9 % pertenecen al régimen subsidiado, el 21,6 % en el grupo de edad entre 15 y 19 años. Por pertenencia étnica, 569 casos (4,1 %) se notificaron en afrocolombianos, 236 casos (1,7 %) en indígenas, 57 casos (el 0,4 %) en ROM/gitanos y 11 casos (0,1 %) en raizales (ver tabla 57).

Tabla 57

Comportamiento demográfico y social de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Mujer	6 645	47,9
	Hombre	7 241	52,1
	Soltero	9 380	67,6
	Casado	1 764	12,7
Estado Civil	Unión Libre	2 439	17,6
	Viudo	102	0,7
	Divorciado	201	1,4
Área	Cabecera Municipal	10 749	77,4
	Centro Poblado	1 130	8,1
	Rural Disperso	2 007	14,5
Hospitalización	Si	6 791	48,9
	No	7 095	51,1
Tipo de Régimen en Salud	Contributivo	5 655	40,7
	Especial	440	3,2
	Indeterminado/pendiente	112	0,8
	No asegurado	920	6,6
	Excepción	101	0,7
	Subsidiado	6 658	47,9
Pertenencia étnica	Indígena	236	1,7
	ROM/gitano	57	0,4
	Raizal	11	0,1
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	569	4,1
	Otro	13 013	93,7
Grupos de edad	Menores de un año	147	1,1
	1 a 4	1 279	9,2
	5 a 9	294	2,1
	10 a 14	1 058	7,6
	15 a 19	3 004	21,6
	20 a 24	2 231	16,1
	25 a 29	1 637	11,8
	30 a 34	1 132	8,2
	35 a 39	885	6,4
	40 a 44	605	4,4
	45 a 49	468	3,4
	50 a 54	384	2,8
	55 a 59	268	1,9
	60 a 64	170	1,2
	65 y más años	324	2,3

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

La principal vía de exposición a intoxicaciones por sustancias químicas es oral con un 72,0 % de los casos notificados; de acuerdo al tipo de exposición el 41,3 % se presenta con intencionalidad suicida, seguido de exposición accidental con un 22,2 % e intencionalidad psicoactiva con el 17,5 %. El 37,5 % de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas cuentan con escolaridad básica secundaria. El 66,2 % de las intoxicaciones por sustancias químicas se presentaron en el hogar principalmente, seguido de vía pública/parque 14,4 % y lugar de trabajo 9,4 % (ver tabla 58).

Tabla 58
Comportamiento de exposición de los casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Vía Exposición	Respiratoria	2 624	18,9
	Oral	10 000	72,0
	Dérmica	540	3,9
	Ocular	76	0,5
	Desconocida	573	4,1
Tipo de Exposición	Intramuscular	73	0,5
	Ocupacional	1 037	7,5
	Accidental	3 078	22,2
	Suicida	5 729	41,3
	Homicida	76	0,5
	Delictiva	655	4,7
	Desconocida	713	5,1
	Intencional psicoactiva	2 427	17,5
	Automedicación	171	1,2
	Pre-escolar	828	6,0
Escolaridad	Básica Primaria	3 372	24,3
	Básica Secundaria	5 210	37,5
	Media académica o clásica	885	6,4
	Media Técnica	301	2,2
	Normalista	32	0,2
	Técnica Profesional	345	2,5
	Tecnológica	196	1,4
	Profesional	731	5,3
	Especialización	32	0,2
	Maestría	17	0,1
Lugar	Doctorado	21	0,2
	Ninguno	1 210	8,7
	Sin información	706	5,1
	Hogar	9 189	66,2
	Establecimiento educativo	323	2,3

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

La mayor proporción de casos notificados de intoxicaciones por grupo de sustancia química, se registró en medicamentos con 4 264 casos (ver tabla 59).

Tabla 59
Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Grupo de sustancia	Casos a semana 22	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 22	Incidencia por 100 000 habitantes
Medicamentos	4 264	8,7	132	0,3
Plaguicidas	3 610	7,4	134	0,3
Sustancias psicoactivas	3 179	6,5	95	0,2
Otras sustancias químicas	1 936	4,0	48	0,1
Gases	395	0,8	2	0,0
Solventes	318	0,7	6	0,0
Metanol	140	0,3	3	0,0
Metales	44	0,1	0	0,0
Total	13 886	28,5	420	0,9

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

Hasta la semana epidemiológica 22 se han notificado 79 muertes, para esta semana epidemiológica se notificó una muerte, por plaguicidas, la cual presento un tipo de exposición intencional suicida.

Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica 22 se han notificado 83 personas que presentan reincidencias de intoxicación por sustancias químicas; de estas 77 personas son reincidentes en dos oportunidades y seis son reincidentes tres oportunidades. El principal tipo de exposición de dichas reincidencias fue intencionalidad suicida, seguido por el intencional psicoactivo.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

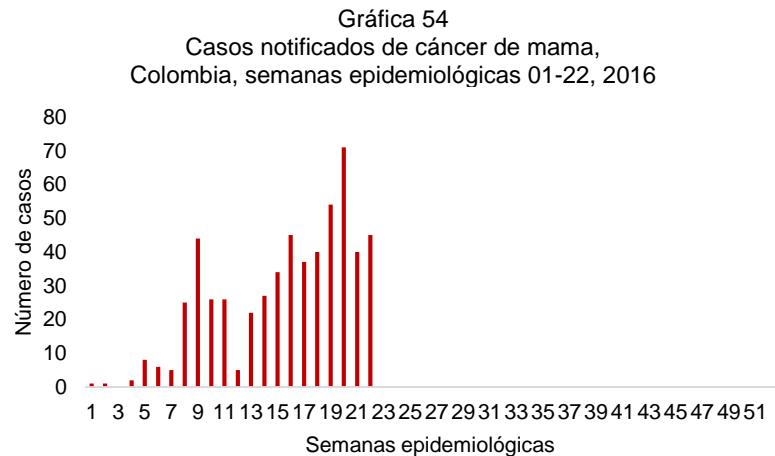
Enfermedades no Transmisibles

- Cáncer de mama y cuello uterino**

Cáncer de mama y cáncer de cuello uterino son eventos nuevos que iniciaron su vigilancia bajo el código Sivigila 155, en la semana epidemiológica 01 del año 2016.

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 72 casos confirmados de cáncer de mama y cuello uterino; 67 casos de esta semana y cinco casos de semanas anteriores notificados de manera tardía. A la fecha han ingresado al Sivigila 858 casos confirmados de cáncer de mama y cuello uterino; 564 corresponden a cáncer de mama; en la semana epidemiológica 22 se notificaron 46 casos de cáncer de mama, 45 de esta semana y un caso de semanas anteriores notificados tardíamente (ver gráfica 54).

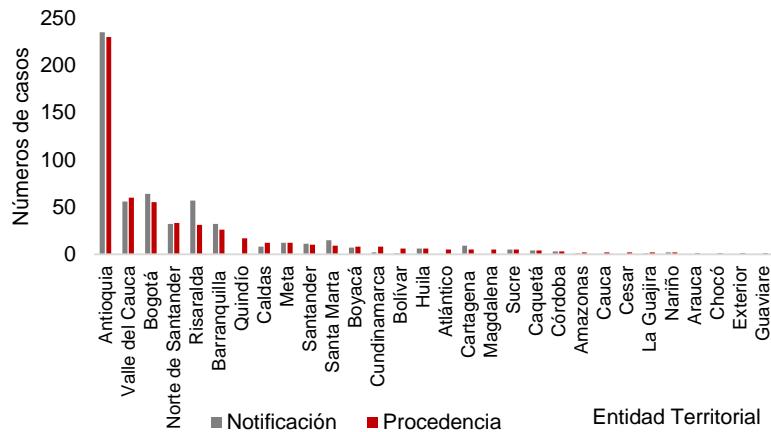
Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Hasta la semana epidemiológica 22 se ha recibido notificación de cáncer de mama de 36 municipios de 18 departamentos y cuatro distritos, registrando la mayor notificación las grandes ciudades. Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Norte de Santander, Risaralda y Barranquilla, registraron el mayor número de casos, concentrando el 77,1 % de la procedencia de los casos; en el departamento de Guainía se notificó un caso procedente de Venezuela (ver gráfica 55).

Gráfica 55
Casos notificados de cáncer de mama por entidad territorial de notificación y procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

El 60,6 % de los casos de cáncer de mama se registró en el régimen contributivo; el 93,1 % en la cabecera municipal; el 18,3 % en el grupo de 70 y más años. Por pertenencia étnica, cinco casos (el 0,9 %) en indígenas, dos casos (el 0,4 %) en ROM/gitano y siete (el 1,2 %) en afrocolombianos (ver tabla 60).

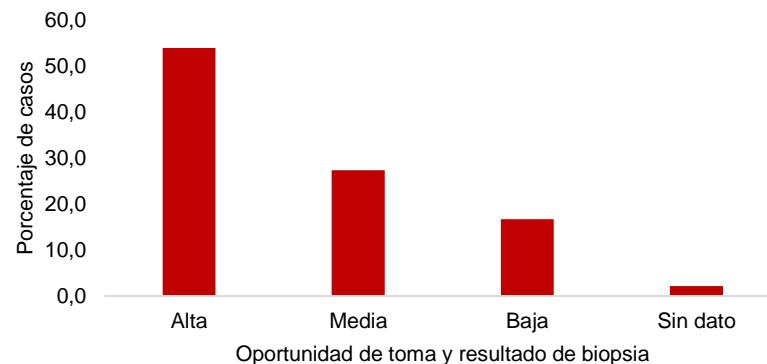
Tabla 60
Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de mama notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Mama	%
Tipo de régimen	Contributivo	342	60,6
	Especial	34	6,0
	Indeterminado	6	1,1
	No Asegurado	6	1,1
	Excepción	1	0,2
	Subsidiado	175	31,0
Pertenencia étnica	Indigena	5	0,9
	ROM/gitano	2	0,4
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	7	1,2
	Otro	550	97,5
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal	525	93,1
	Centro Poblado	22	3,9
	Rural Disperso	17	3,0
Grupos de edad	20 a 24 años	1	0,2
	25 a 29 años	7	1,2
	30 a 34 años	17	3,0
	35 a 39 años	31	5,5
	40 a 44 años	43	7,6
	45 a 49 años	70	12,4
	50 a 54 años	76	13,5
	55 a 59 años	76	13,5
	60 a 64 años	83	14,7
	65 a 69 años	57	10,1
	70 y más años	103	18,3

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

La entrega del resultado después de la toma de la muestra es de oportunidad alta cuando es menor a siete días, oportunidad media cuando es de siete a 15 días y oportunidad baja cuando es más de 15 días; el 53,9 % de los casos registraron una oportunidad alta (ver gráfica 56).

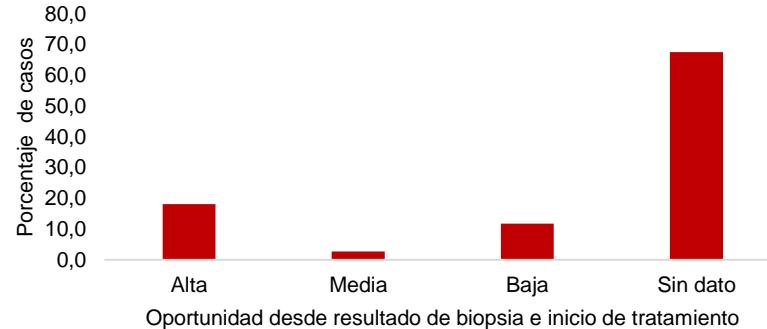
Gráfica 56
Oportunidad de diagnóstico de los casos de cáncer de mama notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

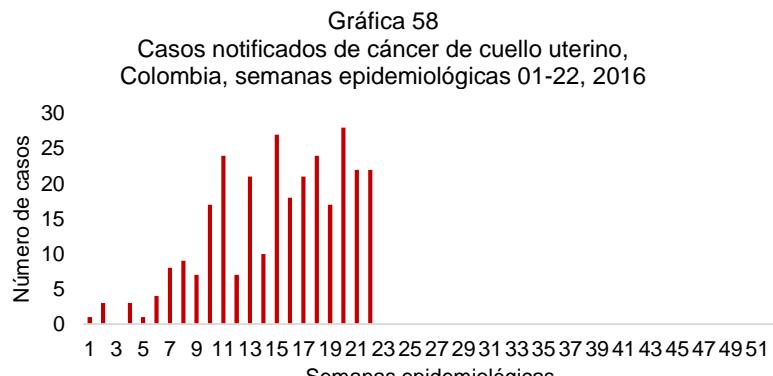
El inicio del tratamiento antes de 30 días después de la entrega del resultado de la biopsia se considera una oportunidad alta, entre 30 y 45 días oportunidad media y más de 45 días oportunidad baja; el 18,1 % de los casos notificados con inicio de tratamiento registran una oportunidad alta; los casos que no tienen dato se encuentran en proceso de ajuste por la EAPB correspondiente (ver gráfica 57).

Gráfica 57
Oportunidad en el inicio de tratamiento de los casos de cáncer de mama notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



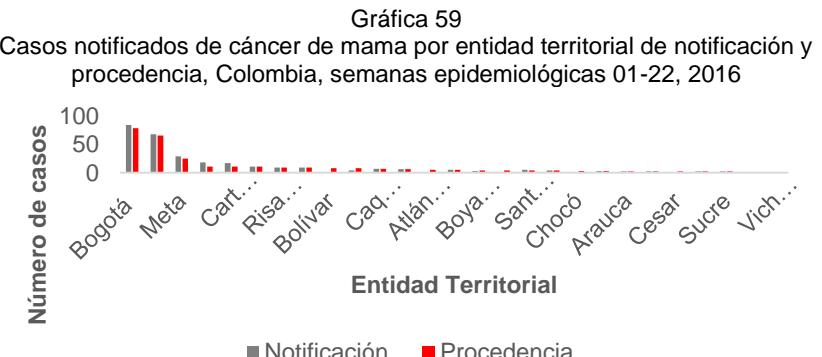
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

De los 858 casos notificados, 294 son de cáncer de cuello uterino; en la semana epidemiológica 22, se notificaron 26 casos, 22 de esta semana y cuatro casos de semanas anteriores notificados tardíamente; semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver gráfica 58).



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

Hasta la semana epidemiológica 22 se ha recibido notificación de cáncer de cuello uterino de 39 municipios de 19 departamentos y de cuatro distritos. Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Meta, Barranquilla, Cartagena y Risaralda, registraron el mayor número de casos, concentrando el 71,6 % de los casos (ver gráfica 59).



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

El 56,5 % de los casos de cáncer de cuello uterino se registraron en el régimen subsidiado; el 85,4 % en la cabecera municipal; el 21,1 % en el grupo de 30 a 34 años. Por pertenencia étnica, se registraron un caso (el 0,3 %) en indígenas, un caso (el 0,3 %) en ROM, gitanos y cinco casos (el 1,7 %) en afrocolombianos (ver tabla 61).

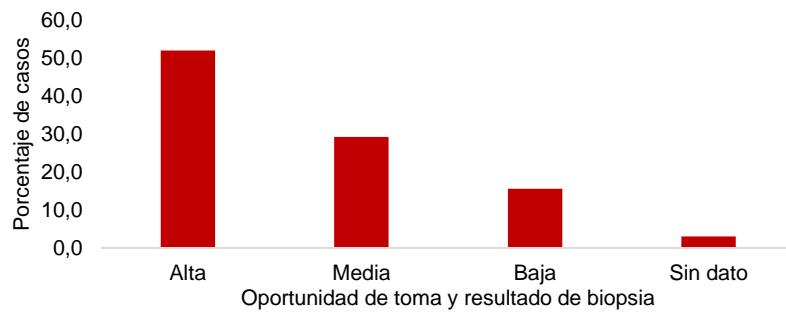
Tabla 61
Comportamiento demográfico y social del cáncer de cuello uterino notificado, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Cuello Uterino	%
Tipo de régimen	Contributivo	106	36,1
	Especial	7	2,4
	Indeterminado	4	1,4
	No Asegurado	5	1,7
	Excepción	6	2,0
	Subsidiado	166	56,5
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,3
	ROM/gaitano	1	0,3
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	5	1,7
	Otro	287	97,6
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal	251	85,4
	Centro Poblado	15	5,1
	Rural Disperso	28	9,5
Grupos de edad	20 a 24 años	13	4,4
	25 a 29 años	37	12,6
	30 a 34 años	62	21,1
	35 a 39 años	30	10,2
	40 a 44 años	22	7,5
	45 a 49 años	38	12,9
	50 a 54 años	21	7,1
	55 a 59 años	26	8,8
	60 a 64 años	14	4,8
	65 a 69 años	15	5,1
	70 y más años	16	5,4

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

La entrega del resultado después de la toma de la muestra es de oportunidad alta cuando es menor a siete días, oportunidad media cuando es de siete a 15 días y oportunidad baja cuando es más de 15 días; el 52,0 % de los casos notificados con entrega de resultados registraron una oportunidad alta (ver gráfica 60).

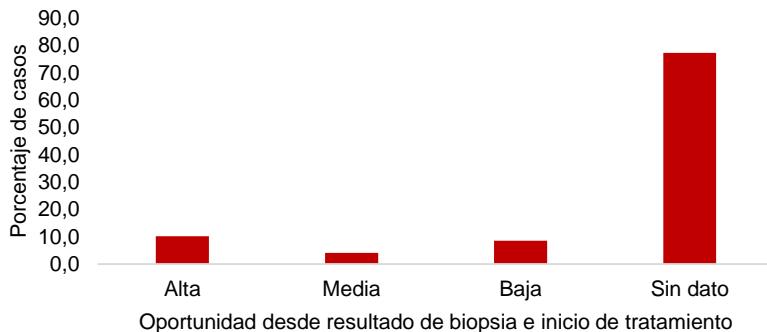
Gráfica 60
Oportunidad de diagnóstico de los casos de cáncer de cuello uterino notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

El inicio del tratamiento antes de 30 días después de la entrega del resultado de la biopsia se considera una oportunidad alta, entre 30 y 45 días oportunidad media y más de 45 días oportunidad baja; el 10,2 % de los casos con el dato de inicio de tratamiento notificados registran una oportunidad alta; los casos que no tienen dato se encuentran en proceso de ajuste por la EAPB correspondiente (ver gráfica 61).

Gráfica 61
Oportunidad en el inicio del tratamiento de los casos de cáncer de mama notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016.



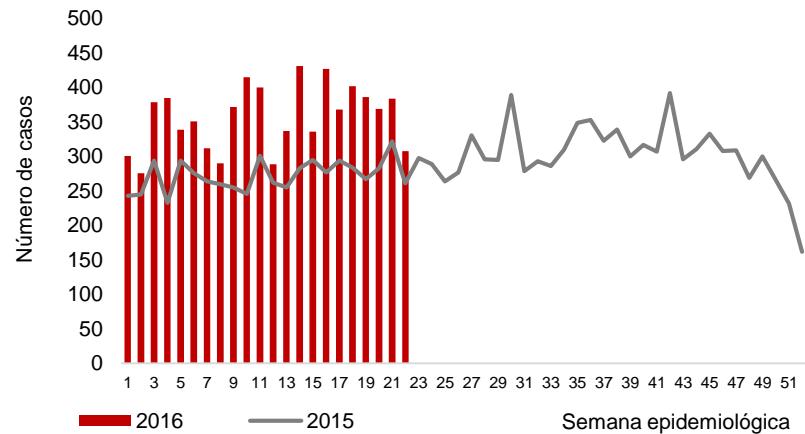
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

• **Morbilidad materna extrema**

En la semana epidemiológica 22 de 2016 se notificaron 375 casos, 308 de esta semana y 67 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana 22 del año 2015 se notificaron 261 casos. A la fecha, se notificaron al Sivigila 7 857 casos de morbilidad materna extrema (ver gráfica 62).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, así como a ajustes al egreso hospitalario de las pacientes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 62
Notificación de morbilidad materna extrema por semana epidemiológica, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Por residencia, Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Cartagena, Huila, Córdoba, La Guajira, Santander, Cesar y Atlántico, concentran el 69,9 % de los casos notificados en el país (ver tabla 62).

Tabla 62
Notificación de morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	1885	24,0
Antioquia	592	7,5
Cundinamarca	483	6,1
Valle del Cauca	453	5,8
Cartagena	412	5,2
Huila	391	5,0
Córdoba	298	3,8
La Guajira	273	3,5
Santander	238	3,0
Cesar	237	3,0
Atlántico	235	3,0
Bolívar	234	3,0
Cauca	220	2,8
Nariño	193	2,5
Magdalena	177	2,3
Barranquilla	174	2,2
Boyacá	173	2,2
Tolima	162	2,1
Meta	144	1,8
Santa Marta	137	1,7
Sucre	105	1,3
Norte de Santander	103	1,3
Casanare	90	1,1
Caldas	75	1,0
Caquetá	69	0,9
Risaralda	56	0,7
Arauca	49	0,6
Putumayo	48	0,6
Quindío	38	0,5
Chocó	37	0,5
Vichada	22	0,3
Buenaventura	18	0,2
Amazonas	13	0,2
Guaviare	9	0,1
Guainía	5	0,06
Exterior	4	0,05
San Andrés	3	0,04
Vaupés	2	0,03
Colombia	7 857	100

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

Se han notificado casos de morbilidad materna extrema de residentes en 683 municipios de 32 departamentos y los cinco distritos del país; Bogotá con el 24,0 %, Cartagena con el 5,2 %, Cali con el 3,9 %, Medellín con el 2,9 %, Barranquilla con el 2,2 %, Santa Marta y Valledupar con el 1,7 % cada uno, Soledad y Soacha con el 1,6 % cada uno y Riohacha con el 1,4 %, los cuales reúnen el 46,3 % de los casos.

La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema a semana epidemiológica 22 de 2016, se ha notificado en mujeres residentes en el área urbana con 79,5 % y presentan la mayor razón de morbilidad materna extrema con 24,7 casos por 1 000 nacidos vivos; el 49,3 % de los casos en el régimen subsidiado; la razón de morbilidad materna extrema más alta se registró en las afiliadas al régimen contributivo con 27,3 casos por 1 000 nacidos vivos. Por pertenencia étnica, el 93,1 % de los casos se registró en las mujeres con pertenencia étnica “otros”; la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en las mujeres de pertenencia etnia indígena con 35,0 casos por 1 000 nacidos vivos.

Por grupos de edad, el 24,1 % de los casos se notificó en las mujeres de 20 a 24 años; la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en las mujeres de 40 y más años con 52,1 casos por 1 000 nacidos vivos (ver tabla 63).

Tabla 63
Comportamiento demográfico y social de los casos de morbilidad materna extrema, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

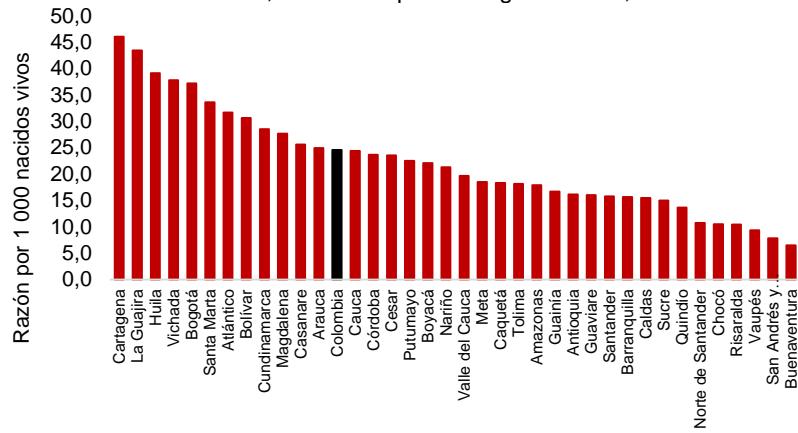
Variable	Categoría	Casos	%	Razón de MME por 1 000 nacidos vivos
Área de residencia	Urbana	6 245	79,5	24,7
	Rural	1 612	20,5	24,1
Tipo de régimen	Contributivo	3 509	44,7	27,3
	Subsidiado	3 875	49,3	22,7
	Excepción	153	1,9	Sin dato
	Especial	70	0,9	Sin dato
	No afiliado	250	3,2	20,8
Pertenencia étnica	Indígena	245	3,1	35,0
	ROM/gaitano	42	0,5	Sin dato
	Raizal	7	0,1	Sin dato
	Palenquero	1	0,0	Sin dato
	Afrocolombiano	245	3,1	14,6
	Otro	7 317	93,1	24,8
Grupos de edad	10 a 14 años	97	1,2	31,4
	15 a 19 años	1 463	18,6	21,0
	20 a 24 años	1 894	24,1	20,3
	25 a 29 años	1 717	21,9	24,0
	30 a 34 años	1 397	17,8	27,6
	35 a 39 años	937	11,9	37,8
	40 y más años	352	4,5	52,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE, Estadísticas Vitales, 2014p.

La razón de morbilidad materna extrema nacional es de 24,6 casos por 1000 nacidos vivos y 12 entidades territoriales superan esta razón nacional. Las cinco entidades territoriales con la mayor razón de morbilidad materna extrema son Cartagena con 46,0 casos, La Guajira con 43,4, Huila con 39,2, Vichada con 37,8 y Bogotá con 37,2 casos por 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 63).

Gráfica 63

Razón de morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



Entidad territorial de residencia

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE, Estadísticas Vitales, 2014p.

Por causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 22 de 2016, la mayor proporción corresponden a trastornos hipertensivos con el 62,6 % de los casos (ver tabla 64).

Tabla 64

Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Causas agrupadas	Casos	%
Trastornos hipertensivos	4 922	62,6
Complicaciones hemorrágicas	1 208	15,4
Otra causa	927	11,8
Sepsis de origen no obstétrico	245	3,1
Sepsis de origen obstétrico	217	2,8
Enfermedad preexistente que se complica	148	1,9
Complicaciones del aborto	140	1,8
Sepsis de origen pulmonar	50	0,6

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

• Mortalidad materna

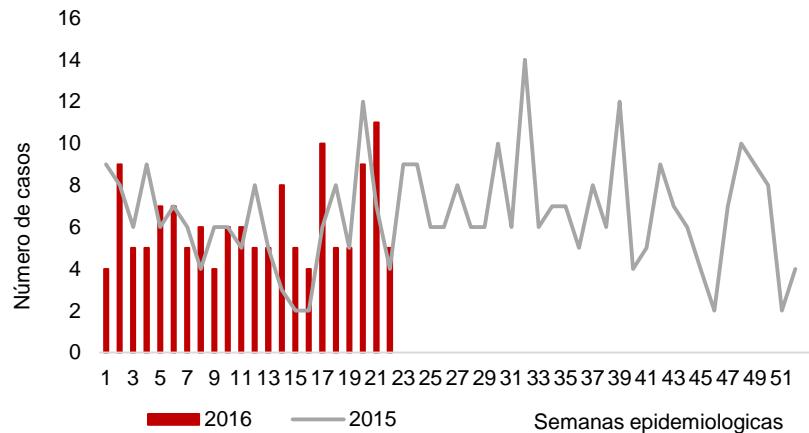
El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas promoción y prevención, esto es responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

En la semana epidemiológica 22 se notificaron nueve casos, cinco de esta semana y cuatro de semanas anteriores por notificación tardía; cinco corresponden a muertes maternas tempranas y cuatro a muertes maternas tardías; no se registraron muertes maternas debidas a lesión de causa externa; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron cuatro muertes maternas tempranas. A la fecha han ingresado al Sivigila 191 casos confirmados de mortalidad materna (ver gráfica 64).

Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 64

Notificación de mortalidad materna temprana por semana epidemiológica, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Por residencia, se han notificado muertes maternas tempranas en el 91,8 % (34/37) de las entidades territoriales; Antioquia, Nariño, La Guajira, Bogotá, Córdoba, Choco, Cauca, Valle del Cauca, Boyacá, Magdalena, Tolima, Sucre, Caquetá, Cesar, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Santa Marta, Norte de Santander, Cundinamarca y Huila notificaron el 87,1 % de los casos (ver tabla 65).

Tabla 65
Notificación de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad Territorial	Casos	%
Antioquia	12	8,8
Nariño	12	8,8
La Guajira	11	8,1
Bogotá	8	5,9
Córdoba	7	5,1
Chocó	7	5,1
Cauca	7	5,1
Valle del Cauca	7	5,1
Boyacá	5	3,7
Magdalena	5	3,7
Tolima	4	2,9
Sucre	4	2,9
Caquetá	4	2,9
Cesar	4	2,9
Atlántico	4	2,9
Bolívar	3	2,2
Barranquilla	3	2,2
Santa Marta	3	2,2
Norte de Santander	3	2,2
Cundinamarca	3	2,2
Huila	3	2,2
Vichada	2	1,5
Meta	2	1,5
Santander	2	1,5
Putumayo	1	0,7
Quindío	1	0,7
Cartagena	1	0,7
Vaupés	1	0,7
Guainía	1	0,7
Caldas	1	0,7
Guaviare	1	0,7
Buenaventura	1	0,7
Amazonas	1	0,7
Exterior	1	0,7
Arauca	1	0,7
Total	136	100

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

Se han notificado muertes maternas tempranas en residentes de 88 municipios y cinco distritos del país. Bogotá, Medellín, Pasto, Barranquilla, Santa Marta, Cúcuta, Tierralta, Riohacha, Valledupar, Palmira, Soledad, Cumaribo, Necoclí, Buga, Montería, Cartagena, Uribia, Cali, Santander de Quilichao, Maicao, Popayán y Quibdó notificaron el 47,5 % de los casos del país (ver tabla 66).

Tabla 66
Notificación de mortalidad materna temprana por municipio de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Municipios/ Distritos de residencia	Casos	%
Bogotá	9	6,6
Medellín	7	5,1
Pasto	5	3,7
Barranquilla	5	3,7
Santa Marta	3	2,2
Cúcuta	3	2,2
Tierralta	2	1,5
Riohacha	2	1,5
Valledupar	2	1,5
Palmira	2	1,5
Soledad	2	1,5
Cumaribo	2	1,5
Necoclí	2	1,5
Buga	2	1,5
Montería	2	1,5
Cartagena	2	1,5
Uribia	2	1,5
Cali	2	1,5
Santander de Quilichao	2	1,5
Maicao	2	1,5
Popayán	2	1,5
Quibdó	2	1,5
Barranco de Loba	1	0,7
Barranco Minas	1	0,7
Bolívar	1	0,7
Apartado	1	0,7
Carmen del Darién	1	0,7
Cartagena del Chairá	1	0,7
Ibagué	1	0,7
La Estrella	1	0,7
La Vega	1	0,7
Litoral del Bajo San Juan	1	0,7
Magüí (payán)	1	0,7
María La Baja	1	0,7
Mitú	1	0,7
Barrancas	1	0,7
* Putumayo. Municipio desconocido	1	0,7
Planeta Rica	1	0,7
Plato	2	1,5
Dibulla	1	0,7
Puerto Boyacá	1	0,7
Puerto Rico	1	0,7
Puerto Wilches	1	0,7
Pupiales	1	0,7

* Putumayo. Municipio desconocido

Municipios/ Distritos de residencia	Casos	%
Quimbaya	1	0,7
Rioquito	1	0,7
Sahagún	1	0,7
San Juan del Cesar	1	0,7
Aguachica	1	0,7
Santo Tomás	1	0,7
Sincelejo	1	0,7
Sincé	1	0,7
Timana	1	0,7
Totoró	1	0,7
Tumaco	1	0,7
Turbaco	1	0,7
Villavicencio	1	0,7
Viotá	1	0,7
Zipaquirá	1	0,7
Fonseca	1	0,7
Campamento	1	0,7
Bello	1	0,7
Espinal	1	0,7
El Banco	1	0,7
Lloro	1	0,7
Solano	1	0,7
San José del Guaviare	1	0,7
Rovira	1	0,7
Buenaventura	1	0,7
Ortega	1	0,7
San Martín Meta	1	0,7
Envigado	1	0,7
Exterior	1	0,7
Puerto Nariño	1	0,7
Sora	1	0,7
Bojaya	1	0,7
Sincelejo	1	0,7
Villapinzón	1	0,7
Becerril	1	0,7
Fortul	1	0,7
Campoalegre	1	0,7
Bucaramanga	1	0,7
Roberto Payán	1	0,8
Ricaurte	1	0,8
Cereté	1	0,8
Tunja	1	0,8
Combita	1	0,8
Maicao	1	0,8
Araguani	1	0,8
Coper	1	0,8
Cartago	1	0,8
Cáceres	1	0,8
Barbacoas	1	0,8
Total	136	100

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

El 66,9 % de los casos de mortalidad materna temprana se registró en mujeres residentes en el área urbana; la mayor razón de mortalidad materna temprana se registró en el área rural con 67,2 muertes maternas tempranas por 100 000 nacidos vivos; el

63,2 %, en el régimen subsidiado, la mayor razón se presentó en la población de mujeres no afiliadas con 66,4 muertes maternas tempranas por 100 000 nacidos vivos; el 72,8 %, se notificó en mujeres con pertenencia étnica “otros”; la mayor razón se encontró en las mujeres de pertenencia étnica indígena con 300,4 muertes maternas tempranas por 100 000 nacidos vivos; el 22,8 % en mujeres de 20 a 24 años; la mayor razón se registró en las mujeres de 10 a 14 años con 258,8 muertes maternas tempranas por cada 100 000 nacidos vivos (ver tabla 67).

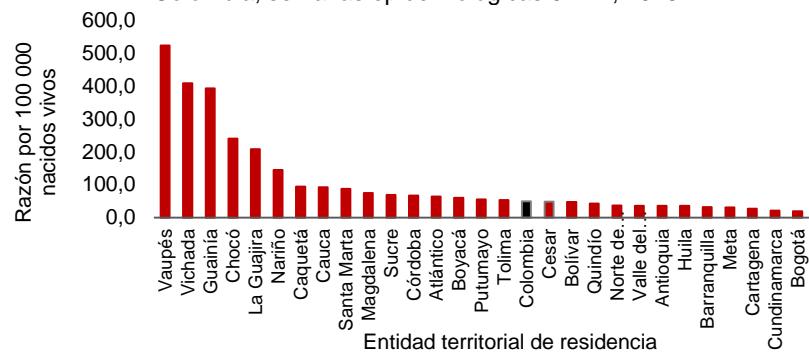
Tabla 67
Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%	Razón de MM por 100 000 nacidos vivo
Área de residencia	Urbano	91	66,9	36,0
	Rural	45	33,1	67,2
Tipo de régimen	Contributivo	41	30,1	31,9
	Subsidiado	86	63,2	50,4
	Excepción	0	0,0	0,0
	Especial	1	0,7	0,0
	No afiliado	8	5,9	66,4
Pertenencia étnica	Indígena	21	15,4	300,4
	ROM/gitano	0	0,0	0,0
	Raizal	0	0,0	0,0
	Palenquero	0	0,0	0,0
	Afrocolombiano	16	11,8	95,4
Grupos de edad	Otros	99	72,8	33,5
	10 a 14 años	8	5,9	258,8
	15 a 19 años	25	18,4	35,9
	20 a 24 años	31	22,8	33,2
	25 a 29 años	30	22,1	42,0
	30 a 34 años	17	12,5	33,6
	35 a 39 años	20	14,7	80,8
	40 y más años	5	3,7	74,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE, Estadísticas Vitales, 2014p.

La razón de mortalidad materna nacional es de 41,7 casos por 100 000 nacidos vivos. Las entidades territoriales con las mayores razones de mortalidad materna, superiores a 100 casos por 100 000 nacidos fueron Vaupés con 524, Vichada con 409,9, Guainía con 393,7, Choco con 240,3, La Guajira con 207,7 y Nariño con 145,2 casos por cada 10 000 nacidos vivos (ver gráfica 65).

Gráfica 65
Razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.
DANE, Estadísticas Vitales, 2014p.

Por causas agrupadas de mortalidad materna hasta la semana epidemiológica 22 de 2016, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos con el 18,4 % de los casos. Por tipo de causas, el 47,1 % corresponden a causas directas, el 37,5 % a causas indirectas y el 15,4 % se encuentran en estudio (ver tabla 68).

Tabla 68
Mortalidad materna por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Tipo	Causa agrupada	Casos	%
Directa	Trastorno hipertensivo	25	18,4
	Complicación hemorrágica	15	11,0
	Sepsis obstétrica	14	10,3
	Aborto	4	2,9
	Derivada del tratamiento	3	2,2
	Embolia obstétrica	2	1,5
Indirecta	Embarazo ectópico roto	1	0,7
	Sepsis no obstétrica	18	13,2
	Oncológica	10	7,4
	Cardiopatía	9	6,6
	Enfermedad respiratoria	4	2,9
	Malaria	2	1,5
	Cerebrovascular	4	2,9
	Hematológica	2	1,5
	Varicela zoster	1	0,7
	Electrocución	1	0,7
En estudio		21	15,4

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

De acuerdo con lo establecido en los lineamientos de 2016, las entidades territoriales deben realizar las unidades de análisis a los casos notificados por este evento para la clasificación final del caso con un plazo máximo de cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso (ver tabla 69).

Tabla 69
Cumplimiento en unidades de análisis de muertes maternas,
Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2016

Entidad territorial	Casos de muertes registrados	Unidades de análisis realizadas	Unidades de análisis pendientes
Amazonas	1	0	1
Antioquia	14	2	12
Arauca	1	0	1
Atlántico	4	5	0
Barranquilla	4	1	3
Bogotá	11	9	2
Bolívar	3	0	3
Boyacá	4	1	3
Caldas	1	1	0
Caquetá	5	0	5
Cartagena	3	4	0
Cauca	6	2	4
Cesar	8	4	2
Chocó	6	2	4
Córdoba	8	0	8
Cundinamarca	7	3	4
Guainía	1	0	1
Guajira	11	0	11
Guaviare	1	1	0
Huila	3	1	2
Magdalena	3	0	3
Meta	3	6	0
Nariño	11	0	11
Norte Santander	4	1	3
Putumayo	2	0	2
Quindío	1	0	1
Risaralda	2	0	2
Santander	3	0	3
Santa Marta	3	0	3
Sucre	4	2	2
Tolima	9	10	0
Valle del Cauca	9	1	8
Vaupés	1	0	1
Vichada	3	0	3
Total	160	56	108

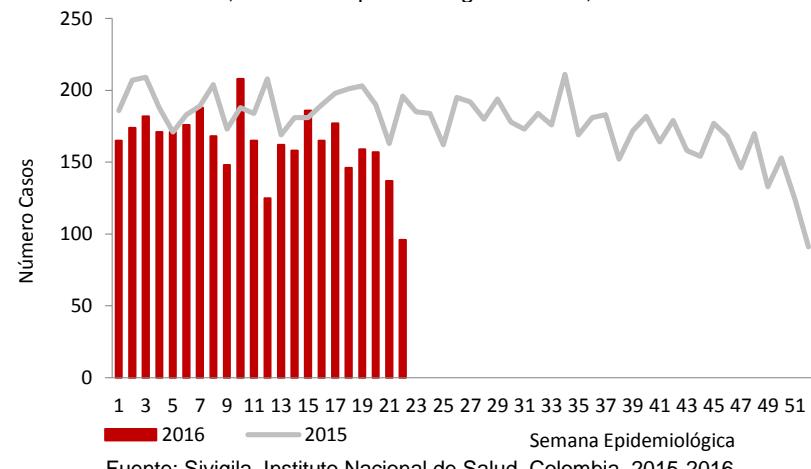
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

• Mortalidad Perinatal y Neonatal

En la semana epidemiológica 22 de 2016 se notificaron 172 muertes perinatales y neonatales tardías, 96 de esta semana y 76 de semanas anteriores notificados tardíamente; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 196 casos. A la fecha, se han notificado al Sivigila 3 584 casos (ver gráfica 66).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento.

Gráfica 66
Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por semana epidemiológica, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2015-2016



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

Según el momento de ocurrencia, 1 686 casos (el 47,0 %) corresponden a muertes fetales anteparto, 418 casos (el 11,7 %) a muertes fetales intraparto, 964 casos (el 26,9 %) a muertes neonatales tempranas, 516 casos (el 14,4 %) a muertes neonatales tardías.

Por residencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Cesar, Córdoba y Cauca notificaron el 50,4 % de los casos en el país. A la fecha, las 37 entidades territoriales notificaron muertes perinatales y neonatales tardías por residencia (ver tabla 70).

Tabla 70
Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	560	15,6
Antioquia	372	10,4
Valle	252	7,0
Cundinamarca	208	5,8
Cesar	141	4,0
Córdoba	140	3,9
Cauca	132	3,7
Santander	131	3,7
Cartagena	126	3,5
Huila	119	3,3
Barranquilla	118	3,3
Norte santander	111	3,1
Meta	98	2,7
Nariño	93	2,6
Boyacá	90	2,5
Bolívar	89	2,5
Tolima	88	2,5
Atlántico	86	2,4
Guajira	86	2,4
Magdalena	71	2,0
Sucre	69	1,9
Choco	51	1,4
Risaralda	47	1,3
Caldas	46	1,3
Santa marta	41	1,1
Putumayo	37	1,0
Caquetá	35	1,0
Quindío	34	0,9
Casanare	28	0,8
Arauca	22	0,6
Buenaventura	15	0,4
Vichada	14	0,4
Amazonas	8	0,2
Vaupés	8	0,2
Guainía	6	0,2
Guaviare	6	0,2
San andres	4	0,1
Exterior	2	0,1
Total	3 584	100

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

Por residencia, se han notificado casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía en los 32 departamentos, los cinco distritos y 639 municipios; Las entidades territoriales que notificaron la mayor proporción de muertes fueron Medellín con 152 (el 4,2 %), Cali con 142 (el 3,9 %), Cartagena con 126 (el 3,5 %), Barranquilla con 118

(el 3,2 %), Valledupar con 71 (el 1,9 %), Villavicencio con 63 (el 1,7 %), Cúcuta con 58 (el 1,6 %) y Soacha con 48 (el 1,3 %).

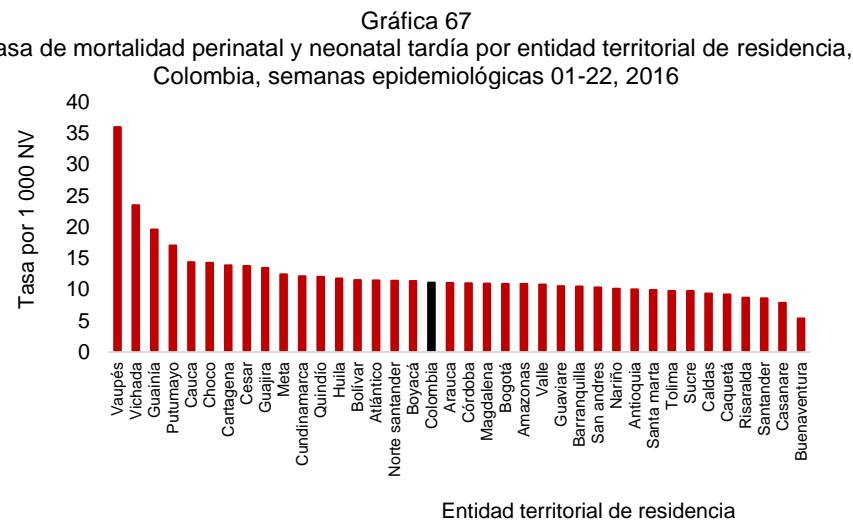
El 77,1 % de las muertes perinatales y neonatales tardías se registraron en el área urbana; la tasa más alta se registró en el área rural con 12,1 muertes por cada 1000 nacidos vivos; el 55,3 % en el régimen subsidiado; la tasa más alta se registró en los no afiliados con 12,5 muertes por cada 1000 nacidos vivos. El 90,8 % en la pertenencia étnica “otro”, la tasa más alta se registró en la pertenencia étnica indígena con 23,5 muertes por 1000 nacidos vivos; el 27,7 % en hijos de mujeres de 20 a 24 años; la tasa más alta de mortalidad perinatal y neonatal tardía se registró en mujeres de 10 a 14 años con 27,1 muertes por 1000 nacidos vivos (ver tabla 71).

Tabla 71
Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%	Tasa de MPNT por 1 000 nacidos vivos
Área de residencia	Urbano	2 765	77,1	10,8
	Rural	819	22,9	12,1
Tipo de régimen	Contributivo	1 361	38,0	10,5
	Subsidiado	1 981	55,3	11,5
	Excepción	61	1,7	7,3
	Especial	29	0,8	SD
	No afiliado	152	4,2	12,5
Pertenencia étnica	Indígena	168	4,7	23,5
	ROM/gitano	13	0,4	SD
	Raizal	4	0,1	SD
	Palenquero	2	0,1	SD
	Afro colombiano	142	4,0	8,4
	Otros	3 255	90,8	10,9
Grupos de edad	10 a 14 años	86	2,4	27,1
	15 a 19 años	720	20,1	10,2
	20 a 24 años	992	27,7	10,5
	25 a 29 años	715	19,9	9,9
	30 a 34 años	551	15,4	10,8
	35 a 39 años	358	10,0	14,3
	40 y más años	162	4,5	23,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE, Estadísticas Vitales, 2014.

La tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía nacional es de 11,1 muertes por 1000 nacidos vivos; 17 de las entidades territoriales superan la tasa nacional. Vaupés con 36,0, Vichada con 23,4, Guainía con 19,6, Putumayo con 17,0, Cauca con 14,4, Chocó con 14,2, Cartagena con 13,8, Cesar con 13,8 y La Guajira con 13,5 muertes por 1000 nacidos vivos registran las tasas más altas a nivel nacional (ver gráfica 67).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016. DANE, Estadísticas Vitales, 2014.

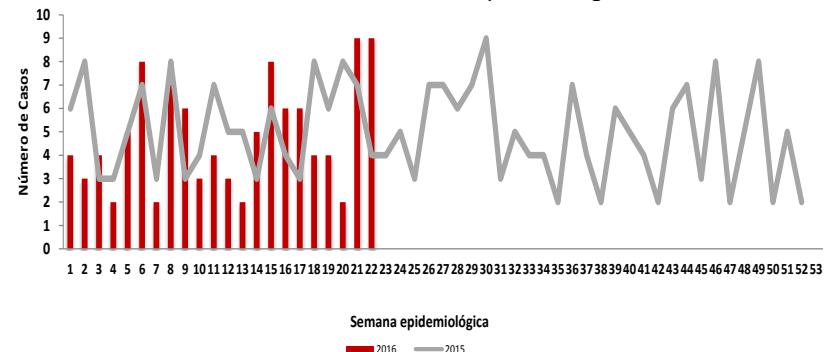
• Mortalidad por y asociada a desnutrición

El INS, consolida y genera información epidemiológica con los casos notificados semanalmente al Sivigila, no maneja programas de seguridad alimentaria, es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales cumplir con las acciones de prevención y control de este evento.

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila nueve casos de muertes probables por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, cuatro de esta semana y cinco de semanas anteriores notificados de manera tardía; dos casos corresponden a muertes probables por desnutrición y siete a diferentes patologías que registran desnutrición como uno de los diagnósticos. Se descartaron cuatro casos. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron cuatro casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 106 casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición, que se encuentran en estudio para su clasificación final y para definir la causa de muerte (ver gráfica 68).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 68
Casos notificados de muertes probables por y asociada a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2015-2016



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

A la fecha han ingresado al Sivigila 20 casos probables de muertes por desnutrición, que se encuentran en estudio para su clasificación final y para definir la causa de muerte. Por residencia, Magdalena, Vichada, Cesar, Chocó, Córdoba y La Guajira han notificado el 70,0 % de estas muertes (ver gráfica 69).

Gráfica 69
Casos notificados de muertes probables por desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Magdalena	3	15,0
Vichada	3	15,0
Cesar	2	10,0
Choco	2	10,0
Córdoba	2	10,0
Guajira	2	10,0
Antioquia	1	5,0
Barranquilla	1	5,0
Guainía	1	5,0
Meta	1	5,0
Risaralda	1	5,0
Vaupés	1	5,0
Total	20	100

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

El 45,0 % de los casos se registró en el sexo femenino y el 55,0 % en el sexo masculino; el 70,0 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, 12 casos (el 60,0 %) se notificaron en indígenas, siete casos (el 35,0 %) como otros grupos, un caso (el 5,0 %) en afrocolombiano; el 50 % eran residentes del área cabecera municipal, el 80,0 % pertenecían al régimen subsidiado, el 20,0 % no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (ver tabla 72).

Tabla 72
Comportamiento demográfico y social de muertes notificadas como probables por desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	9	45,0
	Masculino	11	55,0
Grupos de edad	Menores de un año	14	70,0
	1 a 4 años	6	30,0
Pertenencia étnica	Indígena	12	60,0
	Afrocolombiano	1	5,0
	Otros	7	35,0
Área	Cabecera municipal	10	50,0
	Centro poblado	1	5,0
	Rural disperso	9	45,0
Tipo de régimen	No afiliado	4	20,0
	Subsidiado	16	80,0

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

En los menores de un año la mediana de peso al nacer fue de 2600 gramos y la de talla de 45 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 3 700 gramos y de talla de 57 cm; en el grupo de edad de uno a cuatro años la mediana de peso al momento de la muerte fue de 8 000 gramos y de talla de 61 cm. El 50 % de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 85,0 % pertenecen al estrato socioeconómico uno.

De acuerdo con lo establecido en los lineamientos de 2016, las entidades territoriales deben realizar las unidades de análisis a los casos notificados por este evento para la clasificación final del caso con un plazo máximo de cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso (ver tabla 73).

Tabla 73
Cumplimiento en unidades de análisis de muertes probables por y
asociadas a desnutrición en menores de cinco años,
Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2016

Entidad territorial	Casos de muerte registradas	Unidades análisis realizadas	Unidades análisis pendientes
Antioquia	2	0	2
Barranquilla	1	0	1
Bogotá	2	0	2
Bolívar	3	0	3
Boyacá	1	0	1
Cauca	1	0	1
Cesar	4	4	0
Chocó	4	0	4
Cundinamarca	2	0	2
Guainía	2	1	1
Guajira	19	9	10
Huila	2	0	2
Magdalena	5	5	0
Meta	7	2	5
Nariño	2	0	2
Norte de Santander	1	0	1
Putumayo	1	0	1
Risaralda	2	0	2
Santa marta D.E.	2	0	2
Sucre	1	0	1
Tolima	4	3	1
Valle	4	0	4
Vaupés	1	0	1
Vichada	5	4	1
Total	78	28	50

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

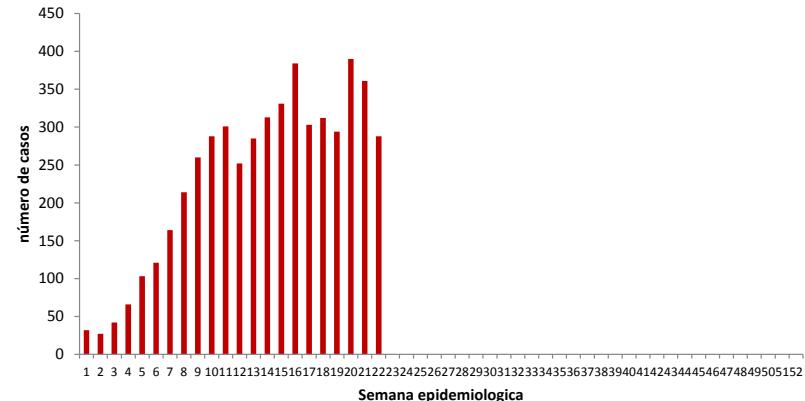
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Salud Mental

- *Intento de suicidio*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 344 casos de intento de suicidio, 288 de esta semana y 50 de semanas anteriores notificados de manera tardía. A la fecha han ingresado al Sivigila 5 131 casos de intento de suicidio confirmados por clínica (ver gráfica 70).

Semanalmente el número de casos informados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

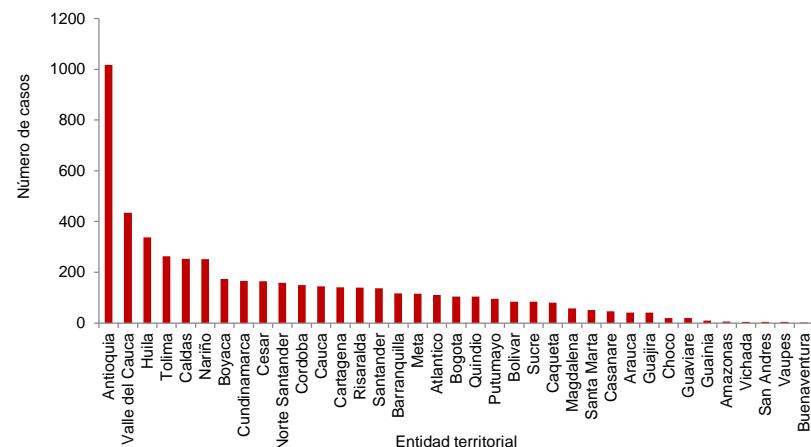
Gráfica 70
Casos notificados de intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

Notificaron casos 646 municipios de 32 departamentos y cinco distritos. Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Huila, Tolima y Caldas son las entidades con mayor número de casos y concentran el 44,9 % de los eventos notificados (ver gráfica 71).

Gráfica 71
Casos notificados de intento de suicidio por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

El 62 % de los casos de intento de suicidio se registró en el sexo femenino; el 78 % proceden de las cabeceras municipales, el 30,6 % se registraron en el grupo de 15 a 19 años.

Por pertenencia étnica, 162 casos (el 3,2 %) se notificó en afrocolombianos, 129 casos (el 2,5 %) en indígenas, 24 casos (el 0,5 %) en ROM/gitano y seis casos (el 0,1 %) en raizales (ver tabla 74).

Tabla 74
Comportamiento demográfico y social de los casos de intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Número de casos	%
Sexo	Femenino	3 179	62,0
	Masculino	1 952	38,0
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	4 000	78,0
	Centro Poblado	390	7,6
	Rural Disperso	741	14,4
Pertenencia Étnica	Indígena	129	2,5
	ROM/gitano	24	0,5
	Raizal	6	0,1
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	162	3,2
	Otros	4 810	93,7
Grupo de Edad	5 a 9 años	16	0,3
	10 a 14 años	628	12,2
	15 a 19 años	1 570	30,6
	20 a 24 años	1 008	19,6
	25 a 29 años	629	12,3
	30 a 34 años	428	8,3
	35 a 39 años	270	5,3
	40 a 44 años	166	3,2
	45 a 49 años	147	2,9
	50 a 54 años	89	1,7
	55 a 59 años	75	1,5
	60 a 64 años	31	0,6
	65 o más años	74	1,4

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

En el 38,8 % de los casos de intento de suicidio notificados a Sivigila, se reportaron conflictos recientes con la pareja, otros factores comúnmente identificados fueron los síntomas depresivos, problemas económicos y pérdida de lazos afectivos (los pacientes pueden tener más de un factor relacionado) (ver tabla 75).

Tabla 75

Factores relacionados al intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Factores asociados	Casos	%
Conflictos recientes con la pareja	1 989	38,8
Síntomas depresivos	1 969	38,4
Problemas económicos, legales o sociales recientes	870	17,0
Pérdida de lazos afectivos	787	15,3
Ideación suicida persistente	776	15,1
Consumo de SPA	501	9,8
Asociado a antecedentes de violencia intrafamiliar	347	6,8
Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	377	7,3
Historia familiar de conducta suicida	216	4,2
Otros síntomas psiquiátricos	225	4,4
Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos	216	4,2
Victima violencia	183	3,6
Enfermedad grave en un familiar	152	3,0
Asociado antecedentes de abuso sexual	88	1,7
Enfermedad grave dolorosa o incapacitante	47	0,9

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

De los casos reportados a Sivigila por intento de suicidio, 1 569 casos (el 30,6 %) reportan intentos previos de suicidio, de estos, 615 casos (el 39,2 %) tienen un intento previo, 456 casos (el 29,1 %) tienen dos intentos previos, 208 casos (el 13,3 %) tienen tres intentos previos, 203 casos (el 12,9 %) tienen más de tres intentos previos y en 87 casos (el 5,5 %) aunque se reportan intentos previos se desconoce la cantidad de los mismos.

Se recibió notificación de 2 729 casos (el 53,2 %) con diagnósticos previos de enfermedad mental, siendo el más común el trastorno depresivo con el 37,9 %. En 450 de los casos notificados al Sivigila, se reportó comorbilidad con dos o más trastornos psiquiátricos (ver tabla 76).

Tabla 76

Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01-21, 2016

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	1 944	37,9
Otros trastornos afectivos	530	10,3
Abuso de SPA	394	7,7
Otros trastornos psiquiátricos	169	3,3
Esquizofrenia	97	1,9
Trastornos bipolares	140	2,7

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

El mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 72,1 %, seguido de las lesiones con elementos corto punzantes con el 20 %. En 185 de los casos notificados al Sivigila, se utilizó simultáneamente más de un método para el intento de suicidio. Entre los casos reportados como otros mecanismo, se registraron casos de inmolación, lanzamiento a cuerpos de agua y exposición a corriente eléctrica (ver tabla 77).

Tabla 77
Intentos de suicidio por método utilizado y sexo,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-21, 2016

	Femenino	Masculino	Total	%
Intoxicaciones	2 453	1 244	3 697	72,1
Arma Corto punzante	590	438	1028	20,0
Ahorcamiento	61	183	244	4,8
Lanzamiento al vacío	58	68	126	2,5
Lanzamiento a vehículo	29	17	46	0,9
Arma de fuego	11	24	35	0,7
Otros	11	20	31	0,6
Sin Dato	98	49	147	2,9

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

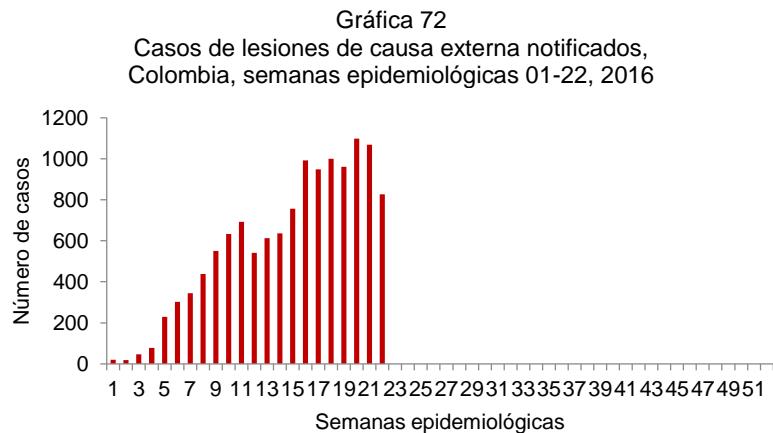
• Lesiones de causa externa

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 1002 lesiones de causa externa. A la fecha han ingresado al Sivigila 12 800 casos sospechosos de lesiones de causa externa; 12 296 corresponden a lesiones secundarias a accidentes de tránsito, 397 corresponden a lesiones ocasionadas por productos de consumo, 31 a lesiones ocasionadas por exposición laboral en menores de 18 años y 76 a lesiones ocasionadas por procedimientos estéticos.

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron 24 casos de lesiones ocasionadas por productos de consumo, 22 de esta semana y 2 de semanas anteriores notificadas tardíamente. Para la misma semana epidemiológica se notificaron cuatro lesiones ocasionadas por exposición laboral en menores de 18 años.

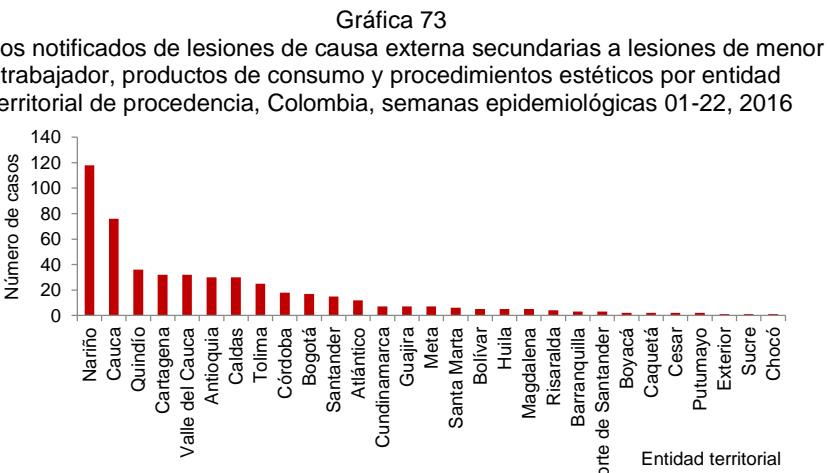
En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron dos casos de lesiones ocasionadas por procedimientos estéticos. En esta misma semana, se notificaron al Sivigila 972 lesiones secundarias a accidente de tránsito, 798 de esta semana y 174 de semanas anteriores notificadas tardíamente. Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver gráfica 72).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato



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

Hasta la semana epidemiológica 22 se ha recibido notificación de lesiones de causa externa secundarias a lesiones de menor trabajador, productos de consumo y procedimientos estéticos de 73 municipios, 22 departamentos y cuatro distritos. Por procedencia, Nariño, Cauca, Quindío, Cartagena y Valle del Cauca registraron el mayor número de casos notificados, concentrando el 58,3 % de la notificación (ver gráfica 73).



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

El 89,9 % de las lesiones de causa externa secundarias a productos de consumo se registró en el sexo masculino; el 71,4 % pertenecen al régimen subsidiado, el 17,2 % se registró en el grupo de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, nueve casos se notificaron en indígenas (el 3,0 %) y tres casos en afrocolombianos (el 1,0 %) (ver tabla 78).

Tabla 78
Comportamiento demográfico y social de las lesiones de causa externa secundarias a productos de consumo, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Productos de consumo	%
Sexo	Femenino	130	43,8
	Masculino	267	89,9
Tipo de régimen	Subsidiado	212	71,4
	Contributivo	113	38,0
	No afiliado	35	11,8
	Excepción	4	1,3
	Indeterminado	15	5,1
Pertenencia étnica	Especial	18	6,1
	Indígena	9	3,0
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Grupos de edad	Afrocolombiano	3	1,0
	Otros	385	129,6
	Menores de un año	11	3,7
Grupos de edad	1 a 4 años	48	16,2
	5 a 9 años	30	10,1
	10 a 14 años	21	7,1
	15 a 19 años	32	10,8
	20 a 24 años	51	17,2
	25 a 29 años	34	11,4
	30 a 34 años	30	10,1
	35 a 39 años	35	11,8
	40 a 44 años	28	9,4
	45 a 49 años	20	6,7
	50 a 54 años	21	7,1
	55 a 59 años	4	1,3
	60 a 64 años	9	3,0
	65 y más años	23	7,7

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

El 93,5 % de las lesiones de causa externa secundarias a exposición laboral en menores de 18 años, se registró en el sexo masculino; el 64,5 % pertenecen al régimen subsidiado, el 35,5 % se registró en el grupo de 15 a 18 años. Por pertenencia étnica,

tres casos se notificaron en indígenas (el 9,7 %) y un caso en afrocolombianos (el 3,2 %) (ver tabla 79).

Tabla 79
Comportamiento demográfico y social de las lesiones de causa externa secundarias a exposición laboral en menores de 18 años,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Exposición laboral en menores de 18 años	%
Sexo	Femenino	2	6,5
	Masculino	29	93,5
Tipo de régimen	Contributivo	4	12,9
	Especial	1	3,2
	No afiliado	2	6,5
	Excepción	2	6,5
	Subsidiado	20	64,5
	Indeterminado	2	6,5
Pertenencia étnica	Indígena	3	9,7
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	1	3,2
	Otros	27	87,1
Grupos de edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	5	16,1
	5 a 9 años	8	25,8
	10 a 14 años	7	22,6
	15 a 18 años	11	35,5

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

El 96,1 % de las lesiones de causa externa secundarias a procedimientos estéticos, se registró en el sexo femenino; el 47,4 % pertenecen al régimen contributivo, el 21,1 % se registró en el grupo de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, un caso se notificó en afrocolombiano (el 1,3 %) (ver tabla 80).

Tabla 80
Comportamiento demográfico y social de las lesiones de causa externa secundarias a procedimientos estéticos,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Procedimientos estéticos	%
Sexo	Femenino	73	96,1
	Masculino	3	3,9
Tipo de régimen	Contributivo	36	47,4
	Especial	16	21,1
	No afiliado	10	13,2
	Excepción	1	1,3
	Subsidiado	12	15,8
	Indeterminado	1	1,3
Pertenencia étnica	Indígena	0	0
	ROM/gitano	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	1	1,3
	Otros	75	98,7
Grupos de edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	2	2,6
	5 a 9 años	0	0,0
	10 a 14 años	0	0,0
	15 a 19 años	1	1,3
	20 a 24 años	12	15,8
	25 a 29 años	16	21,1
	30 a 34 años	12	15,8
	35 a 39 años	16	21,1
	40 a 44 años	3	3,9
	45 a 49 años	6	7,9
	50 a 54 años	4	5,3
	55 a 59 años	4	5,3
	60 a 64 años	0	0
	65 y más años	0	0

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

Según el tipo de lesión ocasionada, la mayor proporción se registró por heridas con 178 casos (el 29,9 %), un paciente puede tener más de una lesión (ver tabla 81).

Tabla 81
Lesiones de causa externa según el tipo de lesión ocasionada,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Tipo de lesión	Casos	%
Herida	178	29,9
Quemadura	149	25,0
Trauma	87	14,6
Fractura	46	7,7
Infección	37	6,2
Hemorragia	14	2,4
Intoxicación	13	2,2
Sepsis	13	2,2
Asfixia	10	1,7
Depresión respiratoria	9	1,5
Perforación	9	1,5
Amputación	8	1,3
Choque eléctrico, electrocución	7	1,2
Embolia	5	0,8
Necrosis	5	0,8
Poli trauma	3	0,5
Estrangulación, sofocación	2	0,3

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

Por lugar de ocurrencia, la mayor proporción de lesiones de causa externa notificados a semana epidemiológica 20 es el hogar con 221 casos (el 43,8 %) (ver tabla 82).

Tabla 82
Lugar de ocurrencia de las lesiones de causa externa notificadas,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

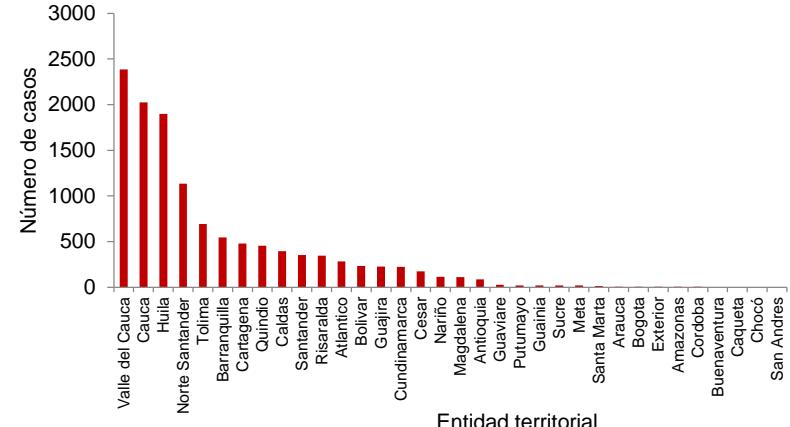
Lugar de ocurrencia del evento	Casos	%
Hogar	221	43,8
Calle	126	25,0
IPS	44	8,7
Centro estético	32	6,3
Zona comercial	20	4,0
Sin dato	15	3,0
Parque	14	2,8
Zona de cultivo	9	1,8
Industria	8	1,6
Avenida principal	6	1,2
Colegio	5	1,0
Spa	4	0,8
Mina cielo abierto	0	0
Mina subterránea	0	0
Total	504	100

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

A semana epidemiología 22 se ha recibido notificación de lesiones de causa externa secundarias a accidentes de tránsito de 180 municipios, 28 departamentos y los cinco distritos.

Por procedencia, Valle del Cauca, Cauca, Huila, Norte de Santander y Tolima, notificaron el mayor número de casos, concentrando el 66,1 % de la notificación (ver gráfica 74).

Gráfica 74
Casos notificados de lesiones de causa externa secundarias a accidentes de tránsito por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

El 67,5 % de las lesiones de causa externa secundarias a accidentes de tránsito se registró en el sexo masculino; el 36,0 % pertenecen al régimen contributivo, el 19,3 % se registró en el grupo de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, se notificaron 302 casos en afrocolombianos (el 2,5 %) y 166 casos en indígenas (el 1,4 %) (ver tabla 83).

Tabla 83
Comportamiento demográfico y social de las lesiones de causa externa secundarias a accidentes de tránsitos notificados, Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2016

Variable	Categoría	Accidentes de tránsito	%
Sexo	Femenino	3 991	32,5
	Masculino	8 305	67,5
Tipo de régimen	Contributivo	4 425	36,0
	Especial	1 864	15,2
	Indeterminado	876	7,1
	No afiliado	1 739	14,1
	Excepción	274	2,2
	Subsidiado	3 118	25,4
Pertenencia étnica	Indígena	166	1,4
	ROM/gitano	95	0,8
	Raizal	194	1,6
	Palenquero	20	0,2
	Afrocolombiano	302	2,5
	Otros	11 519	93,7
Grupos de edad	Menores de un año	23	0,2
	1 a 4 años	195	1,6
	5 a 9 años	269	2,2
	10 a 14 años	471	3,8
	15 a 19 años	1 761	14,3
	20 a 24 años	2 372	19,3
	25 a 29 años	1 858	15,1
	30 a 34 años	1 317	10,7
	35 a 39 años	1 022	8,3
	40 a 44 años	745	6,1
	45 a 49 años	614	5,0
	50 a 54 años	538	4,4
	55 a 59 años	386	3,1
	60 a 64 años	279	2,3
	65 y más años	446	3,6

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

Según el tipo de lesión ocasionada secundaria a accidentes de tránsito, la mayor proporción se registró por trauma leve con 5 171 casos (el 31,8 %); un paciente puede tener más de una lesión (ver tabla 84).

Tabla 84
Lesiones de causa externa secundarias a accidentes de tránsito según el tipo de lesión ocasionada, Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2016

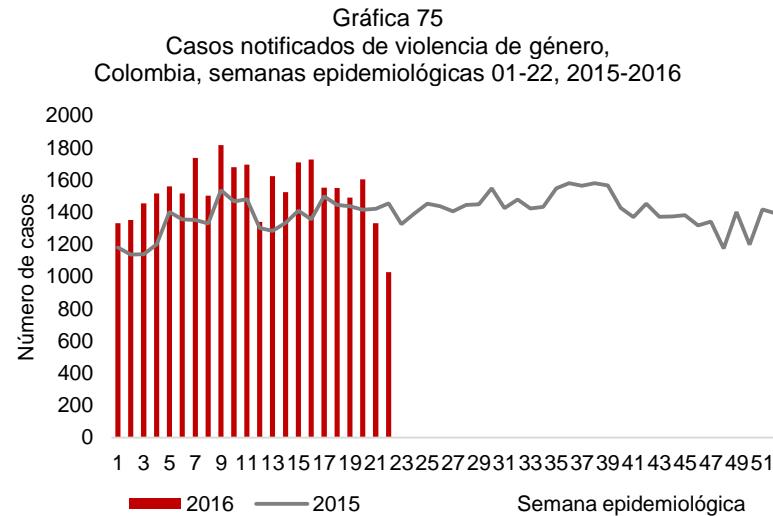
Tipo de lesión	Casos	%
Trauma	5 171	31,8
Herida	4 784	29,4
Poli trauma	3 321	20,4
Fractura	2 596	16,0
Quemadura	117	0,7
Hemorragia	86	0,5
Amputación	55	0,3
Asfixia	50	0,3
Perforación	48	0,3
Embolía	25	0,2
Necrosis	22	0,1

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

• **Violencia de género**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron a Sivigila 1 494 casos sospechosos de violencia de género, 1 027 de esta semana y 467 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 1 455 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 33 702 casos sospechosos (ver gráfica 75).

Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Santander y Huila, han notificado el 49,1 % de los casos (ver tabla 85).

Tabla 85
Casos notificados de violencia de género por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	casos	%
Antioquia	4 129	12,3
Bogotá	3 894	11,6
Valle Del Cauca	3 404	10,1
Santander	3 394	10,1
Huila	1 718	5,1
Cundinamarca	1 530	4,5
Nariño	1 309	3,9
Norte Santander	1 257	3,7
Boyacá	1 159	3,4
Bolívar	950	2,8
Casanare	888	2,6
Caldas	880	2,6
Cauca	865	2,6
Risaralda	785	2,3
Meta	704	2,1
Cesar	699	2,1
Córdoba	664	2,0
Quindío	597	1,8
Sucre	595	1,8
Tolima	583	1,7
Atlántico	553	1,6
Magdalena	479	1,4
Cartagena	403	1,2
Caquetá	377	1,1
Guajira	331	1,0
Barranquilla	313	0,9
Arauca	309	0,9
Putumayo	252	0,7
Santa Marta	147	0,4
Amazonas	122	0,4
Vichada	94	0,3
Chocó	87	0,3
Buenaventura	87	0,3
Guaviare	64	0,2
Exterior	27	0,1
Guanía	22	0,1
San Andrés	20	0,1
Vaupés	11	0,03
Total	33 702	100

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

Reportaron casos de violencia de género en 957 municipios, 32 departamentos y cinco distritos; Bogotá con el 11,5 %, Cali con el 5,5 %, Medellín con el 4,3 %, Bucaramanga con el 2,7 % y Neiva con el 2,2 % han notificado el 26,2 % de los casos.

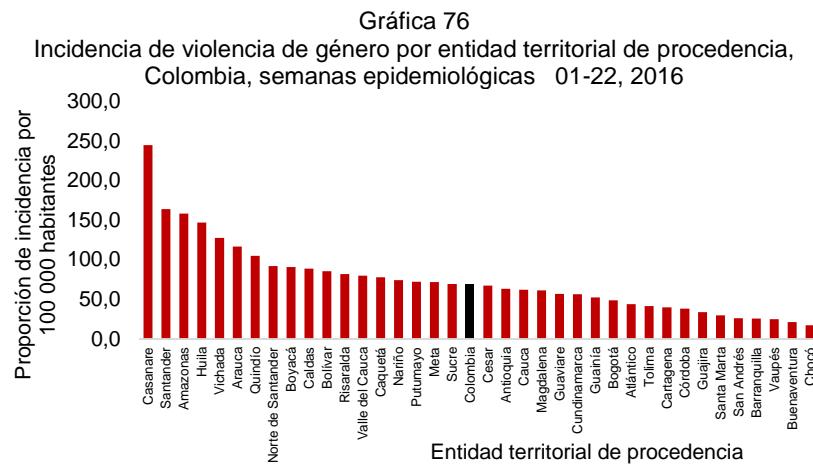
El 76,3 % de los casos de violencia se registró en el sexo femenino; el 56,6 % en el régimen subsidiado; el 13,7 % de los casos se registró en el grupo de 10 a 14 años. Por pertenencia étnica, 1 342 casos (el 4,0 %) fueron notificados en afrocolombianos, 827 (el 2,5 %) en indígenas y 188 (el 0,6 %) en ROM, gitano (ver tabla 86).

Tabla 86
Comportamiento demográfico y social de los casos de violencia de género,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de Violencia	%
Sexo	Femenino	25 721	76,3
	Masculino	7 980	23,7
	Indeterminado	1	0,003
Tipo de régimen	Subsidiado	19 080	56,6
	Contributivo	10 921	32,4
	No afiliado	2 418	7,2
	Especial	551	1,6
	Indeterminado	404	1,2
	Excepción	328	1,0
	Otros	31 292	92,8
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	1 342	4,0
	Indígena	827	2,5
	ROM/gitano	188	0,6
	Raizal	44	0,1
	Palenquero	9	0,03
Grupos de edad	Menores de un año	1 667	4,9
	1 a 4 años	3 715	11,0
	5 a 9 años	3 018	9,0
	10 a 14 años	4 631	13,7
	15 a 19 años	4 136	12,3
	20 a 24 años	4 094	12,1
	25 a 29 años	3 435	10,2
	30 a 34 años	2 776	8,2
	35 a 39 años	1 912	5,7
	40 a 44 años	1 320	3,9
	45 a 49 años	907	2,7
	50 a 54 años	702	2,1
	55 a 59 años	454	1,3
	60 a 64 años	252	0,7
	65 y más años	683	2,0

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

La incidencia nacional de violencia de género es de 69,1 casos por 100 000 habitantes. Casanare, Santander, Amazonas, Huila y Vichada, registran las mayores incidencias (ver gráfica 76).



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

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 755 casos sospechosos de violencia física, 533 de esta semana y 222 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 726 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 16 668 casos sospechosos de violencia física (ver tabla 87).

Tabla 87
Distribución de los tipos de violencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

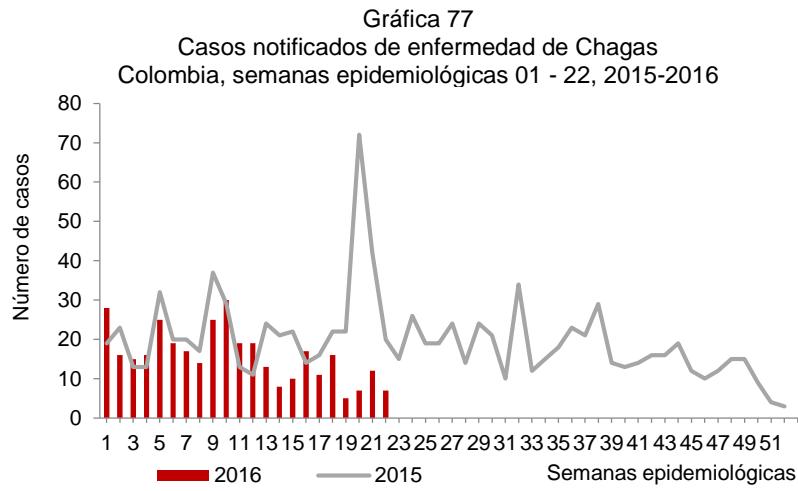
Tipo de violencia	Casos	%
Violencia física	16 668	49,5
Negligencia y abandono	7 724	22,9
Abuso sexual	5 300	15,7
Violencia psicológica	2 179	6,5
Actos sexuales violentos	1 004	3,0
Violación	517	1,5
Acoso sexual	265	0,8
Violencia sexual en conflicto armado	27	0,1
Explotación sexual en niños niñas y adolescentes	16	0,05
Trata de personas para explotación sexual	2	0,01
Total	33 702	100

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

- Chagas

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 27 casos de enfermedad de Chagas, siete de esta semana y 20 de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 20 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 349 casos, 13 en fase aguda (seis confirmados y siete probables) y 336 en fase crónica (149 confirmados y 187 probables), (ver gráfica 77).

Semanalmente el número de casos informados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por vectores

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos transmitidos por vectores, esto es responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Casanare y Putumayo registraron el 53, 8 % de los casos de Chagas en fase aguda (ver tabla 88).

Tabla 88
Casos de enfermedad de Chagas en fase aguda por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2016

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	%
Casanare	1	4	5	38,4
Putumayo	0	2	2	15,4
Barranquilla	1	0	1	7,7
Caldas	1	0	1	7,7
Cauca	1	0	1	7,7
Córdoba	1	0	1	7,7
Huila	1	0	1	7,7
Valle	1	0	1	7,7
Total	7	6	13	100

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

Del total de casos notificados de enfermedad de Chagas en fase aguda, el 46,2 % de los casos se registró en el sexo masculino; el régimen contributivo y el régimen subsidiado registraron el 46,2 % cada uno, el 46,2 % eran procedentes del área rural dispersa; el 23,1 % de los casos se registró en el grupo de 60 a 64 años. Por pertenencia étnica se registró un caso (el 7,7 %) en indígenas (ver tabla 89).

Tabla 89

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad de Chagas en fase aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016

Variables	Categorías	Casos	%
Sexo	Femenino	7	53,8
	Masculino	6	46,2
Tipo de régimen	Contributivo	6	46,2
	Especial	1	7,6
Pertenencia étnica	No afiliado	0	0
	Excepción	0	0
Área de procedencia	Subsidiado	6	46,2
	Indígena	1	7,7
Grupos de edad	ROM/gaitano	0	0
	Raizal	0	0
Pertenencia étnica	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	0	0
Área de procedencia	Otros	12	92,3
	Cabecera Municipal	5	38,5
Grupos de edad	Centro poblado	2	15,3
	Rural Disperso	6	46,2
Pertenencia étnica	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	3	23,1
Área de procedencia	5 a 9 años	0	0
	10 a 14 años	0	0
Grupos de edad	15 a 19 años	0	0
	20 a 24 años	1	7,7
Pertenencia étnica	25 a 29 años	2	15,3
	30 a 34 años	0	0
Área de procedencia	35 a 39 años	1	7,7
	40 a 44 años	0	0
Grupos de edad	45 a 49 años	1	7,7
	50 a 54 años	0	0
Pertenencia étnica	55 a 59 años	0	0
	60 a 64 años	3	23,1
Área de procedencia	65 y mas	2	15,4

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

Por notificación, Santander, Boyacá Casanare, Bogotá y Cesar, registraron el 83,9 % de los casos de Chagas en fase crónica a nivel nacional (ver tabla 90).

Tabla 90
Casos de enfermedad de Chagas en fase crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2016

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	%
Santander	49	48	97	28,9
Boyacá	56	10	66	19,6
Casanare	12	47	59	17,6
Bogotá	25	13	38	11,3
Cesar	11	11	22	6,5
Arauca	4	8	12	3,6
Tolima	9	2	11	3,3
Norte Santander	0	8	8	2,4
Cundinamarca	6	1	7	2,1
Huila	4	1	5	1,5
Antioquia	2	0	2	0,6
Meta	2	0	2	0,6
Risaralda	1	0	1	0,3
Valle	1	0	1	0,3
Sucre	1	0	1	0,3
Guajira	1	0	1	0,3
Barranquilla	1	0	1	0,3
Choco	1	0	1	0,3
Guaviare	1	0	1	0,3
Total	187	149	336	100

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

El 56,5 % de los casos de enfermedad de Chagas en fase crónica se registró en el sexo femenino; el 58,07 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el 55,4 % fueron registrados como procedentes de la cabecera municipal; el 19,3 % de los casos se registró en el grupo de 60 a 64 años. Por pertenencia étnica, el 5,7 % se notificaron en indígenas (ver tabla 91).

Tabla 91

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad de Chagas en fase crónica, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016

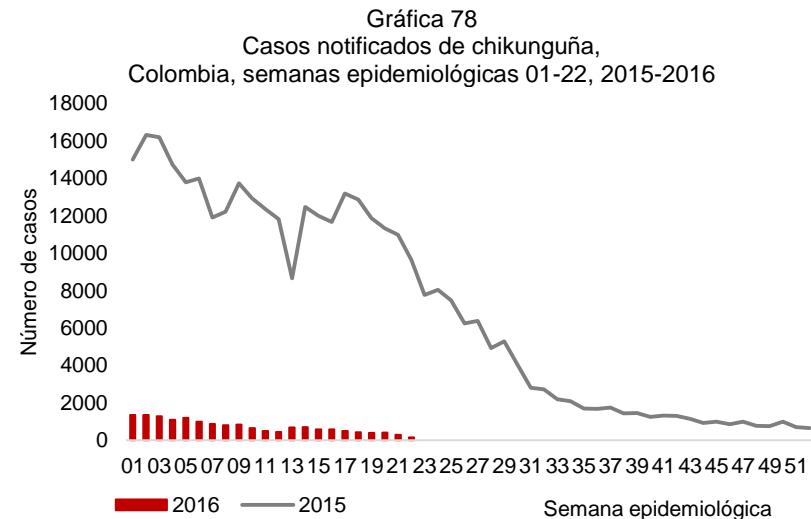
Variables	Categorías	casos	%
Sexo	Femenino	190	56,5
	Masculino	146	43,5
Tipo de régimen	Contributivo	128	38,1
	Especial	5	1,5
	No afiliado	6	1,8
	Indeterminado	1	0,3
	Excepción	1	0,3
	Subsidiado	195	58,0
Pertenencia étnica	Indígena	19	5,7
	ROM/ gitano	3	0,9
	Raizal	2	0,6
	Palenquero	1	0,3
	Afrocolombiano	0	0,0
	Otros	311	92,5
Área de procedencia	Cabecera Municipal	186	55,4
	Centro poblado	41	12,2
	Rural Disperso	109	32,4
Grupos de edad	Menores de un año	0	0,0
	1 a 4 años	3	0,9
	5 a 9 años	2	0,6
	10 a 14 años	6	1,8
	15 a 19 años	8	2,4
	20 a 24 años	4	1,2
	25 a 29 años	11	3,3
	30 a 34 años	24	7,1
	35 a 39 años	29	8,6
	40 a 44 años	16	4,8
	45 a 49 años	47	14,0
	50 a 54 años	42	12,5
	55 a 59 años	27	8,0
	60 a 64 años	65	19,3
	65 y mas	52	15,5

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

• Chikunguña

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 395 casos de chikunguña, 170 de esta semana y 225 de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 9 639 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 16 298 casos de chikunguña; 115 casos (0,7 %) confirmados por laboratorio, 16 021 casos (98,3 %) confirmados por clínica y 162 casos (1,0 %) sospechosos. Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver gráfica 78).

Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Valle del Cauca, Santander, Tolima, y Cundinamarca notificaron el 48,7 % de los casos (ver tabla 92).

Tabla 92
Casos notificados de chikungunya por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos confirmados por clínica	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total
Valle del Cauca	3 403	19	0	3 422
Santander	1 812	16	23	1 851
Tolima	1 450	12	20	1 482
Cundinamarca	1 145	14	26	1 185
Risaralda	1 149	0	0	1 149
Meta	1 030	5	0	1 035
Huila	916	4	0	920
Antioquia	679	16	11	706
Barranquilla	687	1	0	688
Putumayo	504	6	0	510
Caquetá	490	2	3	495
Quindío	439	3	0	442
Córdoba	389	2	0	391
Cauca	292	3	2	297
Arauca	209	1	0	210
Casanare	206	0	0	206
Boyacá	174	0	17	191
Norte Santander	145	0	7	152
Guaviare	139	0	1	140
Cesar	126	1	0	127
Sucre	115	0	0	115
Caldas	111	0	4	115
Santa Marta	93	4	0	97
Atlántico	86	0	0	86
Nariño	34	1	24	59
Bolívar	30	0	0	30
Guainía	26	1	0	27
Vichada	26	1	0	27
Buenaventura	24	0	0	24
Cartagena	22	0	0	22
Amazonas	17	0	3	20
Exterior	0	1	17	18
Magdalena	14	0	0	14
Guajira	14	0	0	14
Choco	8	2	1	11
San Andrés	8	0	3	11
Vaupés	9	0	0	9
Total	16 021	115	162	16 298

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

Notificaron casos 536 municipios y cuatro distritos; el 44,2 % de los casos fue notificado por diez entidades territoriales; Cali con el 15,3 %, Bucaramanga con el 4,8 %, Ibagué con el 4,7 %, Barranquilla con el 4,2 %, Pereira con el 3,6 %, Villavicencio con el 3,4 %, Dosquebradas con el 2,5 %, Floridablanca con el 2,4 %, San Andrés de Sotavento con el 1,8 % y Florencia con el 1,5 %.

El 63,8 % de los casos de chikungunya se registró en el sexo femenino; el 11,3 % se notificó en el grupo de 25 a 29 años (ver tabla 93).

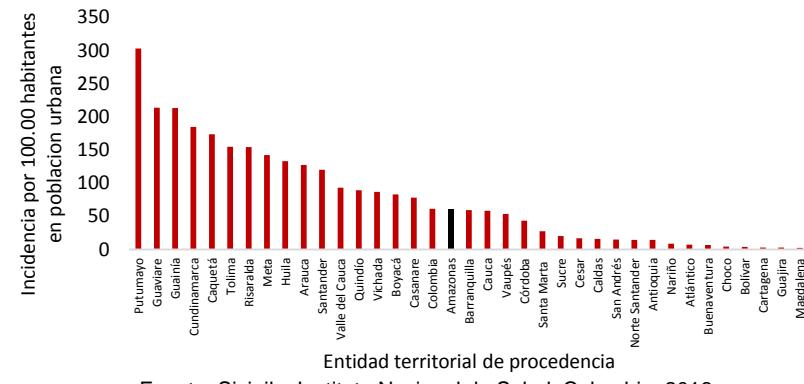
Tabla 93
Comportamiento demográfico y social de los casos de chikungunya,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-21, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	10 396	63,8
	Masculino	5 902	36,2
Grupos de edad			
	Menores de un año	165	1,0
	1 a 4 años	466	2,9
	5 a 9 años	604	3,7
	10 a 14 años	910	5,6
	15 a 19 años	1 217	7,5
	20 a 24 años	1 653	10,1
	25 a 29 años	1 821	11,3
	30 a 34 años	1 717	10,5
	35 a 39 años	1 521	9,3
	40 a 44 años	1 414	8,7
	45 a 49 años	1 279	7,8
	50 a 54 años	1 145	7,0
	55 a 59 años	818	5,0
	60 a 64 años	584	3,6
	65 y más años	984	6,0

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

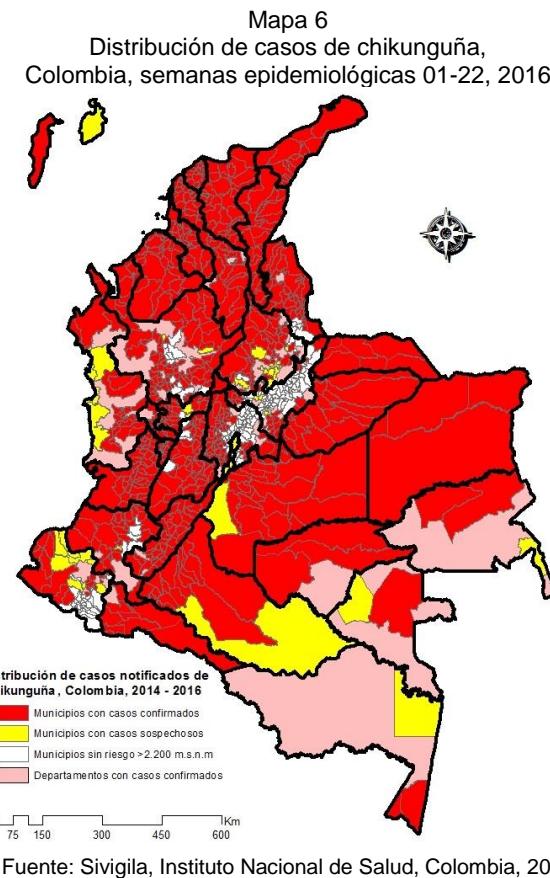
La incidencia nacional de chikungunya es de 60,8 casos por 100 000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Putumayo, Guainía, Guaviare, Cundinamarca y Caquetá (ver gráfica 79).

Gráfica 79
Incidencia chikungunya por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-21, 2016



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

Se ha confirmado la circulación virológica en 758 municipios y cuatro distritos del territorio nacional desde el inicio de la epidemia; a semana epidemiológica 22 de 2016, Valle del cauca es la entidad territorial con el mayor número casos confirmados por clínica (ver mapa 6).



Según las unidades de análisis realizadas en el Instituto Nacional de Salud con corte a semana epidemiológica 22, se han notificado 11 muertes probables por chikungunya, una se ha descartado, dos se ha confirmado y ocho permanecen en estudio.

Recomendaciones en vigilancia

- Todo caso sospechoso de chikungunya debe ser notificado de forma individual bajo el código 217
- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920.
- Es importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikungunya, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikungunya, 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 en un radio de 30 km a un municipio con casos confirmados por laboratorio.
- Deben ajustarse los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikungunya y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikungunya deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto nacional de Salud.
- Los casos probables de chikungunya en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, adultos mayores de 65 y más años y personas con comorbilidades, se deben enviar muestras para análisis de laboratorio aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.
- Todas las muertes probables por chikungunya deben ser 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 chikungunya el Instituto Nacional de Salud enviará el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

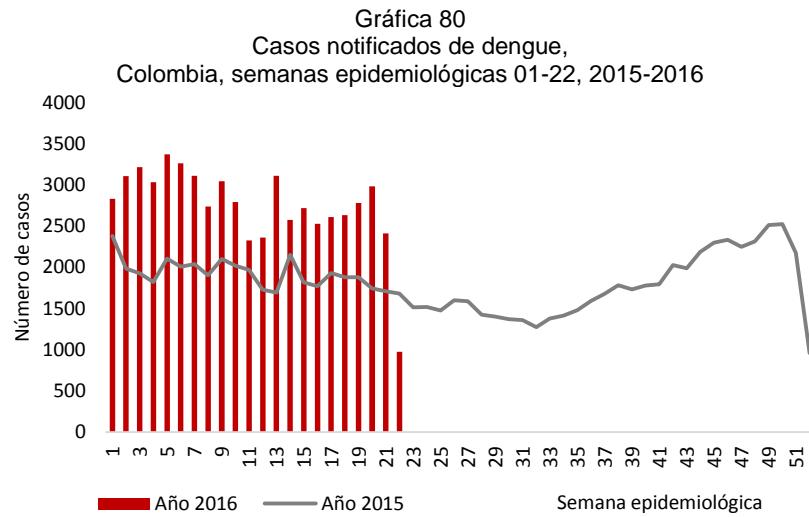
Información por departamento y municipio.

<http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Lo-que-debes-saber-sobre-la-fiebre-Chikungunya.aspx> .VRllyfmG-So

• Dengue

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 1 782 casos de dengue, 976 de esta semana y 806 de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 1 680 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 60 505 casos; 39 632 casos (65,5 %) sin signos de alarma; 20 172 casos (33,3 %) con signos de alarma; 701 casos (1,2 %) de dengue grave (ver gráfica 80).

Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Valle del Cauca, Antioquia, Santander, Cundinamarca, Tolima, Huila, Risaralda, Quindío, Meta, Norte de Santander y Boyacá notificaron el 84,5 % de los casos (ver tabla 94).

Tabla 94
Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad Territorial	Casos dengue	%	Casos dengue grave	%	Total dengue	%
Valle Del Cauca	17 409	29,1	164	23,4	17 573	29,0
Antioquia	10 954	18,3	70	10,0	11 024	18,2
Santander	4 545	7,6	55	7,8	4 600	7,6
Cundinamarca	3 539	5,9	20	2,9	3 559	5,9
Tolima	3 368	5,6	96	13,7	3 464	5,7
Huila	2 298	3,8	75	10,7	2 373	3,9
Risaralda	2 097	3,5	14	2,0	2 111	3,5
Quindío	1 730	2,9	8	1,1	1 738	2,9
Meta	1 680	2,8	30	4,3	1 710	2,8
Norte Santander	1 552	2,6	23	3,3	1 575	2,6
Boyacá	1 414	2,4	3	0,4	1 417	2,3
Putumayo	1 029	1,6	3	0,4	1 032	1,6
Caquetá	747	1,2	10	1,4	757	1,2
Casanare	678	1,1	4	0,6	682	1,1
Cesar	641	1,1	12	1,7	653	1,1
Cauca	613	1,0	10	1,4	623	1,0
Bolívar	609	1,0	9	1,3	618	1,0
Caldas	573	1,0	2	0,3	575	1,0
Atlántico	498	0,8	25	3,6	523	0,9
Córdoba	477	0,8	13	1,9	490	0,8
Arauca	477	0,8	4	0,6	481	0,8
Baranquilla	460	0,7	7	1,0	467	0,8
Sucre	443	0,7	9	1,3	452	0,7
Nariño	352	0,6	5	0,7	357	0,5
Magdalena	261	0,4	4	0,5	265	0,4
Guaviare	235	0,4	1	0,1	236	0,4
Chocó	223	0,4	0	0,0	223	0,4
Guainía	159	0,3	9	1,3	168	0,3
La Guajira	160	0,3	4	0,6	164	0,3
Buenaventura	151	0,3	2	0,3	153	0,3
Santa Marta	96	0,2	2	0,3	98	0,2
Cartagena	80	0,1	2	0,3	82	0,1
Vichada	91	0,2	4	0,6	95	0,2
Amazonas	69	0,1	0	0,0	69	0,1
Exterior	40	0,1	1	0,1	41	0,1
San Andrés, Providencia y	36	0,1	0	0,0	36	0,1
Santa Catalina	19	0,1	1	0,1	20	0,1
Vaupés	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Desconocido						
Total	59 804	100	701	100	60 505	100

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

Reportaron casos 866 municipios y cuatro distritos; Cali con el 21,3 %, Medellín con el 10,8 %, Ibagué con el 2,5 %, Bucaramanga con el 2,5 %, Fusagasugá con el 2,0 %, Itagüí con el 1,9 %, Pereira con el 1,7 %, Armenia con el 1,6 %, Palmira y Floridablanca con el 1,5 % cada uno, Villavicencio con el 1,4 %, Bello y Dosquebradas con el 1,1 %, Tuluá, con el 1,0 %; registran el 51,9 % de los casos de dengue; Cali con el 12,4 %, Ibagué con el 9,3 %, Medellín con

el 5,0 %, Palmira con el 3,1 %, Neiva con el 2,7 %, Lebrija con el 2,4 %, Villavicencio con el 2,1 %, Algeciras con el 2,0 %, Bucaramanga con el 1,6 % e Itagüí con el 1,4 %, registran el 42,1 % de los casos de dengue grave.

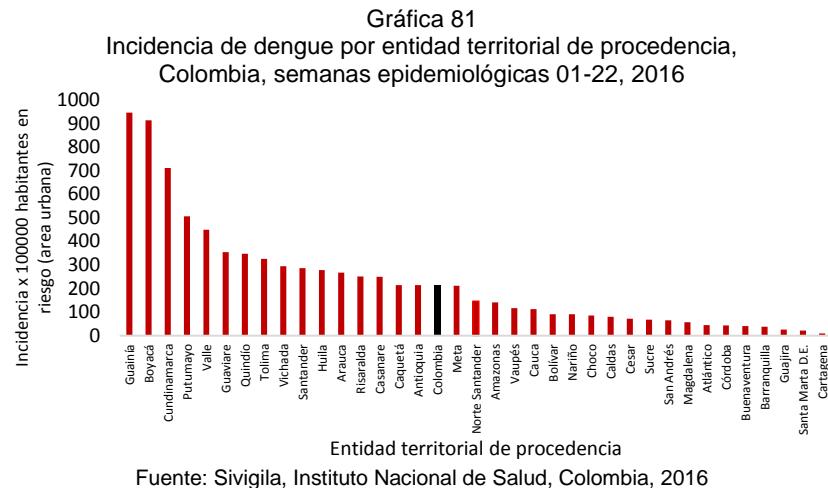
El 51,1 % de los casos de dengue se registró en el sexo femenino; el 57,1 % de los casos pertenecen al régimen contributivo; el 25,2 % de los casos de dengue y el 35,4 % de los casos de dengue grave se registraron en menores de 15 años. Se han notificado 561 casos en indígenas (el 0,9 %) y 1 308 casos en afrocolombianos (el 2,2 %) (ver tabla 95).

Tabla 95
Comportamiento demográfico y social de los casos de dengue,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos de dengue	%	Casos de dengue grave	%	Total dengue	%
Sexo	Femenino	30 592	51,2	321	45,8	30 913	51,1
	Masculino	29 212	48,8	380	54,2	29 592	48,9
Tipo de régimen	Contributivo	34 241	57,3	309	44,1	34 550	57,1
	Especial	1 590	2,7	14	2,0	1 604	2,7
	No afiliado	1 739	2,9	31	4,4	1 770	2,9
	Excepción	2 088	3,4	28	4,0	2 116	3,5
	Subsidiado	19 787	33,1	315	44,9	20 102	33,2
	Indeterminado	359	0,6	4	0,6	363	0,6
Pertenencia étnica	Indígena	540	0,9	21	3,0	561	0,9
	ROM/gitano	195	0,3	8	1,1	203	0,3
	Raizal	62	0,1	0	0,0	62	0,1
	Palenquero	9	0,0	0	0,0	9	0,0
	Afrocolombiano	1 297	2,2	11	1,6	1 308	2,2
	Otros	57 701	96,5	661	94,3	58 362	96,5
Grupos de edad	Menores de un año	1 052	1,8	29	4,1	1 081	1,8
	1 a 4 años	3 136	5,2	40	5,7	3 176	5,2
	5 a 9 años	4 772	8,0	73	10,4	4 845	8,0
	10 a 14 años	6 139	10,3	106	15,1	6 245	10,3
	15 a 19 años	6 337	10,6	66	9,4	6 403	10,6
	20 a 24 años	5 964	10,0	43	6,1	6 007	9,9
	25 a 29 años	5 577	9,3	38	5,4	5 615	9,3
	30 a 34 años	4 828	8,1	33	4,7	4 861	8,0
	35 a 39 años	4 087	6,8	29	4,1	4 116	6,8
	40 a 44 años	3 338	5,6	29	4,1	3 367	5,6
	45 a 49 años	3 152	5,3	25	3,6	3 177	5,3
	50 a 54 años	2 911	4,9	28	4,1	2 939	4,9
	55 a 59 años	2 376	4,0	33	4,8	2 409	4,0
	60 a 64 años	1 876	3,0	21	3,0	1 897	3,1
	65 y más años	4 259	7,1	108	15,4	4 367	7,2

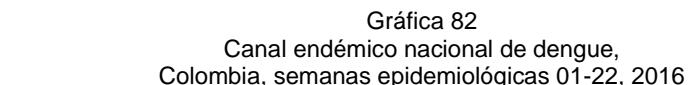
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La incidencia nacional de dengue es de 213,4 casos por 100 000 habitantes en riesgo (población de área urbana). Boyacá, Cundinamarca, Putumayo, Valle del Cauca y Guaviare, registran las mayores incidencias (ver gráfica 81).



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

El canal endémico de dengue se ubicó en zona de brote en las semanas epidemiológicas 01 a 09 y semana 13, en zona de alarma en las semanas 10 a 12 y 14 a 18 (ver gráfica 82).



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

Con referencia a la situación epidemiológica por departamento de procedencia, 10 entidades territoriales se ubican en situación de brote, 15 entidades en situación de alarma y 12 en situación de éxito y seguridad durante las últimas dos semanas epidemiológicas (ver tabla 96).

Tabla 96
Comportamiento epidemiológico de dengue,
Colombia, semanas epidemiológicas 21-22, 2016

Entidades en situación de éxito y seguridad	Entidades en situación de alarma	Entidades en situación de brote
Sucre	Amazonas	San Andrés
Meta	Norte Santander	Nariño
Cesar	Magdalena	Choco
Casanare	Quindío	Bolívar
Santa Marta	Cartagena	Putumayo
Huila	Arauca	Guaviare
Córdoba	Santander	Quíndio
Caquetá	Barranquilla	Cundinamarca
Guajira	Vaupés	Boyacá
Atlántico	Vichada	Antioquia

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

La hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue del 59,5 %; Bogotá, Atlántico, Guainía, Vichada y San Andrés, Providencia y Santa Catalina, registran menos del 50,0 % de hospitalización de los casos de dengue con signos de alarma; para los casos de dengue grave, la hospitalización fue del 88,9 %; Cundinamarca, Santander, Risaralda, La Guajira, Antioquia, Caquetá, Arauca, Magdalena, Vichada, Cauca, Atlántico, Putumayo y Buenaventura registran menos del 90 % de los casos de dengue grave hospitalizados.

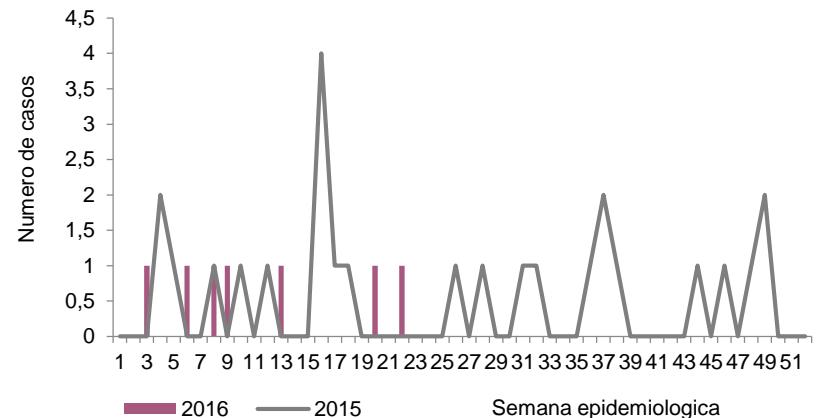
Hasta la semana epidemiológica 22, se han notificado 176 muertes probables por dengue, se han descartado 11; quedando 165 muertes (151 probables y 14 confirmadas). Las muertes confirmadas corresponden a casos procedentes de Valle del Cauca (seis), Meta (dos), Boyacá (una), Tolima (una), Caquetá (una), Norte de Santander (una), Casanare (una) y Cesar (una). De los 151 casos en estudio, 23,8 % procede de Valle del Cauca, 13,2 % proceden de Tolima, 7,9 % proceden de Cundinamarca y Antioquia, respectivamente, 7,3% proceden de Meta, 5,3 % proceden de Huila y 4,6 % proceden de Córdoba; estos departamentos registran del 70,2 % de las muertes en estudio.

Fiebre amarilla

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificó al Sivigila un caso probable de fiebre amarilla, de esta semana; en la semana epidemiológica 22 de 2015 no se notificaron casos. A la fecha han ingresado al Sivigila siete casos; uno confirmado y seis probables, que se encuentran en estudio para su clasificación final (ver gráfica 83).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

Gráfica 83
Casos probables notificados de fiebre amarilla,
Colombia, semana epidemiológica 01 - 22, 2015-2016



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

El 57,2 % de los casos notificados de fiebre amarilla proceden de las entidades territoriales de Córdoba y Meta, el 14,3 % corresponde a casos confirmados (ver tabla 97).

Tabla 97

Casos de fiebre amarilla por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2016

Entidad Territorial	Probables	Confirmados	Total	%
Córdoba	2	0	2	28,6
Meta	1	1	2	28,6
Atlántico	1	0	1	14,3
Guainía	1	0	1	14,3
Vaupés	1	0	1	14,3
Total	6	1	7	100

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

Las entidades territoriales que notificaron los casos de fiebre amarilla fueron; Atlántico, Bogotá, Córdoba, Meta y Vaupés; Los casos notificados como probables tienen reporte de laboratorio para fiebre amarilla negativos; no se han descartado debido a que no se ha recibido la documentación pertinente para hacer las unidades de análisis (historia clínica completa, otros resultados de laboratorio, investigación epidemiológica de campo) por parte de las entidades territoriales.

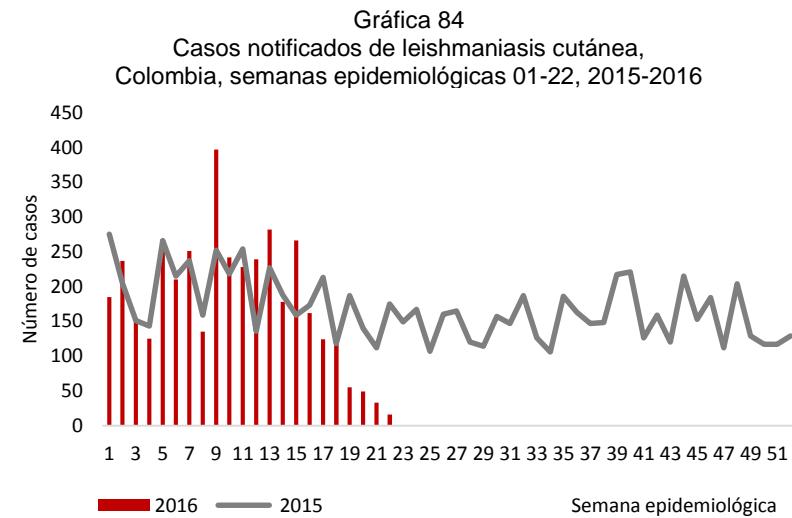
Los casos notificados, se registraron en el sexo masculino, se registraron dos casos (28,6 %) en el régimen de excepción, subsidiado y contributivo respectivamente y un caso sin afiliación al sistema general de salud; el 49,9 % se registraron como procedentes de la cabecera municipal, el 28,6 % de los casos se registró en el grupo de 65 y más años. Por pertenencia étnica, se notificaron dos casos en indígenas. Hasta la semana 22 de 2016 se registró una muerte por fiebre amarilla.

El caso confirmado corresponde a un paciente de condición final fallecido, de sexo masculino, 29 años de edad, procedente del municipio de La Macarena-Meta, régimen de excepción, perteneciente al grupo otros y de pertenencia étnica otros. El caso se confirma por clínica, epidemiología, pruebas positivas virológicas (IgM) e inmunohistoquímica.

• *Leishmaniasis*

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron al Sivigila 295 casos de leishmaniasis, 17 casos de esta semana y 278 de semanas anteriores notificados de manera tardía. En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 175 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 4 009 casos de leishmaniasis; 3 948 casos confirmados de leishmaniasis cutánea; 39 casos confirmados de leishmaniasis mucosa; 22 casos de leishmaniasis visceral (10 probables y 12 confirmados) (ver gráfica 84).

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.



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

Por procedencia, Tolima, Antioquia, Norte de Santander, Santander, Meta, Chocó, Risaralda, Bolívar, Cundinamarca, Caquetá, Nariño y Guaviare, han notificado el 90,5 % de los casos (ver tabla 98).

Tabla 98
Casos notificados de leishmaniasis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Casos L. cutánea	%	Casos L. mucosa	%	Casos L. visceral	%	Total	%
Tolima	1 170	29,6	1	2,5	1	4,5	1 172	29,2
Antioquia	732	18,5	4	10,3	0	0	736	18,4
Norte Santander	343	8,7	0	0	0	0	343	8,6
Santander	255	6,5	0	0	1	4,5	256	6,4
Meta	212	5,4	11	28,1	0	0	223	5,6
Chocó	185	4,7	4	10,3	0	0	189	4,7
Risaralda	160	4,1	0	0	0	0	160	4,0
Bolívar	118	3,0	0	0	13	59,2	131	3,3
Cundinamarca	115	2,9	4	10,3	0	0	119	3,0
Caquetá	105	2,7	3	7,7	0	0	108	2,7
Nariño	100	2,4	1	2,6	0	0	101	2,5
Guaviare	84	2,1	5	12,8	0	0	89	2,2
Caldas	74	1,8	2	5,1	0	0	76	1,9
Boyacá	59	1,4	3	7,7	0	0	62	1,5
Putumayo	55	1,3	0	0	0	0	55	1,4
Córdoba	46	1,1	0	0	3	13,6	49	1,2
Valle del Cauca	27	0,7	1	2,6	0	0	28	0,6
Cauca	17	0,4	0	0	0	0	17	0,4
Buenaventura	15	0,4	0	0	0	0	15	0,4
Guainía	14	0,4	0	0	0	0	14	0,3
Cesar	10	0,3	0	0	0	0	10	0,2
Desconocido	8	0,2	0	0	0	0	8	0,2
Huila	6	0,2	0	0	2	9,1	8	0,2
Sucre	6	0,2	0	0	2	9,1	8	0,2
Vichada	8	0,2	0	0	0	0	8	0,2
Vaupés	8	0,2	0	0	0	0	8	0,2
Santa Marta	4	0,1	0	0	0	0	4	0,1
Casanare	4	0,1	0	0	0	0	4	0,1
Amazonas	3	0,1	0	0	0	0	3	0,1
Cartagena	2	0,1	0	0	0	0	2	0,1
Arauca	2	0,1	0	0	0	0	2	0,1
Exterior	1	0,1	0	0	0	0	1	0,1
Total	3 948	100	39	100	22	100	4 009	100

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

Se registraron casos en 319 municipios y tres distritos (Buenaventura, Santa Marta y Cartagena); Rovira (Tolima) con el 10,7 %, Chaparral (Tolima) con el 5,6 %, Rioblanco (Tolima) con el 5,2 %, Ortega (Tolima) con el 4,7 %, Pueblo Rico (Risaralda) con el 3,9 %, La Macarena (Meta) con el 3,0 %, Anorí (Antioquía) con el 1,8 %, Arboledas (Norte de Santander) con el 1,7 %, Taraza (Antioquia) con el 1,6 %, Valdivia (Antioquia) con el 1,6 %, Santa

Rosa del Sur (Bolívar) con el 1,4 %, Chinacota (Norte de Santander) con el 1,4 % y San José del Guaviare (Guaviare) con el 1,3 %, han notificado el 44,0 % de los casos.

Para leishmaniasis cutánea el 73,1 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 26,6 % de los casos pertenecen al régimen excepción y el 59,3 % al régimen subsidiado; el 19,5 % de los casos se registraron en pacientes entre 20 y 24 años. El 3,8 % de los casos se han notificado en etnia indígena y el 3,2 % en afrocolombianos, el 83,0 % de los casos de leishmaniasis visceral se presentaron en menores de cinco años, el 72,7 % registrado en el sexo masculino y 86,4 % refieren afiliación al régimen subsidiado (ver tabla 99).

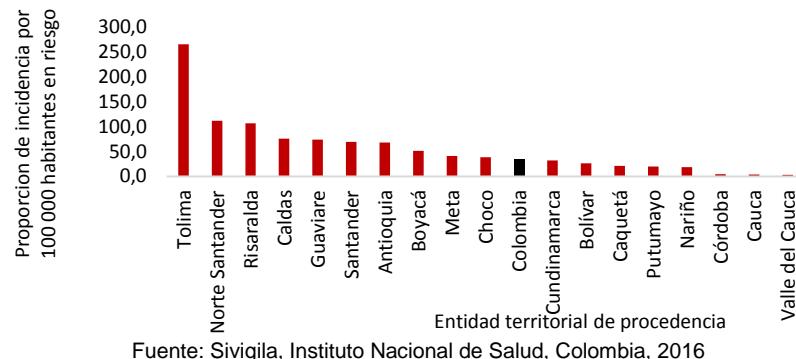
Tabla 99
Comportamiento demográfico y social de los casos de leishmaniasis cutánea, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos L. cutánea	%	Casos L. mucosa	%	Casos L. visceral	%
Sexo	Femenino	1 062	26,9	8	20,5	6	27,3
	Masculino	2 886	73,1	31	79,5	16	72,7
Tipo de régimen	Contributivo	222	5,6	6	15,4	3	13,6
	Especial	37	0,9	0	0	0	0
Pertenencia étnica	No afiliado	257	6,5	1	2,6	0	0
	Excepción	1 050	26,6	9	23,1	0	0
Grupos de edad	Subsidiado	2 340	59,3	22	56,3	19	86,4
	Indeterminado	42	1,1	1	2,6	0	0
Pertenencia étnica	Indígena	149	3,8	0	0	2	9,1
	ROM/gitano	5	0,1	0	0	0	0
Pertenencia étnica	Raizal	2	0,1	0	0	0	0
	Palenquero	0	0	0	0	0	0
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	125	3,3	3	7,7	0	0
	Otros	3 667	92,7	36	92,3	20	90,9
Menores de un año	Menores de un año	16	0,4	0	0	4	18,3
	1 a 4 años	186	4,7	0	0	14	63,7
Grupos de edad	5 a 9 años	292	7,4	2	5,1	1	4,5
	10 a 14 años	352	8,9	0	0	0	0
Grupos de edad	15 a 19 años	518	13,1	1	2,6	1	4,5
	20 a 24 años	768	19,5	8	20,5	0	0
Grupos de edad	25 a 29 años	479	12,1	0	0	0	0
	30 a 34 años	283	7,2	1	2,6	0	0
Grupos de edad	35 a 39 años	211	5,3	5	12,8	0	0
	40 a 44 años	166	4,2	5	12,8	1	4,5
Grupos de edad	45 a 49 años	151	3,8	4	10,3	0	0
	50 a 54 años	152	3,9	2	5,1	0	0
Grupos de edad	55 a 59 años	113	2,9	2	5,1	0	0
	60 a 64 años	99	2,5	1	2,6	0	0
Grupos de edad	65 y más años	162	4,1	8	20,5	1	4,5

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

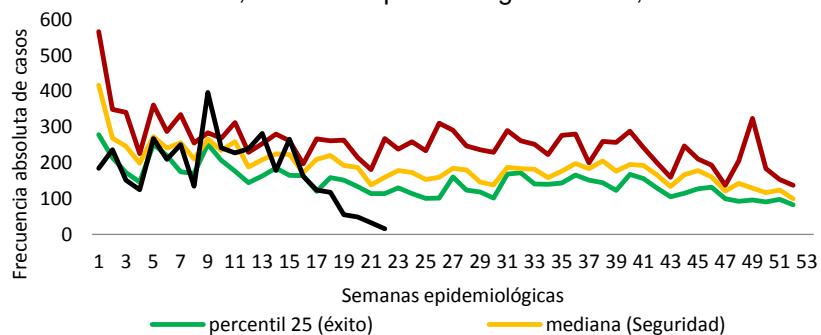
La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis cutánea en Colombia es de 37,7 casos por 100 000 habitantes en riesgo (población del área rural). Las entidades territoriales con la mayor frecuencia registrada son Tolima, Norte de Santander, Risaralda, Guaviare, Caldas, Santander y Antioquia, con más de 70 casos por 100 000 habitantes en riesgo (ver gráfica 85).

Gráfica 85
Leishmaniasis cutánea notificada por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado en zona de brote en las semanas epidemiológicas 09, 12, 13 y 15, se ubicó en zona de alarma en la semana 10 de 1016 (ver gráfica 86).

Gráfica 86
Canal endémico de leishmaniasis cutánea, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

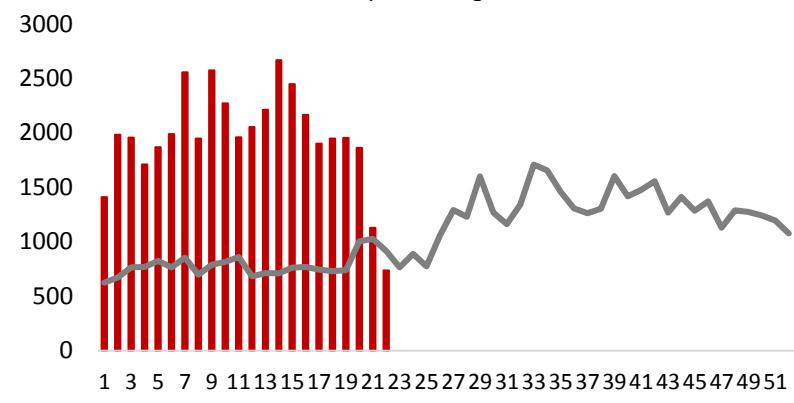


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

- **Malaria**

En la semana epidemiológica 22 de 2016, se notificaron 1749 casos, 737 de esta semana y 1 012 de semanas anteriores; en la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 915 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 43 299 casos de malaria, 42 480 casos de malaria no complicada y 819 casos de malaria complicada. Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver gráfica 87).

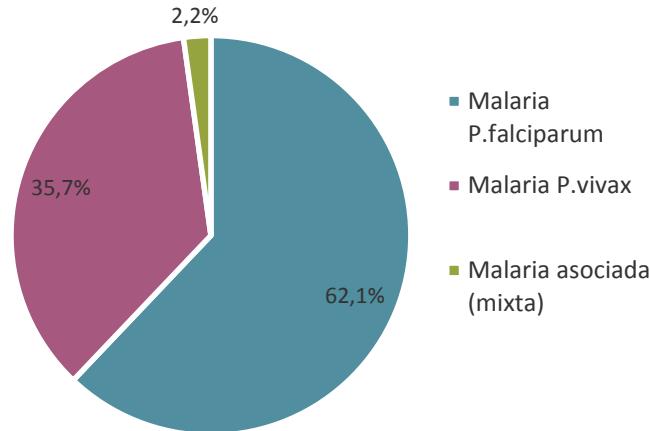
Gráfica 87
Casos notificados de malaria, Colombia, semana epidemiológica 01- 22, 2016



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

Por especies parasitarias circulantes en el país, hay predominio de infección por *P. falciparum* con 26 879 casos (el 62,1%), seguido por *P. vivax* con 15 459 casos (el 35,7%) y 961 casos (el 2,2%) corresponden a infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (ver gráfica 88).

Gráfica 88
Casos notificados de malaria por especie parasitaria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó, Nariño, Antioquia, Buenaventura, Guainía y Cauca registraron el 91,7% de los casos de malaria no complicada; Chocó registra el 65,4% de todos los casos. Bogotá, Huila, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, no han notificado casos de malaria no complicada procedentes de estos territorios hasta la semana epidemiológica 21 (ver tabla 100).

Tabla 100
Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia, Colombia semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad territorial	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. malarie</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	%
Choco	725	18 523	0	8 517	27 765	65,4
Nariño	9	4 303	0	165	4 477	10,5
Antioquia	22	1 394	0	2 271	3 687	8,7
Buenaventura	17	719	0	554	1 290	3,0
Guainía	13	44	0	896	953	2,2
Cauca	3	737	0	32	772	1,8
Amazonas	12	130	0	513	655	1,5
Córdoba	7	82	0	453	542	1,3
Risaralda	2	94	0	431	527	1,2
Bolívar	42	85	0	372	499	1,2
Vichada	46	78	0	214	338	0,8
Valle del cauca	6	145	0	106	257	0,6
Guaviare	1	57	0	161	219	0,5
Putumayo	0	5	0	28	33	0,1
Vaupés	1	0	0	30	31	0,1
Norte Santander	0	2	0	23	25	0,1
Quindío	2	6	0	12	20	0,0004
Santander	2	4	0	10	16	0,0003
Meta	0	2	0	13	15	0,0003
Caldas	0	1	0	14	15	0,0003
Sucre	0	2	0	9	11	0,0002
Cundinamarca	1	4	0	6	11	0,0002
Cesar	2	0	0	6	8	0,0001
Caquetá	0	5	0	3	8	0,0001
Magdalena	0	0	0	6	6	0,0001
Atlántico	1	2	0	2	5	0,0001
Guajira	0	1	0	4	5	0,0001
Arauca	0	1	0	4	5	0,0001
Cartagena	0	0	0	4	4	0,0001
Casanare	0	1	0	3	4	0,0001
Barranquilla	0	2	0	1	3	0,0001
Santa Marta	0	0	0	2	2	0,0001
Boyacá	0	0	0	1	1	0,0001
Exterior	7	48	0	204	259	0,6
Desconocido	0	4	0	8	12	0,0002
Total	921	26 481	0	15 078	42 480	100

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

Por procedencia, notificaron casos de 318 municipios, 29 departamentos y cuatro distritos (Cartagena, Buenaventura, Santa Marta y Barranquilla); Quibdó, Alto Baudó, Lloró, Bajo Baudó, Bagadó, Tadó, Tumaco, Bojayá, Barbacoas, Rio Quito y Medio Baudó, aportaron el 52,2% de la notificación (ver tabla 101).

Tabla 101
Casos notificados de malaria no complicada por municipio de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. malariae</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	%
Quibdó	300	6 022	0	2 267	8 589	19,8
Alto Baudó	37	1 013	0	923	1 973	4,6
Lloró	117	1 130	0	545	1 792	4,1
Bajo Baudó	4	1 211	0	476	1 691	3,9
Bagadó	19	656	0	883	1 558	3,6
Tadó	4	1 000	0	518	1 522	3,5
Tumaco	3	1 421	0	36	1 460	3,4
Bojaya	19	768	0	277	1 064	2,5
Barbacoas	0	928	0	82	1 010	2,3
Rioquito	4	869		101	974	2,2
Medio Baudó	48	598	0	316	962	2,2
Otros municipios	366	10 865	0	8 654	19 885	47,8
Total	921	26 481	0	15 078	42 480	100

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

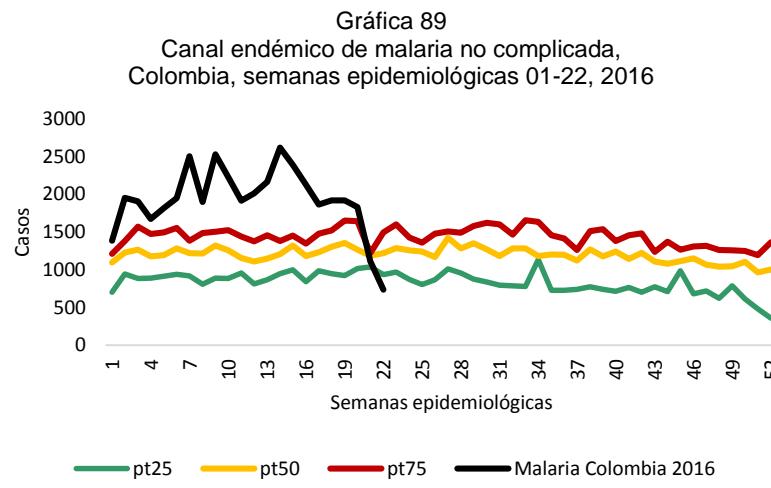
El 56,4% de los casos de malaria no complicada se registró en el sexo masculino; el 13,3 % de los casos se registraron en el grupo de edad de 10 a 14 años, Por pertenencia étnica se notificaron 24 732 (el 58,2%) en afrocolombianos y 11 012 (el 25,8%) en indígenas; por procedencia el 35,8 % de los casos se registraron en las cabeceras municipales y el 70,9 % pertenecen al régimen subsidiado (ver tabla 102).

Tabla 102
Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria no complicada,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	18 515	43,6
	Masculino	23 965	56,4
edad	Menores de un año	424	1,0
	1 a 4 años	4 116	9,7
	5 a 9 años	5 461	12,9
	10 a 14 años	5 658	13,3
	15 a 19 años	5 137	12,1
	20 a 24 años	4 674	11,0
	25 a 29 años	3 701	8,7
	30 a 34 años	3 011	7,1
	35 a 39 años	2 459	5,8
	40 a 44 años	1 953	4,6
	45 a 49 años	1 678	4,0
	50 a 54 años	1 435	3,4
	55 a 59 años	1 131	2,7
	60 a 64 años	679	1,6
	65 y más años	963	2,3
Pertenencia étnica	Indígena	11 012	25,8
	ROM/gaitano	87	0,2
	Raizal	61	0,1
	Palanquero	30	0,7
	Afrocolombiano	24 732	58,2
	Otros	6 558	15,0
Área de procedencia	Cabecera municipal	15 188	35,8
	Centro Poblado	13 674	32,1
	Rural disperso	13 618	32,1
Tipo de régimen	Contributivo	2 396	5,6
	Especial	1 023	2,4
	Sin afiliación	8 074	19,0
	Excepción	502	1,2
	Subsidiado	30 152	70,9
	Indeterminado	333	0,9

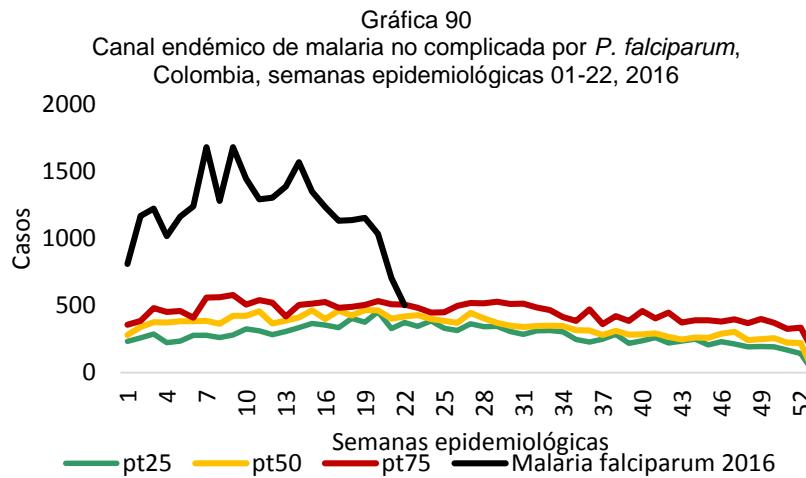
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El canal endémico de malaria no complicada se ubicó en brote hasta la semana epidemiológica 21 (ver gráfica 89).



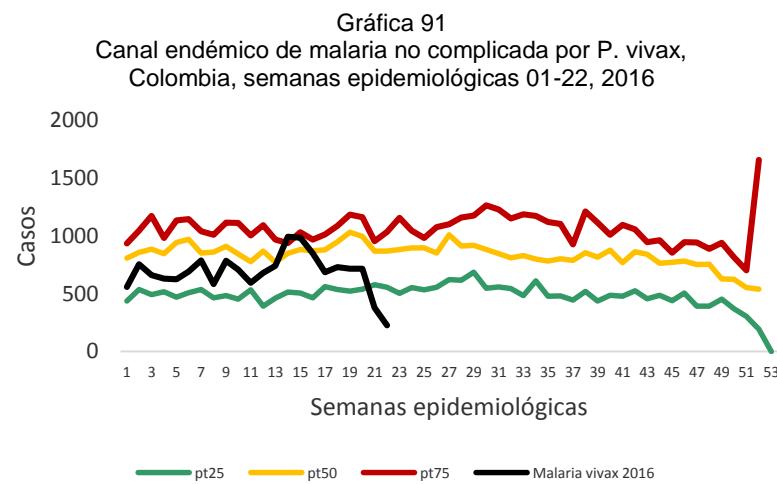
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El canal endémico de malaria por *P. falciparum*, se ubicó en zona de brote hasta la semana epidemiológica 21 (ver gráfica 90).



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

El canal endémico de malaria por *P. vivax* se ubica en zona de seguridad hasta la semana epidemiológica 20, con excepción de la semana epidemiológica 14 que se ubicó en brote y la semana epidemiológica 15 que se ubicó en zona de alarma (ver gráfica 91).



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

El riesgo epidemiológico de malaria hasta la semana epidemiológica 22 de 2016 fue de 3,9 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (población del área rural), con predominio de infección por *P. falciparum* con un IFA de 2,5 casos por cada 1000 habitantes en riesgo; se registran 46 municipios en alto riesgo (IPA mayor a 10 casos por 1000 habitantes); Vigía del Fuerte en el departamento de Antioquia y Bagadó en el departamento de Chocó presentan los IPA más alto (ver tabla 103).

Tabla 103
Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Municipio	IPA	IVA	IFA
Vigía del Fuerte	248,1	65,5	182,0
Bagadó	194,3	110,1	81,8
Lloró	158,8	48,2	100,1
Río Quito	107,4	11,1	95,8
Bojaya	105,2	27,4	75,9
Bajo Baudó	96,5	27,1	69,1
El Cantón del San Pablo	94,3	18,7	74,9
Tadó	80,19	27,2	52,6
Quibdó	74,1	19,5	51,9
Medio Baudó	69,9	22,9	43,4
Nóvita	65,2	20,1	44,4
Nuquí	56,6	20,0	32,9
Bahía Solano	55,8	15,7	37,9
Alto Baudó	52,3	24,4	26,8
Atrato	51,7	10,2	40,0
Pueblo Rico	50,3	41,4	8,8
Vigía del Fuerte	248,1	65,5	182,0
Bagadó	194,3	110,1	81,8

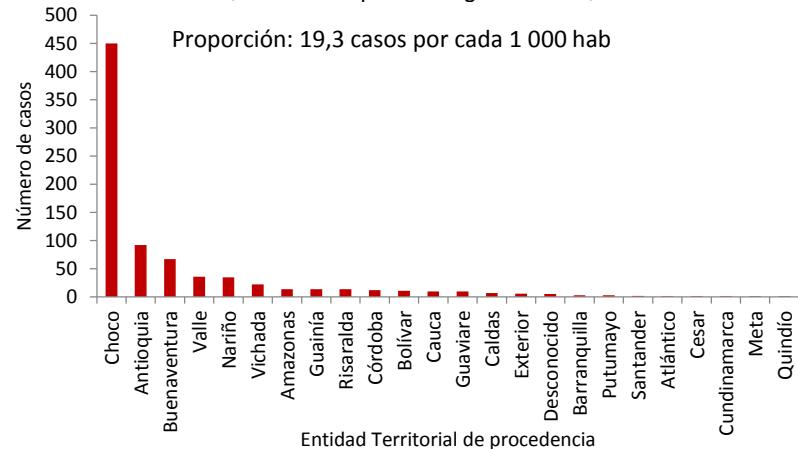
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

IPA: Número de casos/población a riesgo (área rural)* 1 000

Malaria Complicada

Se notificaron 819 casos de malaria complicada procedentes de 24 entidades territoriales y 134 municipios; para una proporción de casos de malaria complicada de 18,9%; el 54,9% de los casos se registraron en Chocó; Quibdó registra el 26,4% del total de los casos de malaria complicada del país (ver gráfica 92).

Gráfica 92
Casos notificados de malaria complicada por departamento de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2016

El 52,9% de los casos de malaria complicada se registró en el sexo masculino; el 15,5% de los casos se registró en el grupo de edad de 20 a 24 años; por pertenencia étnica, 318 casos (el 38,8%) se notificaron en otros grupos poblacionales y 285 casos (el 34,8%) se notificaron en afrocolombianos; por procedencia, el 59,0% de los casos se registró en las cabeceras municipales y el 62,0 % pertenecen al régimen subsidiado (ver tabla 104).

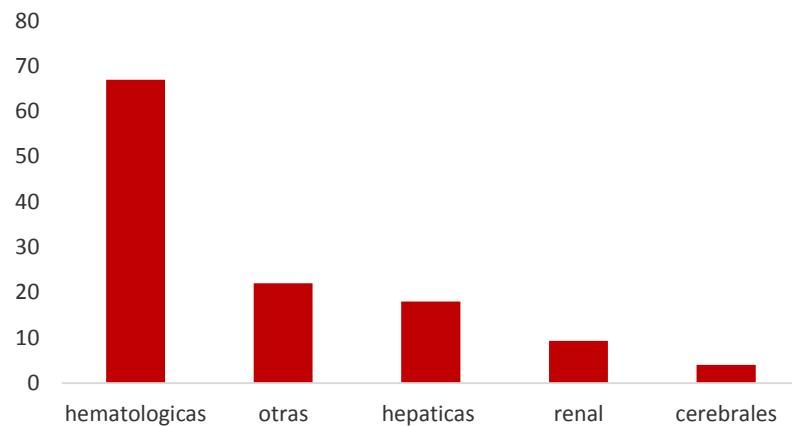
Tabla 104
Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria Complicada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

variable	Categoría	Casos de malaria complicada	%
Sexo	Femenino	386	47,1
	Masculino	433	52,9
Grupos de edad	Menor de un año	34	4,2
	1 a 4 años	91	11,1
	5 a 9 años	53	6,5
	10 a 14 años	81	9,9
	15 a 19 años	93	11,4
	20 a 24 años	127	15,5
	25 a 29 años	96	11,7
	30 a 34 años	46	5,6
	35 a 39 años	49	6,0
	40 a 44 años	31	3,8
	45 a 49 años	34	4,1
	50 a 54 años	22	2,6
	55 a 59 años	17	2,1
	60 a 64 años	15	1,8
	65 y más años	30	3,7
Pertenencia étnica	Indígena	214	26,1
	ROM/gitano	2	0,3
	Raizal	0	0
	Palanquero	0	0
	Afrocolombiano	285	34,8
Área de procedencia	Otros	318	38,8
	Cabecera municipal	484	59,0
	Centro Poblado	136	16,7
Régimen de afiliación	Rural disperso	199	24,3
	Contributivo	132	16,0
	Especial	50	6,0
	Sin afiliación	94	11,5
	Excepción	29	3,6
	Subsidiado	507	62,0
	Indeterminado	7	0,9

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

De los 819 casos de malaria complicada, 552 casos (el 67,3%) presentaron complicaciones hematológicas, 187 casos (el 22,8 %) otras complicaciones (ver gráfica 93).

Gráfica 93
Complicaciones notificadas en los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016



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

*Casos registrados como procedentes del exterior

Hasta la semana epidemiológica 22 del año en curso se han notificado 265 casos procedentes del exterior (el 0,6% de la notificación); 259 casos son de malaria no complicada y seis casos de malaria complicada; 210 casos se han registrado con infección por *P. vivax* (el 79,2%), 48 casos con infección por *P. falciparum* (el 18,1%) y siete casos con infección mixta (el 2,6%). Guainía ha notificado el mayor número de casos procedentes del exterior (ver tabla 105).

Tabla 105
Casos notificados de malaria procedentes del exterior,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Entidad Territorial Notificador	casos	País de Procedencia	Entidad Territorial de residencia	Municipio de Residencia
Amazonas	4	Brasil	Brasil	Brasil
	21	Perú	Perú	Perú
Antioquia	1	Venezuela	Antioquia	Apartadó
	1			Yarumal
Arauca	1	Venezuela	Arauca	Saravena
	1			Arauquita
	1	Venezuela	Venezuela	Venezuela
Guainía	159	Venezuela	Guainía	Inírida
	1	Venezuela	Brasil	Brasil
	1	Brasil	Brasil	Brasil
	25	Venezuela	Venezuela	Venezuela
	2	Venezuela	Desconocido	Desconocido
				Mpio
	1	Venezuela	Vichada	Desconocido
	1	Venezuela	Vichada	Cumaribo
	4	Ecuador	Ecuador	Ecuador
				Puerto
Putumayo	3	Perú	Putumayo	Leguizamo
	3	Perú	Perú	Perú
	1	Exterior	Caquetá	Florencia
Cesar	2	Venezuela	Cesar	Valledupar
	1	Venezuela		Chimichagua
Chocó	1	Desconocido	Chocó	Quibdó
Cundinamarca	1	Exterior	Cundinamarca	Mosquera
	2	Venezuela	Bogotá	Bogotá
Bogotá	1	Exterior	Bogotá	Bogotá
	1	Exterior	Tolima	Mariquita
Norte de Santander	8	Venezuela	Norte de Santander	Cúcuta
	1	Venezuela	Desconocido	Desconocido
	1	Venezuela	Norte de Santander	Los Patios
Santander	1	Venezuela	Norte de Santander	Villa del Rosario
	1	Venezuela	Santander	Contratación
Vichada	4	Venezuela	Venezuela	Bucaramanga
	1	Venezuela	Valle del Cauca	Cali
	1	Desconocido	Valle del Cauca	Cali
Valle del Cauca	1	Desconocido	Cauca	Puerto Tejada
	1	Exterior	Valle del Cauca	Caicedona
	1	Venezuela	Bolívar	Magangué
Bolívar	1	Venezuela	Ecuador	Desconocido
Nariño	1	Ecuador		
Guajira	1	Venezuela	Guajira	Uribia
Huila	1	Venezuela	Venezuela	Desconocido
Tota	265			

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

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2016 se han notificado 24 muertes probables por malaria, de las cuales tres se han confirmado como muerte por malaria; tres muertes se han clasificado como caso compatible de muerte por malaria, quedando 18 casos en estudio.

Por procedencia, el 79,1% de las muertes las registró el departamento del Chocó (19), con cinco muertes en el municipio de Lloró; Amazonas notificó dos casos, uno de Puerto Nariño y uno de Brasil; Cauca, Nariño y Risaralda han registrado un caso cada uno; (ver tabla 106).

Tabla 106
Muertes en casos con malaria por municipio de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Departamento	Municipio	Muertes
Chocó	* Choco. Mpio desconocido	2
	Bagadó	2
	Bojaya	1
	Carmen del Darién	1
	Itsmina	2
	Litoral del bajo san juan	1
	Lloro	5
	Quibdó	3
	Rioquito	1
	Tadó	1
	Tumaco	1
Brasil	Brasil	1
Risaralda	Pueblo rico	1
Amazonas	Puerto Nariño	1
Cauca	Caloto	1
	Total	24

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

*El caso procedente de Brasil lo notificó el departamento de Amazonas.

Por grupo de edad el 20,8 % de las muertes se registraron en el grupo menor de un año; de los cuales cuatro eran procedentes del Chocó (Quibdó, Bojayá, Itsmina y Lloró registran una muerte cada uno) y una muerte procedente de Pueblo Rico-Risaralda (ver tabla 107).

Tabla 107
Muertes en casos con malaria por grupo de edad,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016

Grupo de edad	Muertes	%
Menores de un año	5	20,8
1 a 4 años	4	16,6
5 a 9 años	0	0
5 a 10 años	0	0
10 a 14 años	0	0
15 a 19 años	2	8,3
20 a 24 años	3	12,5
25 a 29 años	2	8,3
30 a 34 años	2	8,3
35 a 39 años	1	4,1
40 a 44 años	2	8,3
45 a 49 años	0	0
50 a 54 años	0	0
55 a 59 años	0	0
60 y mas	3	12,5
Total	24	100

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

• Enfermedad por virus zika

A partir de la declaración de la fase epidémica de la enfermedad por virus Zika en el país (semana epidemiológica 40 de 2015) hasta la semana epidemiológica 22 de 2016, se han notificado 8221 casos confirmados y 82935 sospechosos por clínica, de los cuales 79472 proceden de 493 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio y 3463 proceden de 267 municipios donde no se han confirmado casos.

En la semana epidemiológica 22 de 2016 se registraron 2211 casos, 984 de esta semana y 1227 de semanas epidemiológicas anteriores notificados de manera tardía. Se reportaron 639 casos nuevos confirmados y 1 572 sospechosos (de municipios con y sin casos confirmados por laboratorio); sumando los casos

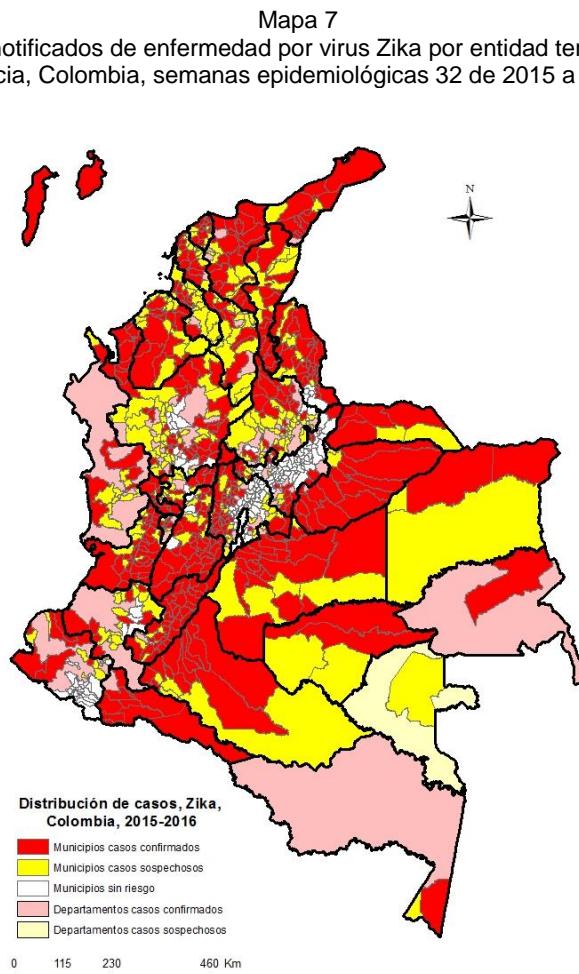
confirmados y sospechosos, los departamentos que concentran el 56,23 % del total de los casos notificados son Valle del Cauca, Norte Santander, Santander, Tolima y Huila (ver tabla 108).

Tabla 108
Casos notificados de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 22 de 2016

Entidad territorial de procedencia	Confirmados	%	Sospechosos por clínica	%	Sospechosos de municipios sin confirmación diagnóstica	%	Total
Valle	783	9,52	19 555	24,61	234	6,76	20 572
Norte Santander	1 494	18,17	8 267	10,4	68	1,96	9 829
Santander	404	4,91	6 873	8,65	334	9,64	7 611
Tolima	802	9,76	5 597	7,04	233	6,73	6 632
Huila	871	10,59	5 653	7,11	91	2,63	6 615
Cundinamarca	315	3,83	4 438	5,58	303	8,75	5 056
Barranquilla	230	2,8	4 177	5,26	0	0	4 407
Meta	498	6,06	2 892	3,64	58	1,67	3 448
Córdoba	246	2,99	2 391	3,01	533	15,39	3 170
Casanare	249	3,03	2 727	3,43	19	0,55	2 995
Antioquia	329	4	1 658	2,09	238	6,87	2 225
Atlántico	119	1,45	1 794	2,26	95	2,74	2 008
Santa Marta	151	1,84	1 744	2,19	0	0	1 895
Sucre	106	1,29	1 269	1,6	203	5,86	1 578
Arauca	165	2,01	1 345	1,69	47	1,36	1 557
Cesar	235	2,86	1 140	1,43	99	2,86	1 474
Magdalena	140	1,7	928	1,17	161	4,65	1 229
Risaralda	120	1,46	1 023	1,29	2	0,06	1 145
San Andrés	65	0,79	1 034	1,3	15	0,43	1 114
Caquetá	124	1,51	960	1,21	25	0,72	1 109
Cartagena	95	1,16	882	1,11	0	0	977
Bolívar	136	1,65	575	0,72	144	4,16	855
Guajira	93	1,13	500	0,63	105	3,03	698
Putumayo	94	1,14	379	0,48	6	0,17	479
Buenaventura	4	0,05	436	0,55	0	0	440
Quindío	23	0,28	303	0,38	11	0,32	337
Amazonas	27	0,33	252	0,32	38	1,1	317
Boyacá	78	0,95	201	0,25	26	0,75	305
Caldas	69	0,84	143	0,18	33	0,95	245
Cauca	29	0,35	127	0,16	71	2,05	227
Guaviare	11	0,13	152	0,19	19	0,55	182
Desconocido	52	0,63	0	0	86	2,48	138
Exterior	33	0,4	0	0	75	2,17	108
Nariño	19	0,23	20	0,03	21	0,61	60
Vichada	5	0,06	18	0,02	29	0,84	52
Choco	5	0,06	8	0,01	30	0,87	43
Guainía	2	0,02	11	0,01	0	0	13
Vaupés	0	0	0	0	11	0,32	11
Total general	8 221	9,02	79 472	87,18	3 463	3,8	91 156

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

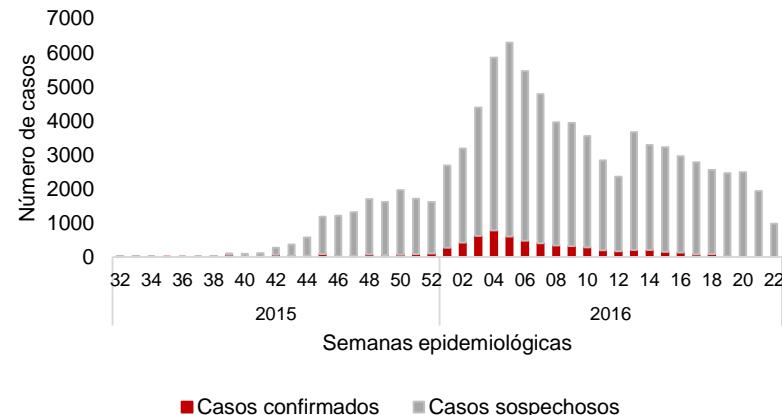
Se ha confirmado la circulación del virus en 493 municipios del territorio nacional; Antioquia es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados por laboratorio (47 municipios). Se han notificado casos sospechosos de enfermedad por virus Zika en 267 municipios, sumando un total de 760 municipios con casos reportados entre confirmados y sospechosos (ver mapa 7).



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

La curva de notificación presenta disminución de la notificación de los casos desde la semana epidemiológica 06 de 2016 con un discreto aumento en la semana epidemiológica 13 de 2016. El mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia se presentó en la semana epidemiológica 05 del año 2016 (6 294 casos). El promedio de notificación de las últimas cinco semanas fue de 2 090 casos/semana (ver gráfica 94).

Gráfica 94
Casos confirmados y sospechosos de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 22 de 2016



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016
** Las distribuciones se realizaron con un n = 89 752 correspondiente a los registros notificados en el Sivigila.

El 66,30 % de los casos confirmados y sospechosos de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo femenino; el 62,56 % pertenecen al régimen contributivo; el 13,99 % corresponden al grupo de edad entre los 25 a 29 años, el 2,58 % se registró en menores de un año y el 3,33 % en adultos de 65 y más años. Por pertenencia étnica se ha notificado el 0,69 % en indígenas y el 1,87 % en afrocolombianos (ver tabla 109).

Tabla 109
Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 22 de 2016

Variable	Categoría	Casos de Zika	%
Sexo	Femenino	59 505	66,30
	Masculino	30 247	33,70
Tipo de régimen	Contributivo	56 146	62,56
	Especial	3 844	4,28
	Indeterminado	415	0,46
	No afiliado	1 509	1,68
	Excepción	3 808	4,24
	Subsidiado	24 030	26,77
Pertenencia étnica	Indígena	623	0,69
	ROM/Gitano	362	0,40
	Raizal	292	0,33
	Palenquero	24	0,03
	Afrocolombiano	1 682	1,87
	Otros	86 769	96,68
Grupos de edad	Menores de un año	2 316	2,58
	1 a 4 años	3 741	4,17
	5 a 9 años	3 838	4,28
	10 a 14 años	4 413	4,92
	15 a 19 años	7 170	7,99
	20 a 24 años	11 695	13,03
	25 a 29 años	12 560	13,99
	30 a 34 años	11 027	12,29
	35 a 39 años	8 360	9,31
	40 a 44 años	6 034	6,72
	45 a 49 años	5 362	5,97
	50 a 54 años	4 668	5,20
	55 a 59 años	3 383	3,77
	60 a 64 años	2 196	2,45
	65 y más años	2 989	3,33

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

** Las distribuciones se realizaron con un n = 89 752 correspondiente a los registros notificados en el Sivigila.

Gestantes con diagnóstico de enfermedad por virus Zika

Desde el inicio de la fase epidémica de la enfermedad hasta la semana epidemiológica 22 del año 2016, se han confirmado 5 420 casos en mujeres embarazadas y se han notificado 10 903 casos sospechosos en gestantes que refieren haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, de los cuales 10 436 casos proceden de municipios donde se

confirmó circulación del virus Zika (sospechosos por clínica) y 467 casos de municipios donde no se han confirmado casos.

La entidad territorial que ha notificado la mayor proporción de casos es el departamento de Norte Santander con el 15,78% (2 576 gestantes) (ver tabla 110).

Tabla 110
Casos notificados de enfermedad por virus Zika en gestantes por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 22 de 2016

Entidad territorial de residencia	Confirmados	%	Sospechosos por clínica	%	Sospechosos de municipios sin confirmación diagnóstica	%	Total casos
Norte Santander	1 023	18,87	1 543	14,79	10	2,14	2 576
Valle	599	11,05	1 694	16,23	31	6,64	2 324
Huila	651	12,01	585	5,61	14	3	1 250
Barranquilla	161	2,97	1 061	10,17	3	0,64	1 225
Córdoba	186	3,43	697	6,68	114	24,41	997
Tolima	403	7,44	454	4,35	10	2,14	867
Santander	330	6,09	505	4,84	19	4,07	854
Meta	426	7,86	402	3,85	1	0,21	829
Atlántico	90	1,66	594	5,69	20	4,28	704
Antioquia	198	3,65	257	2,46	17	3,64	472
Cesar	186	3,43	252	2,41	18	3,85	456
Santa Marta	100	1,85	345	3,31	0	0	445
Sucre	58	1,07	309	2,96	50	10,71	417
Magdalena	86	1,59	300	2,87	13	2,78	399
Casanare	138	2,55	213	2,04	0	0	351
Bogotá	127	2,34	173	1,66	36	7,71	336
Caquetá	88	1,62	242	2,32	3	0,64	333
Cundinamarca	123	2,27	137	1,31	17	3,64	277
Arauca	117	2,16	128	1,23	1	0,21	246
Guajira	62	1,14	105	1,01	27	5,78	194
Risaralda	67	1,24	77	0,74	0	0	144
Bolívar	27	0,5	55	0,53	23	4,93	105
Putumayo	42	0,77	54	0,52	0	0	96
Cartagena	18	0,33	58	0,56	0	0	76
Cauca	19	0,35	25	0,24	11	2,36	55
Quindío	14	0,26	39	0,37	1	0,21	54
Caldas	30	0,55	20	0,19	1	0,21	51
Amazonas	3	0,06	36	0,34	1	0,21	40
Boyacá	20	0,37	15	0,14	1	0,21	36
San Andrés	2	0,04	32	0,31	0	0	34
Exterior	12	0,22	2	0,02	14	3	28
Buenaventura	5	0,09	17	0,16	0	0	22
Guaviare	2	0,04	6	0,06	1	0,21	9
Nariño	4	0,07	2	0,02	1	0,21	7
Choco	2	0,04	1	0,01	3	0,64	6
Vaupés	0	0	1	0,01	3	0,64	4
Vichada	0	0	0	0	3	0,64	3
Guainía	1	0,02	0	0	0	0	1
Total	5 420	33,2	10 436	63,93	467	2,86	16 323

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

Vigilancia intensificada de Microcefalias

Revisión a 10 de junio de 2016

Entre las semanas epidemiológicas 01 a la 22 de 2016 se han confirmado seis casos de microcefalias asociados al virus Zika, 43 casos fueron descartados y 69 casos están en estudio.

Vigilancia especial de los Síndromes Neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika

Desde el 15 de diciembre de 2015 y con corte a la semana epidemiológica 22 de 2016 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 567 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con infección por virus Zika, los cuales se encuentran en proceso de verificación.

Según entidad territorial de residencia la mayor proporción de casos la registró el departamento de Norte Santander con 82 casos (el 14,46 %) (ver tabla 111).

Tabla 111

Casos notificados de síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por entidad territorial de residencia durante la vigilancia especial,

Colombia, semanas epidemiológicas 42 de 2015 a 22 de 2016

Entidad territorial de residencia	Casos	Frecuencia (%)
Norte Santander	82	14,46
Barranquilla	70	12,35
Valle	63	11,11
Atlántico	38	6,70
Antioquia	36	6,35
Bogotá	25	4,41
Córdoba	25	4,41
Huila	25	4,41
Sucre	22	3,88
Tolima	20	3,53
Santander	18	3,17
Cesar	13	2,29
Caquetá	12	2,12
Meta	12	2,12
Arauca	11	1,94
Casanare	9	1,59
Magdalena	9	1,59
Bolívar	8	1,41
Guajira	8	1,41
Cundinamarca	7	1,23
San Andrés	7	1,23
Cartagena	6	1,06
Cauca	6	1,06
Amazonas	5	0,88
Exterior	5	0,88
Putumayo	5	0,88
Santa Marta	5	0,88
Caldas	3	0,53
Quindío	3	0,53
Risaralda	3	0,53
Nariño	2	0,35
Boyacá	1	0,18
Choco	1	0,18
Guaviare	1	0,18
Vichada	1	0,18
Total	567	100

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

El 57% (323 casos) de síndromes neurológicos notificados se registró en el sexo masculino; el 11,8% (67 casos) se presentó en el grupo de edad de 65 años y más (ver tabla 112).

Tabla 112

Casos notificados de síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por grupos de edad y sexo durante la vigilancia especial, Colombia, semanas epidemiológicas 40 de 2015 a 22 de 2016

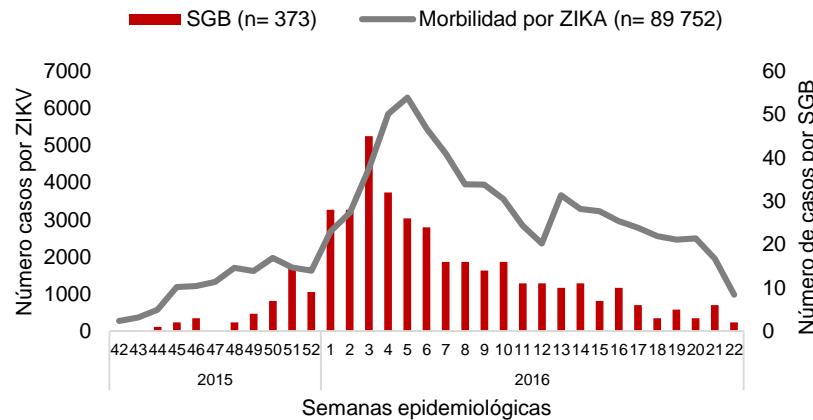
Grupo de edad	Femenino	%	Masculino	%	Total casos	%
Menores de un año	3	1,2	6	1,9	9	1,6
1 a 4 años	7	2,9	13	4,0	20	3,5
5 a 9 años	6	2,5	13	4,0	19	3,4
10 a 14 años	14	5,7	15	4,6	29	5,1
15 a 19 años	14	5,7	16	5,0	30	5,3
20 a 24 años	22	9,0	23	7,1	45	7,9
25 a 29 años	19	7,8	27	8,4	46	8,1
30 a 34 años	16	6,6	30	9,3	46	8,1
35 a 39 años	24	9,8	28	8,7	52	9,2
40 a 44 años	18	7,4	21	6,5	39	6,9
45 a 49 años	24	9,8	27	8,4	51	9,0
50 a 54 años	19	7,8	27	8,4	46	8,1
55 a 59 años	17	7,0	24	7,4	41	7,2
60 a 64 años	11	4,5	16	5,0	27	4,8
65 años y más	30	12,3	37	11,5	67	11,8
Total casos	244	43,0	323	57,0	567	100,0

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

El 65,78 % de los casos notificados bajo la vigilancia especial de síndromes neurológicos, corresponden a casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika (373 casos). Se registra una correspondencia en el comportamiento de la notificación de casos de SGB con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika y la curva de notificación de casos de morbilidad por Zika en Colombia al sumar los casos confirmados y los sospechosos (ver gráfica 95).

Gráfica 95

Casos notificados de SGB con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika durante la vigilancia especial, Colombia, semanas epidemiológicas 40 de 2015 a 22 de 2016



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

De acuerdo con lo establecido en los lineamientos de 2016, las entidades territoriales deben realizar las unidades de análisis a los casos notificados por este evento para la clasificación final del caso con un plazo máximo de cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso (ver tabla 113).

Tabla 113

Cumplimiento en unidades de análisis de muertes probables por Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 18 de 2016

Entidad territorial de notificación	Casos de muertes registrados	Unidades de análisis realizadas	Unidades de análisis pendientes
Antioquia	3	2	1
Arauca	4	3	1
Barranquilla	8	1	7
Bolívar	1	1	0
Buenaventura	2	2	0
Caldas	1	0	1
Cartagena	1	1	0
Casanare	1	0	1
Cauca	1	0	1
Cesar	1	1	0
Córdoba	2	1	1
Guaviare	1	1	0
Huila	1	1	0
Meta	2	1	1
Norte Santander	5	0	5
Putumayo	1	1	0
San Andrés y Providencia	1	1	0
Santander	1	0	1
Sucre	1	1	0
Tolima	9	6	3
Valle del Cauca	1	0	1
Total	48	24	24

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

El Laboratorio Nacional de Referencia de Virología del INS, con corte a 23 de mayo de 2016 ha recibido 20 108 muestras, 9 924 fueron procesadas y 10 184 no procesadas por no cumplir con las condiciones de envío, por no tener registrada la fecha de toma de muestra y no cumplir los lineamientos de vigilancia. Las muestras ingresadas después del 24 de mayo están en el ciclo normal de proceso establecido en 15 días hábiles para emisión de informe o resultado. El INS envía cada reporte a los Laboratorios de Salud Pública Departamentales y estos a su vez deben entregarlos a las IPS que remitieron las muestras. Considerando el número de muestras que no cumplen los criterios para ser procesadas es

indispensable revisar los lineamientos nacionales al respecto y así mejorar la eficiencia de este proceso (ver tabla 114).

Tabla 114
Relación de muestras procesadas para detección del virus zika, Colombia, a mayo 23 de 2016

Entidad territorial	Total muestras recibidas	Total muestras no procesadas por fallas en su calidad	Total muestras procesadas	Muestras pendientes
Amazonas	32	26	6	0
Antioquia	776	470	306	0
Arauca	306	136	170	0
Atlántico	1 598	1 055	543	0
Barranquilla	96	81	15	0
Bogotá	1 212	675	537	0
Bolívar	224	142	82	0
Boyacá	111	57	54	0
Caldas	205	113	92	0
Caquetá	250	110	140	0
Cartagena	31	25	6	0
Casanare	879	564	315	0
Cauca	106	66	40	0
Cesar	484	172	312	0
Chocó	17	15	2	0
Cordoba	480	204	276	0
Cundinamarca	735	490	245	0
Guainía	10	6	4	0
Guaviare	14	12	2	0
Huila	1 572	370	1 202	0
La Guajira	197	88	109	0
Magdalena	1 007	666	341	0
Meta	938	317	621	0
Nariño	77	59	18	0
Norte de Santander	3 228	1 510	1 718	0
Putumayo	163	97	66	0
Quindío	156	129	27	0
Risaralda	181	96	85	0
San Andrés	45	28	17	0
Santa Marta	2	1	1	0
Santander	1 079	581	498	0
Sucre	346	218	128	0
Tolima	1 033	202	831	0
Valle del Cauca	2 490	1 390	1 100	0
Vaupés	6	6	0	0
Vichada	22	13	9	0
Total	20 108	10 184	9 924	0

Fuente: Red Nacional de Laboratorios, Colombia, 2016

Recomendaciones para las acciones de vigilancia epidemiológica del evento

- Notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika (y de complicaciones neurológicas con posible antecedente de enfermedad por virus Zika) a través de la ficha de Sivigila con el código **895**.
- Implementación estricta del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Enfermedad por Virus Zika en Colombia (disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdirección-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Zika.pdf>)
- Consultar la Circular Externa del Instituto Nacional de Salud N° 0020 del 13 de abril de 2016, sobre los nuevos lineamientos para el fortalecimiento de la vigilancia por laboratorio del virus Zika en el territorio colombiano (disponible en <http://www.ins.gov.co/Noticias/ZIKA/CIRCULAR%20EXTERNA%200020%20DE%202016.pdf>)
- Consultar la Circular Externa del Instituto Nacional de Salud N° 0022 del 19 de abril de 2016, sobre la intensificación de la vigilancia de las enfermedades huérfanas, en especial del Síndrome de Guillain Barre (disponible en <http://www.ins.gov.co/Noticias/ZIKA/CIRCULAR%20EXTERNA%200022%20DE%202016.pdf>)
- Realizar la notificación individual e inmediata de las gestantes al Sivigila con el código **895** (morbilidad por Zika, datos complementarios).
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
- Realizar Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación).
- Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico de 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).

- Tomar muestra de suero a todas las gestantes que cumplan con la definición de caso para enfermedad por virus Zika (sospechosa o confirmada –clínica o laboratorio–), sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Tomar muestra de suero a todos los pacientes que presenten algún tipo de complicación neurológica (conforme a lo dispuesto en la Circular Externa N° 064 de 2015 del INS) (y líquido cefalorraquídeo si las condiciones médicas y el criterio del médico tratante lo permiten), el cual debe ser enviado al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública

- **Alertas internacional**

Actualización de situación mundial de fiebre amarilla.

Desde diciembre del 2015 se identificó un brote de fiebre amarilla en Luanda, Angola, confirmando el primer caso el 19 de enero por el Instituto de enfermedades en Sur África. Hasta el primero de junio de 2016, Angola ha notificado 2 893 casos sospechosos de fiebre amarilla con 325 muertes asociadas a este evento, 788 casos han sido confirmados por laboratorio.

El 22 de marzo de 2016, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo confirmó los primeros casos de fiebre amarilla procedentes de Angola. Hasta el 01 de junio, se han reportado tres casos probables y 52 casos confirmados por laboratorio, de los cuales 44 han sido importados de Angola, los restantes se encuentran bajo investigación por las autoridades de salud, para determinar transmisión autóctona del evento en su territorio. En Angola y la República Democrática del Congo los casos se han concentrado en ciudades principales, con un alto riesgo de transmisión a otras provincias y transfronterizo.

En Uganda, el Ministerio de Salud realizó la notificación de casos de fiebre amarilla en el distrito de Masaka desde el 09 de abril de 2016. Con corte al 01 de junio, se han notificado 68 casos sospechosos, de los cuales siete han sido confirmados por laboratorio. Acorde a las investigaciones de campo los casos no están relacionados epidemiológicamente con el brote en Angola.

Tres países han notificado casos confirmados de fiebre amarilla importados de Angola: República Democrática del Congo (44 casos), Kenia (dos casos) y la República de China (11 casos).

Etiopia ha notificado 22 casos sospechosos de fiebre amarilla, incluidas cinco muertes, actualmente en investigación por las autoridades sanitarias, para determinar coberturas de vacunación y posibles relaciones con los brotes de Uganda y Angola. En Santo Tome y Príncipe se han notificado dos casos sospechosos de fiebre amarilla importados de Angola.

La reunión en el marco del Comité de Emergencias realizado el 19 de mayo de 2016, la Directora General de la OMS determinó que los brotes de fiebre amarilla urbanos en Angola y República Democrática del Congo constituyen un problema serio de salud pública y requiere que los países intensifiquen las acciones para el control del brote. Sin embargo declaró que en este momento no constituye una Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional.

En Perú hasta la semana del 08 de mayo, se han notificado 43 casos sospechosos de fiebre amarilla con cuatro muertes relacionadas, se han confirmado 14 casos, la mayoría procedentes de áreas conocidas de transmisión selvática. Los casos notificados por Perú superan dos veces el total de casos anuales del 2015. Estos casos no se relacionan con el Brote de Angola.

En Brasil, se han notificado casos esporádicos de fiebre amarilla en individuos sin antecedente vacunal y que han estado expuestos en áreas endémicas con circulación viral. En marzo del 2016 se notificó un caso fatal en el estado de Sao Pablo.

La Directora General de la OMS advierte a los estados miembros, que se debe intensificar la vigilancia en salud pública, vacunación masiva, estrategias efectivas de comunicación del riesgo, empoderamiento comunitario, control vectorial y manejo adecuado de casos, verificar el estado de vacunación a todos los viajeros que frecuenten áreas endémicas o en situación de brote.

• Alertas nacionales

Brote de etiología desconocida.

Fecha notificación al INS: 24/05/2016

Entidad Territorial notificadora: Fresno, Tolima

Situación detectada: el viernes 20 de mayo el Hospital local informa a la Secretaría de Salud Departamental (SDS) de Tolima, la atención de nueve niños que consultaron por caída de uñas, lesiones en boca, manos y pies. Interpretando un posible síndrome mano boca pie.

El 23 de mayo de 2016 la SDS del Tolima realizó la investigación de brote; en la búsqueda activa comunitaria se identificaron tres menores con la misma sintomatología que asistían al CDI.

Hasta el 03 de junio de 2016, se han identificado 28 niños que cumplen con la definición de caso.

Recomendaciones:

- Fortalecer la identificación de las características clínicas para la detección de casos en el Hospital.
- Canalizar los menores al hospital local cuando presenten la sintomatología compatible con la enfermedad.
- Búsqueda comunitaria de niños que cumplan con la definición de caso en los demás jardines infantiles y escuelas primarias.
- Investigación epidemiológica de campo a los nuevos casos identificados.
- Envío de muestras de acuerdo con recomendaciones del INS.

Pendientes:

- Informe de investigación de campo.

Brote enfermedad etiología desconocida, El Charco, Nariño

Fecha notificación al INS - GRI: 24/05/2016

Entidad territorial notificadora: El Charco, Nariño

Situación detectada: Se recibió información por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) el reporte de un aumento de casos de un evento de etiología desconocida durante abril.

Los signos y síntomas descritos fueron: cefalea, fiebre, escalofrío, malestar general, ictericia, vómito y rash.

Los pacientes residen en las veredas de Santa Catalina, San José, El Cui y las Mercedes, ubicadas en la ribera del Río Tapaje.

Acciones de salud pública desarrolladas

Investigación epidemiológica de campo del equipo de vigilancia IDSN.

Se han identificado 62 casos sospechosos de cuatro veredas.

Se han confirmado por laboratorio tres casos fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*) en las veredas Cui y San José.

Pendientes

- Informes de seguimiento de la investigación epidemiológica de campo
- Seguimiento a los casos y contactos de fiebre tifoidea confirmados, así como garantizar el tratamiento farmacológico y seguimiento paracéntrico.

Brotes de Varicela

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

Lugar de ocurrencia: institución educativa

Fecha de ocurrencia: 23 de mayo de 2016

Fecha de notificación al grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata: 03 de junio de 2016

Número de enfermos/expuestos: 6/36.

Tasa de ataque: 16,6

Medidas iniciales de control:

- Aislamiento de pacientes sintomáticos.
- Vigilar signos de alarma.
- Uso adecuado de elementos de protección personal, lavado de manos
- Actividades de educación y comunicación con familiares respecto a signos y síntomas de alarma y medidas preventivas
- Detección por búsqueda activa de casos y valoración médica inmediata.

Estado: abierto

Distrito: Bogotá D.C
Lugar de ocurrencia: institución militar
Fecha de ocurrencia: 30 de mayo de 2016
Fecha de notificación al grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata: 06 de junio de 2016
Número de enfermos/expuestos: 1/82. Tasa de ataque: 1,21
Medidas iniciales de control:

- Aislamiento de casos e identificación de contactos
- Desinfección exhaustiva de áreas.
- Incentivar el lavado de manos frecuente con agua y jabón abundante.
- Notificación, aislamiento de nuevos casos.

Estado: abierto

Brote de Infección Asociada a la Atención en Salud (IAAS)

Distrito: Bogotá D.C
Lugar de ocurrencia: institución de salud, UCI pediátrica.
Fecha de ocurrencia: 16/05/2016
Fecha de notificación al grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata: 07/06/2016
Situación detectada: el 16 de mayo fue aislado en una muestra de hemocultivo *Klebsiella pneumoniae* en un paciente hospitalizado en la UCI pediátrica. Posteriormente se identificó un segundo caso con cultivo positivo el 19 de mayo de 2016.
Medidas de control: investigación epidemiológica de campo. El 18 de mayo se obtuvieron muestra de cultivo de manos, del personal de UCI.
El 20 de mayo de 2016 se obtuvieron 72 muestras de superficies: bombas de infusión, ventiladores, barandas, monitores. Se obtuvieron muestras para cultivo de equipos de cómputo, cuarto de manejo de excretas, grifos.
Pendiente: seguimiento a actividades de investigación de brote y resultados de laboratorio.
Estado: abierto

Distrito: Bogotá D.C
Lugar de ocurrencia: institución de salud, UCI pediátrica.
Fecha de ocurrencia: 18/05/2016
Fecha de notificación al grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata: 07/06/2016
Situación detectada: el 18 de mayo fue aislado en una muestra de hemocultivos *Enterobacter cloacae* en un paciente hospitalizado en la UCI pediátrica.
Medidas de control: investigación epidemiológica de campo. El 18 de mayo se obtuvieron muestra de cultivo de manos, del personal de UCI.
El 20 de mayo de 2016 se obtuvieron 72 muestras de superficies: bombas de infusión, ventiladores, barandas, monitores. Se obtuvieron muestras para cultivo de equipos de cómputo, cuarto de manejo de excretas, grifos.
Pendiente: seguimiento a actividades de investigación de brote y resultados de laboratorio.
Estado: abierto

**Martha Lucia Ospina Martínez**

Directora General INS

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

Diana Paola Bocanegra Horta**Ángela Patricia Alarcón Cruz**

Edición

Mancel Enrique Martínez Duran**Diana Paola Bocanegra Horta**

Corrección de estilo

Giovanni Sanabria Merchán

Diagramación

Una publicación del:

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

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2016

Equipo técnico**Zoonosis**

Cecilia Saad

Daniela Salas Botero

Leonardo León

Enf. Respiratorias

Martha López Pérez

Santiago Fadú Pérez

Andrea Rodríguez Gutiérrez

Diana Malo Sánchez

Paola Pulido Domínguez

Maternidad Segura

Esther Liliana Cuevas Ortiz

Grace Alejandra Ávila Mellizo

Nathaly Rozo Gutiérrez

Nubia Narváez Díaz

Pablo Romero Porras

Nutrición

Andrea Cristancho Amaya

Sivigila

Yurany Sánchez

Crónicas

Víctor Martínez Gómez

Salud mental

Natalia Gutiérrez Bolívar

Camilo Alfonso Zapata

Ana María Blandón Rodríguez

Enf. Transmitidas por Vectores

Daniela Salas Botero

Lilibeth Daza Camelo

Natalia Tolosa Pérez

Sara E. Gómez Romero

Teodolinda Vega Montaño

Inmunoprevenibles

Adriana Paola Ulloa

Amparo Sastoque Díaz

Jennifer Álvarez Galindo

Orlando Castillo Pabón

Infecciones de Transmisión Sexual

Amparo Sabogal Apolinar

Ivonne Adriana Alayon

Norma Cuellar

Factores de Riesgo Ambiental

Natalia Muñoz Guerrero

Jorge Gamarra Cuellar

Luis Carlos Gómez Ortega

Alimentos y agua

Claudia Álvarez Álvarez

Julio Martínez Angarita

Angélica Rojas Bárcenas