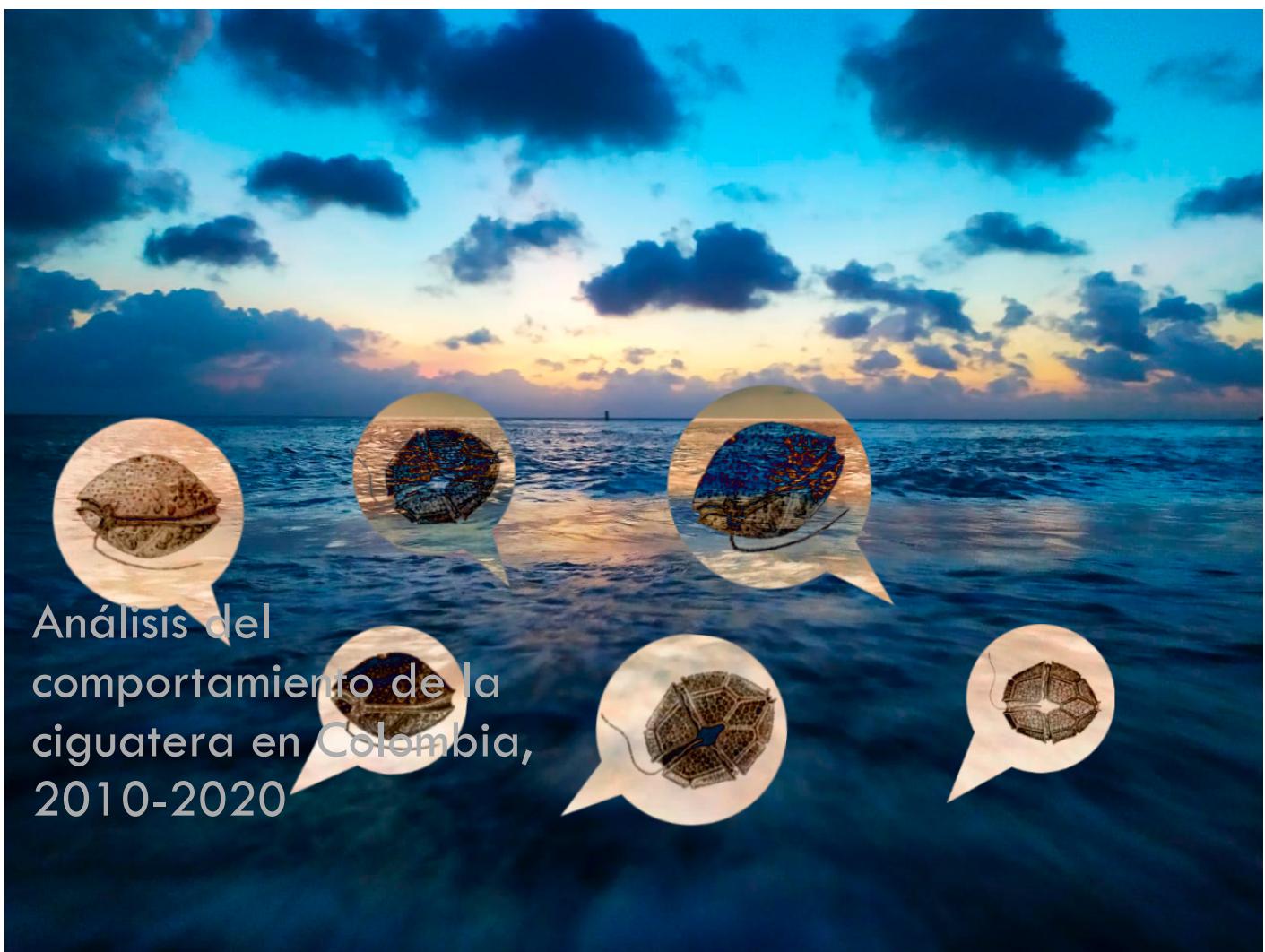


BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**
Semana epidemiológica 16 / 18 al 24 de abril de 2021**EVENTO CENTRAL**

Fuente: .

Análisis

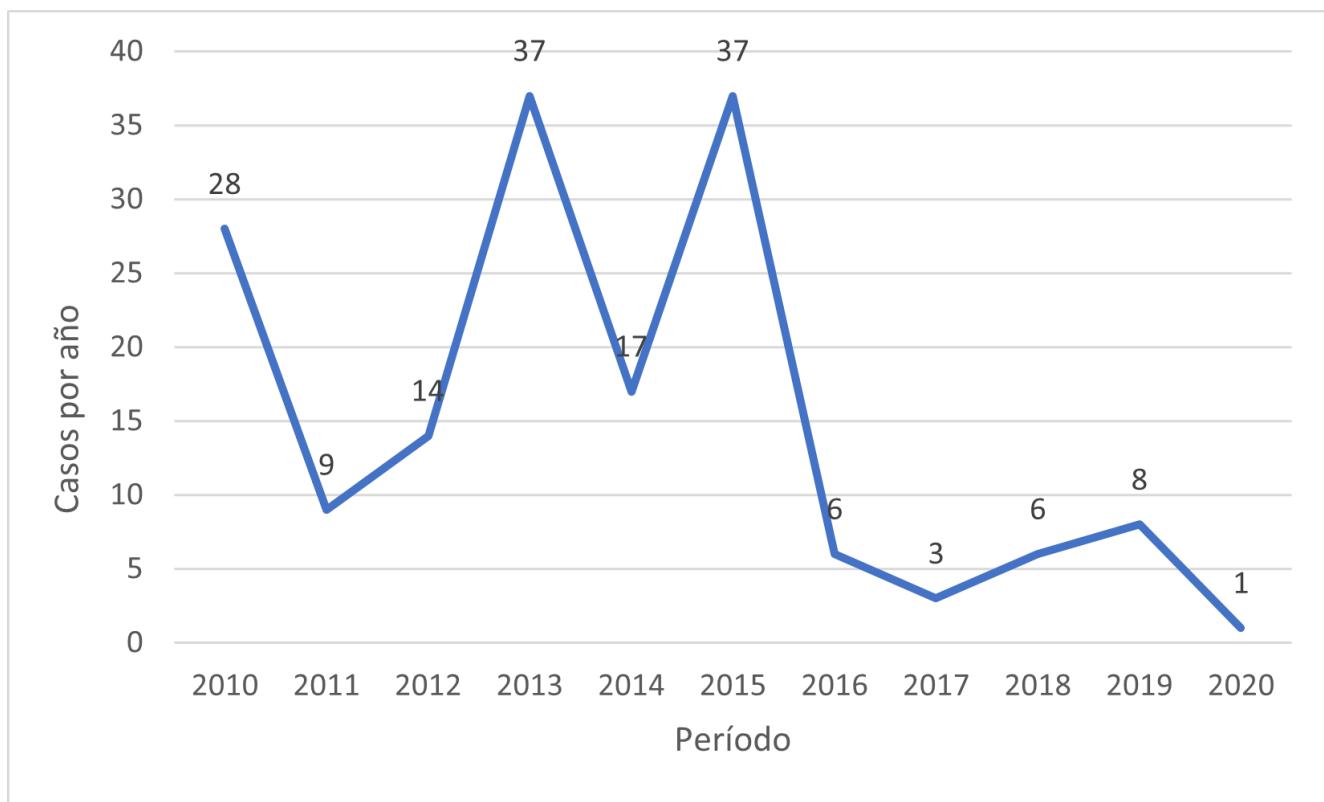
La intoxicación por ciguatera es la forma más común de intoxicación alimentaria no bacteriana de los peces en todo el mundo. En Colombia, es causada por el consumo de peces principalmente de coral; que han acumulado ciguatoxinas, producidas por dinoflagelados de los géneros *Gambierdiscus*, *Ostreopsis*, *Coolia* y *Prorocentrum*. Las concentraciones de toxinas suelen ser bajas y la ciguatera no se manifiesta tóxica para los peces, pero, a medida que aumentan los eslabones de la cadena alimenticia y los peces de arrecife consumen los peces herbívoros, se incrementa la concentración de toxinas y se expande a lo largo de la red trófica.

Actualmente, se cuenta con métodos de tamizaje y de confirmación a través de técnicas colorimétricas, ensayos RBA (Receptor Binding Assay), técnicas cromatográficas e imunoensayos que se realizan en laboratorio. Las ciguatoxinas son termoestables, por lo tanto, no se destruyen por la cocción o congelamiento del pez. Las intoxicaciones por ciguatoxina producen una compleja serie de síntomas gastrointestinales, neurológicos y cardiovasculares que pueden durar días, semanas o meses, generando importantes efectos en la salud humana, sociales y económicos, debido a que no existen antídotos específicos, ni inmunidad y el tratamiento es sintomático y de soporte. La medida sanitaria más ampliamente empleada para su prevención es la prohibición de venta de especies de pescado reconocidas como potencialmente tóxicas o para las que se han informado algunos brotes.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la información de casos y brotes de Enfermedades Transmitidas por los Alimentos - ETA notificados al Sivigila entre 2010 – 2020, compatibles con intoxicación por ciguatera de los municipios de la costa caribe del país.

Se identificaron 166 casos de ciguatera en los municipios de San Andrés, Providencia y Cartagena, presentándose en los años 2013 y 2015 el mayor número de casos (37). El 52 % de los casos correspondió al sexo masculino; la mayor frecuencia de casos se presentó entre 35 a 39 años (10,2 %), seguido de 40 a 44 (9,6 %) (3-86 años) y un período de incubación promedio entre 2 a 3 horas (30 minutos – 24 horas).

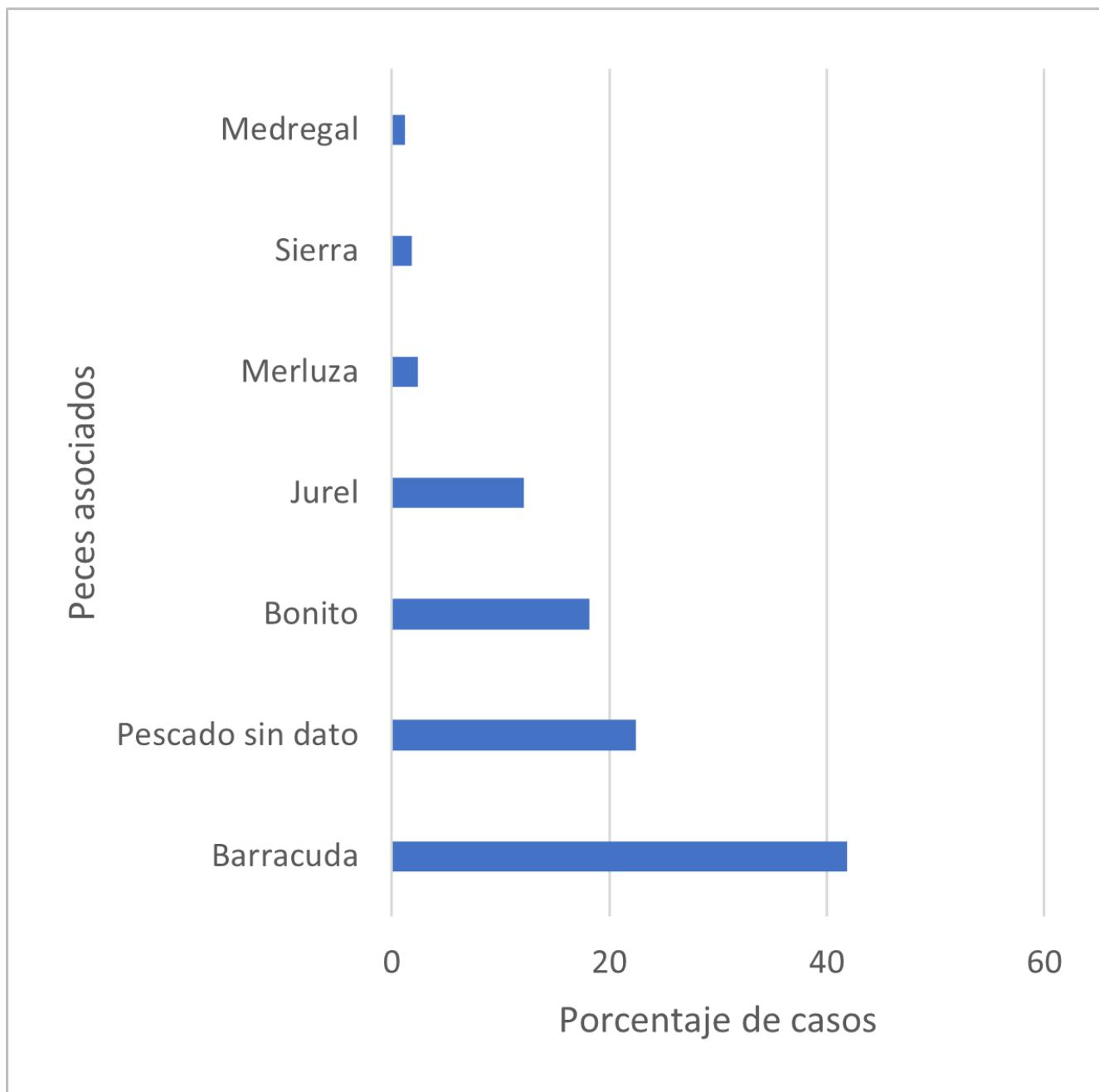
Figura 1. Comportamiento de la notificación de casos de Ciguatera, Colombia, 2010 a 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2010 - 2020.

Las especies de peces identificadas en la transmisión de ciguatoxina fueron: barracuda (42,4 % de los casos), bonito (18,2 %), jurel (12,1 %), merluza (2,4 %) y medregal (1,2 %); el 21,8 % de los casos no reportaron ninguna especie.

Figura 2. Peces asociados a casos de ciguatera, identificados entre 2010 y 2020, Colombia



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2010 - 2020.

Respecto a las manifestaciones clínicas, el 12,1 % de los casos presentó una intoxicación severa con aparición de síntomas 30 minutos después de la exposición oral. El 75,1 % fue caso moderado con aparición de síntomas hasta las 24 horas posteriores al consumo del alimento contaminado. Los principales síntomas asociados en la notificación fueron gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, vómito y náuseas; neurológicos como parestesia, inversión de la percepción térmica y hormigueo en la lengua, principalmente.

La incidencia más alta se presentó en San Andrés y Providencia durante el 2013 con 26,72 casos nuevos por 100 000 habitantes, seguido del 2010 con 26,18 casos.

La identificación clínica y notificación de este evento se debe fortalecer en las entidades territoriales de salud y personal médico principalmente de zonas costeras para disminuir el sub-registro en el Sivigila y garantizar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Es necesaria la integración y articulación del trabajo de diferentes sectores: salud, ambiental y científico para mejorar la identificación, registro, notificación y atención de las intoxicaciones causadas por toxinas de algas marinas.

Referencias

Arencibia, G., J.E. Mancera y G. Delgado. 2009. La ciguatera: Un riesgo potencial para la salud humana: Preguntas frecuentes. Universidad Nacional Colombia, San Andrés. Colombia. 64 p

Borbón Ramos ME. Asociación entre la temperatura ambiental y temperatura superficial del mar sobre la aparición de casos de ciguatera en el departamento de San Andrés y Providencia [Internet]. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2015. Available from: http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/3738/1/MILENA_BORBON.pdf

Celis, Juan Sebastian and Mancera JE. Ciguatera en las islas del Caribe durante 31. Boletín Investig Mar y Costeras. 2015;44(1):7–32.

FAO. Ciguatera Fish Poisoning (CFP) [Internet]. [cited 2020 Sep 18]. Available from: <http://www.fao.org/3/y5486e/y5486e0q.htm#bm26>

Martínez A, Cruz A, Agudelo A, Restrepo A, Estrada A, Ramirez A, et al. Guía para el Manejo de Emergencias Toxicológicas. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, editors. Guía para el Manejo de Emergencias Toxicológicas. Bogotá D.C.; 2017. 564–568 p.

WHO/FAO. Report of the expert meeting on ciguatera poisoning [Internet]. Food Safety and Quality. Rome; 2020. 19–23 p. Available from: [\(http://www.fao.org/3/ca8817en/CA8817EN.pdf\)](http://www.fao.org/3/ca8817en/CA8817EN.pdf)

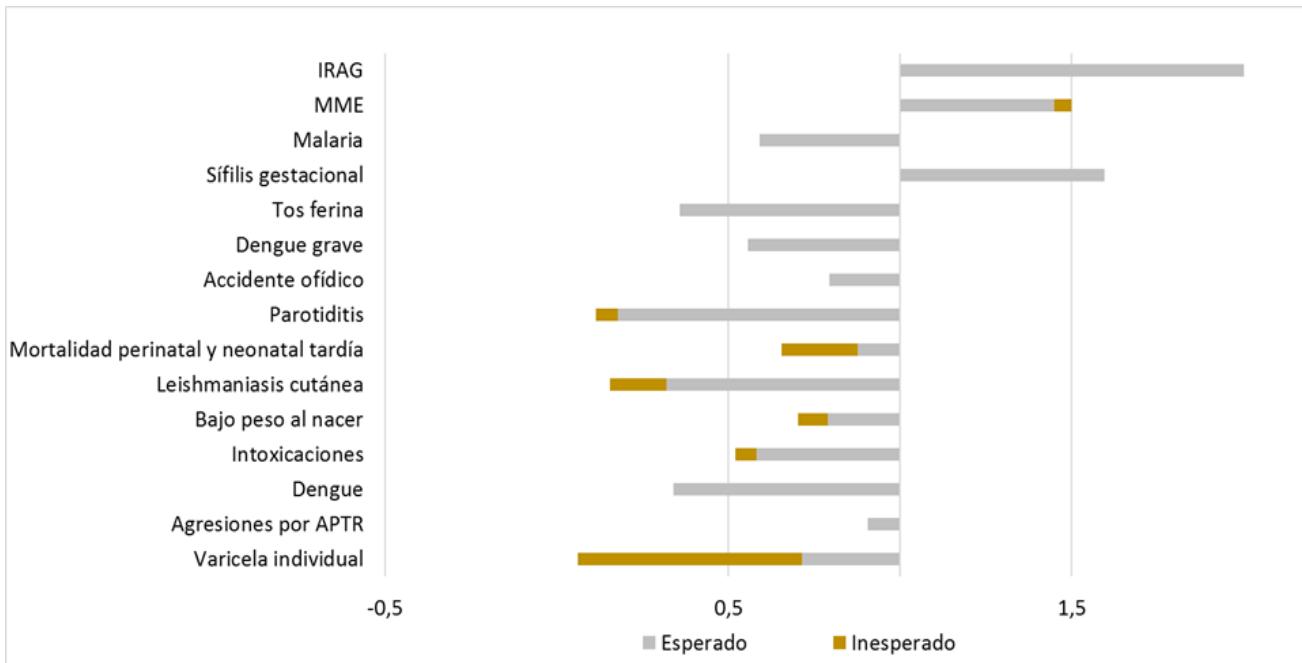
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

A partir de esta semana, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Así se identifica que en la semana epidemiológica 16 los eventos de parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer, intoxicaciones y varicela individual, se encuentran por debajo de lo esperado. El evento morbilidad materna extrema se encuentra por encima de los valores esperados. Los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_3_comportamientos_alta_frecuencia.aspx)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_3_comportamientos_alta_frecuencia.pdf)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A partir de esta semana, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. El evento infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitado presenta un aumento significativo respecto a los valores esperados; los eventos sarampión, leptospirosis, rubeola y fiebre tifoidea y paratifoidea presentan una disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 1.
Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2021

Evento	Observado	Esperado	P
IRAG inusitado	60	30	0,00
Sarampión	21	65	0,00

Leptospirosis	12	45,8	0,00
Rubeola	2	16,2	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	5,4	0,00
EAPV	18	13,6	0,05
Sífilis congénita	27	26,8	0,08
Tuberculosis farmacorresistente	7	9,6	0,10
Mortalidad materna	6	8,6	0,10
Mortalidad por IRA	12	12,8	0,11
Lepra	6	8	0,12
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	3,6	0,18
Mortalidad por dengue	3	2	0,18
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,27

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se compara el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada con la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos.

Metodología eventos de baja frecuencia

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calcula la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2015 a 2019. Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Cumplimiento en la notificación

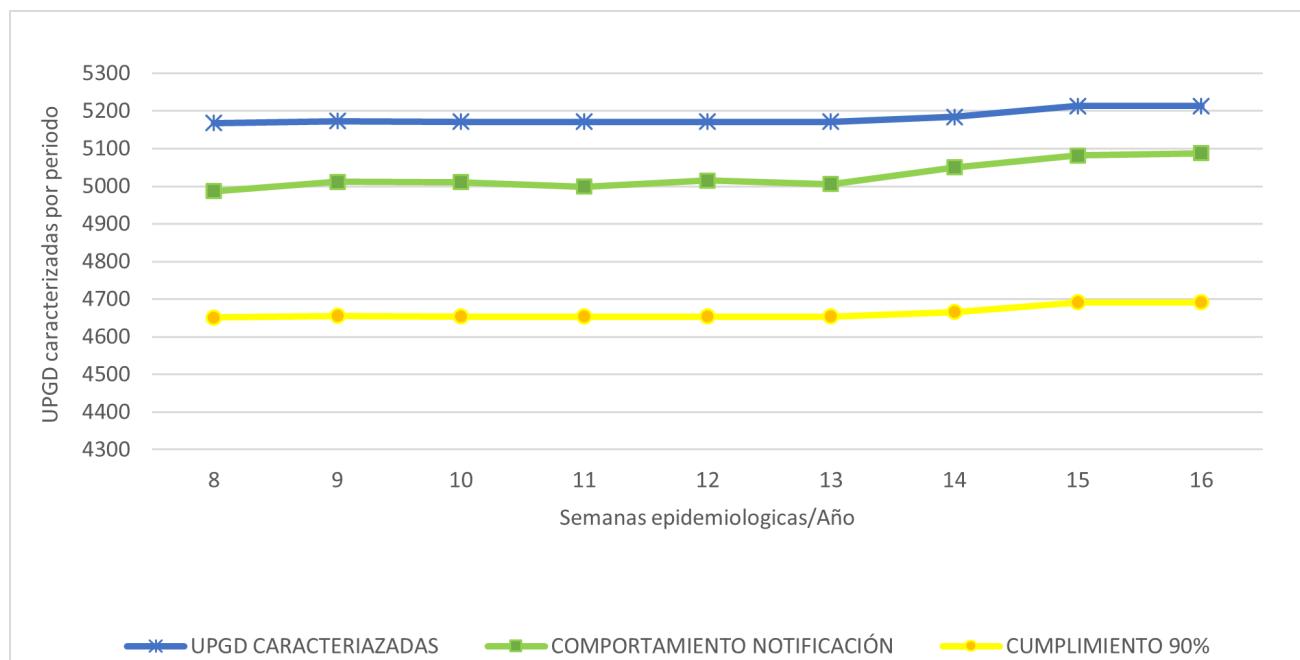
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 100 % (1 117 / 1 117 UNM), permaneciendo igual comparándolo con lo presentado en la semana 15 y respecto a la misma semana de 2020. El país cumplió con la meta del 97 % en la notificación de UNM.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,6% (5 088 / 5 213 UPGD); aumentó 0,6% frente a la semana anterior y 3,4 % con respecto a la semana 15 de 2020. Todas las entidades territoriales cumplieron con la meta para este nivel de información.

Figura 4.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 08 a 16 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_4_cumplimiento_notificación_U

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_4_cumplimiento_notificación_U

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD; a continuación, se refleja con la línea verde el comportamiento de notificación de la presente semana; la línea amarilla representa el número mínimo de UPGD que debe notificar (meta 90 %) y la línea azul evidencia la red actual, un total de 5 213 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 16 de 2021 se notificaron 547 casos probables de dengue: 258 casos de esta semana y 289 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 10 995 casos, 5 630 (51,2 %) sin signos de alarma, 5 199 (47,3 %) con signos de alarma y 166 (1,5 %) de dengue grave.

Tabla 2.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	2327	21,5	27	16,3	2354	21,4
Valle del Cauca	955	8,8	8	4,8	963	8,8
Cartagena	644	5,9	16	9,6	660	6,0
Putumayo	596	5,5	3	1,8	599	5,4
Tolima	511	4,7	1	0,6	512	4,7
Huila	496	4,6	10	6,0	506	4,6
Norte de Santander	406	3,7	10	6,0	416	3,8
Antioquia	402	3,7	5	3,0	407	3,7
Meta	396	3,7	2	1,2	398	3,6
Cundinamarca	381	3,5	1	0,6	382	3,5
Barranquilla	354	3,3	8	4,8	362	3,3
Cesar	343	3,2	17	10,2	360	3,3
Santander	285	2,6	4	2,4	289	2,6
Atlántico	266	2,5	6	3,6	272	2,5
Bolívar	254	2,3	7	4,2	261	2,4
Magdalena	200	1,8	9	5,4	209	1,9
Sucre	194	1,8	4	2,4	198	1,8
Córdoba	191	1,8	2	1,2	193	1,8
Caquetá	181	1,7	3	1,8	184	1,7
Cauca	173	1,6	1	0,6	174	1,6
Casanare	152	1,4	0	0,0	152	1,4
Nariño	146	1,3	5	3,0	151	1,4
Santa Marta	143	1,3	5	3,0	148	1,3
Chocó	142	1,3	1	0,6	143	1,3
Boyacá	120	1,1	0	0,0	120	1,1
Amazonas	96	0,9	0	0,0	96	0,9
Buenaventura	87	0,8	1	0,6	88	0,8
Quindío	68	0,6	2	1,2	70	0,6
Caldas	67	0,6	0	0,0	67	0,6
Arauca	67	0,6	0	0,0	67	0,6
Risaralda	62	0,6	1	0,6	63	0,6
La Guajira	33	0,3	4	2,4	37	0,3
Archipiélago de San Andrés	29	0,3	0	0,0	29	0,3

Exterior	26	0,2	2	1,2	28	0,3
Guaviare	17	0,2	0	0,0	17	0,2
Vichada	11	0,1	0	0,0	11	0,1
Guainía	7	0,1	1	0,6	8	0,1
Vaupés	1	0,0	0	0	1	0,0
Total	10 829	100	166	100	10 995	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 5 distritos, 581 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Tolima, Huila, Norte de Santander, Antioquia, Meta, Cundinamarca, Barranquilla, Cesar, Santander, Atlántico y Bolívar aportan el 79,5 % (8 741) de los casos a nivel nacional.

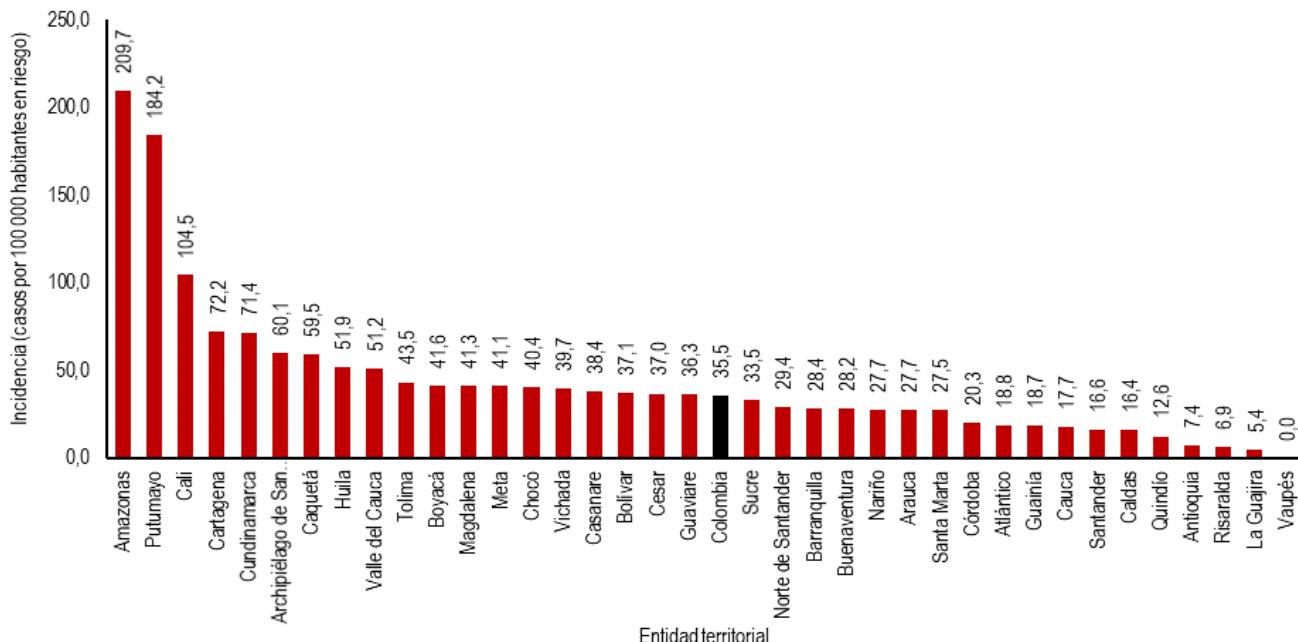
El 64,4 % (7 085) de los casos de dengue se reportó en 43 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 21,4 % (2 354); Cartagena, con el 6,0 % (660); Barranquilla, con 3,3 % (362); Cúcuta, con el 2,3 % (249); Orito, con el 2,0 % (216); Santa Marta (148), Villavicencio (146), Neiva (145) y Yumbo (143), con el 1,3 % cada uno; Ibagué (136) y Aguachica (134), con el 1,2 % cada uno; Villagarzón (115) y Florida (105), con 1,0 % cada uno.

Se hospitalizó el 75,7 % (3 938) de los casos de dengue con signos de alarma y el 91,6 % (152) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Valle del Cauca, Caldas, Guainía, Vichada, Guaviare, Bolívar, Buenaventura y Chocó; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Cali, Huila, Cartagena, Santa Marta, Magdalena, Santander, La Guajira, Cundinamarca y Quindío.

A semana 16 se ha confirmado el 45,2 % (2 348) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura, Guaviare y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 51,8 % (86) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Atlántico, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Córdoba, La Guajira y Risaralda.

Figura 5.

Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 16 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la gráfica

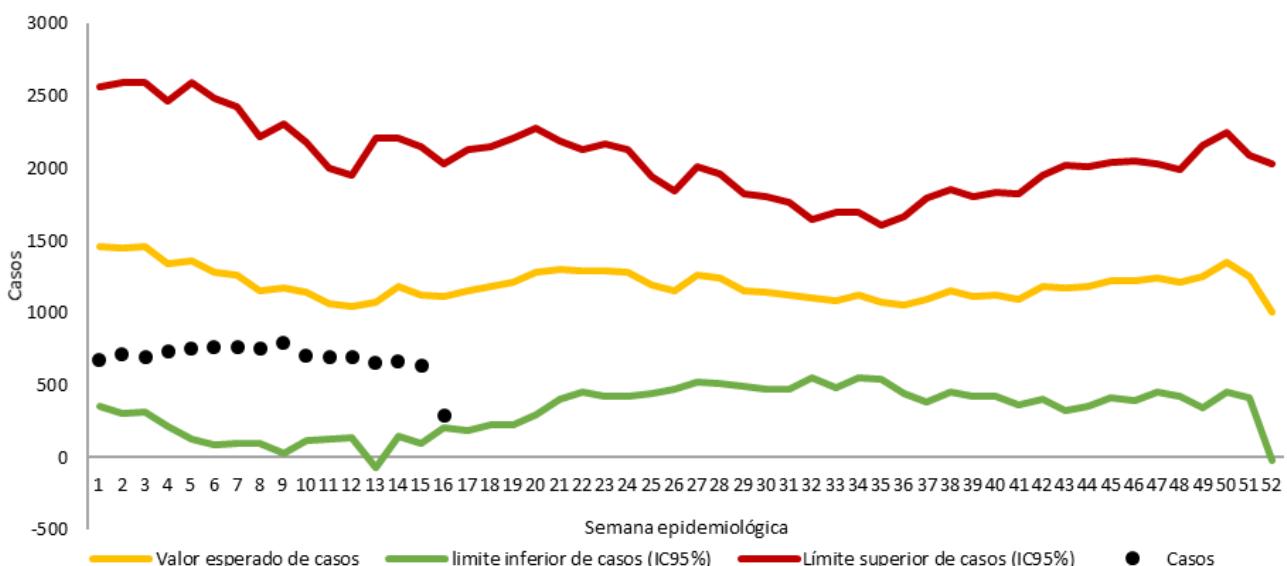
Ampliar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE16.jpg.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE16.jpg.png)

Descargar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE16.jpg.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE16.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 35,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Putumayo, Cali, Cartagena, Cundinamarca, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Caquetá se estiman tasas de incidencia superiores a 59,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 6.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 16, 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE16.jpg.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE16.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 16 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 3.

Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico, por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 13 a 15 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial			
Dentro del número esperado de casos	Antioquia	Arauca	Bolívar	
	Boyacá	Casanare	Córdoba	
	Cundinamarca	Guainía	Guaviare	
	Huila	La Guajira	Meta	
	Quindío	Risaralda	Santander	
	Sucre	Tolima	Vaupés	

Vichada

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

Amazonas	Atlántico	Caldas
Cali	Caquetá	Cauca
Cesar	Magdalena	Nariño
Norte de Santander	Putumayo	Santa Marta
Valle del Cauca	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	
Barranquilla	Buenaventura	Cartagena
Chocó		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

De acuerdo con la situación epidemiológica según canal endémico, 19 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado, 14 entidades se encuentran en situación de alerta y 4 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 42 muertes probables por dengue, de las cuales 6 han sido confirmadas, procedentes de: Cartagena, con 4 casos; Barranquilla y Córdoba, con 1 caso cada uno. Se han descartado 8 casos y se encuentran en estudio 28 muertes procedentes de: Cesar y Magdalena, con 4 casos cada uno; Valle del Cauca, con 3 casos; Barranquilla, Huila, Quindío y Santa Marta, con 2 casos cada uno; Antioquia, Atlántico, Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cali, Cartagena, Nariño, Vaupés y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología:

Se realiza un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica de análisis, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580). Los indicadores se presentan en distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

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

En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Tabla 4.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 16	2021 a semana 16	Variación
Consultas externas y urgencias	1 964 142	1 228 417	-37,5 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	60 765	72 696	19,6 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	7 032	24 194	244,1 Aumento

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2021.

Análisis de la tabla

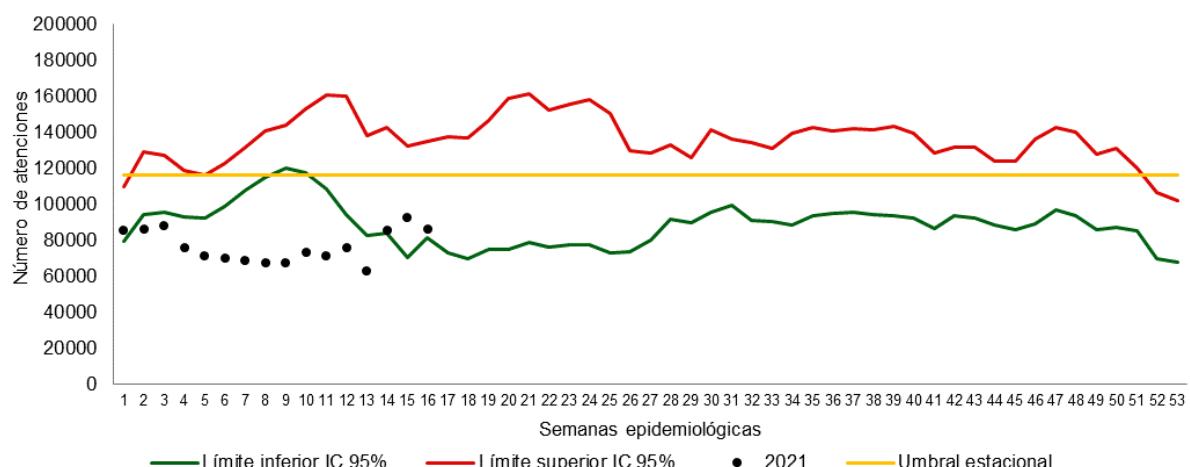
ANÁLISIS DE LA TABLA

A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 16 de 2021, en Colombia se han notificado 1 228 417 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 37,5 % comparado con 2020, 35,8 % frente a 2019 y 37,6 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 24 entidades territoriales; Córdoba, Guainía, La Guajira y Santa Marta presentan incremento; Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cundinamarca, Magdalena, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,7 % (388 839), seguido por el de 40 a 59 años con el 20,8 % (255 662). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 8,4 % seguido de los menores de 1 año con el 8,3 %.

Figura 7.
Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16, entre 2014 y 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT_16.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT_16.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

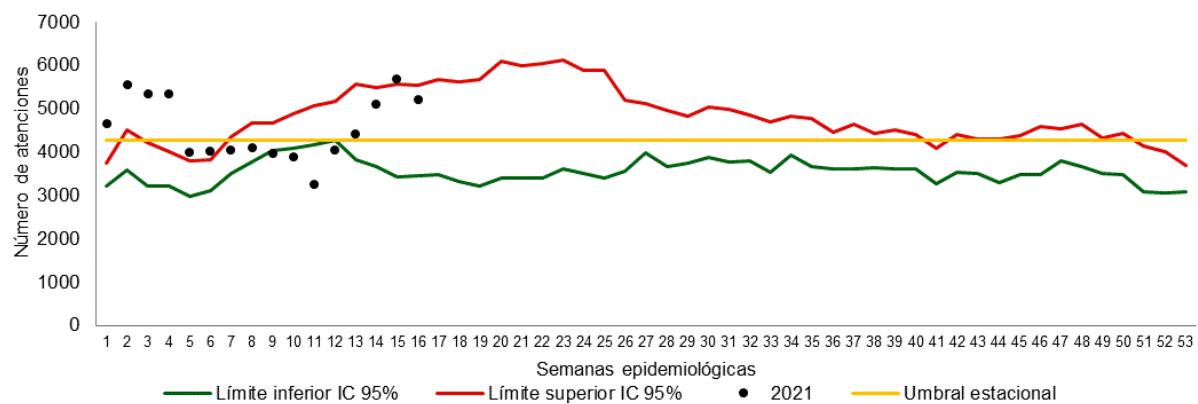
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las semanas trascurridas del año se ubican por debajo del umbral estacional, a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior hasta la semana 13; a partir de la semana 14 se observan en zona de seguridad, por encima del límite inferior.

Se notificaron 72 696 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 19,6 % frente a 2020, 9,5 % comparado con 2019 y del 3,7 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 10 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, Quindío, Caquetá, Chocó, Cali y Nariño; e incremento en 9 entidades territoriales resaltando Barranquilla, Antioquia y Santander; no presentan comportamientos inusuales 19 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 38,0 % (27 659), seguido por los de 40 a 59 años con el 21,2 % (15 412). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 16,7 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,8 %.

Figura 8.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16, entre 2014 y 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2021.

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_SE16.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_SE16.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

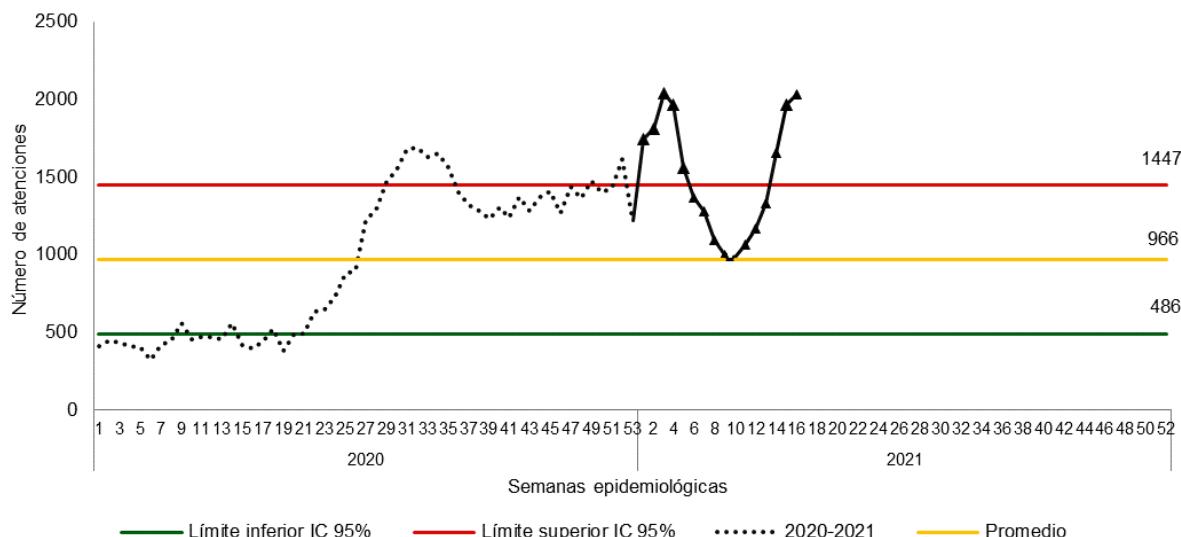
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional, sin variación para las semanas 06 a 08; de las semanas 09 a 12 se ubican en zona de éxito, por debajo del límite interior, para las semanas 13 a 16 se observa un aumento ubicándose por encima del umbral estacional.

Se notificaron 24 194 hospitalizaciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos - UCI e intermedios, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 244,1 % frente a 2020, 301,4 % comparado con 2019 y 304,2 % frente a 2018. Se presenta incremento en 31 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Valle del Cauca, Caquetá, Antioquia, Nariño, Cesar y Barranquilla; Arauca presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Chocó, Guainía, Guaviare, Putumayo y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 55,0 % (13 300), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,4 % (6 376) y los de 20 a 39 años con el 8,3 % (2 014). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presenta en el grupo de mayores de 60 años con el 29,3 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 28,7 %.

Figura 9.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16, entre 2020 y 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2021.

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_SE16.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_SE16.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Para las 5 primeras semanas las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se presenta un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso por siete semanas; para las últimas seis semanas se observa incremento por encima del umbral estacional y a partir de la semana 14 se supera nuevamente el límite superior.

Metodología:

Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años

2014 a 2020 y el intervalo de confianza.

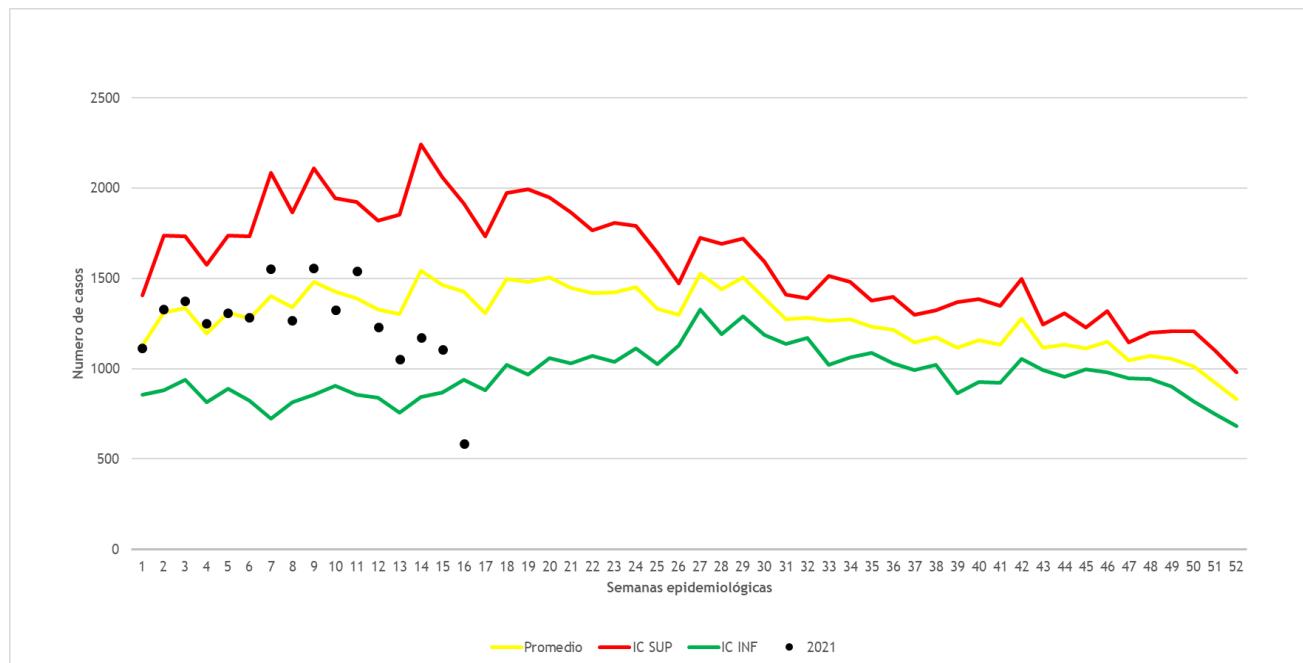
Para las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedio se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio, la desviación estándar y el intervalo de confianza del año anterior.

Malaria

En la semana epidemiológica 16 se notificaron 1 348 casos de malaria, teniendo un acumulado de 20 287 casos, de los cuales 19 883 son de malaria no complicada y 404 de malaria complicada.

Predomina la infección por *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 50,2 % (10 194), seguido de *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 49,0 % (9 938) e infección mixta con 0,8 % (155).

Figura 10.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 16, 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas; el canal endémico se analiza por el método de media geométrica.

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%2016.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%2016.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad para malaria, como lo muestra el canal endémico.

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (30,3 %), Nariño (23,9 %), Córdoba (13,0 %), Antioquia (9,9 %) y Guainía (4,9 %) aportan el 82,0 % de los casos de malaria no complicada.

Tabla 5.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	56	3189	0	2781	6026	30,30
Nariño	20	4252	0	486	4758	23,90
Córdoba	10	500	0	2073	2583	13,00
Antioquia	13	613	0	1350	1976	9,90
Guainía	4	62	0	902	968	4,90
Cauca	1	780	0	15	796	4,00
Vichada	14	120	0	333	467	2,30
Buenaventura	2	346	0	62	410	2,10
Norte de Santander	0	0	0	402	402	2,00
Guaviare	2	55	0	283	340	1,70
Risaralda	1	9	0	280	290	1,50
Bolívar	13	27	0	218	258	1,30
Exterior	4	24	0	196	224	1,13
Meta	0	28	0	148	176	0,90
Casanare	0	0	0	55	55	0,30
Amazonas	0	1	0	52	53	0,30
Vaupés	0	0	0	17	17	0,10
Cali	0	10	0	5	15	0,10
Valle del Cauca	0	6	0	4	10	0,10
Desconocido	0	4	0	5	9	0,05
Putumayo	0	0	0	8	8	0,00
Sucre	0	1	0	6	7	0,00
Santander	1	1	0	5	7	0,00
La Guajira	0	0	0	6	6	0,00
Arauca	0	0	0	5	5	0,00
Cesar	2	0	0	2	4	0,00
Cartagena	0	0	0	4	4	0,00
Huila	0	0	0	3	3	0,00
Caquetá	0	1	0	1	2	0,00

Magdalena	0	1	0	1	2	0,00
Barranquilla	1	0	0	0	1	0,00
Atlántico	0	0	0	1	1	0,00
Total	144	10030	0	9709	19883	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

Nota: no se presentaron casos de otros departamentos o distritos.

Análisis de la tabla

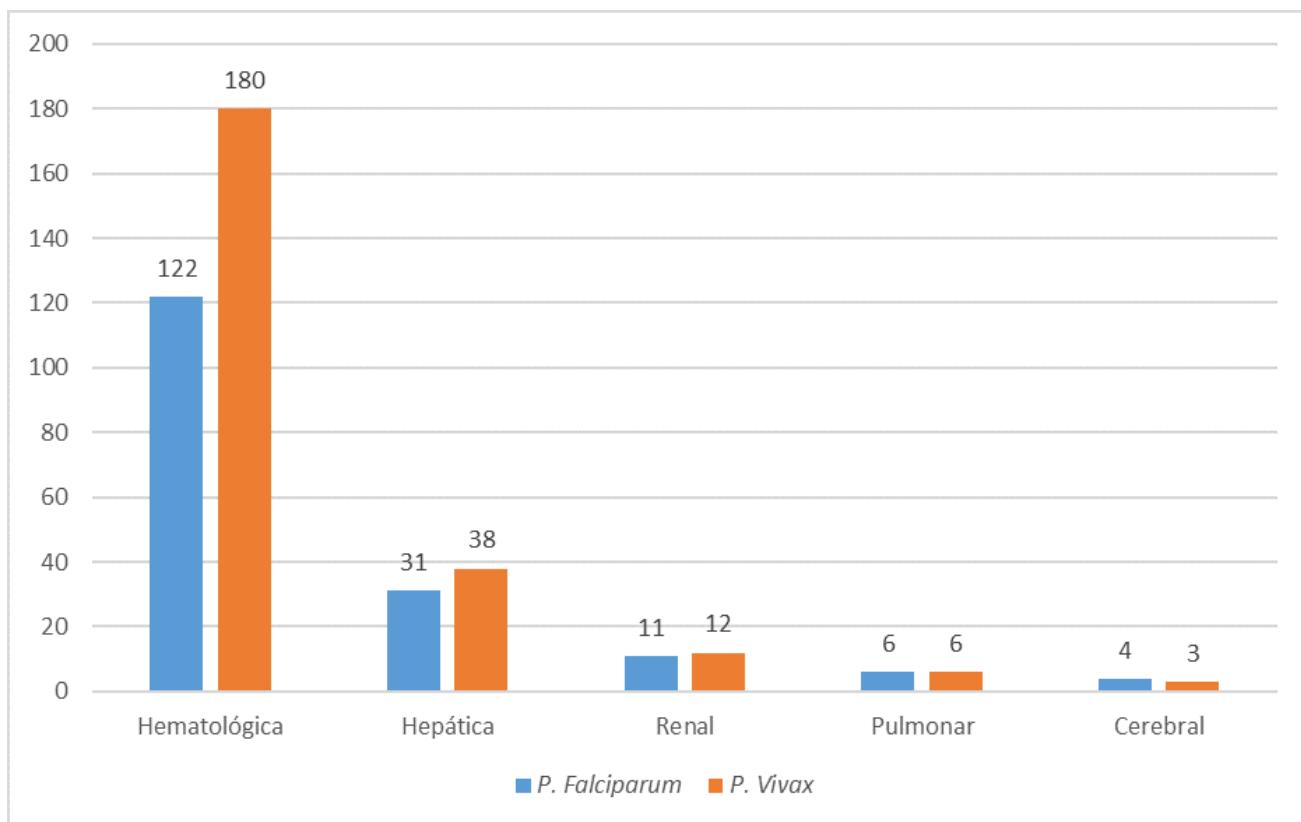
ANÁLISIS DE LA TABLA

Malaria complicada

Se notificaron 404 casos de malaria complicada, que proceden de 23 entidades territoriales y 5 casos provienen del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Meta y Vichada notifican el 73,4 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 59,9 % (242) corresponde a hombres. El 29,9 % (121) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 19,3 % (78) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 40,3 % (163) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 67,8 % (274) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 11.
Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

Nota: En la figura no se incluyen los casos por malaria mixta.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20%20se%2016.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20%20se%2016.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 77,0 % (311) presentó complicaciones hematológicas, el 18,1 % (73) complicaciones hepáticas, el 5,7 % (23) complicaciones renales, el 3,2 % (13) complicaciones pulmonares y el 2,0 % (8) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 16, tres departamentos están por encima del número esperado de casos y tres departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 6.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2021

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 Colombia

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

A semana epidemiológica 16, 15 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó (Chocó), El Charco, Olaya Herrera y Mosquera (Nariño) y Timbiquí (Cauca).

Tabla 7.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 16 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	1313	112	375
Nariño	El Charco	707	120	217
Nariño	Olaya Herrera	681	123	258
Nariño	Mosquera	441	46	103
Cauca	Timbiquí	394	98	99
Cauca	Guapi	376	67	139
Chocó	Medio San Juan	302	87	104
Risaralda	Pueblo Rico	294	34	72
Nariño	La Tola	159	17	36
Guaviare	El Retorno	150	17	44
Córdoba	Montería	108	2	24
Meta	Mapiripán	80	5	9

Chocó	Litoral del Bajo San Juan	76	10	24
Meta	Puerto Gaitán	54	5	9
Meta	Puerto Rico	30	2	10

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) se implementa en doce municipios del pacífico colombiano, con el objetivo de reducir y eliminar la transmisión de la malaria. Busca fortalecer la red de diagnóstico para propender por un diagnóstico y tratamiento oportuno de casos de malaria, plantea la vigilancia en salud pública como intervención en salud pública y busca cortar cadenas de transmisión.

Tabla 8.

Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 16, Colombia, 2021

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	
Chocó	Acandí	9	8	1	Disminución	É
	Atrato	143	67	42	Disminución	S
	Bagadó	260	134	80	Disminución	S
	Juradó	8	11	3	Disminución	S
	Lloró	133	153	24	Ninguno	É
	Medio Atrato	188	90	39	Ninguno	S
	Quibdó	1248	740	216	Disminución	S
	Rioquito	97	54	40	Ninguno	S
	Ríosucio	60	10	1	Ninguno	S
	Unguía	6	8	3	Disminución	S
Buenaventura	Buenaventura	418	124	110	Disminución	S
Nariño	Tumaco	642	197	147	Ninguno	S

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

A semana epidemiológica 16, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, ninguno se encuentra en incremento. Se encuentran en decremento: Acandí, Atrato, Bagadó, Juradó, Quibdó, Unguía y Buenaventura, ninguno se encuentra en situación de brote.

Metodología:

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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años

Esta semana se notificaron 16 muertes en menores de 5 años: 12 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 2 a desnutrición y 2 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 12 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 8 correspondientes a esta semana y 4 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 11 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Chocó, Guainía, Santander y Valle del Cauca en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 16 entre 2016 a 2020, mientras que, en Bogotá y Antioquia se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 2 muertes por desnutrición en menores de 5 años correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Córdoba, Santa Marta y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 16 entre 2016 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 4 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico, Casanare, Santander, Sucre y Norte de Santander, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 16 entre 2016 a 2020, mientras que, en Antioquia se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Metodología:

Para el análisis de los datos se toma el comportamiento de cada uno de los eventos acumulados a la semana epidemiológica analizada para el período histórico inmediatamente anterior (los años con información disponible) y se compara con los casos observados a la misma semana epidemiológica del año vigente. La razón esperada siempre será 1 y la significancia estadística estará dada por el valor de $p < 0,05$ para identificar las entidades territoriales que presentan variaciones estadísticamente significativas.

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 16 de 2021 se notificaron 153 muertes maternas, 116 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 27 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 10 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.

Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 16, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	97	45	27	169
2020	94	55	10	159
2021	116	27	10	153

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2021.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 23,4 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 16 es de 55,0 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Chocó	4	236,5

Guaviare	1	232,0
Santa Marta	6	211,5
Meta	5	101,7
Casanare	2	101,5
Risaralda	3	99,8
Magdalena	7	98,9
La Guajira	6	90,4
Cali	6	77,5
Barranquilla	5	77,3
Buenaventura	1	74,2
Putumayo	1	68,9
Córdoba	5	65,7
Nariño	3	58,4
Antioquia	13	57,0
Colombia	116	55,0
Huila	3	54,7
Norte de Santander	4	54,1
Bolívar	5	50,9
Sucre	2	47,6
Cundinamarca	5	44,8
Cesar	3	42,9
Bogotá	11	41,6
Cartagena	2	40,0
Tolima	2	39,8
Caldas	1	38,9
Atlántico	2	34,7
Valle del Cauca	5	33,1
Santander	2	23,5
Boyacá	1	23,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021; DANE, Estadísticas Vitales **preliminar 2020**.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de Chocó, Guaviare, Santa Marta, Meta y Casanare.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	13	7	0,014
Bogotá	11	7	0,045

Bolívar	5	2	0,036
Cauca	0	3	0,050
Guaviare	1	0	0,000
Santa Marta	6	2	0,012
Valle del Cauca	5	1	0,003
Cali	6	2	0,012

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017-2021.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 16 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Bolívar, Guaviare, Santa Marta, Valle del Cauca y Cali y disminución en la entidad territorial de Cauca.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 19,8 % corresponde a causas directas y el 16,4 % a causas indirectas.

Tabla 12.
Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	23	19,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	8	6,9
Hemorragia obstétrica	7	6,0
Sepsis relacionada con el embarazo	4	3,4
Evento tromboembólico como causa básica	3	2,6
Otras causas directas	1	0,9
INDIRECTA	19	16,4
Otras causas indirectas	8	6,9
Sepsis no obstétrica: Neumonía	6	5,2
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	4	3,4
Sepsis no obstétrica	1	0,9
EN ESTUDIO	74	63,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Las principales causas de muerte materna directa corresponden a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 6,9 % y la hemorragia obstétrica con el 6,0 %.

Metodología:

Para el análisis de los comportamientos inusuales, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usa la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2017 y 2020.

Mortalidad perinatal y neonatal

A semana epidemiológica 16 de 2021, se han notificado 2 441 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 34 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 141 casos, 91 corresponden a esta semana y 50 a notificaciones tardías.

Tabla 13.

Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Guainía	11	36,3
Chocó	40	23,7
Arauca	29	22,3
Barranquilla	124	19,2
Córdoba	142	18,6
Vaupés	3	18,4
Bolívar	86	17,8
Vichada	8	17,7
San Andrés y Providencia	4	17,2
Sucre	71	16,9
Buenaventura	22	16,3
La Guajira	99	14,9
Putumayo	21	14,5
Casanare	28	14,2
Risaralda	42	14,0
Caquetá	28	13,7
Quindío	23	13,4
Cauca	75	13,4
Cundinamarca	146	13,1
Antioquia	298	13,1
Amazonas	4	12,9
Nariño	66	12,9
Caldas	33	12,8
Atlántico	73	12,7
Cartagena	61	12,2
Colombia	2407	12,2
Magdalena	51	12,0
Cesar	82	11,7

Guaviare	5	11,6
Tolima	58	11,5
Boyacá	46	10,7
Cali	80	10,3
Santa Marta	29	10,2
Huila	56	10,2
Valle del Cauca	61	10,1
Norte de Santander	74	10,0
Meta	43	8,7
Bogotá	229	8,7
Santander	56	6,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos abril 2020 preliminar.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 25 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (36,3), Chocó (23,7), Arauca (22,3), Barranquilla (19,2) y Córdoba (18,6).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,3 % (1 163), seguido de neonatales tempranas con 27,3 % (658), neonatales tardías con 14,7 % (353) y perinatales intraparto con 9,6 % (232).

Figura 12.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 (Datos preliminares).

[Análisis de la gráfica](#)

[Ampliar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20de%20mortalidad%20perinatal)

[Descargar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20de%20mortalidad%20perinatal)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,3 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 24,1 % y asfixia y causas relacionadas 20,0 %.

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2016 y 2021, se presenta un incremento en la notificación en Casanare. Este comportamiento podría estar explicado por las acciones de búsqueda activa institucional que realiza el equipo de vigilancia territorial. Por otra parte, se presenta un decremento en la notificación en Bogotá, Boyacá, Cali, Chocó, Huila, Nariño, Santander y Vichada. Comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social-RUAF.

Metodología:

Informe descriptivo de los casos notificados durante la semana de análisis, teniendo en cuenta las variables de entidad territorial de residencia, momento de ocurrencia de la muerte y causa básica de muerte.

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

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 28 de abril 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

A nivel mundial los casos de COVID-19 han incrementado por novena semana consecutiva con más 5,7 millones de nuevos casos en la última semana. El número de muertes incrementó con más de 87 000 nuevas muertes reportadas. Esta semana, todas las regiones están informando disminuciones en la incidencia de los casos, excepto las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. Por tercera semana consecutiva la región Asiática Sudoriental ha reportado los mayores incrementos relativos tanto en la incidencia de casos como de muerte. Si bien varios países de la región están informando tendencias al alza, India representa la gran mayoría de los casos de esta tendencia regional y el 38 % de los casos mundiales notificados en la última semana. De manera similar, todas las regiones menos dos, el sudeste de Asia y el este del Mediterráneo, informaron una disminución en las nuevas muertes esta semana.

El mayor número de nuevos casos se reportaron en la India (2 172 063 nuevos casos; incremento del 52 %), Estados Unidos (406 001 nuevos casos; con 15 % de aumento), Brasil (404 623 casos nuevos; disminución del 12 %), Turquía (378 771 casos nuevos; disminución del 9 %) y Francia (211 674 nuevos casos, con disminución del 9 %).

Variantes SARS-CoV-2

Las actividades de vigilancia para la detección de variantes de SARS-CoV-2 se han fortalecido a nivel local y nacional, incluidas las estrategias de secuenciación genómica, el número de países/territorios/áreas que reportan variantes de interés y variantes de preocupación (VOI y VOC siglas en inglés respectivamente) continúa incrementando. Desde la actualización del 20 de abril VOC 202012/01 se ha reportado en tres nuevos países, la variante 501Y.V2 en tres países y la variante P1 en dos nuevos países. Hasta el 27 de abril, un total de 139 países ha reportado VOC 202012/01, 87 países la variante

501Y.V2 y 54 la variante P1. La información presentada debe ser interpretada de acuerdo con las limitaciones de la vigilancia incluidas la capacidad de secuenciación y priorización de muestras entre los diferentes países.

Existe una creciente evidencia a nivel mundial de la efectividad de la vacuna Pfizer BioNTech-Comirnaty contra la infección grave y enfermedad sintomática en trabajadores de salud y adultos mayores en Reino Unido e Israel durante la época en que la VOC 202012/1 estaba circulando o era dominante proporcionando apoyo para los resultados de neutralización y eficacia de la vacuna. Así mismo la evidencia del mundo también apunta a una alta efectividad contra la infección asintomática. También existe una creciente evidencia en el mundo que muestra que una sola dosis de AstraZeneca-Vaxzevria es efectiva contra la enfermedad e infección sintomáticas en entornos de VOC 202012/1.

Variante de interés B.1.617

La OMS recientemente informó como VOI el linaje B.1.617 asignado por Pangolin, identificado como variante emergente en la India. Hasta el 27 de abril, se han cargado cerca de 1 200 secuencias al GISAID y se asignó al linaje B.1.617 (colectivo) de al menos 17 países; la mayoría de las secuencias se cargaron desde India, Reino Unido, Estados Unidos y Singapur. Sin embargo, este linaje comprende varios sublinajes incluidos B.1.617.1, B.1.617.2 y B.1.617.3, que se diferencian ligeramente por sus mutaciones características. Tanto B.1.617.1 como B.1.617.2 se identificaron por primera vez en la India en diciembre de 2020 y se ha detectado una prevalencia creciente al mismo tiempo que el gran aumento observado en el país. B.1.617.3 se detectó por primera vez en la India en octubre de 2020, pero hasta la fecha se han informado relativamente menos virus que coincidan con este sublinaje.

B.1.617 incluye varias mutaciones presentes en otros VOI / VOC que se han asociado con impactos fenotípicos. Tres mutaciones características de esta variante incluyen L452R, P681R y E484Q (la última observada en los sublinajes B.1.617.1 y B.1.617.3). L452R se ha identificado en otro VOI, B.1.427 / B.1.429, que se ha asociado con una mayor transmisibilidad, una reducción en la neutralización por algunos (pero no todos) tratamientos con anticuerpos monoclonales y una reducción moderada en la neutralización en sueros post-vacunación.

En India, se observa heterogeneidad en la distribución geográfica B.1.617 entre regiones, con co-circulación de otros VOC (incluido VOC 202012/01 y 501Y.V2) y otras variantes, que pueden estar jugando un papel en el resurgimiento actual en este país.

Panorama regional de la OMS

Región de África. La región reportó alrededor de 49 000 casos nuevos y más de 1 100 nuevas muertes la última semana con un incremento del 9 % y 1 % respectivamente comparado con la semana pasada. El mayor número de casos nuevos se notificó en Etiopía (10 719 nuevos casos, una disminución del 17 %), Sur África (8 690 casos nuevos, un incremento del 7 %) y Kenia (5 031 casos, disminución del 18 %). El número de nuevas muertes se registró en Sudáfrica (414 muertes, una disminución del 9 %), Etiopía (203 nuevas muertes, un aumento del 12 %) y Kenia (140 nuevas muertes, incremento del 5 %).

Región de las Américas. La región ha reportado más de 1,4 millones de casos nuevos y más de 36 000 nuevas muertes con una disminución del 8 % y 7 % respectivamente comparado con la semana anterior. En general se ha presentado una tendencia a la disminución de los nuevos casos en la última semana, posterior a ocho semanas de aumento gradual. El mayor número de casos nuevos se reportó en los Estados Unidos de América (406 001 casos nuevos; una disminución del 15 %), Brasil (404 623 casos nuevos; un 12 % de disminución) y Argentina (166 024 casos nuevos; un aumento del 3 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Brasil (17 667 nuevas muertes; un decremento del 12 %), los Estados Unidos de América (4 951 nuevas muertes, un decremento del 4 %) y Colombia (2 882 nuevas muertes; un aumento del 26 %).

Región del Mediterráneo Oriental. La región notificó alrededor de 378 000 nuevos casos y más de 6 300 nuevas muertes, una disminución del 2 % y un incremento del 15 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en República Islámica de Irán (161 594 casos nuevos; un decremento del 3 %), Iraq (54 301 casos nuevos; un incremento del 3 %) y Pakistán (39 858 casos nuevos; un aumento del 17 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en la República Islámica de Irán (2 793 nuevas muertes; un aumento del 33 %), Pakistán (905 nuevas muertes; un aumento de 18 %) y Túnez (514 nuevas muertes; un aumento del 7 %).

Región Europea. La región ha reportado cerca de 1,4 millones de nuevos casos y más de 25 nuevas muertes con un 12 % y 5 % en decrecimiento respectivamente comparado con la semana anterior. Se ha presentado una disminución en el número de nuevos casos y muertes en las dos últimas semanas. El mayor número de casos nuevos se notificó en Turquía (378 771 casos nuevos; una disminución del 9 %), Francia (211 674 casos nuevos; una disminución del 9 %) y Alemania (145 156 casos nuevos; una disminución del 1 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Polonia (3 383 nuevas muertes; una disminución del 6 %), la Federación Rusa (2 650 nuevas muertes; un aumento del 2 %) y Ucrania (2 537 nuevas muertes; una disminución del 8 %).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana, la región del Sudeste Asiático notificó cerca de 2,2 millones nuevos casos y 17 000 nuevas muertes, un aumento del 49 % y del 81 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El país principal impulsor de este aumento en la región es India (2 172 063 casos nuevos; un aumento del 52 %). Adicionalmente, el mayor número de casos fueron reportados por Indonesia (37 029 casos nuevos; similar a la semana anterior) y Bangladesh (27 148 casos nuevos; un 25 % de disminución). El mayor número de nuevas muertes se registró en India (15 161 nuevas muertes; un aumento del 93 %), Indonesia (1 172 nuevas muertes; un incremento del 32 %) y Bangladesh (669 nuevas muertes; un aumento del 8 %).

Región del Pacífico Occidental. La semana anterior se notificaron más 132 000 nuevos casos y poco más de 1 300 nuevas muertes, un aumento del 3 % y una disminución del 10 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. La región ha informado de un fuerte aumento en el número de nuevos casos durante las últimas siete semanas mientras que las muertes han disminuido en las dos últimas semanas después del pico en las primeras semanas de abril. El mayor número de casos nuevos se notificó en Filipinas (63 364 casos nuevos; un decremento del 13 %), Japón (32 312 casos nuevos; un aumento del 22 %) y Malasia (17 393 casos nuevos, un incremento del 27 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Filipinas (864 nuevas muertes; un decremento 19 %), Japón (219 nuevas muertes; un aumento del 21 %) y Malasia (59 nuevas muertes; un incremento 14 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 27 de abril de 2021. Fecha de consulta 28 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---27-april-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---27-april-2021>)

Enfermedad por virus de Ébola. Informe sobre amenazas de enfermedades transmisibles, 25 de abril al 1 de mayo de 2021, semana 17. Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC)

Guinea

Desde el comienzo de la pandemia hasta el 27 de abril de 2021 se han presentado 23 casos de enfermedad por virus del Ébola (EVE) 16 confirmados y siete probables, incluidas 12 muertes, cinco confirmadas y siete probables. El caso más reciente fue detectado el 3 de abril de 2021. Cinco

trabajadores de la salud se han infectado, resultando dos muertes (una confirmada y la otra probable). Todos los casos se han reportado en la prefectura de N'Zerekore, nueve pacientes con diagnóstico confirmado de EVE se han recuperado. La Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria (ANSS siglas en Inglés) también reportó un caso de la región de N'Zerekore quien escapó y se rehusa a permanecer en un centro de salud habilitado.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el brote inicial de siete casos comenzó con un paciente (caso índice) quien fallece el 28 de enero de 2021 después de visitar dos centros de salud y un practicante de medicina tradicional. Cinco miembros de la familia quienes asistieron al funeral el 1 de febrero de 2021 y el practicante de medicina tradicional presentaron síntomas de ébola, cinco de los siete casos murieron y dos entierros inseguros para estos pacientes con EVE.

La campaña de vacunación comenzó en Gouecke, N'Zerekore, la estrategia de vacunación comenzó a desarrollarse por los trabajadores de la salud, contactos de casos de EVE y contactos de contactos sospechosos. Al 26 de abril, 7 982 personas han sido vacunadas en las regiones de Conakry, Kindia, y N'Zerekore. El brote se encuentra en la región fronteriza, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también se ha enlazado con las autoridades sanitarias de Liberia y Sierra Leona para mejorar las actividades de vigilancia en sus distritos limítrofes, así como fortalecer su capacidad de prueba y realizar vigilancia en establecimientos de salud. Así mismo, ha contactado a los países fronterizos: Costa de Marfil, Malí, Senegal y Guinea Bissau, estos países han finalizado sus planes de preparación nacional y se encuentran en alerta máxima.

Según la OMS siguen existiendo desafíos en la vigilancia y la respuesta, incluyendo una coordinación adecuada en N'Zerekore que ha presentado un número menor de alertas de lo esperado y por lo tanto se están analizando pocas muestras, además de problemas para la localizar a los contactos durante el periodo de seguimiento, problemas con el aislamiento de los casos sospechosos y la necesidad de personal adicional para fortalecer las operaciones sobre el terreno por fondos insuficientes.

República Democrática del Congo

Desde el inicio del brote hasta el 27 de abril de 2021, se han presentado 12 casos de EVE (11 confirmados y uno probable) incluidas seis muertes reportadas en el Norte de la provincia de Kivu, la mayoría de los casos se han reportado en las Zonas de salud Biena (6), Butembo (3), Katwa (2), and Musienene (1). Desde el comienzo del brote dos trabajadores de la salud han sido infectados. Seis pacientes se han recuperado y han sido incluidos en el programa de sobrevivientes. Los 42 días iniciaron cuenta regresiva el 22 de marzo de 2021.

El caso índice fue una paciente quien consultó por síntomas similares al ébola en dos centros de salud de la ciudad de Butembo en la zona de salud de Biena desde el 25 de enero de 2021 y fue ingresada a UCI de un hospital en la zona de salud de Katwa el 3 de febrero de 2021 donde murió un día después. El diagnóstico de EVE fue confirmado por laboratorio el 6 de febrero de 2021. La fuente de infección del caso índice en este brote se desconoce actualmente y las investigaciones continúan en curso.

Las autoridades de Salud de la provincia de Kivu del Norte están liderando la respuesta, apoyados por la OMS y el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo. Todos los contactos han completado los 42 días de seguimiento. La campaña de vacunación fue lanzada el 15 de febrero de 2021 en Butembo, la estrategia de vacunación en anillo fue desplegada durante la cual se han vacunado 1 898 contactos incluidos 542 trabajadores de la salud.

De acuerdo con la OMS, hay una serie de desafíos para la vigilancia incluido el acceso a las áreas afectadas debido a los conflictos del país y la desconfianza de la comunidad hacia las autoridades. Otros desafíos incluyen pobre gestión de las alertas, infraestructuras limitadas para respaldar todos los pilares de la vigilancia y la respuesta.

Fuente: Enfermedad por virus de Ébola. Informe sobre amenazas de enfermedades transmisibles, 25 de abril al 1 de mayo de 2021, semana 17. Centro europeo para la prevención y el control de enfermedades (ECDC). Fecha de publicación 30 de abril de 2021. Fecha de consulta 30 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-25-april-1-may-2021-week-17> (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-25-april-1-may-2021-week-17>)

Alertas nacionales

Enfermedad transmitida por alimentos, El Rosal, Cundinamarca

Se notificó brote de enfermedad transmitida por alimentos el 26 de abril de 2021 con un total de 36 enfermos, 81 expuestos, tasa de ataque de 44 %, quienes presentaron un cuadro clínico caracterizado por náuseas, vómito, diarrea, cefalea, dolor abdominal, mareo y malestar general. El 25 de abril fueron remitidas 14 personas a instituciones de salud con manejo ambulatorio, 22 no consultaron, con manejo en casa. Alimentos probablemente implicados arroz con pollo, peto, jugo de tomate de árbol, arepa, yogurt y jugo Tampico. Acciones realizadas: investigación epidemiológica de campo, toma de muestras para análisis microbiológico, solicitud de adecuaciones locativas y de menaje. Situación en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Informe secretaría de Salud de Cundinamarca, abril 2021.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 16 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/neumónica ni carbunco; sin embargo, se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

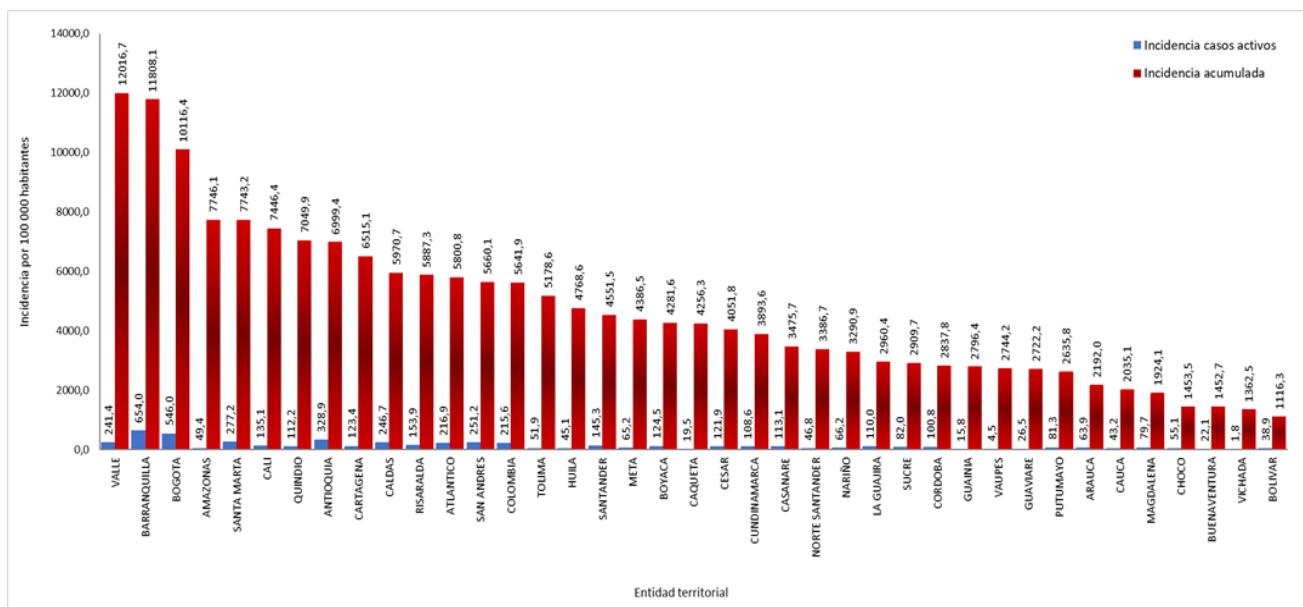
Análisis de casos

Situación COVID-19

Hasta el 29 de abril de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 841 934 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 112 municipios. La incidencia acumulada es de 5 641,84 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que superan esta incidencia son: Valle del Cauca, Barranquilla, Bogotá, Amazonas, Santa Marta, Cali, Quindío, Antioquia, Cartagena, Caldas, Risaralda, Atlántico y San Andrés (Figura 1). A la fecha el 3,8 % (108 611) de los casos se encuentra activo, siendo procedente principalmente de Bogotá con el 38,9 % (42 281), Antioquia con el 20,2 % (21 963), Barranquilla D.E. con el 7,7 % (8 334), Valle del Cauca con el 4,4 % (4 750) y Cundinamarca con el 3,2 % (3 523). A nivel municipal, (con excepción de Bogotá) el 33,9 % (36 826) de los casos activos se encuentra principalmente en: Medellín (12 186), Barranquilla (8 334), Cali (3 043), Bello (1 848), Manizales (1 747), Soledad (1 618), Itagüí (1 597), Santa Marta (1 493), Bucaramanga (1 418), Cartagena (1 269), Valledupar (1 165) y Montería (1 108).

La incidencia nacional de casos activos es de 215,6 casos por 100 000 habitantes. Los municipios y distritos con mayor incidencia de casos activos son: Paime – Cundinamarca (771,2), Contratación - Santander (567,7), Itagüí – Antioquia (550,7), Bogotá (545,9), Caldas – Antioquia (541,8), Medellín - Antioquia (481,0), Rionegro - Antioquia (478,3), Apartadó - Antioquia (474,3), Baranoa – Atlántico (432,5), Manizales – Caldas (391,5), Puerto Colombia – Atlántico (385,8) y Galapa – Atlántico (381,9). De los casos activos el 52,5 % (57 079) se reportó en mujeres y según el grupo de edad el 70,1 % (76 154) se presenta en personas entre los 20 y los 59 años. De acuerdo con la ubicación, el 88,4 % (95 971) de los casos activos se encuentra en casa, el 9,5 % (10 357) hospitalizado en sala general y el 2,1 % (2 283) hospitalizado en UCI.

Figura 13.
Incidencia acumulada y de casos activos de COVID-19 por entidad territorial de procedencia, Colombia, 29 abril de 2021



Fuente: INS- Base Reporte COVID19, 22 de abril 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_incidencia_acumulada_y_de_cas19_entidad_territorial_Colombia.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_incidencia_acumulada_y_de_cas19_entidad_territorial_Colombia.png)

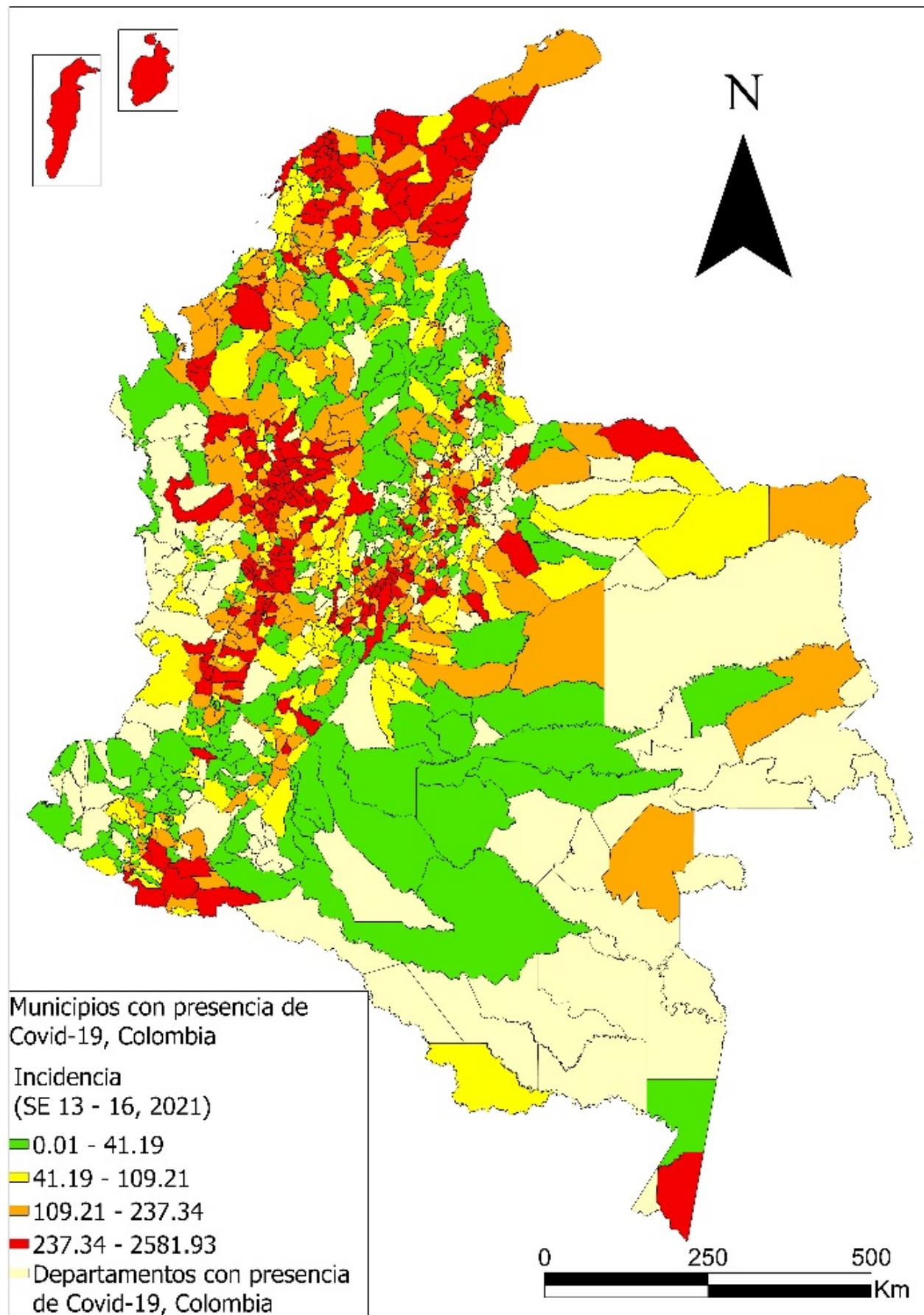
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia acumulada es de 5 641,84 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que superan esta incidencia son: Valle del Cauca, Barranquilla, Bogotá, Amazonas, Santa Marta, Cali, Quindío, Antioquia, Cartagena, Caldas,

Risaralda, Atlántico y San Andrés.

Entre el 28 de marzo y el 24 de abril 2021 (SE 13 - 16, 2021), se reportaron 276 402 casos de COVID-19, para una incidencia de 577,14 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superaron la incidencia de periodo nacional fueron Barranquilla (2 581,93), Antioquia (1 093,56), Santa Marta (1 055,11), Atlántico (1 036,80), Bogotá (1 026,96), San Andrés Providencia y Santa Catalina (743,27), Caldas (707,16), Cali (584,85), La Guajira (529,18), Risaralda (518,38). Durante este periodo epidemiológico se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D.C., Bolívar, Cartagena, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca, Cali, Buenaventura, Arauca, Casanare, Putumayo, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Guaviare y Vaupés. Por el contrario, las siguientes entidades territoriales registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior: La Guajira (1,0), Barranquilla (0,9), Caquetá (0,9), Atlántico (0,9), Quindío (0,9), Meta (0,9), Sucre (0,8), Córdoba (0,7), Magdalena (0,6), Santa Marta (0,6), Vichada (0,4), Amazonas (0,3).

Figura 14.
Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 13 a 16, 2021



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID19, 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_14_incidencia_Colombia_SE_16

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_14_incidencia_Colombia_SE_16

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

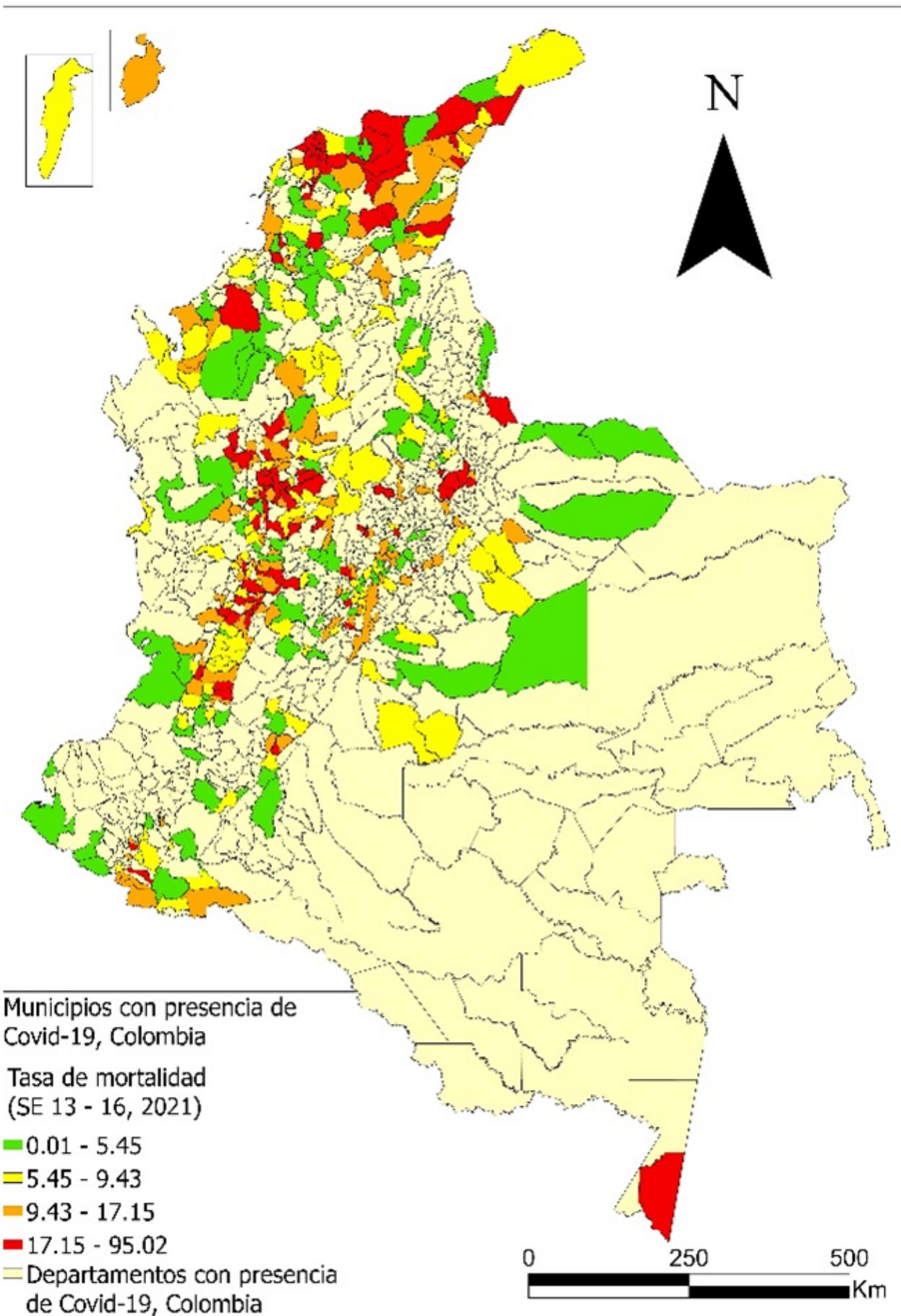
Las entidades territoriales que durante este periodo superaron la incidencia de periodo nacional fueron Barranquilla (2 581,93), Antioquia (1 093,56), Santa Marta (1 055,11), Atlántico (1 036,80), Bogotá (1 026,96), San Andrés Providencia y Santa Catalina (743,27), Caldas (707,16), Cali (584,85), La Guajira (529,18), Risaralda (518,38).



Hasta la fecha se han reportado 73 230 fallecidos por COVID-19, entre el 28 de marzo y el 24 de abril 2021 (SE 13-16, 2021) se notificaron 7 590 fallecidos, lo que corresponde al 10,4 % del total de casos fatales, el 7,4 % (562) corresponde a personas entre los 15 y 44 años y el 75,3 % (5 721) a personas mayores de 60 años; durante este periodo se notificó 1 caso de muerte por esta causa en menores de 5 años.

Figura 15.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 13 a 16, 2021



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID19, 2021.

Análisis de la gráfica

[Ampliar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_15_mortalidad_COVID-19_Colombia_SE_16_2021.png)

[Descargar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_15_mortalidad_COVID-19_Colombia_SE_16_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Las entidades con mayor notificación de fallecidos durante este periodo epidemiológico (SE 13-16, 2021) fueron: Antioquia con 27,7 % (2 099), Barranquilla con 15,6 % (1 185), Bogotá DC con 11,8 % (898), Atlántico con 8,4 % (634), Santa Marta con 4,2 % (322) y Cali con 3,9 % (295). Entre las semanas epidemiológicas (SE) 13 a 16, 2021, los municipios y distritos con la mayor tasa de mortalidad fueron: Hobo – Huila (95,02), Barranquilla (93,27), Santo Tomás – Atlántico (68,93), Venecia – Antioquia (68,45), Puerto Colombia – Atlántico (67,23), Guateque – Boyacá (64,43), Olaya – Antioquia (62,99), Santa Marta (59,90), Galapa – Atlántico (58,26), Caldas – Antioquia (55,27), Baranoa – Atlántico (53,81).

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad y letalidad de la semana epidemiológica (SE) 13 a 16, 2021 respecto al periodo anterior (SE 09-12, 2021), se observó que de los 421 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 38,4 % (162) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y letalidad; de estos municipios los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron: Hobo - Huila (Δ 95,0), Venecia – Antioquia (Δ 68,5), Guateque – Boyacá (Δ 64,3), Norcasia – Caldas (Δ 49,1) y Bosconia - Cesar (Δ 43,9) y los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Quípama – Boyacá (Δ 100), El Peñón – Santander (Δ 100), Valencia – Córdoba (Δ 66,7); Abriaquí – Antioquia (Δ 50,0), Muzo – Boyacá (Δ 50,0), Unguía – Chocó (Δ 50,0), Puerto Rico – Meta (Δ 50,0), Nunchía – Casanare (Δ 50,0) y Puerres – Nariño (Δ 40,0).

Tabla 14.

Clasificación de municipios según prioridades para COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 13 a 16, 2021

Clasificación

Municipios

Prioridad 1:

municipios con aumento incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y descenso o patrón estable de tasa de muestreo

Antioquia (Abriaguí, Amagá, San Rafael); Atlántico (Luruaco); Bolívar (Talaigua Nuevo); Boyacá (Aquitania, Guateque, Miraflores, Susacón); Caldas (Aranzazu, Supía); Cauca (Villa Rica); Cesar (Pailitas); Cundinamarca (Gachetá, Villapinzón); Meta (Puerto Rico); Nariño (Potosí); Sucre (San Onofre, Tolú Viejo); Tolima (Carmen de Apicalá); Valle del Cauca (Pradera); Putumayo (Puerto Caicedo, Sibundoy).

Prioridad 2.1:

municipios con aumento incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y tasa de muestreo con fallecidos por COVID-19 en el periodo anterior

Antioquia (Santa Fé de Antioquia, Caldas, Copacabana, Girardota, Guame, Sabaneta); Atlántico (Palmar de Varela, Sabanalarga); Caldas (Chinchiná, Villamaría); La Guajira (Uribia); Meta (Granada); Valle del Cauca (Florida, Guacarí, Zarzal).

Prioridad 2.2:

municipios con aumento incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y tasa de muestreo sin fallecidos por COVID-19 en el periodo anterior

Antioquia (Amalfi, Angelópolis, Anorí, Barbosa, Cáceres, Caicedo, Campamento, Carolina, El Bagre, Entrerríos, Guadalupe, Liborina, Nariño, Nechí, San Carlos, Santa Bárbara, Segovia, Támesis, Titiribí, Venecia, Yarumal); Atlántico (Suan); Bolívar (Mompós); Caldas (Aguadas, Norcasia, Palestina, Risaralda); Cauca (Caloto), Cundinamarca (Carmen de Carupa, El Colegio, Sasaima, Sutatusa, Tausa); Chocó (El Carmen de Atrato); Huila (Hobo); Magdalena (Nueva Granada, San Sebastián de Buenavista); Meta (Vistahermosa); Nariño (Cumbal, Puerres); Quindío (Filandia); Risaralda (Balboa, Belén de Umbría); Santander (Coromoro, Curití, Suaita); Sucre (Colosó, Guaranda, San Pedro); Tolima (Cajamarca, Purificación); Valle del Cauca (El Cerrito, San Pedro, Versalles, Vijes); Putumayo (Valle del Guamuez).

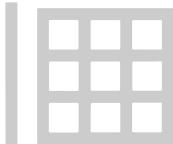
Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID19, 2021.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Durante las SE 13 a 16, 2021, 72 municipios presentaron un incremento significativo de los indicadores para COVID-19, 24 municipios presentaron incremento de la incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y un descenso o patrón estable de tasa de muestreo; 16 municipios registraron aumento de la incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y tasa de muestreo con reporte de fallecidos por COVID-19 en el periodo anterior (SE 09 – 12, 2021) y 56 municipios reportaron aumento de la incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y tasa de muestreo sin fallecidos por COVID-19 en el periodo anterior (SE 09 – 12, 2021).

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a

Semana epidemiológica 16 / 18 al 24 de abril de 2021

Ver tablas interactivas (<http://181.49.249.24:22011/Paginas/datos.aspx?cod=69>)

Tabla de mando

(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/132/Cuadro_de_mando_BES_16_2021.pdf)

SOBRE ESTE BOLETÍN

Esta es una publicación del Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

Publicación en línea: ISSN 2357.6189 2018

Directivos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez

Directora General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dra. Diana Marcela Walteros Acero

Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Diseño y diagramación

Alexander Casas Castro - acasas@ins.gov.co

Autores temáticos

Situación Nacional

Grupo Sivigila - sivigila@ins.gov.co

Eventos trazadores - Mortalidad

Giana María Henríquez Mendoza - ghenriquez@ins.gov.co

María Eugenia Pinilla Saraza – mpinillas@ins.gov.co

Diana Alexa Forero Motta – dforero@ins.gov.co

Eventos trazadores – Morbilidad

Andrea Jineth Rodríguez Reyes- arodriguezr@ins.gov.co
Sandra Milena Aparicio Fuentes: saparicio@ins.gov.co
Carolina Ferro Mendez – cferro@ins.gov.co

Brotes

Gestor sistema de alerta temprana - eri@ins.gov.co

Tablas de mando

Yudy Silva Lizarazo - ysilva@ins.gov.co

Diana Lucero Rivera Gómez - drivera@ins.gov.co

Índice

Figuras

Tablas

Evento central

Situación nacional

Eventos trazadores

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

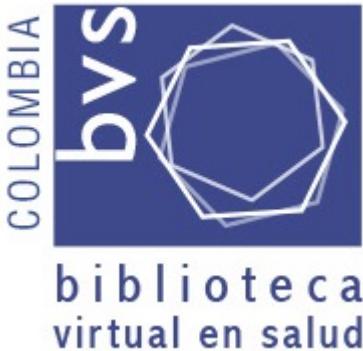
Tablas de mando

Sobre esta publicación

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2021

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2021

Tabla 2. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en



(<http://www.bvscolombia.org/>)