

EVENTO CENTRAL



Enfermedad de Chagas: en busca de la sostenibilidad

Fuente: .

Análisis

La pandemia por COVID-19 ha impactado en diferentes ámbitos de la salud pública, particularmente la mayoría de los recursos económicos, operativos y tecnológicos han sido destinados al control de la transmisión del SARS-CoV-2, al fortalecimiento de la capacidad hospitalaria y a la detección temprana de casos para cortar las cadenas de transmisión.

Muchas de las medidas adoptadas por el gobierno han tenido un gran impacto en la ocurrencia de otros eventos de interés en salud pública como, por ejemplo, en las enfermedades transmitidas por vectores (ETV); algunas medidas que eran constantes para el control de las ETV se han visto superadas por el control de las infecciones respiratorias. Por otra parte, el abordaje integral de la Enfermedad de Chagas

(ECh), ha tenido objetivos claros desde su inclusión en los planes decenales de salud pública y el interés por su control se ha visto rezagado por el nuevo coronavirus que resalta en términos de indicadores epidemiológicos en la actualidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), celebró el pasado 14 de abril de 2021 “El día de la lucha contra la Enfermedad de Chagas”, una oportunidad para volver a posicionar esta patología en las agendas gubernamentales, pero sobre todo para evitar silenciar a los pacientes quienes también sufren por un diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La ECh es la ETV que tienen más mecanismos de transmisión y en general la tasa de letalidad más alta dentro de las ETV, por ende, las estrategias de control en salud pública deben ser integrales junto con el abordaje a determinantes de la salud, de esta manera se logrará un mayor impacto sobre su control.

Desde 2010 el Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud (INS), inició el trabajo arduo de prevenir la transmisión vectorial específicamente por el triatomino intradomiciliado (*Rhodnius prolixus*) que está relacionado fuertemente con los casos agudos aislados. Esta estrategia es denominada “Plan de Interrupción” que permitiría la disminución de la morbilidad y por ende de la letalidad a mediano y largo plazo. El desarrollo de esta estrategia ha sido el punto de partida para la implementación de otros procesos que integralmente buscan la reducción de la morbi-mortalidad cómo, por ejemplo, el Plan piloto de eliminación de barreras de acceso, que busca evaluar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para la Enfermedad de Chagas, o el cambio del algoritmo diagnóstico en 2018 que impacto positivamente la detección de casos crónicos.

Al 2021 Colombia tiene 66 municipios en 7 departamentos certificados por una comisión internacional de la OMS en la interrupción vectorial por el triatomino domiciliado *Rhodnius prolixus* y se espera que a finales de 2022 sean aproximadamente 106 municipios en 9 departamentos. Los departamentos que están bajo el plan de interrupción adoptaron una estrategia de vigilancia integrada entre el componente epidemiológico, entomológico y por laboratorio, en consecuencia, a esto, los departamentos que hacen parte del plan como: Casanare, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Arauca y Cundinamarca, tienen una mayor adherencia a los procesos de vigilancia en salud pública.

De esta manera, dentro de la captación de casos agudos, está la realización de pruebas parasitológicas en los casos probables, desde 2016 este indicador se ha mantenido entre el 49 % y el 65 % en mayores de un año, aún se debe trabajar fuertemente en la realización de las pruebas parasitológicas a todos los casos probables de fase aguda, sin importar, la edad, el mecanismo de transmisión o el nivel de atención. Con relación a la realización de pruebas parasitológicas en recién nacidos de madres seropositivas, desde 2019 cuando se fortaleció la definición de caso probable para chagas agudo con el riesgo congénito y la importancia de la realización de la prueba en esta población, se observó un aumento significativo, lo que permitió la captación de casos congénitos en Bogotá y Norte de Santander (figura 1), sin embargo, el número de entidades territoriales que realizan este tipo de pruebas a menores de un año procedentes de madres seropositivas sigue siendo muy reducido (figura 2).

Figura 1. Proporción de realización de pruebas parasitológicas en casos agudos en Colombia, 2012 – 2021

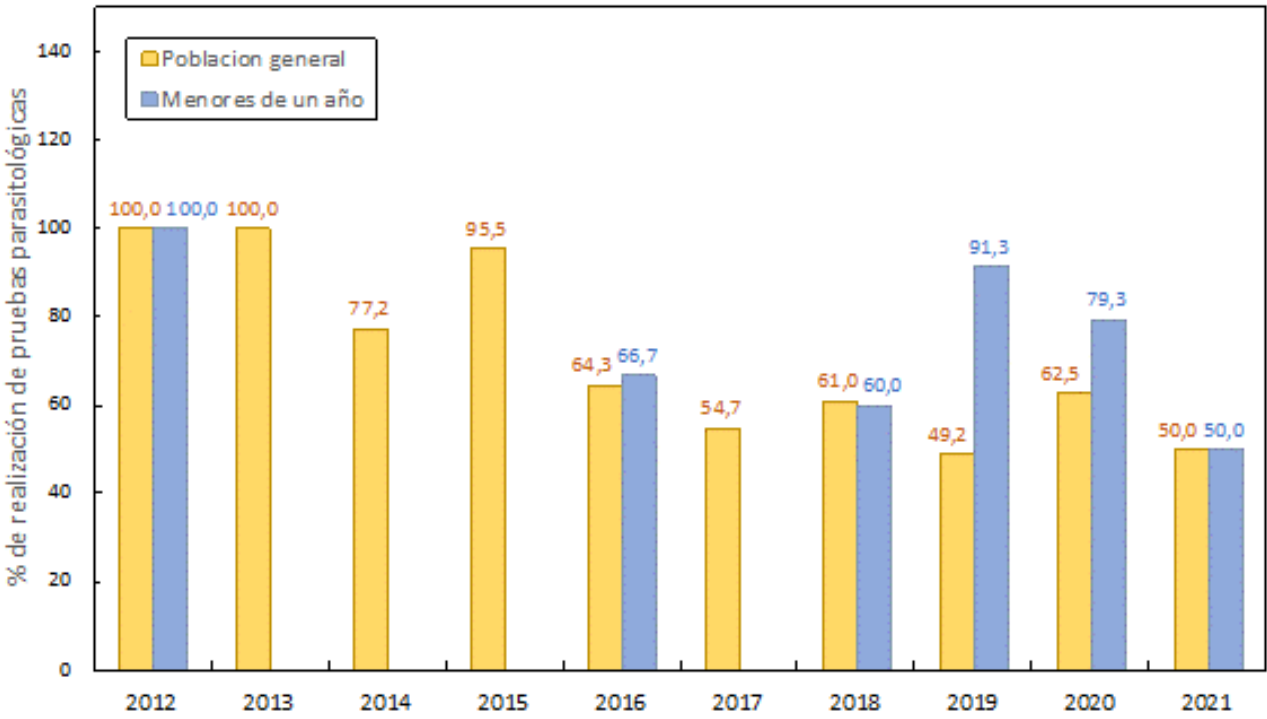
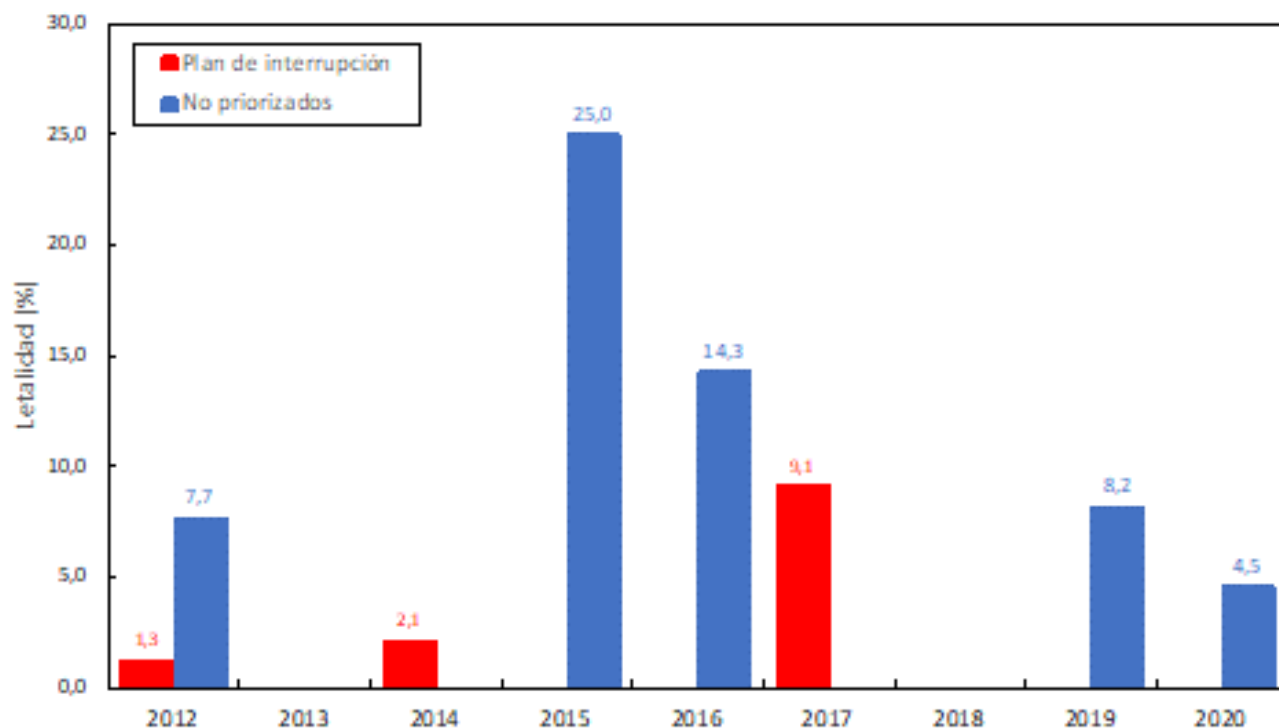


Figura 2. Realización de pruebas parasitológicas en menores de un año procedentes de madres seropositivas según entidad territorial, Colombia, 2012 - 2021



Una de las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es mantener la letalidad del evento por debajo del 10 %, el hallazgo más importante al comparar este indicador entre los departamentos que hacen parte del plan de interrupción con los que no están priorizados, es que la mayoría de los pacientes que fallecen a causa de la infección aguda de la enfermedad de Chagas, lo hacen en los municipios que no hacen parte del plan, al realizar el análisis con fallecimientos acumulados desde 2012, se encuentra que la tasa de letalidad de los departamentos del Plan de Interrupción es de 1,3 % mientras que en los departamentos no priorizados es del 5,3 % (figura 3).

Figura 3. Tasa de letalidad de Chagas agudo según priorización en el Plan de Interrupción, Colombia, 2012 – 2021



Con relación a los casos crónicos, la mayor proporción de casos confirmados se ubican en los departamentos que hacen parte del plan (figura 4), este comportamiento puede deberse al esfuerzo conjunto que realiza el INS con el Ministerio de Salud, sobre garantizar de manera operativa el cumplimiento de los indicadores evaluados por la comisión internacional, sin embargo, es necesario recordar que la modificación del algoritmo diagnóstico serológico en 2018 contempló que dichas pruebas estuvieran a disposición de todas las aseguradoras en el país, por tanto, en este momento, la capacidad de confirmación serológica en pacientes con chagas crónico no depende del riesgo, de la estrategia de interrupción o de los esfuerzos puntuales en la atención integral; todas las entidades territoriales del país y sus aseguradoras deberían tener el acceso a la realización de las pruebas necesarias para la confirmación de pacientes crónicos (figura 5).

Figura 4. Proporción de casos confirmados de Chagas crónico según priorización en el Plan de Interrupción, Colombia, 2012 – 2021

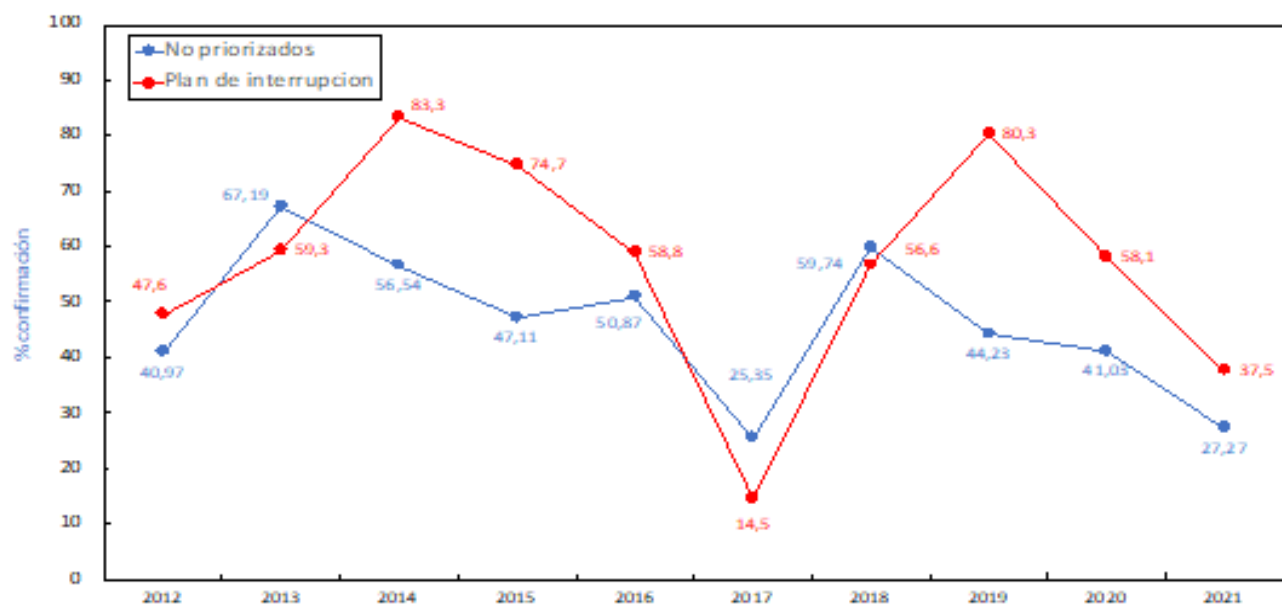
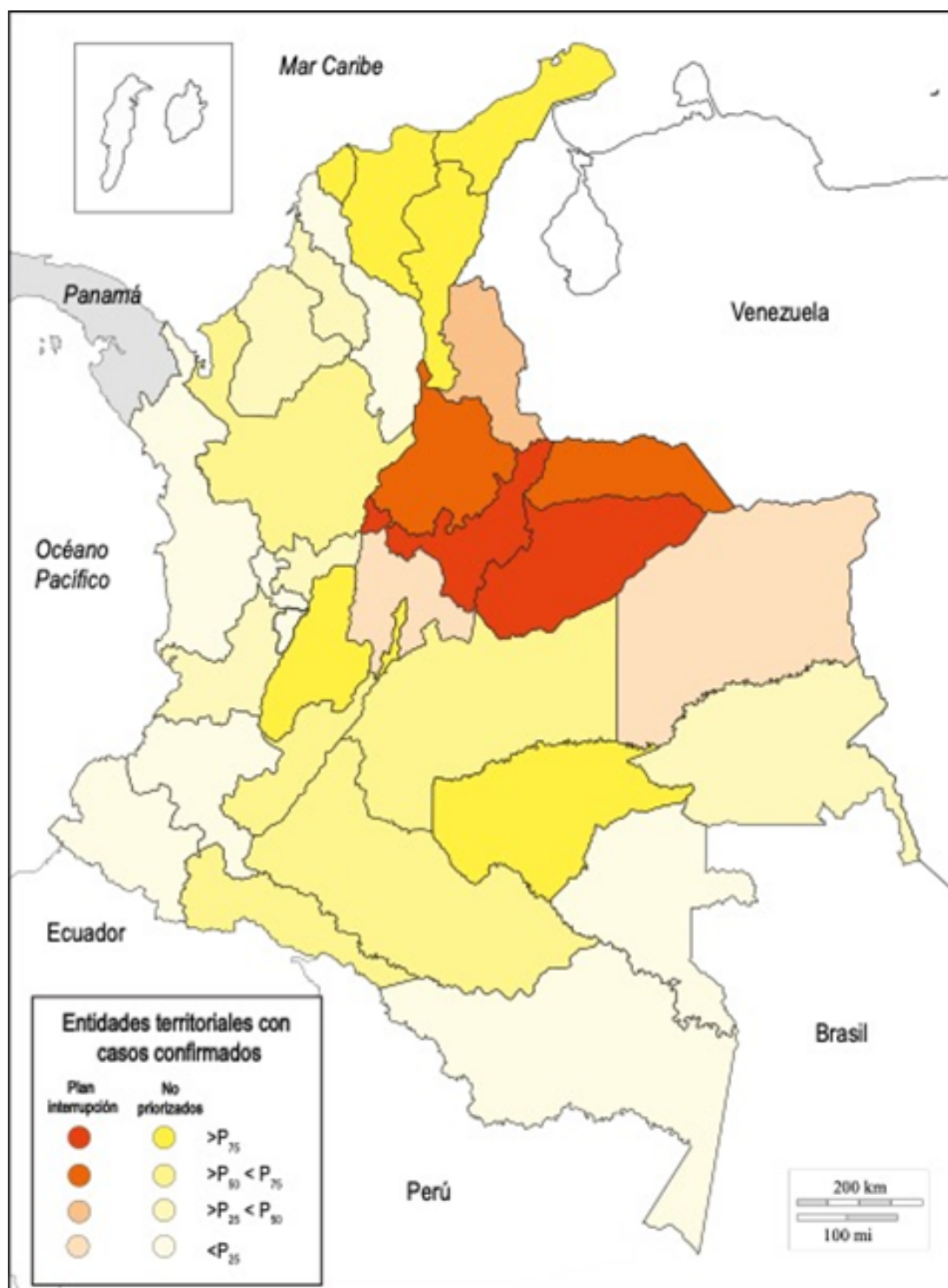


Figura 5. Casos confirmados de Chagas crónico según priorización en el Plan de Interrupción por entidad territorial de notificación, Colombia, 2012 – 2021



Uno de los mecanismos de transmisión de mayor riesgo, es la transmisión congénita, en Colombia no existe evidencia de la tasa de transmisión vertical, sin embargo, en la región se han realizado varias publicaciones que determinan que está entre el 2 al 8 %. De esta manera se infiere que, entre mayor número de gestantes confirmadas, mayor será el número de casos de Chagas congénito. Particularmente, la vigilancia de Chagas congénito comprende no solo la detección de la gestante, si no, la evaluación de la infección en mujeres en edad reproductiva, pasando por las pruebas en gestantes y terminando en el seguimiento de los recién nacidos hasta un año.

Actualmente aún hay un gran número de departamentos que no identifican mujeres gestantes con enfermedad de Chagas, es claro, que el riesgo de este mecanismo de transmisión es un poco más general que el riesgo vectorial teniendo en cuenta los grandes flujos migratorios internos del país, de esta manera, una de las actividades prioritarias de la vigilancia en salud pública, estará direccionada a la identificación y seguimiento de recién nacidos productos de madres seropositivas.

Por otra parte, la vigilancia por laboratorio de la Enfermedad de Chagas se realiza por el Laboratorio Nacional de Referencia, Grupo de Parasitología de la Dirección de Redes en Salud Pública principalmente atendiendo la atención y apoyo al diagnóstico de casos de Chagas agudo, apoyo al análisis e identificación de brotes, confirmación diagnóstica en casos de discrepancias que se presenten en resultados serológicos, capacitación teórico-práctica en métodos parasitológicos y serológicos, por necesidad de los Laboratorios de Salud Pública (LSP) y/o Laboratorios que lo requieran, así mismo, se realizan asistencias técnicas virtuales y presenciales en cada uno de los Laboratorios de Salud Pública que lo necesiten. En términos de evaluación de la calidad, se continua con la estrategia de la Evaluación anual a la Red Pública (LSP) y Privada a través del Programa de Evaluación Externa Directa del Desempeño (PEED) con los Programas de Chagas Directo y Chagas Inmunodiagnóstico y el Control de Calidad a través del Programa de Evaluación Externa Indirecta del Desempeño (EEID) mensual a los Laboratorios de Salud Pública.

La vigilancia entomológica para la ECh se ha consolidado durante los últimos años a través del fortalecimiento de las capacidades en el personal técnico y profesional de las diferentes entidades territoriales, el cual se refleja en los resultados de control de calidad y programas de evaluación que el grupo de entomología realizan en las entidades territoriales. Por otro lado, la actualización de distribución de especies vectoras, primarias y secundarias, durante los últimos años se ha fortalecido mediante la implementación de mapas de distribución y estrategias de modelación para especies. Igualmente, el Grupo de Entomología ha implementado desde los últimos años la vigilancia molecular para la identificación de parásitos en triatominos.

Las especies identificadas como vectores primarios son aspecto de estudio en estrategias como el plan de la interrupción de la transmisión vectorial intra-domiciliar de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus*, el cual ha permitido que 66 localidades del país se hayan certificado, un proceso que incluye entre otros la evaluación de indicadores entomológicos y documentación de estrategias comunitarias, este último aspecto indispensable para la sostenibilidad del proceso. Especies secundarias (*Panstrongylus geniculatus*, *Rhodnius pallescens*), se han identificado especialmente en brotes agudos de la enfermedad, lo que implica una orientación diferente del control químico intradomiciliar.

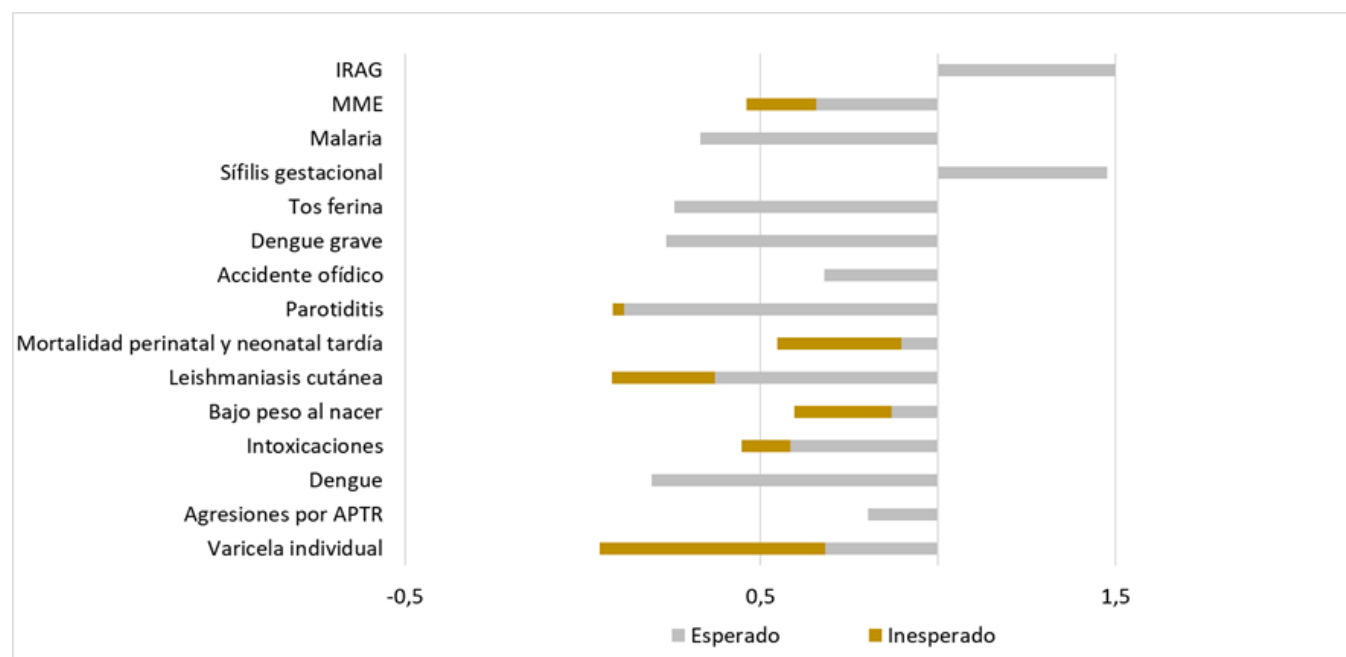
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

A partir de esta semana, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015-2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Así se identifica que en la semana epidemiológica 14, los eventos morbilidad materna extrema, parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer, intoxicaciones y varicela individual, se encuentran por debajo de lo esperado. Los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 6.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_comportamiento_eventos_alta_frecu

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_comportamiento_eventos_alta_frecu

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A partir de esta semana, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015-2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Los eventos: sífilis congénita e infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitado presentan un aumento significativo respecto a los valores esperados; los eventos sarampión, leptospirosis, evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV), mortalidad materna, rubeola, lepra 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 14 de 2021

Evento	Observado	Esperado	p
IRAG inusitado	64	31	0,00
Sífilis congénita	33	28	0,04
Sarampión	15	78	0,00
Leptospirosis	15	48	0,00
EAPV	0	10	0,00
Mortalidad materna	1	12	0,00
Rubeola	4	14	0,00
Lepra	3	12	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	5	0,01
Mortalidad por IRA	6	9	0,10
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,20
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	2	0,26
Mortalidad por dengue	2	2	0,26
Tuberculosis farmacorresistente	1	1	0,37

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 del 0,05 se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

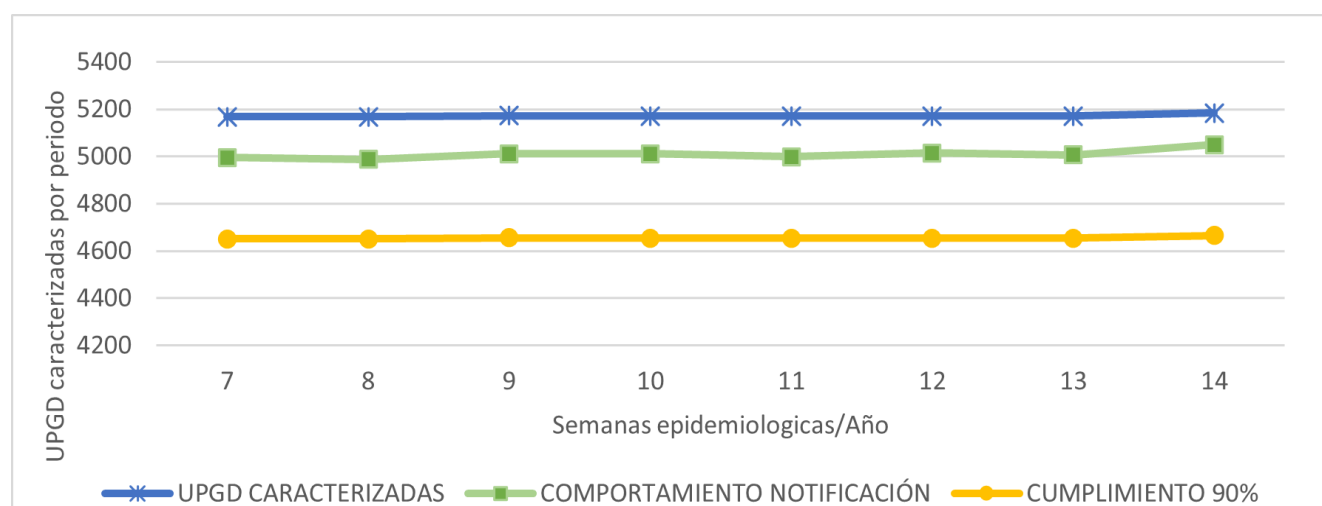
Cumplimiento en la notificación

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 13 y presentó incremento de 0,3 % con 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 97,4 % (5 050 / 5 184 UPGD); aumentó 0,6 % frente a la semana anterior y 3,6 % con respecto a la semana 14 de 2020. Todas las entidades territoriales cumplieron con la meta para este nivel de información.

Figura 7.
Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 07a 14 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_cumplimiento_notificación_UPGD_

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_cumplimiento_notificación_UPGD_

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD; a continuación, se refleja con la línea verde el porcentaje 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 5 184 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 14 de 2021 se notificaron 532 casos probables de dengue: 295 casos de esta semana y 237 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 9 767 casos, 4 949 (50,7 %) sin signos de alarma, 4 673 (47,8 %) con signos de alarma y 145 (1,5 %) de dengue grave.

Tabla 2.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	2185	22,7	24	16,6	2209	22,6
Valle del Cauca	798	8,3	8	5,5	806	8,3
Cartagena	611	6,4	16	11,0	627	6,4
Putumayo	522	5,4	3	2,1	525	5,4
Huila	451	4,7	7	4,8	458	4,7
Tolima	428	4,4	2	1,4	430	4,4
Antioquia	354	3,7	4	2,8	358	3,7
Norte de Santander	333	3,5	6	4,1	339	3,5
Barranquilla	331	3,4	7	4,8	338	3,5
Cundinamarca	326	3,4	1	0,7	327	3,3
Cesar	302	3,1	14	9,7	316	3,2
Meta	309	3,2	2	1,4	311	3,2
Atlántico	258	2,7	4	2,8	262	2,7
Santander	225	2,3	3	2,1	228	2,3
Bolívar	221	2,3	6	4,1	227	2,3
Magdalena	187	1,9	9	6,2	196	2,0
Sucre	180	1,9	4	2,8	184	1,9
Córdoba	175	1,8	2	1,4	177	1,8
Cauca	158	1,6	1	0,7	159	1,6
Caquetá	146	1,5	2	1,4	148	1,5
Santa Marta	134	1,4	4	2,8	138	1,4
Nariño	132	1,4	5	3,4	137	1,4
Chocó	120	1,2	1	0,7	121	1,2
Casanare	112	1,2	0	0,0	112	1,1
Boyacá	111	1,2	1	0,7	112	1,1
Amazonas	94	1,0	0	0,0	94	1,0

Quindío	82	0,9	2	1,4	84	0,9
Buenaventura	71	0,7	1	0,7	72	0,7
Caldas	55	0,6	0	0,0	55	0,6
Arauca	52	0,5	0	0,0	52	0,5
Risaralda	51	0,5	0	0,0	51	0,5
La Guajira	34	0,4	4	2,8	38	0,4
Archipiélago de San Andrés	27	0,3	0	0,0	27	0,3
Exterior	17	0,2	2	1,4	19	0,2
Guaviare	13	0,1	0	0,0	13	0,1
Vichada	11	0,1	0	0,0	11	0,1
Guainía	6	0,1	0	0,0	6	0,1
Total	9 622	100	145	100	9 767	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

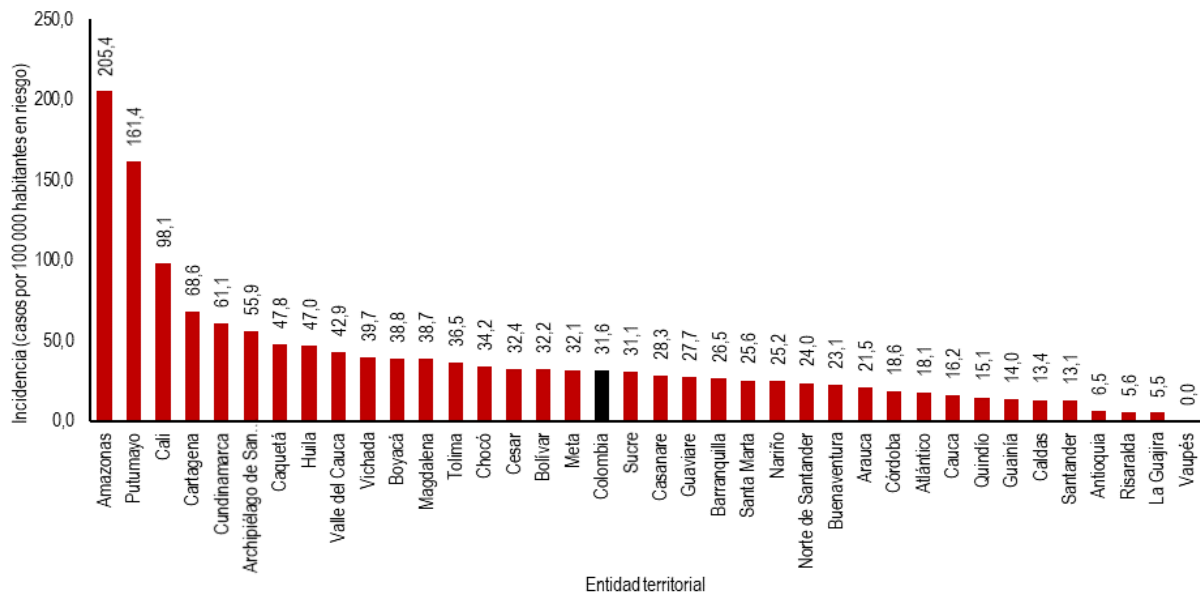
En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 559 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Huila, Tolima, Antioquia, Norte de Santander, Barranquilla, Cundinamarca, Cesar y Meta, aportan el 72,1 % (7 044) de los casos a nivel nacional.

El 61,3 % (5 983) de los casos de dengue se reportó en 34 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 22,6 % (2 209); Cartagena, con el 6,4 % (627); Barranquilla, con 3,5 % (338); Cúcuta, con el 2,1 % (203); Orito, con el 2,0 % (195); Santa Marta y Neiva, con el 1,4 % (138); Aguachica, con el 1,3 % (123); Villavicencio (122), Ibagué (120) y Yumbo (113), con 1,2 % cada uno; y Villagarzón, con 1,1 % (103).

Se hospitalizó el 76,1 % (3 556) de los casos de dengue con signos de alarma y el 91,0 % (132) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Caldas, Valle del Cauca, Buenaventura, Cauca, Guainía, Vichada, Bolívar, Chocó y Guaviare; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Cali, Santa Marta, Cartagena, Magdalena, Santander, La Guajira, Cundinamarca y Quindío.

A semana 14 se ha confirmado el 45,1 % (2 107) 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 55,2 % (80) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Atlántico, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Córdoba y La Guajira.

Figura 8.
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 14 de 2021



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

Análisis de la gráfica

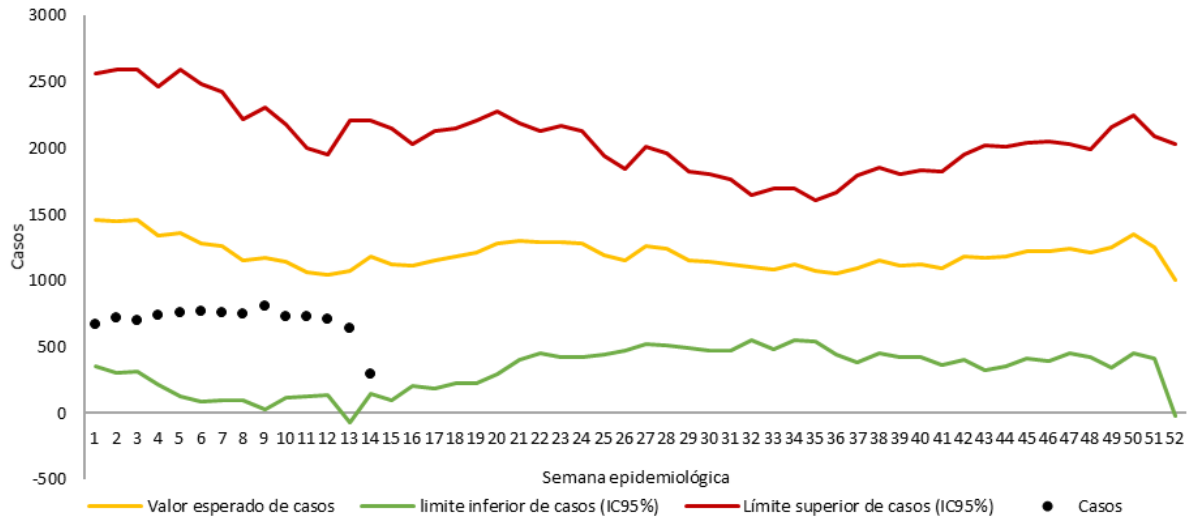
Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE14.jpg.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE14.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 31,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Putumayo, Cali, Cartagena, Cundinamarca y Archipiélago de San Andrés y Providencia se estiman tasas de incidencia superiores a 55,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 9.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 14, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE14.jpg.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE14.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 14 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 11 a 13 de 2021

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

Situación de alerta	Vichada		
	Amazonas	Boyacá	Caldas
	Cali	Caquetá	Cauca
	Cesar	Chocó	Nariño
	Putumayo	Santa Marta	Valle del Cauca
Por encima del número esperado de casos	San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
	Atlántico	Barranquilla	Buenaventura
	Cartagena	Magdalena	

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, 13 entidades se encuentran en situación de alerta y 5 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 37 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 7 casos y se encuentran en estudio 24 muertes procedentes de: Magdalena y Valle del Cauca, con 4 casos cada uno; Cesar, con 3 casos; Santa Marta, con 2 casos; Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cali, Cartagena, Huila, Nariño, Quindío 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 14, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 14	2021 a semana 14	Variación	
Consultas externas y urgencias	1 862 047	1 056 329	43,3	Disminución
Hospitalizaciones en sala general	56 249	60 348	7,3	Aumento
Hospitalizaciones en UCI	6 227	20 048	222,0	Aumento

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

Análisis de la tabla

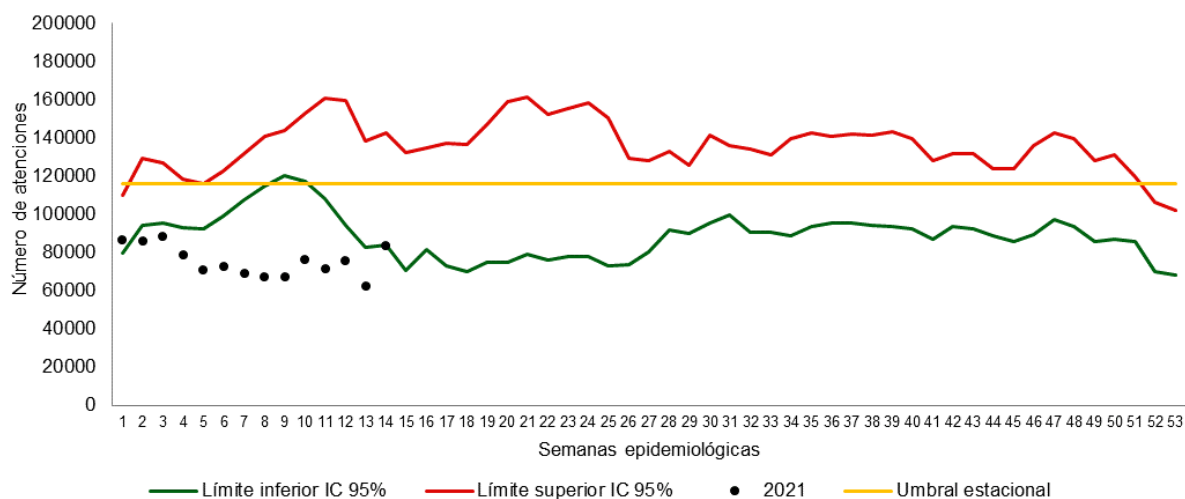
ANÁLISIS DE LA TABLA

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 14 de 2021, en Colombia se han notificado 1 056 329 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 43,3 % comparado con 2020, 37,0 % frente a 2019 y 37,8 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 27 entidades territoriales; Córdoba y Santa Marta presentan incremento; Arauca, Barranquilla, Bolívar, Guainía, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Sucre y Vichada no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,5 % (332 752), seguido por el de 40 a 59 años con el 20,8 % (219 294). 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 8,3 % seguido de los menores de 1 año con el 8,2 %.

Figura 10.
Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CE_SE14%20-%20copia.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CE_SE14%20-%20copia.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

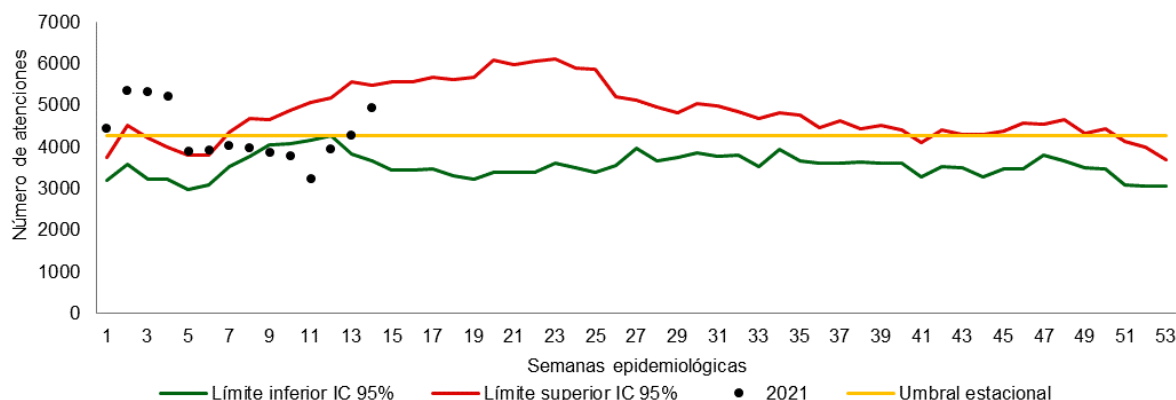
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA para las catorce semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional, a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior; para la semana 14 un aumento con relación a las semanas anteriores.

Se notificaron 60 348 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los dos años anteriores con el 7,3 % frente a 2020, 8,3 % comparado con 2019 y una disminución del 0,3 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 18 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Chocó, Caquetá, Vaupés, Quindío, Casanare, Arauca, Cali, Atlántico y Cauca; e incremento en 8 entidades territoriales resaltando Barranquilla, Santander, Amazonas y Bolívar; no presentan comportamientos inusuales 12 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 38,2 % (23 080), seguido por los de 40 a 59 años con el 20,6 % (12 442). 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 15,7 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,5 %.

Figura 11.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOS_SE14.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOS_SE14.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

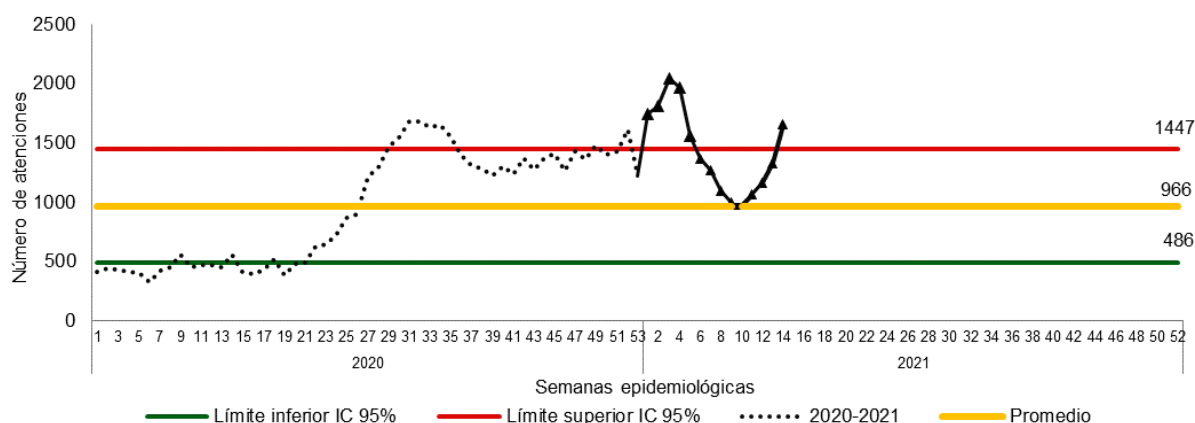
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional, sin variación para las semanas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

Se notificaron 20 048 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 222,0 % frente a 2020, 291,0 % comparado con 2019 y 286,5 % frente a 2018. Se presenta incremento en 29 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Valle del Cauca, Caquetá, Antioquia, Caquetá, Santa Marta, Nariño, Barranquilla y Cesar; San Andrés presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Arauca, Chocó, Córdoba, Guainía, Guaviare, Putumayo y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 55,1 % (11 048), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,1 % (5 234) y los de 20 a 39 años con el 8,1 % (1 633). 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 28,1 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 27,6 %.

Figura 12.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_SE14.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_SE14.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 cuatro semanas se observa incremento por encima del umbral estacional y en la semana 14 se supera el promedio histórico.

Metodología:

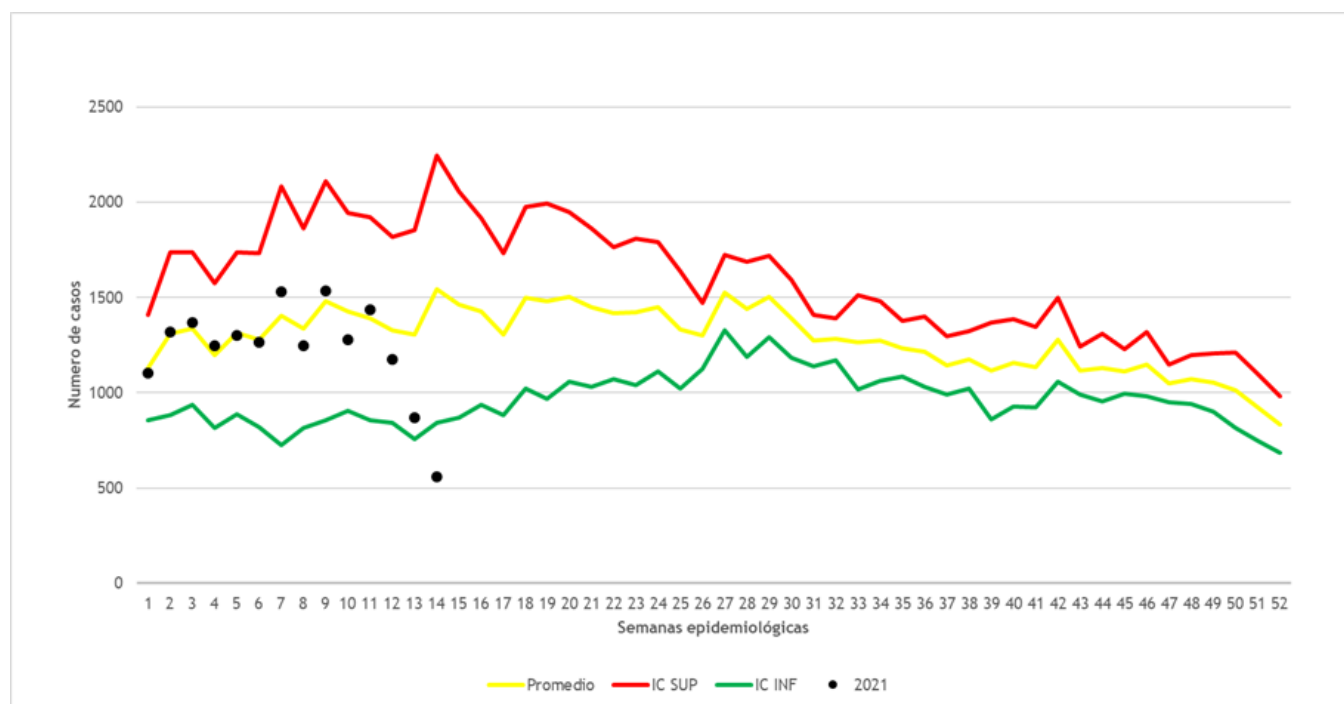
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 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 14 se notificaron 1 739 casos de malaria, teniendo un acumulado de 17 446 casos, de los cuales 17 089 son de malaria no complicada y 357 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 49,8 % (8 684), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 49,5 % (8 640) e infección mixta con 0,7 % (122).

Figura 13.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 14, 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/figura_canal_endémico_malaria_Colombia_

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_canal_endémico_malaria_Colombia_

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 (29,7 %), Nariño (23,7 %), Córdoba (13,9 %), Antioquia (10,0 %) y Guainía (5 %) aportan el 82,4 % 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 14 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	43	2701	0	2331	5075	29,70
Nariño	19	3620	0	419	4058	23,70
Córdoba	8	451	0	1918	2377	13,90
Antioquia	8	544	0	1161	1713	10,00
Guainía	2	56	0	796	854	5,00
Cauca	1	618	0	9	628	3,70
Vichada	8	90	0	276	374	2,20
Norte de Santander	0	0	0	356	356	2,10
Buenaventura	2	273	0	55	330	1,90
Guaviare	2	49	0	256	307	1,80
Risaralda	1	9	0	235	245	1,40
Bolívar	13	23	0	199	235	1,40
Exterior	3	21	0	155	179	1,05
Meta	0	22	0	139	161	0,90

Casanare	0	0	0	53	53	0,30
Amazonas	0	2	0	45	47	0,30
Vaupés	0	0	0	16	16	0,10
Cali	0	7	0	6	13	0,10
Desconocido	0	3	0	7	10	0,06
Cesar	2	1	0	5	8	0,05
Valle del Cauca	0	5	0	3	8	0,05
Putumayo	0	0	0	7	7	0,04
Sucre	0	1	0	5	6	0,04
Santander	1	1	0	4	6	0,04
La Guajira	0	0	0	6	6	0,04
Arauca	0	0	0	5	5	0,03
Cartagena	0	0	0	4	4	0,02
Huila	0	1	0	3	4	0,02
Barranquilla	1	0	0	0	1	0,01
Caquetá	0	0	0	1	1	0,01
Atlántico	0	0	0	1	1	0,01
Magdalena	0	1	0	0	1	0,01
Total	114	8499	0	8476	17089	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

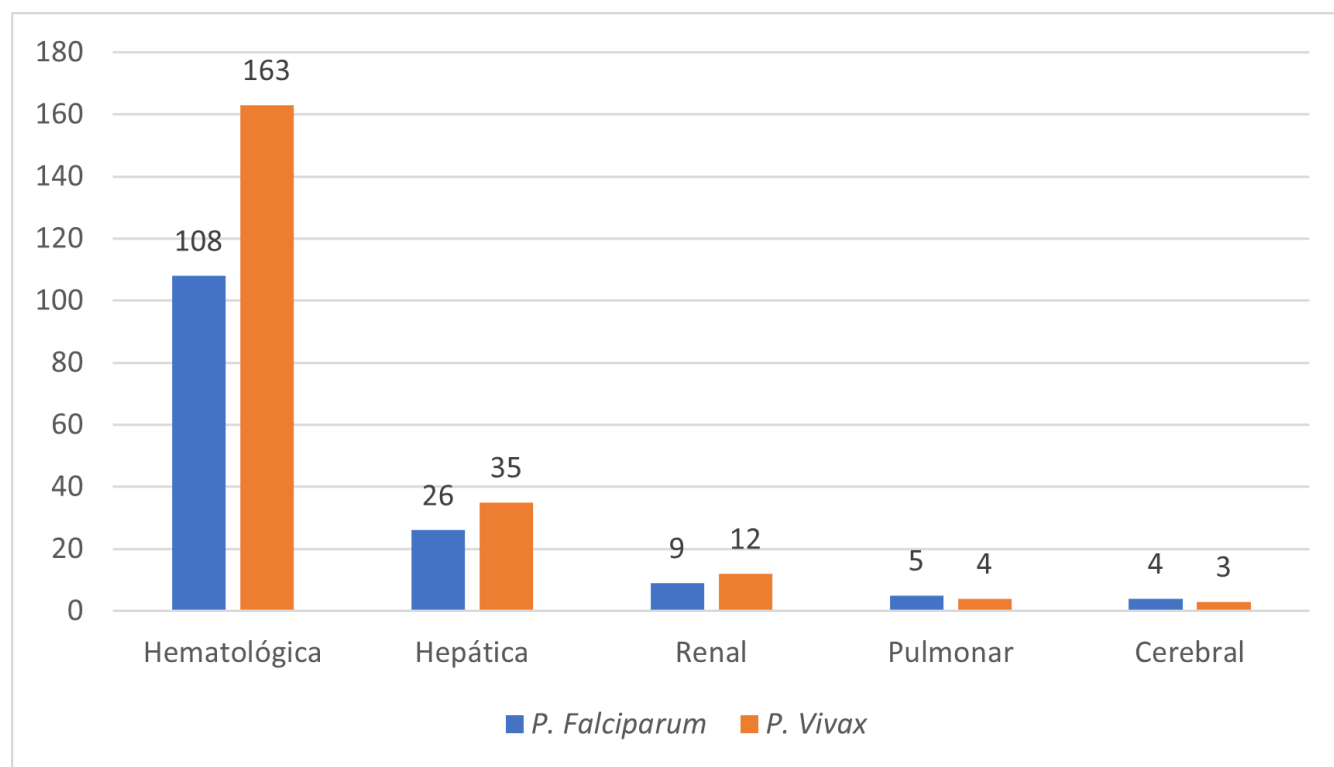
Malaria complicada

Se notificaron 357 casos de malaria complicada, que proceden de 20 entidades territoriales y 4 casos provienen del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Meta y Cauca notifican el 75 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 59,1 % (211) corresponde a hombres. El 30,2 % (108) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 19,9 % (71) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 42,0 % (150) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 67,8 % (242) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 14.

Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 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/figura_complicaciones_malaria_Colombia_

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_complicaciones_malaria_Colombia_

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 75,9 % (271) presentó complicaciones hematológicas, el 17,1 % (61) complicaciones hepáticas, el 5,9 % (21) complicaciones renales, el 2,5 % (9) complicaciones pulmonares y el 1,9 % (7) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 14, tres departamentos están por encima del número esperado de casos y cuatro departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 6.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
Menor al comportamiento histórico	Amazonas	Vaupés	
	La Guajira	Arauca	Atlántico
	Caquetá	Quindío	Caldas
	Huila	Sucre	Magdalena
En el comportamiento histórico	Cesar	Chocó	Santander
	Risaralda	Vichada	Bolívar
	Antioquia	Putumayo	Casanare
	Valle del Cauca	Norte de Santander	
Situación de alerta	Guainía	Nariño	Guaviare
	Córdoba		
	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 14, 15 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: El Charco (Nariño), Bojayá (Chocó), Mosquera y Maguí (Nariño).

Tabla 7.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 14 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Nariño	El Charco	598	115	222
Chocó	Bojayá	417	82	161
Nariño	Mosquera	384	45	106
Nariño	Maguí	382	94	131
Cauca	Guapi	304	67	108
Risaralda	Pueblo Rico	248	29	59
Córdoba	Montelíbano	184	27	54
Nariño	La Tola	142	23	43
Guavire	El Retorno	135	15	43
Nariño	Francisco Pizarro	92	16	23

Córdoba	Montería	88	3	27
Meta	Mapiripán	76	3	17
Chocó	Litoral del Bajo San Juan	57	9	25
Meta	Puerto Gaitán	48	4	10
Meta	Puerto Rico	23	4	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 14, Colombia, 2021

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	ep
Chocó	Acandí	8	10	0	Disminución	Éxito
	Atrato	111	64	25	Disminución	Segu
	Bagadó	193	127	66	Disminución	Segu
	Juradó	8	5	3	Ninguno	Segu
	Lloró	120	142	34	Disminución	Éxito
	Medio Atrato	154	88	40	Disminución	Segu
	Quibdó	1094	666	236	Disminución	Segu
	Rioquito	91	66	34	Disminución	Segu
	Riosucio	58	10	12	Ninguno	Segu
	Unguía	6	7	2	Disminución	Segu
Buenaventura	Buenaventura	337	98	102	Ninguno	Segu
Nariño	Tumaco	543	224	159	Ninguno	Segu

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 14, 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, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Rioquito y Unguía, 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 14 muertes en menores de 5 años: 6 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 6 a desnutrición y 2 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 6 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 4 correspondientes a esta semana y 2 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en la entidad territorial de Guainía en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 14 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia y Cali se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 6 muertes por desnutrición en menores de 5 años, 2 correspondientes a esta semana y 4 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 2 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Guainía, Santa Marta y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 14 entre 2014 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Para esta semana se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, 1 correspondiente a esta semana y 1 de una semana anterior. 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 Atlántico, Casanare, Santander, Sucre y Norte de Santander, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 14 entre 2014 a 2020, mientras que, en Chocó y 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 14 de 2021 se notificaron 123 muertes maternas, 96 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 19 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 8 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.

Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 14, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	88	41	21	150
2020	80	49	9	138
2021	96	19	8	123

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 20,0 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 14 es de 45,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Guaviare	1	232,0
Chocó	3	177,4
Santa Marta	4	141,0
Meta	5	101,7
Risaralda	3	99,8
Magdalena	7	98,9
Buenaventura	1	74,2
Putumayo	1	68,9
Córdoba	5	65,7
Cali	5	64,6
Barranquilla	4	61,9
La Guajira	4	60,3
Norte de Santander	4	54,1
Casanare	1	50,8
Antioquia	11	48,3
Sucre	2	47,6
Colombia	96	45,5
Cundinamarca	5	44,8
Bolívar	4	40,7
Cartagena	2	40,0
Tolima	2	39,8
Caldas	1	38,9
Huila	2	36,4
Bogotá	9	34,0
Cesar	2	28,6
Valle del Cauca	4	26,5
Santander	2	23,5
Nariño	1	19,5
Atlántico	1	17,3

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 Guaviare, Chocó, Santa Marta, y Meta.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 14 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	11	7	0,045
Cauca	0	3	0,050
Guaviare	1	0	0,000
Nariño	1	6	0,015
Valle del Cauca	4	1	0,015
Cali	5	2	0,036

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 14 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Guaviare, Valle del Cauca y Cali y disminución en las entidades territoriales de Cauca y Nariño.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 21,9 % corresponde a causas directas y el 20,8 % a causas indirectas.

Tabla 12.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	21	21,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	11	11,5
Hemorragia obstétrica	8	8,3
Sepsis relacionada con el embarazo	5	5,2
Evento tromboembólico como causa básica	3	3,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	1,0
Otras causas directas	1	1,0
INDIRECTA	20	20,8
Otras causas indirectas	9	9,4

Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	5	5,2
Sepsis no obstétrica: Neumonía	4	4,2
Sepsis no obstétrica	2	2,1
Evento tromboembólico como causa básica	1	1,0
EN ESTUDIO	55	57,3

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 11,5 % y la hemorragia obstétrica con el 8,3 %.

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 14 de 2021, se han notificado 2 138 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 30 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 201 casos, 134 corresponden a esta semana y 67 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 14 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
Vichada	10	22,2
Chocó	37	21,9
Arauca	26	20,0
Barranquilla	110	17,0
Córdoba	128	16,8
Bolívar	74	15,4
Sucre	61	14,5
Putumayo	21	14,5

Buenaventura	18	13,4
La Guajira	87	13,1
Amazonas	4	12,9
Risaralda	37	12,3
Vaupés	2	12,3
Nariño	62	12,1
Quindío	20	11,7
Cauca	64	11,5
Antioquia	260	11,4
Caldas	29	11,3
Caquetá	23	11,3
Cundinamarca	124	11,1
Colombia	2108	10,7
Casanare	21	10,7
Cartagena	53	10,6
Atlántico	61	10,6
Boyacá	45	10,5
Magdalena	44	10,4
Cesar	72	10,3
Tolima	51	10,1
Huila	52	9,5
Santa Marta	26	9,2
Cali	69	8,9
Valle del Cauca	53	8,8
San Andrés y Providencia	2	8,6
Meta	41	8,3
Norte de Santander	58	7,8
Bogotá	199	7,5
Guaviare	3	7,0
Santander	50	5,9

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 10,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 21 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (36,3), Vichada (22,2), Chocó (21,9), Arauca (20,0) y Barranquilla (17,0).

Figura 15.
Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal%20tardias%20por%20causas%20de%20muerte%20agrupadas%20Colombia%20semanas%20epidemiologicas%2001%20a%2014%20de%202021.aspx)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal%20tardias%20por%20causas%20de%20muerte%20agrupadas%20Colombia%20semanas%20epidemiologicas%2001%20a%2014%20de%202021.pdf)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,2 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmadurez 23,9 % y asfixia y causas relacionadas 20,4 %.

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 Arauca. 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, Cartagena, Cesar, Risaralda y Santander. 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 periodos 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).

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 6 de abril 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

A nivel mundial los casos de COVID-19 han incrementado por séptima semana consecutiva con 4,5 millones de nuevos casos en la última semana. El número de muertes incrementó un 7 % comparado con la semana anterior con más de 76 000 nuevas muertes reportadas. El mayor incremento se observó en el Sudeste Asiático (más notable en India) y la región del mediterráneo oriental. Todas las regiones excepto África y las Américas reportaron incremento en el número de muertes, se reportó un incremento del 189 % en el pacífico occidental (impulsado por el incremento de muertes en Filipinas) y seguido por el sudeste asiático con un 47 %.

El mayor número de casos se reportó en la India (873 296 casos nuevos; incremento del 70 %), Estados Unidos (468 395 casos nuevos; incremento del 5%), Brasil (463 092 casos nuevos; disminución del 8 %), Turquía (353 281 casos nuevos; incremento del 33 %) y Francia (265 444 casos nuevos; incremento del 9 %).

Variante - VOC 202012/01

Al 13 de abril de 2021 un total de 132 países de las seis regiones de la OMS han notificado casos de esta variante, dos países han notificado la circulación de VOC 202012/01. Varios estudios han demostrado un aumento de la transmisibilidad (incluidas las tasas de ataque secundarias), la gravedad y mortalidad asociada con VOC 202012/01 en comparación con variantes sin VOC.

Un estudio publicado recientemente que utilizó datos de varios países europeos y los Estados Unidos estimó que VOC 202012/01 tiene un número de reproducción de 43 a 93 % más alto (IC del 95 %: 38 a 130 %) que las variantes previamente circulantes. Sin embargo, no hay evidencia clara de un aumento de la gravedad asociado con VOC 202012/01, estas estimaciones deben interpretarse con precaución debido a los retrasos entre la infección y la hospitalización o la muerte.

Existe una creciente evidencia sobre la actividad de los anticuerpos neutralizantes inducidos por la vacuna contra VOC 202012/01, incluso para las vacunas de AstraZeneca, Moderna, Pfizer, Novavax, Bharat, Gamaleya y Sinopharm, como se señaló en la Actualización epidemiológica semanal publicada el 23 de marzo, los hallazgos apoyan que la actividad neutralizante se mantiene en gran medida contra esta variante.

Variante 501Y.V2

Desde la última actualización el 30 de marzo, se ha informado la circulación de la variante 501Y.V2 en dos países adicionales, para un total de 82 países de las seis regiones de la OMS. Las investigaciones de un estudio sugirieron que las características epidemiológicas, como período de incubación y transmisibilidad, parecían comparables a los descritos en China antes de la aparición de la variante 501Y.V2. Este estudio también estableció que la tasa de ataque secundaria (confirmada o casos probables) fue del 76,9 % y la tasa de ataque terciario fue del 73,3 %. El estudio destaca que la falta de transmisión terciaria fuera del ámbito personal sugiere que el distanciamiento y las medidas de barrera fueron eficaces.

La reducción en la actividad de los anticuerpos neutralizantes contra 501Y.V2 inducida por vacunas o infección natural en comparación con las variantes de tipo salvaje (no COV), se han documentado en un número sustancial de estudios. Los hallazgos de cuatro estudios recientes informan reducciones en los anticuerpos neutralizantes en la actividad para las vacunas de Moderna (reducción de 9,7 veces), Pfizer-BioNTech (reducciones de 14 y 8,8 veces) 30, Novavax (14,5 veces reducción de veces) y Gamaleya (reducción de 6,8 veces); otro estudio reciente encontró de 2,4 a 3,3 veces reducción en la actividad neutralizante inducida por las vacunas Sinovac y Sinopharm.

Variante P1

Desde el 30 de marzo de 2021, siete nuevos países han informado de la variante P.1, para un total de 52 países de las seis regiones de la OMS. Estudios de modelado y vigilancia genómica con base en Brasil sugieren una mayor transmisibilidad de la variante P.1, en comparación con los linajes brasileños no P.1. Además, las tasas de letalidad en Brasil aumentaron en personas mayores de 20 años en febrero de 2021, en comparación con enero de 2021, lo que sugiere una potencial asociación entre P.1 y una enfermedad más grave. Al igual que las observaciones realizadas con los otros COV, se debe ampliar la información

para establecer si los cambios en la gravedad de la enfermedad con impacto en una mayor transmisibilidad / alta incidencia, agrega presiones a los sistemas de salud y afecta negativamente los resultados de los pacientes.

Un estudio reciente realizado en Italia en entornos donde tanto P.1 como VOC 202012/01 co-circulaban en niveles significativos destacaron que la variante P.1 fue superada por VOC 202012/01. El mismo estudio también destacó la posible protección cruzada en variantes.

Varios estudios han medido la neutralización de la variante P.1 por sueros de los vacunados con Pfizer, Moderna, AstraZeneca o Sinovac, incluido un informe reciente del ensayo de control aleatorizado de fase III de Sinovac en Brasil informa seroconversión. Con base en estos hallazgos, la neutralización la actividad se redujo de 1,7 a 10 veces según la vacuna y los individuos; para algunas vacunas, hubo una variabilidad sustancial en los resultados entre los estudios.

Los datos preliminares de los resultados clínicos se limitan actualmente a un estudio reciente de casos y controles de pruebas emparejadas negativas de trabajadores de la salud en Manaus, Brasil. Se encontró que la vacuna Sinovac es 49,6 % efectiva contra COVID-19 sintomático y 35,1 % efectiva contra infección asintomática, aunque estos hallazgos aún no han sido revisados por pares.

Región de África. La región reportó alrededor de 50 000 casos nuevos y más de 1 000 nuevas muertes la última semana con una disminución del 14 % y 5 % respectivamente comparado con la semana pasada. Los casos semanales y la incidencia han fluctuado desde finales de febrero de 2021; sin embargo, las muertes han continuado con una tendencia general a la baja. El mayor número de casos nuevos fue notificados en Etiopía (12,1 casos nuevos por 100 000 habitantes; una disminución del 4 %), Kenia (13,2 casos nuevos por 100 000; una disminución del 19 %) y Sudáfrica (10,2 casos nuevos por 100 000; una disminución del 14 %). El mayor número de muertes fue reportado en Sur África (302 muertes nuevas; disminución del 1 %), Etiopía (210 muertes nuevas; 38 % de aumento) y Kenia (124 nuevas muertes; 22 % de disminución).

Región de las Américas. La región ha reportado más de 1,4 millones de casos nuevos y más de 36 000 nuevas muertes con un incremento del 5 % y 2 % respectivamente comparado con la semana anterior. En general se ha presentado una tendencia creciente en los casos notificados a partir de la mitad de febrero. El mayor número de caso nuevos se notificó en los Estados Unidos de América (141,5 casos nuevos por 100 000; una disminución del 5 %), Brasil (217,9 casos nuevos por 100 000; una disminución del 8 %) y Argentina (276,0 casos nuevos por 100 000; un aumento del 52 %). El mayor número de nuevas muertes fue reportado en Brasil (9,7 muertes nuevas por 100 000; disminución del 3%), Estados Unidos 1,6 muertes nuevas por 100 000; una disminución 31 %) y México (2,5 muertes nuevas por 100 000; un incremento del 6 %).

Región del Mediterráneo Oriental. La región notificó algo menos de 364 000 nuevos casos y más de 4 400 nuevas muertes, un aumento del 22 % y del 19 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. La tendencia en el aumento de casos y muertes se ha sostenido comparado con las semanas anteriores. El mayor número de casos nuevos se notificó en República Islámica de Irán (153,2 casos nuevos por 100 000; un aumento del 75 %), Iraq (124,2 casos nuevos por 100 000; un aumento del 22 %) y Jordania (348,1 casos nuevos por 100 000; una disminución del 21 %). El mayor número de muertos fueron reportados en la República de Irán (1,5 nuevas muertes por 100 000 un incremento del 78 %), Pakistán (0,3 nuevas muertes por 100 000 un incremento del 17 %), y Jordania (5,7 nuevas muertes por 100 000, un incremento 12 %).

Región Europea. La región notificó más de 1,6 millones de casos nuevos y más de 26 000 nuevas muertes, una disminución del 4 % y un aumento del 7 % respectivamente en comparación con la anterior semana. La disminución de casos esta semana se informó después de seis semanas consecutivas de

aumento desde finales de febrero. Las muertes continuaron aumentando durante una quinta semana. El mayor número de casos nuevos se notificó en Turquía (418,9 casos nuevos por 100 000; un aumento del 33 %), Francia (408,1 nuevos casos por 100 000; un aumento del 9 %) y Polonia (358,5 casos por 100 000; una disminución del 27 %). El mayor número de muertes reportadas fueron en Polonia (9,2 nuevas muertes por 100 000; incremento 14 %), Italia (5,4 nuevas muertes por 100 000, un incremento del 5 %) y Ucrania (6,1 nuevas muertes por 100 000; un incremento 13 %).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana, la región del Sudeste Asiático notificó cerca de 965 000 nuevos casos y 6 300 nuevas muertes, un aumento del 36 % y del 47 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en la India (63,3 nuevos casos por 100 000; un aumento del 70 %), Bangladesh (29,5 nuevos casos por 100 000; un aumento del 26 %) e Indonesia (12,9 nuevos casos por 100 000; una disminución del 1 %). El mayor número de muertes fue reportado en India (4 652 muertes, incremento 51 %), Indonesia (1 201 nuevas muertes; incremento del 37 %) y Bangladesh (448 nuevas muertes; incremento del 1 %).

Región del Pacífico Occidental. La semana anterior se notificaron más 111 000 nuevos casos y 1 500 nuevas muertes, un aumento del 6 % y del 189 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El aumento de las muertes fue atribuido al aumento de las defunciones reportadas en Filipinas. El mayor número de casos nuevos se notificó en Filipinas (63,1 nuevos casos por 100 000; una disminución del 3 %), Japón (16,2 casos nuevos por 100 000; un aumento del 28 %) y Malasia (29,4 casos nuevos por 100 000; un aumento del 6 %). El mayor número de casos de nuevas muertes fue reportado por Filipinas (1,2 nuevas muertes por 100 000; incremento del 400 %), Japón (0,1 nuevas muertes por 100 000; disminución del 15 %) y Malasia (0,1 nuevas muertes por 100 000; similar a la semana anterior).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 13 de abril de 2021. Fecha de consulta 14 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-april-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-april-2021>)

Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana epidemiológica 15. Fecha de publicación 14 de abril de 2021 - Organización Mundial de la Salud (OMS)

Guinea

En los últimos 21 días, se han confirmado dos casos y tres casos sospechosos reportados en la Sub-prefectura de Soulouta, Nzerekore. Tres sub-prefectura se encuentran en alerta en, incluida una en Lola, las cuales continúan en investigación de un brote en Sub-prefectura de Soulouta con 34 alertas de las cuales hay tres muertes sospechosas.

Al 10 de abril de 2021, un total de 23 casos se han reportado incluyendo 16 casos y 7 casos probables, de los cuales 9 se han recuperado y 12 han fallecido (letalidad 52,2 %). El número de trabajadores de salud infectado sigue siendo 5. La mayoría de los casos confirmados y probables son mujeres (13/23; 60,9 %) y el grupo de edad más afectado son los mayores de 40 años.

Hasta el 10 de abril de 2021, un total de 84 (40 %) de 209 contactos han recibido seguimiento en Nzerekore. Un total de 140 contactos han sido vacunados. Se han notificado 77 alertas notificadas al 10 de abril de 2021, de las cuales 34 (44 %) fueron investigadas en las últimas 24 horas, 4 fueron validadas de las cuales 3 eran fallecidos. 2 fallecidos fueron muestreados.

Dentro de la respuesta en salud pública, un acumulado de 6 100 personas han sido vacunadas incluidas 44 contactos de alto riesgo, 5 182 contactos de contactos y 474 contactos probables incluidos 2 368 trabajadores de primera línea. Tres pacientes uno confirmado y dos sospechosos se encuentran hospitalizados en centros de tratamiento de enfermedades epidémicas.

República Democrática del Congo

Al 10 de abril de 2021 no se han reportado nuevos casos confirmados de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Kivu del Norte durante 40 días consecutivos. Desde el inicio del brote se han confirmado 11 casos, con un caso probable y seis defunciones (tasa de letalidad 50 %). Dos trabajadores de la salud han sido infectados, lo que representa 16,6 % de los casos.

Persisten 11 contactos quienes no han completado los 42 días del seguimiento que no han recibido seguimiento, la búsqueda de los contactos continua. Trece de 17 (76,4 %) de las áreas de salud del norte de la parte de Kivu del Norte han reportado 512 alertas, todas estas han sido investigadas. De estas 69 fueron validadas como casos sospechosos y 49 (71,0 %) se les tomo muestra. No hay pacientes hospitalizados en los centros de tratamiento del ébola y 29 pacientes sospechosos están siendo seguidos de forma aislada en los centros de salud.

Al 10 de abril de 2021 un total de 1 898 personas han sido vacunadas; trabajadores de primera línea han recibido 542 vacunas. Hasta el 10 de abril un total de 10 alertas en fallecidos han sido investigadas y se les tomo muestra, y cinco (50 %) recibieron entierros dignos y seguros, los otros cinco fallecidos aun permanecen en la morgue.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana 14 Epidemiológico. Fecha de publicación 11 de abril 2021. Fecha de consulta 14 de abril de 2021 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340773/OEW15-0511042021.pdf> (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340773/OEW15-0511042021.pdf>)

Alertas nacionales

Brote de intoxicación por sustancias químicas. Pinillos, Bolívar 13 de abril de 2021

Fecha de la exposición: 13 de abril de 2021 en la vereda Cascajal. Se reportan seis (6) personas miembros de una familia intoxicadas por un plaguicida organofosforado, el cual fue re envasado y usado accidentalmente para la preparación de alimentos. Entre los afectados se reportan tres menores de edad de 17, 5 y 4 años y tres adultos de 42, 26 y 23 años. Los síntomas presentados fueron sialorrea, somnolencia y alteración del estado de conciencia, requiriendo atención médica en hospitales de Magangué y Cartagena. Todos los afectados recibieron manejo inicial en sala de reanimación, con el apoyo de la línea de emergencias toxicológicas del Ministerio de Salud. El menor de 17 años falleció el 13 de abril, la menor de 4 años se trasladó a UCIP, el hombre de 23 años fue traslado a unidad neurológica y el paciente de 26 requirió IOT. Se realizó análisis de actividad de colinesterasa plasmática a los afectados, reportándose disminución de esta, confirmando la intoxicación severa por organofosforados. La entidad

territorial realizó la IEC, verificó la notificación de los casos y adelanta planes de educación e información a la comunidad, agricultores y ganaderos sobre uso adecuado de plaguicidas. Situación en seguimiento.

Fuente: Secretaria Municipal de Salud, Pinillos, Bolívar.

Actualización seguimiento de Alojamientos Temporales de Emergencia, Arauquita, Arauca 14 de abril de 2021

A la fecha se han caracterizado un total 5 873 personas (1 863 familias), 48,8 % corresponde a mujeres, 828 niños menores de 0 a 5 años, 1 410 niños entre 6 a 17 años, 3 166 personas entre 18 y 59 años y 470 adultos mayores. El 18 % de la población evidencia tener alguna discapacidad o enfermedad crónica. Al 14 de abril de 2021 se han reportado nueve (9) conglomerados de COVID-19 en ATE. Se están fortaleciendo las estrategias de vigilancia rutinaria y eventos priorizados para esta situación con el apoyo a la entidad territorial de un Equipo de Respuesta Inmediata del Instituto Nacional de Salud. Información preliminar, situación en seguimiento.

Fuente: SDS Arauca - ERI-INS.

Concepto de evaluación de riesgo ambiental en salud pública Grupo de Factores de Riesgos Ambientales – GFRA

Evaluación de riesgo de la situación ambiental por aumento de las precipitaciones en los departamentos de Valle de Cauca, Tolima y Antioquia a semana epidemiológica (SE) 14 de 2021, según el boletín informativo N° 042 de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) entre el 1 de marzo al 9 de abril del 2021, las lluvias han generado 453 eventos, con 232 deslizamientos, 79 inundaciones, 39 vendavales, 53 crecientes súbitas. Se han registrado en 268 municipios de 24 departamentos, siendo Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Tolima, Huila, Nariño, Cauca, Risaralda y Quindío los departamentos con mayor incremento en las lluvias. Producto de las precipitaciones, se han presentado 46 fallecimientos, 32 personas heridas y 6 continúan desaparecidas. En cuanto a la infraestructura se han visto afectadas 4 328 viviendas que han presentado alguna avería y otras 119 han quedado destruidas.

De acuerdo con la valoración del riesgo estimada a través del Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud (SATAES) el nivel de Riesgo en Salud Pública para los departamentos de Valle del Cauca, Tolima y Antioquia a SE 14, es bajo (verde), siendo resultado básicamente por la capacidad de respuesta con los que cuenta diversos sectores, instituciones y los territorios.

El comportamiento de los eventos de interés en salud pública priorizados notificados a semana epidemiología (SE)13 en el departamento de Valle del Cauca evidencia un decremento por debajo de lo esperado para el evento de IRA, EDA, dengue, malaria, leishmaniasis, leptospirosis y un comportamiento esperado para accidente ofídico; Tolima evidencia que los siguientes eventos de interés en salud pública se encuentran en decremento dengue, leishmaniasis, mientras IRA, EDA, leptospirosis, malaria y accidente ofídico se encuentran dentro de los esperado y Antioquia evidencia que los eventos de interés en salud pública que se encuentran en decremento son: IRA, EDA, dengue, leishmaniasis y accidente ofídico, mientras que leptospirosis se encuentra en incremento.

Los departamentos de Valle del Cauca, Tolima y Antioquia se encuentran en alerta debido al reporte de alerta naranja y amarilla en algunas zonas registrado en el último boletín del IDEAM, no obstante, respecto a la SE 14, las alertas disminuyeron. Igualmente, como resultado al monitoreo de medios, se evidenció la disminución de las situaciones registradas en los tres departamentos (Antioquia, Tolima y Valle del Cauca). El departamento de Antioquia requiere de especial monitoreo debido a un incremento en el reporte de casos de leptospirosis. Según el Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud (SATAES), el nivel de riesgo estimado para los departamentos priorizados por el aumento de lluvias fue bajo, debido básicamente a la capacidad de respuesta de otros sectores ante la situación, sin embargo, es importante continuar con el monitoreo de la situación a través del registro de medios. A la fecha no se tiene conocimiento del establecimiento de alojamientos temporales de emergencia en los departamentos priorizados.

Fuente: Grupo de Factores de Riesgos Ambientales – GFRA del Instituto Nacional de Salud.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 15 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

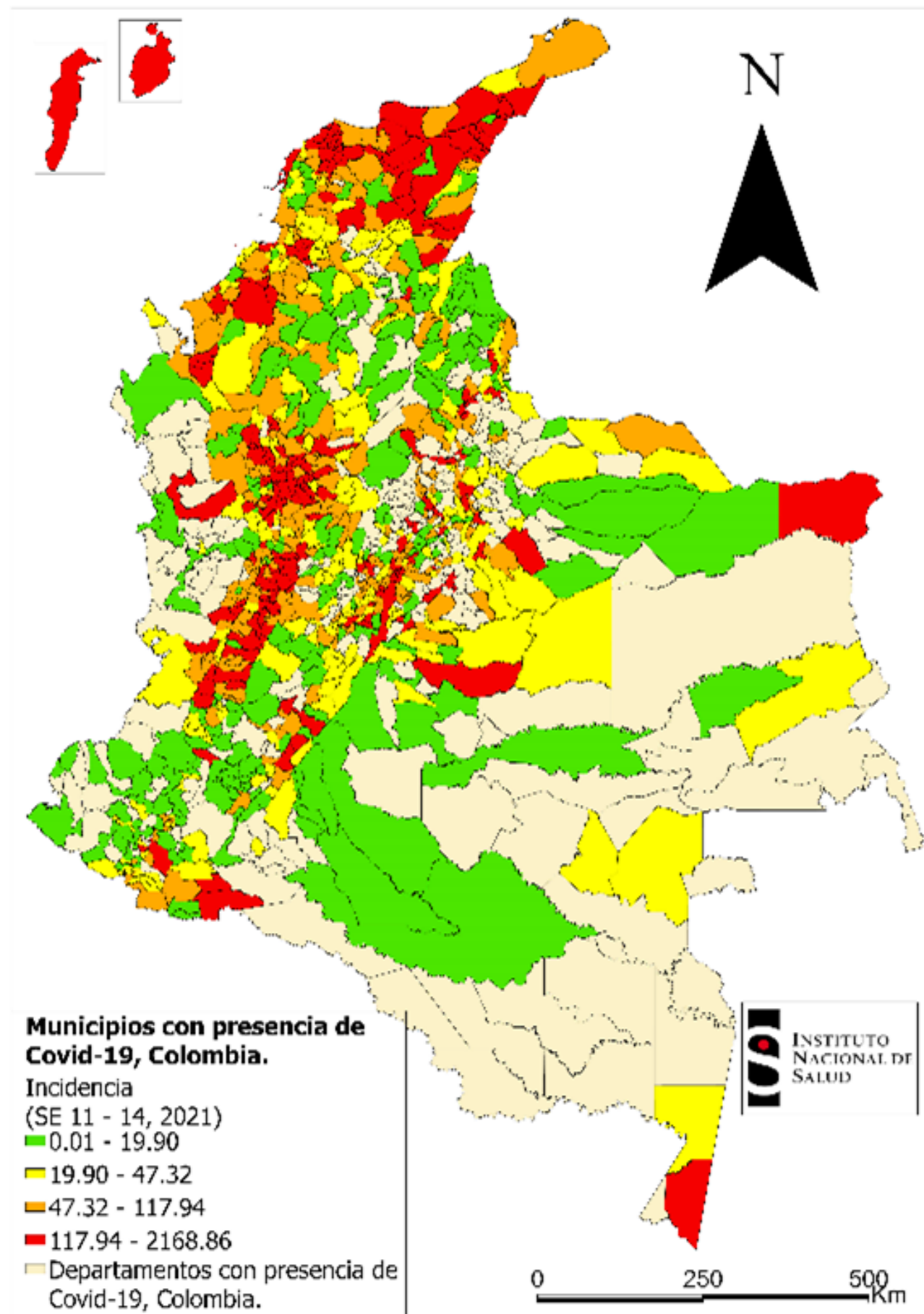
Situación COVID-19

Hasta el 15 de abril de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 602 719 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 112 municipios. La incidencia acumulada es de 5 166,95 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha el 3,6 % (94 583) de los casos se encuentra activo, siendo procedente principalmente de Antioquia con el 30,0 % (28 336), Bogotá con el 29,7 % (28 051), Barranquilla D.E. con el 10,8 % (10 235), Valle del Cauca con el 5,2% (4 921), Atlántico con el 2,9 % (2 717) y Caldas con el 2,3 (2 207). A nivel municipal, el 32,0 % (30 304) de los casos activos se encuentra principalmente en Medellín (16 647), Cali (3 292), Itagüí (2 441), Bello (2 418), Manizales (1 603), Soledad (1 457), Envigado (1 273) y Rionegro (1173).

La incidencia nacional de casos activos es de 187,8 casos por 100 000 habitantes. Los municipios y distritos con mayor incidencia de casos activos son: Itagüí – Antioquia (841,7), Barranquilla DE (803,2), Caldas – Antioquia (727,9), Rionegro – Antioquia (692,1), Encino – Santander (658,1), Medellín – Antioquia (657,1), Envigado – Antioquia (525,6), Sabaneta – Antioquia (517,2), Marinilla – Antioquia (450,7), Bello – Antioquia (437,9) y Galapa – Atlántico (402,86). De los casos activos el 52,7 % (49 827) se reportó en mujeres y según el grupo de edad el 71,2 % (67 348) se presenta en personas entre los 20 y los 59 años. De acuerdo con la ubicación, el 87,8 % (83 014) de los casos activos se encuentra en casa, el 10,4 % (9 875) hospitalizado en sala general y el 1,8 % (1 694) hospitalizado en UCI.

Figura 16.

Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 11 a 14, 2021



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

Análisis de la gráfica**Ampliar**

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_incendencia_COVID-19_Colombia_SE_14_2021.png)

Descargar

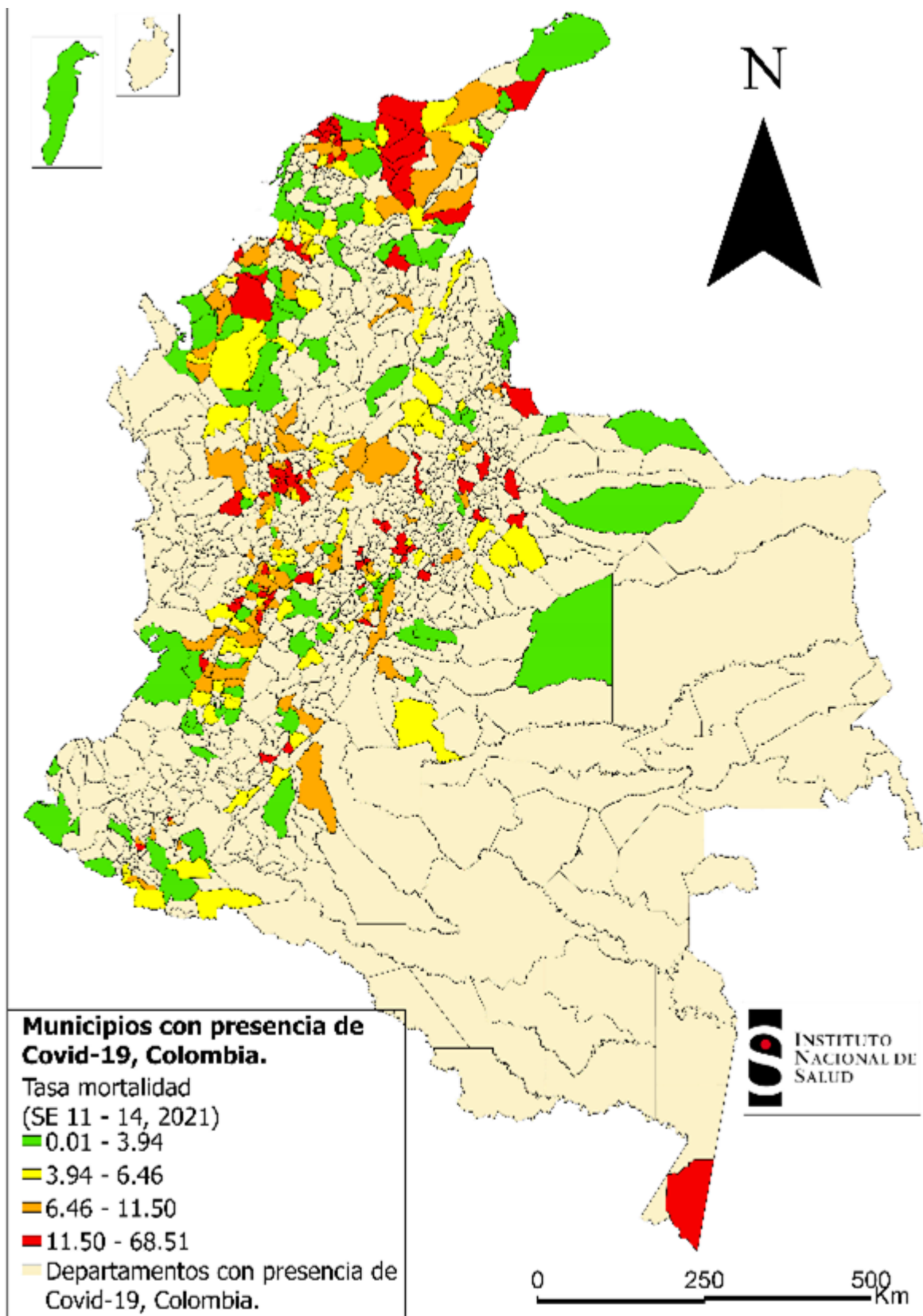
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_incendencia_COVID-19_Colombia_SE_14_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 14 de marzo y el 10 de abril 2021 (SE 11 - 14, 2021), se reportaron 165 730 casos de COVID-19, para una incidencia de 345,1 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superaron la incidencia de periodo nacional fueron Barranquilla (2 168,9), Santa Marta (946,7), Atlántico (896,9), Antioquia (733,1), Bogotá (447,7) y Cali (395,8). Durante este periodo epidemiológico se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en las entidades territoriales de Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Caldas, Chocó, La Guajira, Risaralda, Cali, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Vaupés. Por el contrario, las entidades territoriales de Guaviare (0,1), Amazonas (0,2), Guainía (0,3), Buenaventura (0,3), Meta (0,4), Caquetá (0,4), Magdalena (0,5), Nariño (0,5), Quindío (0,6), Tolima (0,6), Casanare (0,6), Huila (0,6), Putumayo (0,6), Santander (0,7), Córdoba (0,7), Cundinamarca (0,7), Boyacá (0,7), Cartagena (0,8), Santa Marta (0,8), Norte de Santander (0,8), Sucre (0,8) y Vichada (0,8) registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior.

Figura 17.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 11 a 14, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_mortalidad_COVID-19_Colombia_SE_14_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_mortalidad_COVID-19_Colombia_SE_14_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Hasta la fecha se han reportado 67 199 fallecidos por COVID-19, entre el 14 de marzo y el 10 de abril 2021 (SE 11-14, 2021) se notificaron 4 016 fallecidos, lo que corresponde al 6,0 % del total de casos fatales. Las entidades con mayor notificación de fallecidos durante este periodo epidemiológico fueron: Antioquia con 20,5 % (823), Barranquilla con 13,6 % (545), Bogotá DC con 12,7 % (512), Atlántico con 9,1 % (366), Santa Marta con 5,9 % (238) y Cali con 4,6 % (184). Entre las SE 11 - 14, 2021, los municipios con la mayor tasa de mortalidad fueron: Ciénaga – Magdalena (68,5), Arbeláez - Cundinamarca (45,8), Leticia - Amazonas (42,3), Santo Tomás - Atlántico (40,7) y Puerto Colombia – Atlántico (39,2).

Durante el periodo analizado (SE 11 a 14, 2021) fallecieron 256 personas entre los 15 y 44 años y 3 106 personas mayores de 60 años, que corresponden al 6,4 % y 77,3 % de las muertes del periodo. Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la SE 11 a 14 de 2021 con respecto al periodo anterior (SE 07 a 10) se observó que de los 332 municipios que reportaron muertes por COVID-19 el 35,8 % (119) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y la letalidad.

Los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Caldas – Antioquia (Δ 16,0), Baranoa – Atlántico (Δ 15,0), Santo Tomás – Atlántico (Δ 13,0), Sabaneta – Antioquia (Δ 12,0), Galapa – Atlántico (Δ 11,5) y Riohacha – La Guajira (Δ 11,0). Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Tierralta – Córdoba (Δ 14,5), El Banco - Magdalena (Δ 14,4), Puerto Rico – Caquetá (Δ 6,0), Riohacha – La Guajira (Δ 4,8), Belén – Nariño (Δ 7,3) y Chocontá – Cundinamarca (Δ 6,8).

Los municipios y distritos que presentaron un incremento significativo de los indicadores de vigilancia epidemiológica (incidencia, letalidad, mortalidad y positividad) para COVID-19 durante las SE 11 a 14, 2021 fueron: Prioridad 1: (no aumento significativo de muestreo): Antioquia (Entrerriós, Puerto Triunfo, Santa Bárbara, Santa Rosa de Osos, Sopetrán, Yarumal), Atlántico (Manatí, Ponedera, Tubará), Bolívar (Magangué, Río Viejo, San Juan Nepomuceno), Córdoba (Montelíbano), Cundinamarca (Cachipay, El Colegio), Risaralda (Marsella), Sucre (Los Palmitos), Tolima (Cajamarca), Valle del Cauca (Obando) y Putumayo (Puerto Asís); Prioridad 2 (aumento significativo de muestreo): Antioquia (Arboletes, Ciudad Bolívar, Cañasgordas, Carepa, Guatapé, Retiro, Venecia, Yolombó), Bolívar (Córdoba, San Cristóbal),

Boyacá (Garagoa, Muzo), Cauca (Toribio), Cesar (El Copey, El Paso), Cundinamarca (Carmen de Carupa, Sasaima, Silvania), La Guajira (Albania, Maicao), Magdalena (Algarrobo, El Retén, Remolino), Nariño (Consacá, Potosí), Risaralda (Apía), Santander (Encino), Sucre (San Juan de Betulia), Tolima (Murillo) y Valle del Cauca (Bolívar, Riofrío).

Durante este periodo (SE 11-14, 2021), se notificaron 87 conglomerados, de los cuales 85 (97,7 %) se encuentran activos con 601 casos confirmados y 2 371 muestras obtenidas para un porcentaje de positividad del 25,3 %. De los conglomerados activos, el 29,4 % (25) se presentó en empresas con 100 casos confirmados; 20,0 % (17) en centros de protección con 81 casos; 15,3 % (13) en fuerzas militares con 237 casos; 14,1 % (12) en ámbito comunitario con 67 casos; 8,2 % (7) en instituciones de salud con 47 casos; 5,9 % (5) en instituciones educativas con 33 casos; 3,5 % (3) en indígenas con 20 casos; 2,4 % (2) en migrantes con 6 casos y 1,2 % (1) en la policía con 10 casos confirmados. Según la entidad territorial de ocurrencia, la mayor proporción de conglomerados activos (n= 85) se registró en Bogotá (18,8 %) con 44 casos confirmados; seguido por Barranquilla (11,8 %) con 160 casos; La Guajira (7,1 %) con 25 casos; Bolívar (7,1 %) con 30 casos confirmados.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 14 / 4 al 10 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/130/Cuadro_de_mando_BES_14_2021.pdf](/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/130/Cuadro_de_mando_BES_14_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

Maria 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 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2021

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_comportamiento_eventos_alta_frecuer

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2021

Tabla 2. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14 de 2021



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