

BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**

Semana epidemiológica 10 / 7 al 13 de marzo de 2021

EVENTO CENTRAL**Bajo Peso al Nacer a Término**Fuente: <https://www.pexels.com/es-es/foto/persona-sosteniendo-los-pies-del-bebe-2456327/>

Análisis

Comportamiento epidemiológico del Bajo Peso al Nacer a Término, Colombia, a periodo II de 2021**Introducción**

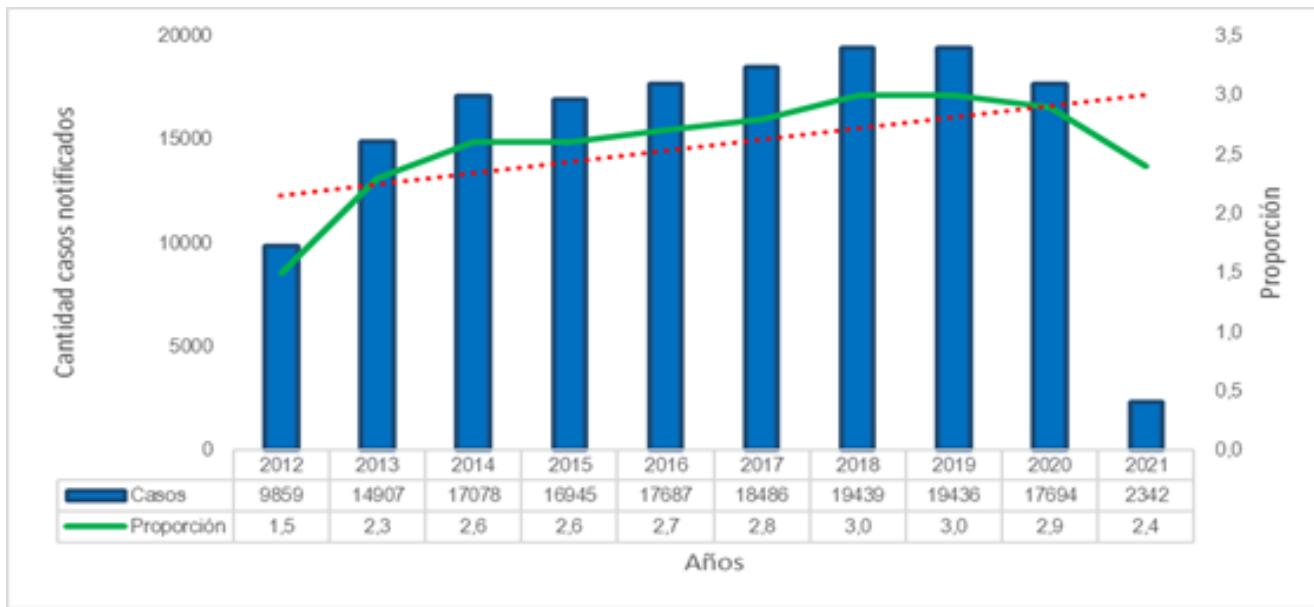
La Organización Mundial de la Salud define que los menores con un peso inferior a 2 500 g al nacer representan un problema de salud pública, por sus consecuencias a corto y largo plazo, aumentando el riesgo de muerte neonatal, retraso en el crecimiento y el desarrollo en la edad adulta de enfermedades crónicas. Por ello define la meta de reducir el Bajo peso al nacer (BPN) en un 30 % para el 2025; en concordancia el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de Colombia, determina mantener una meta donde no se supere el 10 % de BPN [1, 2, 3, 4].

En este análisis se presenta el comportamiento de la vigilancia del evento Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT) a periodo II de 2021, que facilite orientar la toma de decisiones y los programas de prevención, control y cuidado del embarazo, del recién nacido, etc.

Resultados

A periodo II de 2021 se han notificado 2 342 casos, se observó una tendencia al aumento en la notificación en los años epidemiológicos 2012 a 2019 pasando de 9 859 a 19 436, con una ligera tendencia a la disminución para 2020 con 17 694 casos. Similar comportamiento se refleja en la proporción por 100 nacidos vivos (NV) (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de Bajo Peso al Nacer a Término, Colombia, años epidemiológicos 2012 a 2020 y periodo II 2021



Sivigila 2012-2021, DANE, nacimientos, 2012-2020.

Las entidades territoriales con mayor proporción a periodo II en 2021 fueron San Andrés y Providencia con 6,5 por 100 NV, Boyacá 4,1 por 100 NV, Arauca y Vaupés con 4,0 casos por 100 NV cada una (tabla 1).

Tabla 1. Proporción de Bajo Peso al Nacer a Término, por 100 nacidos vivos, por entidad territorial de residencia, años epidemiológicos 2012-2020 y periodo II 2021

Entidad territorial	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bogotá	1,4	2,9	3,5	3,7	3,7	3,8	4,2	4,7	5,0	3,8
Cundinamarca	1,7	4,0	4,4	5,5	5,6	6,1	6,7	7,3	4,3	3,0
Boyacá	2,9	3,5	3,7	3,9	4,0	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1
Caldas	2,2	2,6	2,0	2,3	2,8	2,8	2,8	3,0	3,9	3,0
Nariño	2,6	3,0	3,0	3,1	3,1	2,9	3,3	3,3	3,3	2,8

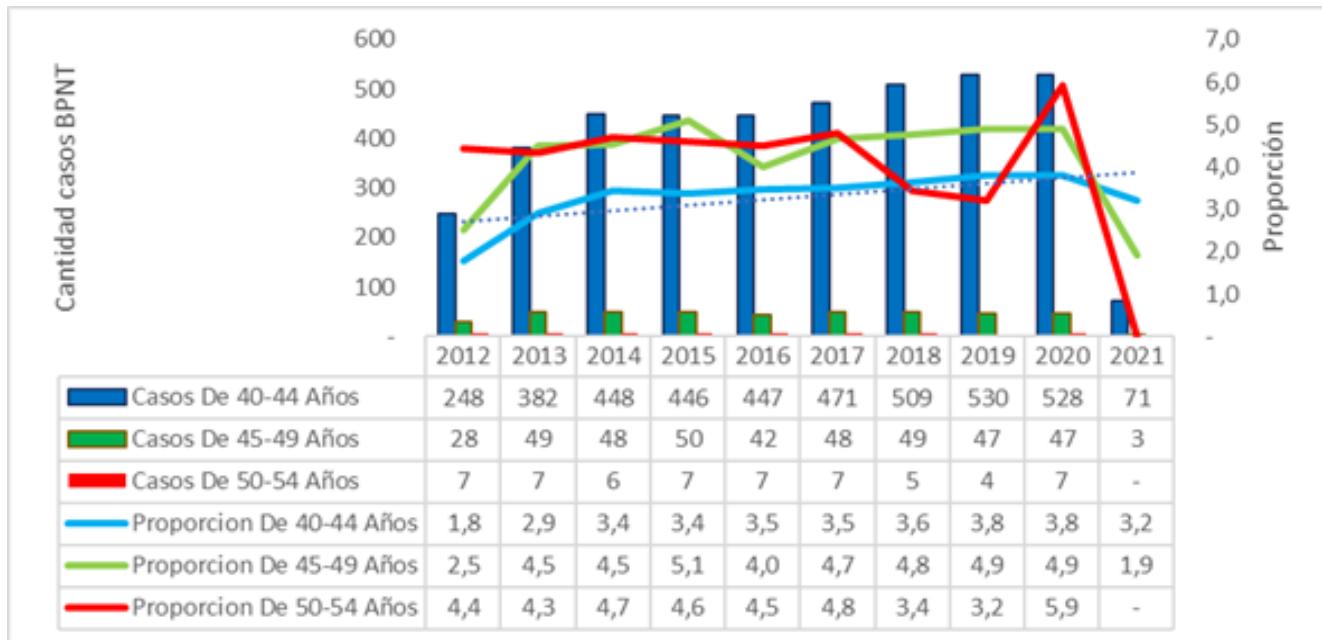
Antioquia	1,9	3,1	3,2	3,0	3,2	3,4	3,7	3,3	3,3	3,0
Amazonas	1,4	2,8	2,1	1,9	0,1	1,4	2,8	1,7	3,1	1,3
Risaralda	2,7	2,5	2,7	2,4	2,7	2,6	2,6	2,6	2,9	2,3
Quindío	1,3	2,4	2,0	2,7	2,9	2,5	2,2	2,9	2,8	1,0
Cali	0,8	1,1	1,6	1,8	1,7	2,3	2,1	2,4	2,7	2,2
Sucre	1,5	2,0	2,9	2,4	2,5	2,0	2,4	2,2	2,6	2,5
Arauca	1,5	1,6	2,6	2,3	2,1	2,0	2,0	1,9	2,5	4,0
Cauca	1,8	2,7	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,1	2,5	2,3
La Guajira	1,6	2,6	3,0	3,1	2,8	2,7	3,2	2,1	2,5	2,0
Casanare	1,3	2,0	2,0	2,3	2,4	1,7	1,7	2,1	2,5	1,9
Guainía	1,3	1,7	1,9	0,3	2,1	2,4	3,3	2,3	2,4	1,4
Huila	1,9	2,2	2,1	1,8	2,2	2,2	2,6	2,6	2,4	2,3
Valle del Cauca	1,6	2,0	2,3	2,5	3,2	3,3	3,8	3,7	2,4	1,8
Córdoba	0,4	1,3	2,2	1,9	2,3	2,4	2,7	2,7	2,3	2,5
Vichada	2,1	2,8	2,9	2,8	5,9	2,9	2,9	1,3	2,2	0,0
Putumayo	1,2	2,0	2,0	1,9	2,2	1,6	1,8	1,6	2,1	1,8
Santander	1,2	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,0	2,0	2,1	2,0
Santa Marta	0,5	1,0	1,4	1,3	1,0	2,0	1,6	2,4	2,0	1,1
Bolívar	1,5	2,5	2,3	3,2	3,7	3,8	3,6	3,3	1,9	1,8
Tolima	1,2	1,5	2,0	1,7	2,0	2,0	2,3	2,2	1,9	1,6
Cartagena	0,7	1,2	1,3	1,3	1,9	2,0	1,7	1,7	1,8	1,4
Norte de Santander	1,2	1,1	1,3	1,7	2,0	1,8	1,9	1,6	1,8	1,6
Barranquilla	1,5	1,7	1,6	1,1	1,3	1,1	1,4	1,5	1,8	1,4
Cesar	1,0	1,5	1,9	2,0	2,0	2,3	1,8	2,1	1,8	1,2
San Andrés	1,2	2,2	2,6	3,2	2,0	3,6	2,7	2,4	1,8	6,5
Magdalena	0,8	1,4	1,9	1,7	1,8	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8
Meta	1,3	1,6	1,7	1,6	1,8	1,9	2,0	2,0	1,6	1,6
Chocó	1,7	1,4	1,0	1,5	1,2	2,8	2,4	2,6	1,6	1,3
Buenaventura	0,8	1,7	1,3	2,3	2,0	0,8	2,3	1,6	1,5	0,9
Vaupés	1,8	1,2	3,0	0,8	1,0	3,1	2,7	2,2	1,5	4,0
Guaviare	2,5	2,4	1,8	1,8	2,5	2,2	1,5	2,0	1,4	0,5
Caquetá	0,9	1,1	1,7	1,3	1,6	1,4	1,5	1,2	1,4	1,4
Atlántico	3,6	4,9	5,0	2,2	3,3	3,9	4,8	4,1	1,4	0,9
Colombia	1,5	2,3	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0	3,0	2,9	2,4

Fuente: Sivigila, INS 2012 a 2021. DANE, denominadores de nacimientos, 2012-2020.

Hasta el periodo II de 2021, la mayor cantidad de casos notificados estuvo en la cabecera municipal con una proporción de 2,3 casos por 100 NV (1 796). El 98,2 % de los casos (2 301) fue parto institucional; con una proporción de 2,7 casos por 100 NV del sexo femenino (1 307) y el 83,4 % (1 953) nació entre las semanas 37 y 38 de gestación. Se observó una mediana de talla de 47 cm y de peso de 2 350 g.

Con relación a las condiciones sociodemográficas de las madres el 77,2 % de los casos (1 807) se encontraba en los estratos 1 y 2 y el 56,1 % (1 315) con un nivel educativo de secundaria. A periodo II de 2021, el grupo de edad de 40 a 44 presentó la mayor proporción de BPNT con un 3,2 casos por 100 NV (71) (figura 2).

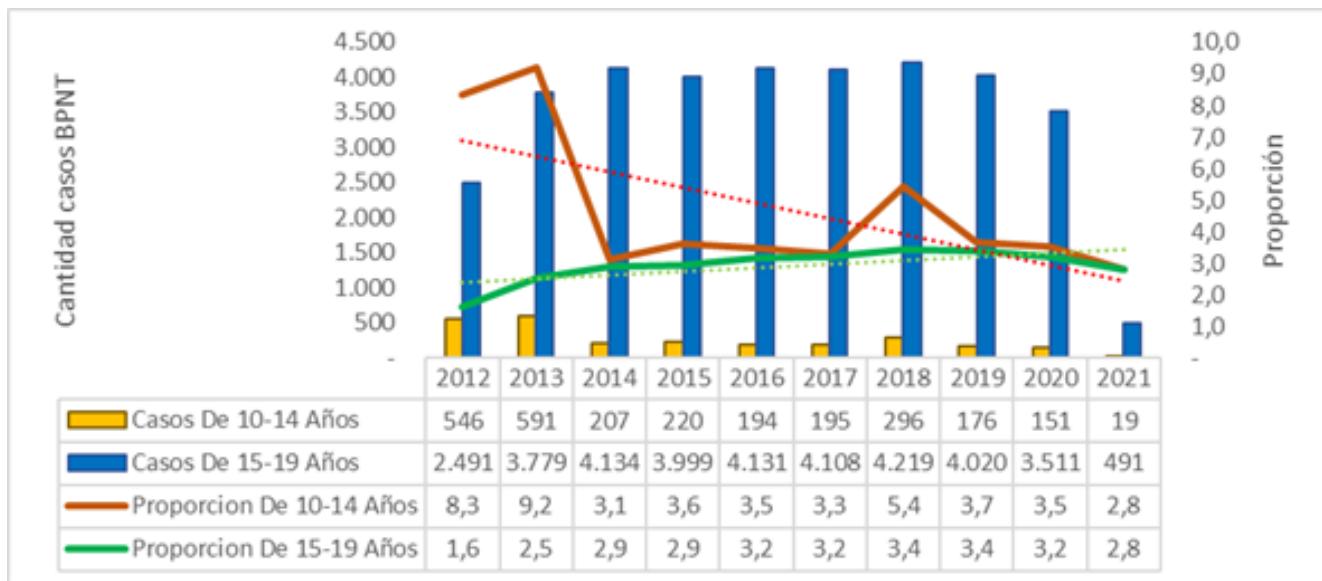
Figura 2. Proporción de Bajo Peso al Nacer a Término, por 100 nacidos vivos, por grupo de edad de la madre de 40 años y más, Colombia, años 2012 a 2020 y periodo II de 2021



Fuente: Sivigila 2012 a 2021 - Denominadores de nacidos vivos DANE, 2012-2020.

Se observa de 2012 a 2020, una tendencia al aumento en los grupos de 40 a 44 años y de 15 a 19 años y de disminución de la proporción en las madres de 10 a 14 años (figuras 2 y 3).

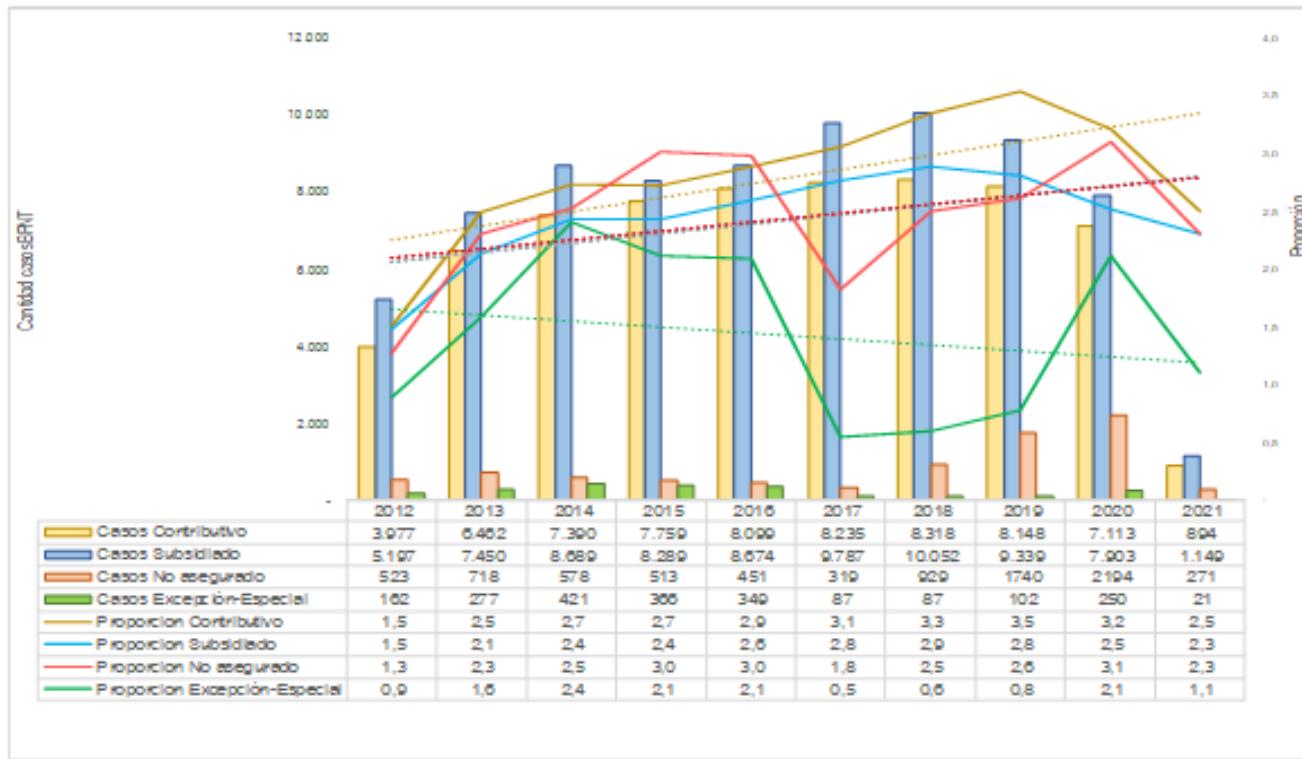
Figura 3. Proporción de Bajo Peso al Nacer a Término, por 100 nacidos vivos, por grupo de edad de la madre de menor de 20 años, Colombia, años 2012 a 2020 y periodo II de 2021



Fuente: Sivigila 2012 a 2021 - Denominadores de nacidos vivos DANE, 2012-2020.

A periodo II de 2021 la mayor afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se presentó en el régimen subsidiado con 1 149 casos; sin embargo, la proporción más alta se encontró en el régimen contributivo con 2,5 casos por 100 NV (894). Se observa de 2012 a 2020 una tendencia al aumento en la proporción de bajo peso a término en la mujeres afiliadas al régimen contributivo, al subsidiado y las no aseguradas, así mismo, se muestra tendencia a la disminución en las afiliadas a los regímenes especiales o de excepción (figura 4).

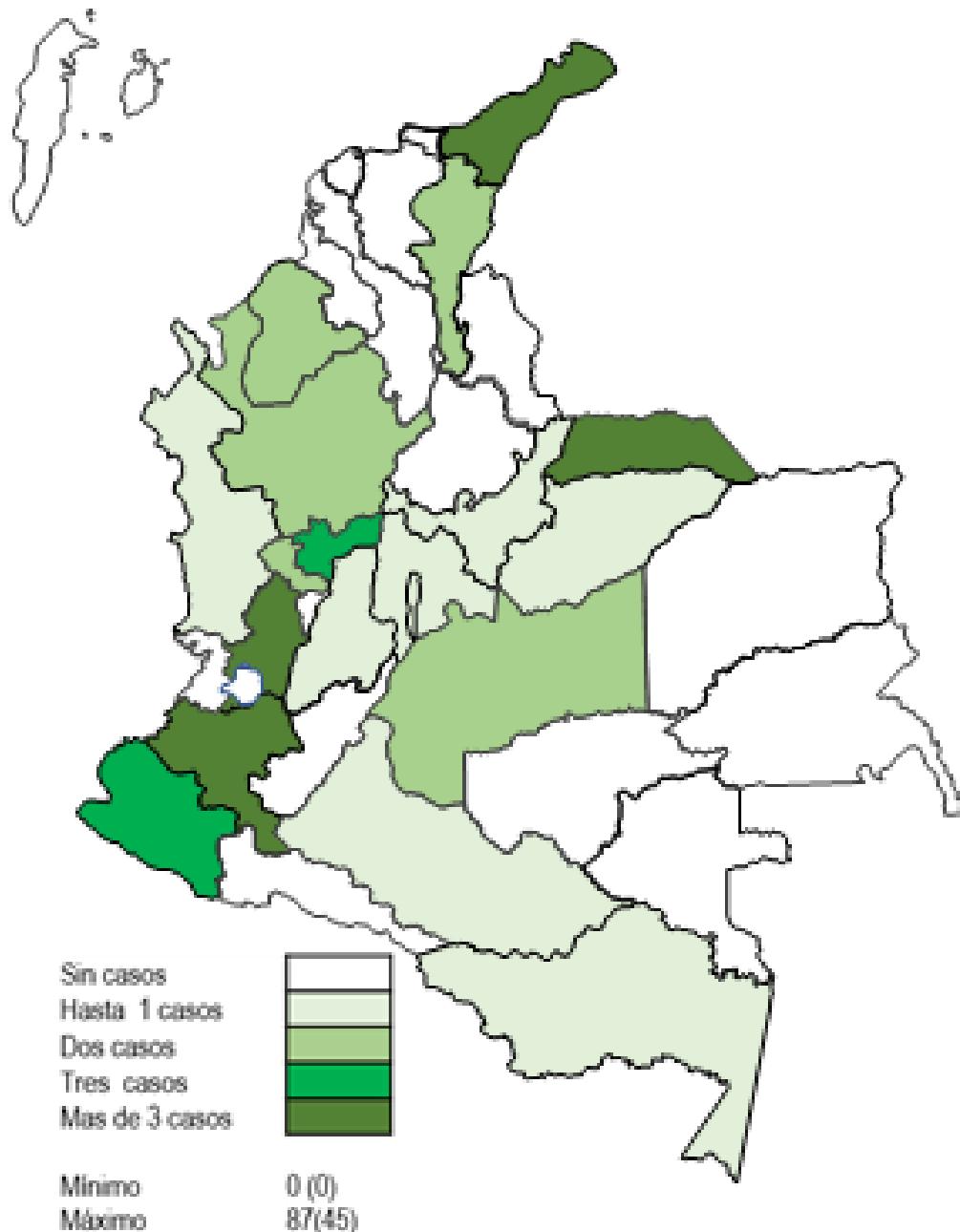
Figura 4. Proporción de Bajo Peso al Nacer a Término, por 100 nacidos vivos, por tipo de afiliación al SGSSS, Colombia, 2012 a 2020 y periodo II de 2021



Fuente: Sivigila 2012 a 2020- Denominadores de nacidos vivos DANE, 2012 a 2020.

Con relación a las poblaciones especiales, a periodo II de 2021 los indígenas presentaron una proporción de 2,4 casos por 100 NV, la mayoría de estos se presentó en las etnias Wayuu, Embera, Nasa, Pastos, Uwa, Zenú, notificados por los departamentos de Arauca, La Guajira, Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Risaralda, Meta, Caldas, Cesar, Antioquia, Córdoba, Cundinamarca, Amazonas, Caquetá, Tolima, Cartagena, Casanare, Boyacá, Bogotá y Chocó (figura 5); en la población afrocolombiana se estimaron 1,2 casos por 100 NV.

Figura 5. Proporción de Bajo Peso al Nacer a Término, por 100 nacidos vivos, según población especial, Colombia, 2012 a 2020 y periodo II de 2021



Fuente: Sivigila 2021.

Se notificaron 36 casos de nacionalidades extranjeras, de ellos, 34 casos procedentes de Venezuela. Los lugares de nacimiento de estos menores fueron Norte de Santander, La Guajira, Quindío, Santander, Arauca, Córdoba, Huila, Nariño y Cartagena.

En este periodo, el indicador de "oportunidad de la notificación" se encontró en 93 % de cumplimiento y el indicador de "proporción de Sivigila-RUAF" es del 2,4 por 100 NV. Las entidades territoriales con concordancia entre el 90 % y el 100 % fueron San Andrés, Guaviare, Boyacá y Caquetá.

Conclusiones

Las entidades territoriales con mayor proporción de casos de bajo peso al nacer a término a periodo II de 2021 son San Andrés, Boyacá, Arauca y Vaupés.

Se presentó mayor proporción de bajo peso al nacer a término en las mujeres afiliadas al régimen contributivo y en el estrato socieconómico 1.

La mayor proporción del grupo de edad de la madre fue el de 40 a 44 años.

El grupo de edad de menores de 14 años presenta una tendencia a la disminución de la proporción del bajo peso al nacer a término.

En los grupos étnicos, los indígenas son quienes presenta mayor proporción de bajo peso al nacer a término, de ellos, los principales grupos indígenas afectados son: Wayuu, Nasa, Pastos y Embera, ubicados principalmente en La Guajira, Cauca y Nariño.

La oportunidad de notificación al Sivigila es alta.

El principal grupo de migrantes se encuentra en población procedente de Venezuela, distribuidos en La Guajira, Norte de Santander, Quindío y Arauca.

Referencias

1. WHO. Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre bajo peso al nacer. [Internet]. Ginebra-Suiza. 2017. 1-8. [Fecha de consulta: 2020 oct. 30]. Disponible: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/es/ (https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/es/).
2. WHO. [Internet]. Ginebra. Salud materna, neonatal, infantil y adolescente, Cuidado del recién nacido prematuro y con bajo peso al nacer. 2018. [Fecha de consulta: 2020 oct. 29]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/prematurity/en/ (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/prematurity/en/)
3. Velásquez N, Masud J, Ávila R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Boletín médico del Hospital Infantil de México. [Internet]. México. 2004. 61(1): 73-86. [Fecha de consulta: 2020 oct. 29]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100010&script=sci_arttext (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100010&script=sci_arttext).
4. Risnes K, Vatten L, Baker J, Jamenson K, Socio U, Kajantie E, et al. Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Epidemiology [Internet]. Oxford. 2011; 40: 47-661. [Fecha de consulta: 2020 oct. 30]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21324938/> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21324938/>).

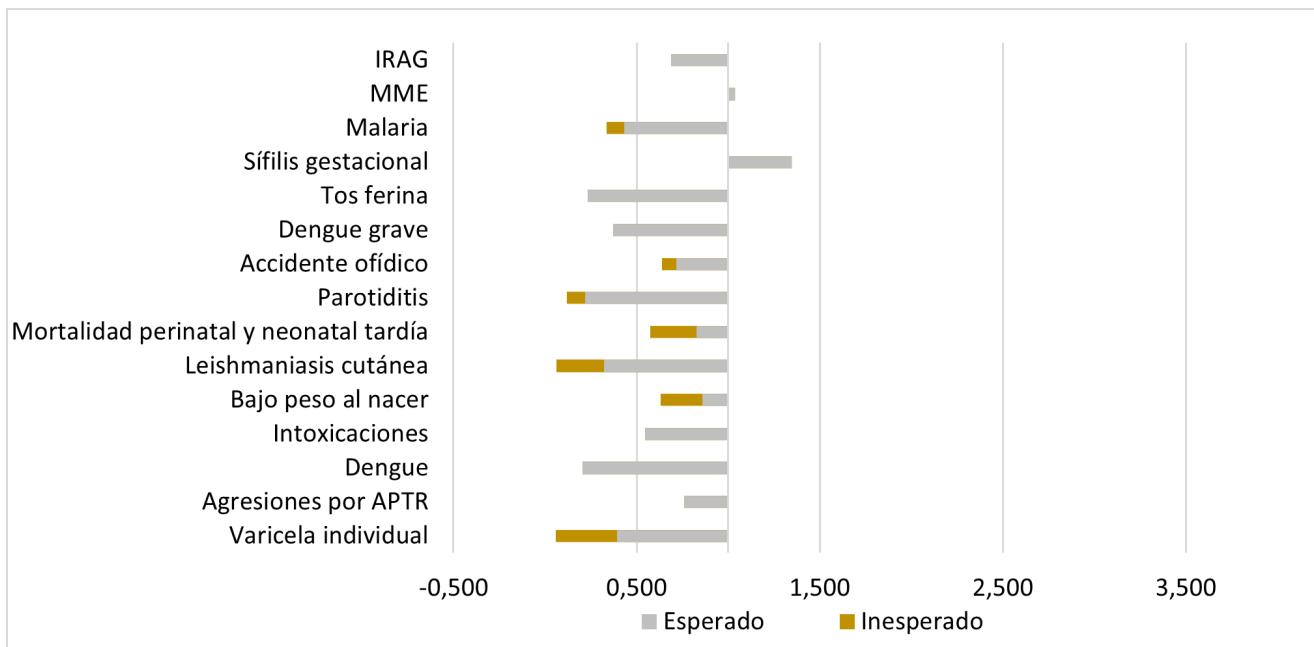
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

Se identifica que en la semana epidemiológica 10, los eventos de malaria, accidente ofídico, parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer y varicela 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, semana epidemiológica 10 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_6_BES_10_2021_1.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_6_BES_10_2021_1.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El evento de sífilis congénita se encuentra por encima de los valores esperados, mientras que los eventos de sarampión, leptospirosis y rubeola presentan una disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 2.

Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021

Evento	Observado	Esperado	Poisson
Sífilis congénita	29	21	0,00
Sarampión	8	28	0,00
Leptospirosis	11	33	0,00
Rubeola	3	16	0,00
EAV	71	12	0,06
Tuberculosis farmacorresistente	3	10	0,07
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	4	0,09
Lepra	2	8	0,10
Mortalidad por IRA	12	8	0,11
Mortalidad materna	3	12	0,11
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	7	0,11
Leishmaniasis mucosa	0	3	0,25
Mortalidad por dengue	0	2	0,30

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.

Metodología eventos de baja frecuencia

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros se comparan los casos observados y los esperados según su comportamiento histórico. Se calcula la probabilidad de la significación estadística de la comparación. Valores menores a 0,06 en la columna "Poisson" indican que existe una diferencia significativa entre lo observado y lo esperado para la semana analizada.

Cumplimiento en la notificación

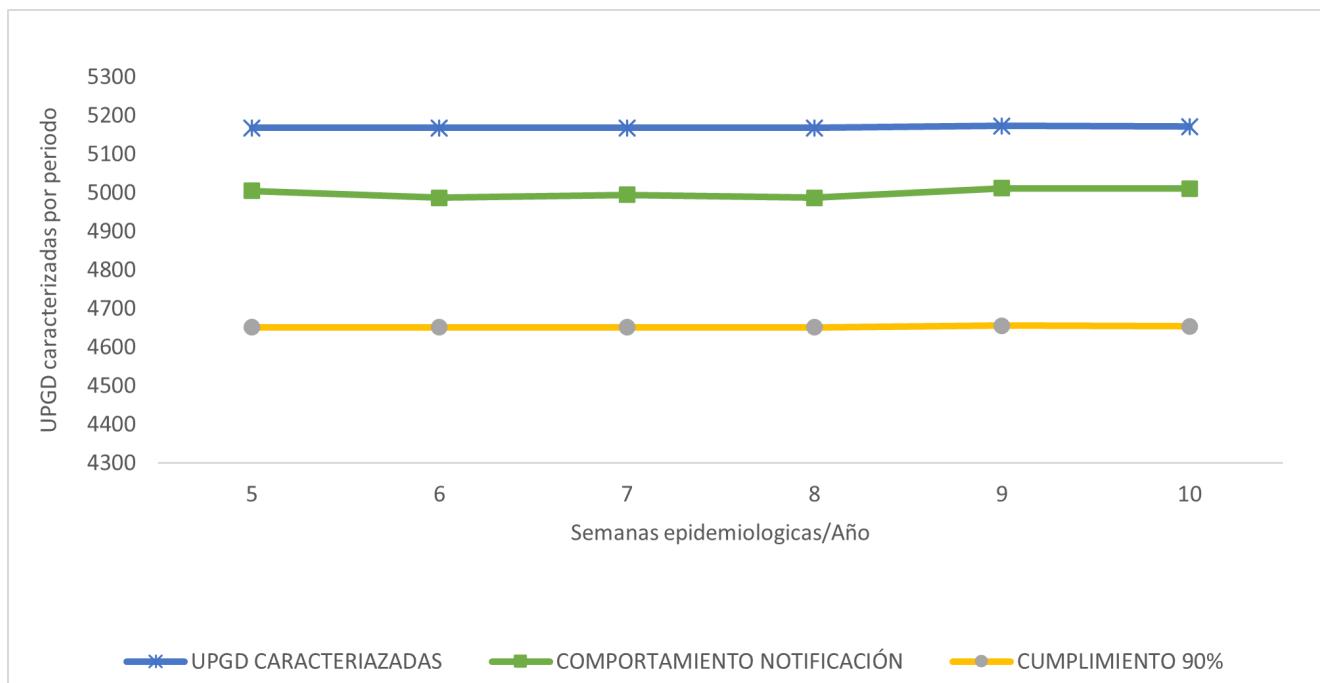
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 99,9 % (1 116/ 1 117 UNM), disminuyó 0,1 % comparándolo con la semana anterior y también con respecto a la misma semana de 2020. El país cumplió con la meta del 97 % en la notificación de UNM. Para esta semana el municipio de Santa María perteneciente al departamento de Huila no realizó notificación de manera oportuna quedando en silencio.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 96,9 % (5 011 / 5 171 UPGD); permaneció igual comparándolo con la semana anterior y disminuyó 1,0 % con respecto a la misma semana de 2020.

Figura 7.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 05 a 10 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_7_BES_10_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_7_BES_10_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD, en la gráfica se refleja con la línea verde que es 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 5 171 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 10 de 2021 se notificaron 674 casos probables de dengue: 333 casos de esta semana y 341 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 7 247 casos, 3 609 (49,8%) sin signos de alarma, 3 510 (48,4 %) con signos de alarma y 128 (1,8 %) de dengue grave.

Tabla 3.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	1547	21.7	22	17.2	1569	21.7
Valle del Cauca	537	7.5	5	3.9	542	7.5
Cartagena	493	6.9	18	14.1	511	7.1
Putumayo	374	5.3	2	1.6	376	5.2
Huila	318	4.5	7	5.5	325	4.5
Tolima	313	4.4	5	3.9	318	4.4
Antioquia	295	4.1	4	3.1	299	4.1
Barranquilla	293	4.1	5	3.9	298	4.1
Cundinamarca	251	3.5	1	0.8	252	3.5
Norte de Santander	230	3.2	6	4.7	236	3.3
Meta	228	3.2	3	2.3	231	3.2
Cesar	205	2.9	10	7.8	215	3.0
Atlántico	202	2.8	4	3.1	206	2.8
Bolívar	188	2.6	4	3.1	192	2.6
Santander	174	2.4	1	0.8	175	2.4
Magdalena	156	2.2	7	5.5	163	2.2
Sucre	142	2.0	3	2.3	145	2.0
Córdoba	143	2.0	1	0.8	144	2.0
Santa Marta	115	1.6	4	3.1	119	1.6
Cauca	115	1.6	1	0.8	116	1.6
Caquetá	95	1.3	2	1.6	97	1.3

Nariño	88	1.2	3	2.3	91	1.3
Chocó	84	1.2	0	0.0	84	1.2
Boyacá	82	1.2	1	0.8	83	1.1
Casanare	82	1.2	0	0.0	82	1.1
Quindío	58	0.8	2	1.6	60	0.8
Amazonas	53	0.7	0	0.0	53	0.7
Risaralda	49	0.7	0	0.0	49	0.7
Buenaventura	43	0.6	0	0.0	43	0.6
Caldas	41	0.6	0	0.0	41	0.6
La Guajira	28	0.4	5	3.9	33	0.5
Arauca	32	0.4	0	0.0	32	0.4
Archipiélago de San Andrés	23	0.3	0	0.0	23	0.3
Guaviare	17	0.2	0	0.0	17	0.2
Exterior	12	0.2	2	1.6	14	0.2
Vichada	10	0.1	0	0.0	10	0.1
Guainía	3	0.0	0	0.0	3	0.0
Total	7 119	100	128	100	7 247	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

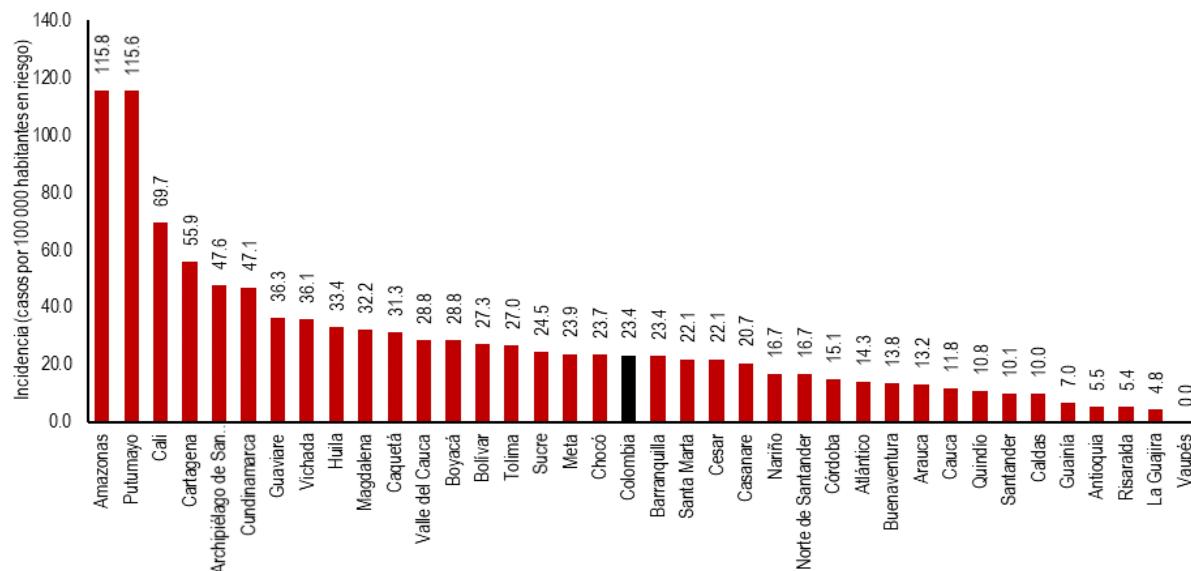
En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 524 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Huila, Tolima, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca, Norte de Santander y Meta aportan el 68,4 % (4 957) de los casos a nivel nacional.

El 54,9 % (3 979) de los casos de dengue se reportó en 24 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 21,7 % (1 569); Cartagena, con el 7,1 % (511); Barranquilla, con 4,1 % (298); Orito, con el 2,2 % (158); Cúcuta, con el 1,8 % (134); Santa Marta, con el 1,6 % (119); Villavicencio (95) y Neiva (94), con el 1,3 % cada uno; Ibagué y Aguachica, con el 1,2 % (85) cada uno; Montería (78) y Yumbo (77), con el 1,1 % cada uno.

Se hospitalizó el 75,2 % (2 640) de los casos de dengue con signos de alarma y el 87,5 % (112) 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, Cauca, Bolívar, Buenaventura, Chocó y Vichada; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Santa Marta, Cartagena, Magdalena, Antioquia, Sucre, Meta, La Guajira, Cundinamarca y Quindío.

A semana 10 se ha confirmado el 39,3 % (1 381) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 46,9 % (60) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Caquetá y Córdoba.

Figura 8.
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021



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

Análisis de la gráfica

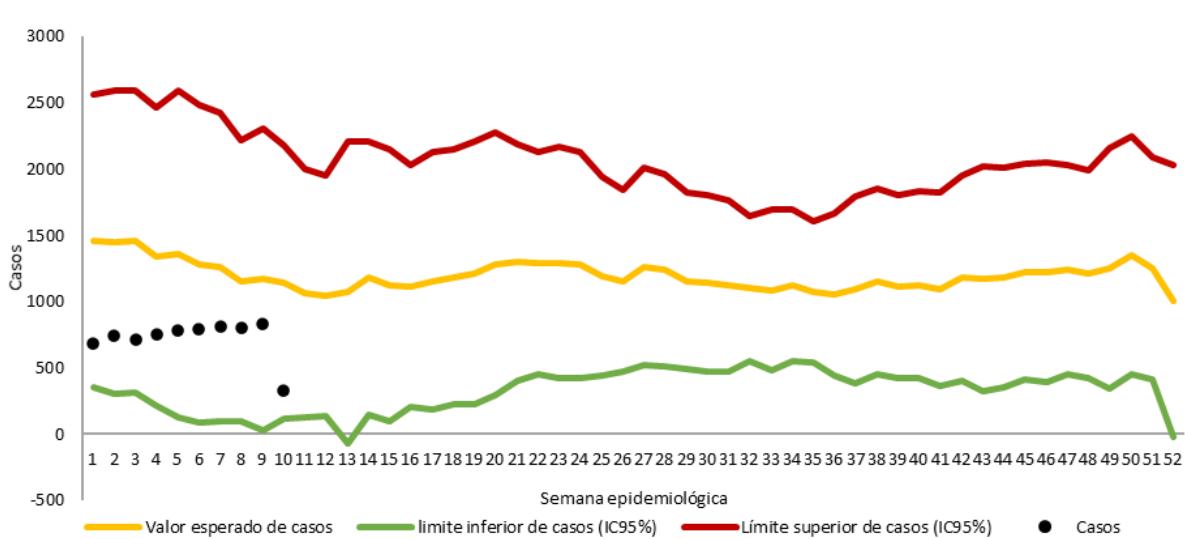
Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia_10_2021.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia_10_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 23,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Putumayo, Cali, Cartagena, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Cundinamarca, se estiman tasas de incidencia superiores a 47,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 9.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 10, 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal_10_2021.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal_10_2021.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 10 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 4.

Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico, por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 07 a 09 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial			
Dentro del número esperado de casos	Antioquia	Arauca	Boyacá	
	Caldas	Caquetá	Casanare	
	Cesar	Córdoba	Cundinamarca	
	Guainía	Guaviare	Huila	
	La Guajira	Meta	Norte de Santander	
	Quindío	Santander	Sucre	

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

Tolima	Vaupés	Vichada
Amazonas	Atlántico	Barranquilla
Bolívar	Buenaventura	Cali
Cauca	Nariño	Risaralda
Santa Marta	Valle del Cauca	
San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
Cartagena	Chocó	Magdalena
Putumayo		

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, 21 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado, 12 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 29 muertes probables por dengue, de las cuales 3 han sido confirmadas, procedentes de Cartagena. Se han descartado 2 casos y se encuentran en estudio 24 muertes procedentes de: Magdalena, con 4 casos; Cesar y Cali, con 3 casos cada uno; y Atlántico, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cauca, Córdoba, Huila, Meta, Nariño, Quindío, Tolima, Valle del Cauca 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 5.**Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, 2020 y 2021**

Tipo de servicio	2020 a semana 10	2021 a semana 10	Variación
Consultas externas y urgencias	1 337 904	753 367	-43.7 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	40 461	43 601	7.8 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	4 288	14 695	242.7 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

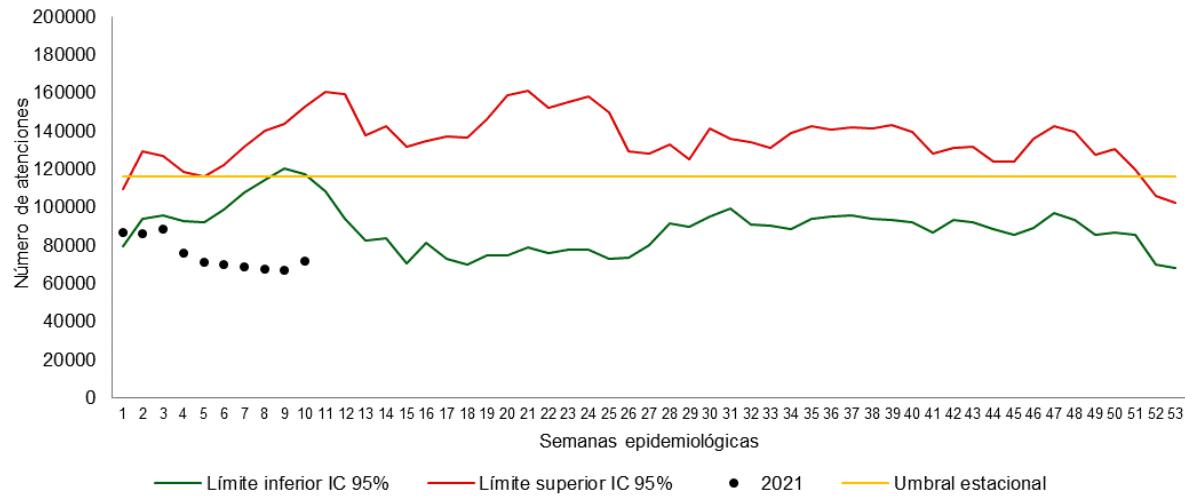
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 10 de 2021, en Colombia se han notificado 753 367 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 43,7 % comparado con 2020, 34,1 % frente a 2019 y 37,7 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 30 entidades territoriales; Córdoba y Santa Marta presentan incremento; Arauca, Bolívar, Guainía, La Guajira, Magdalena y Vaupés no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,8 % (239 403), seguido por el de 40 a 59 años con el 21,1 % (159 299). 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 7,8 % seguido de los menores de 1 año con el 7,7 %.

Figura 10.

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



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT10.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT10.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

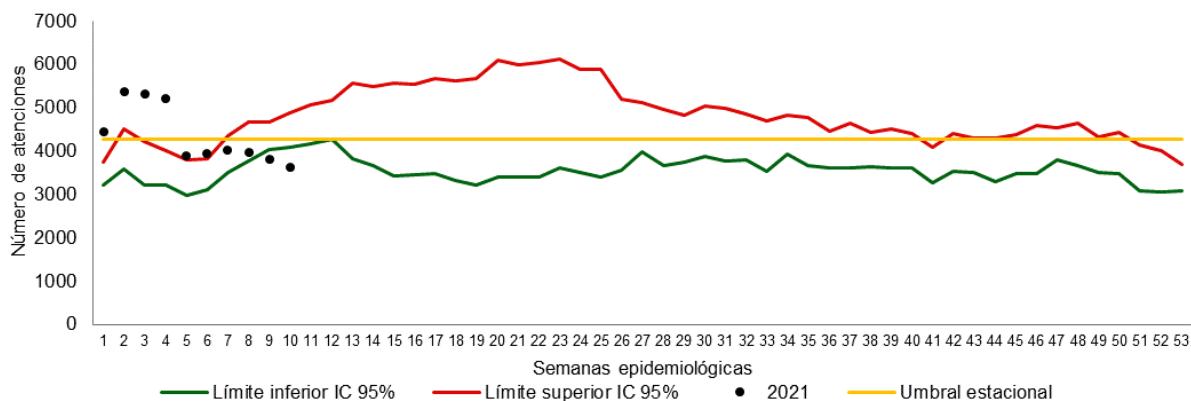
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA para las diez semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional y a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior.

Se notificaron 43 601 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 7,8 % frente a 2020, 18,2 % comparado con 2019 y 6,7 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 19 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Quindío, Caquetá, Chocó, Cauca, Caldas, San Andrés y Guaviare; e incremento en 6 entidades territoriales resaltando Amazonas, Santander y Barranquilla; no presentan comportamientos inusuales 13 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 39,9 % (17 408), seguido por los de 40 a 59 años con el 20,8 % (9 050). 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 14,2 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 11,9 %.

Figura 11.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOS10.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOS10.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

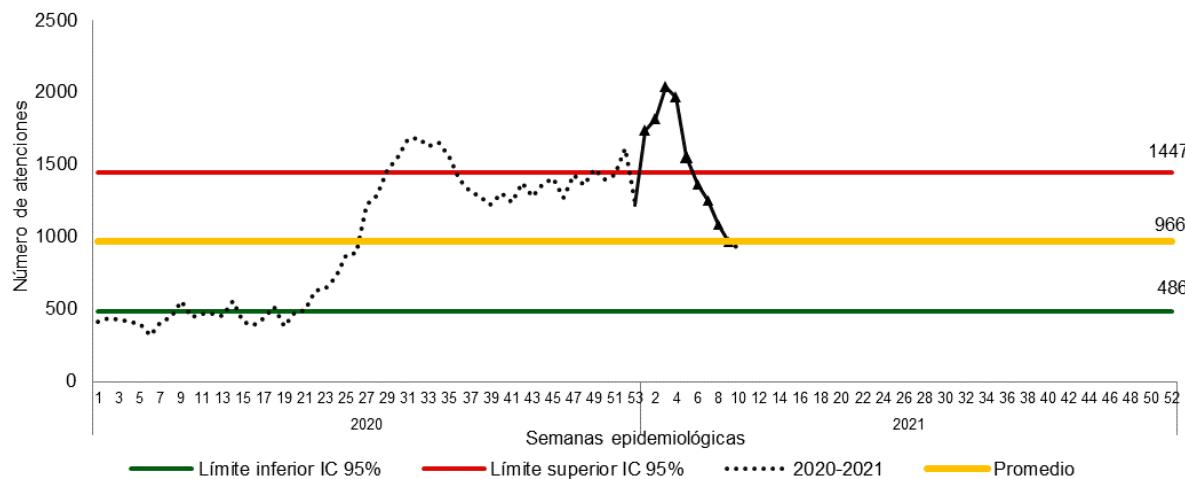
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional y del límite superior histórico,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

Se notificaron 14 695 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 242,7 % frente a 2020, 323,1 % comparado con 2019 y 316,1 % frente a 2018. Se presenta incremento en 27 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Valle del Cauca, Nariño y Antioquia; Arauca y Córdoba presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Atlántico, Caldas, Cartagena, Chocó, Guaviare, Magdalena, San Andrés y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 56,3 % (8 271), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,1 % (3 840) y los de 20 a 39 años con el 7,7 % (1 135). 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 29,2 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 26,1 %.

Figura 12.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI10.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI10.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Hasta la semana 05 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 observa un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso en las últimas siete semanas; para las semanas 06 a 09 se encuentran por debajo del límite superior y en la semana 10 por debajo del 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 10 se notificaron 1 433 casos de malaria, teniendo un acumulado de 11 699 casos, de los cuales 11 462 son de malaria no complicada y 237 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 51,1 % (5 982), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 48,2 % (5 641) e infección mixta con 0,6 % (76).

Figura 13.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 10, 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%2010.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%2010.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 (29,5 %), Nariño (22,6 %), Córdoba (14,90 %), Antioquia (10,6 %) y Guainía (3,8) aportan el 81,4 % de los casos de malaria no complicada.

Tabla 6.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	26	1792	0	1561	3379	29,50
Nariño	13	2302	0	281	2596	22,60
Córdoba	5	326	0	1379	1710	14,90
Antioquia	6	370	0	844	1220	10,60
Guainía	1	28	0	409	438	3,80
Cauca	1	388	0	6	395	3,40
Norte de Santander	0	0	0	311	311	2,70
Vichada	3	70	0	210	283	2,50
Buenaventura	0	191	0	37	228	2,00
Guaviare	2	36	0	170	208	1,80
Bolívar	8	14	0	150	172	1,50
Risaralda	0	4	0	159	163	1,40
Meta	0	15	0	103	118	1,00
Amazonas	2	4	0	91	97	0,80
Casanare	0	0	0	46	46	0,40
Exterior	0	7	0	19	26	0,23
Vaupés	0	0	0	13	13	0,10
Cali	1	6	0	5	12	0,10
Putumayo	0	0	0	6	6	0,10
Desconocido	0	2	0	4	6	0,05
Valle del Cauca	0	4	0	1	5	0,00
Sucre	0	0	0	5	5	0,00
Santander	1	1	0	3	5	0,00
Cesar	0	0	0	4	4	0,00

Cartagena	0	0	0	3	3	0,00
Arauca	0	0	0	3	3	0,00
La Guajira	0	0	0	3	3	0,00
Huila	0	1	0	2	3	0,00
Barranquilla	1	0	0	1	2	0,00
Caquetá	0	0	0	1	1	0,00
Atlántico	0	0	0	1	1	0,00
Total	70	5561	0	5831	11462	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

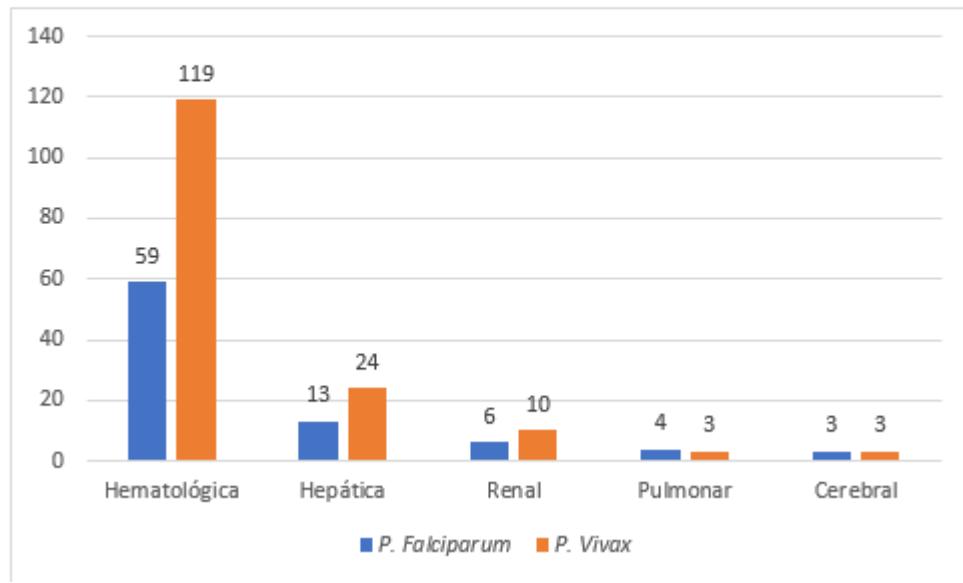
Malaria complicada

Se notificaron 237 casos de malaria complicada, que proceden de 22 entidades territoriales y un caso procedente del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Meta y Vichada notifican el 69,6 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 55,7 % (132) corresponde a hombres. El 30,3 % (72) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 22,4 % (53) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 44,8 % (106) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 70,5 % (167) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 14.

Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2021



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

Nota: En la figura 16 no se incluyen los casos por malaria mixta.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicaciones%20se%202010.PNG)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicaciones%20se%202010.PNG)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 183 presentaron complicaciones hematológicas, 39 complicaciones hepáticas, 16 complicaciones renales, 7 complicaciones pulmonares y 6 casos de malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 10, dos departamentos están por encima del número esperado de casos y cuatro departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 7.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021

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

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 10, 14 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó y Bojayá (Chocó), Mosquera y Maguí (Nariño).

Tabla 8.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 10 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	717	118	287
Chocó	Bojayá	323	58	180
Nariño	Mosquera	266	47	148

Nariño	Maguí	249	86	148
Chocó	Carmen del Darién	132	28	65
Antioquia	Murindó	124	13	44
Nariño	La Tola	93	18	37
Guaviare	El Retorno	85	19	52
Meta	Mapiripán	58	1	20
Antioquia	Anorí	55	8	17
Meta	Puerto Gaitán	36	3	11
Casanare	Paz de Ariporo	31	0	4
Casanare	Hato Corozal	13	0	6
Meta	Puerto Concordia	10	1	6

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 Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (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 a la vigilancia en salud pública como intervención en salud pública, y busca cortar cadenas de transmisión.

Tabla 9.
Comportamientos inusuales, municipios IREM, semana epidemiológica 10, Colombia, 2021

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	ep
Chocó	Acandí	7	8	2	Disminución	Éxito
	Atrato	74	60	32	Disminución	Segu
	Bagadó	116	123	69	Disminución	Segu
	Juradó	3	4	2	Ninguno	Segu
	Lloró	85	136	31	Disminución	Éxito
	Medio Atrato	113	76	61	Disminución	Segu
	Quibdó	733	610	224	Disminución	Segu
	Rioquito	51	73	17	Disminución	Éxito
	Ríosucio	52	10	12	Ninguno	Segu
	Unguia	3	11	3	Disminución	Segu
Buenaventura	Buenaventura	233	78	112	Aumento	Segu
Nariño	Tumaco	361	226	172	Disminución	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

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, 9 correspondientes a esta semana y 3 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 7 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca, Boyacá, Caquetá, Guainía y Santander en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 10 entre 2014 a 2020, mientras que, en Nariño y Sucre se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Para esta semana se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a desnutrición 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 6 casos.

Para esta semana se observó aumento en el número de casos en las entidades territoriales de La Guajira, Putumayo, Santa Marta y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 10 entre 2014 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, 1 correspondiente a esta semana y 1 de la semana anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificó 1 caso.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 10 entre 2014 a 2020. 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 10 de 2021 se notificaron 93 muertes maternas, 77 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 12 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 4 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 10.
Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 10, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	64	31	11	106
2020	57	30	6	93
2021	77	12	4	93

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 35,0 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 10 es de 52,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 11.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Guaviare	1	307,7
Chocó	2	156,7
Magdalena	5	155,4
Bolívar	4	109,9
Meta	4	108,2
Buenaventura	1	96,9
Santa Marta	2	92,7
Putumayo	1	92,2
Risaralda	2	86,7
Cali	5	86,0
La Guajira	4	80,5
Córdoba	4	68,6
Valle del Cauca	3	66,2
Barranquilla	3	60,8
Norte de Santander	3	53,9
Cartagena	2	52,8
Colombia	77	52,4
Tolima	2	52,3
Antioquia	9	51,7
Caldas	1	50,4
Huila	2	48,0
Cundinamarca	4	47,9
Cesar	2	37,6
Sucre	1	31,2
Santander	2	30,8
Bogotá	6	29,8
Nariño	1	25,6
Atlántico	1	22,8

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, Magdalena, Bolívar y Meta.

Tabla 12.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Bolívar	4	1	0,015
Guaviare	1	0	0,000
Huila	2	0	0,000
Meta	4	1	0,015
Nariño	1	5	0,034
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 10 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Bolívar, Guaviare, Huila, Meta y Cali y disminución en la entidad territorial de Nariño.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 13,0 % corresponde a causas directas y el 15,6 % a causas indirectas. El 71,4 % de los casos se encuentra en estudio.

Tabla 13.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	10	13,0
Sepsis relacionada con el embarazo	3	3,9
Hemorragia obstétrica	3	3,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	2	2,6
Evento tromboembólico como causa básica	1	1,3
Otras causas directas	1	1,3
INDIRECTA	12	15,6
Otras causas indirectas	4	5,2

Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	3	3,9
Sepsis no obstétrica: Neumonía	4	5,2
Sepsis no obstétrica	1	1,3
EN ESTUDIO	55	71,4

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

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 10 de 2021, se han notificado 1 505 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 23 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 143 casos, 107 corresponden a esta semana y 36 a notificaciones tardías.

Tabla 14.

Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Vichada	9	26,9
Guainía	6	26,8
Chocó	29	22,7
Arauca	18	18,6
Barranquilla	78	15,8
Córdoba	88	15,1
La Guajira	74	14,9
Bolívar	51	14,0
Quindío	17	12,9
Putumayo	14	12,9
Sucre	41	12,8
Buenaventura	13	12,6
Risaralda	29	12,6

Caquetá	18	11,9
Nariño	42	10,8
Caldas	21	10,6
Antioquia	179	10,3
Boyacá	33	10,2
Cundinamarca	85	10,2
Colombia	1482	9,9
Cauca	41	9,9
Casanare	14	9,8
Cesar	51	9,6
Cartagena	36	9,5
Tolima	36	9,4
Magdalena	30	9,3
Valle del Cauca	42	9,3
Huila	38	9,1
Atlántico	39	8,9
Meta	31	8,4
Amazonas	2	8,3
Cali	48	8,3
Vaupés	1	8,1
Bogotá	138	6,9
Santa Marta	14	6,5
Santander	41	6,3
Norte de Santander	34	6,1
Guaviare	1	3,1
San Andrés y Providencia	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos marzo 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 9,9 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 19 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Vichada (26,9), Guainía (26,8), Chocó (22,7), Arauca (18,6) y Barranquilla (15,8).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,5 % (719), seguido de neonatales tempranas con 27,8 % (412), neonatales tardías con 13,7 % (203) y perinatales intraparto con 10,0 % (148).

Figura 15.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 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%20tardia%20en%20Colombia%20semanas%2001%20a%2010%20de%202021)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal%20tardia%20en%20Colombia%20semanas%2001%20a%2010%20de%202021)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,4 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 24,2 % y asfixia y causas relacionadas 21,1 %.

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 Guainía. 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 Atlántico, Bogotá, Cali, Cartagena, Cauca, Cesar, Chocó 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 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 16 de marzo 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

A nivel mundial, los casos nuevos continúan en aumento con un incremento del 10% en la última semana, llegando a más de 3 millones de casos nuevos reportados. A principio de enero de 2021, el número de casos nuevos alcanzó su punto más alto, cuando se reportaron poco menos de 5 millones de casos en una semana. Posteriormente, en la semana del 15 de febrero, los casos nuevos disminuyeron a poco menos de 2,5 millones; sin embargo, durante las últimas tres semanas los casos nuevos han aumentado. En esta semana los casos nuevos de América representan cerca del 80% de los casos nuevos y nuevas muertes, con aumento en los casos nuevos observados en todas las regiones excepto África, en donde las tasas de incidencia se mantuvieron similares a la semana anterior. En esta semana, aunque las muertes nuevas disminuyeron a nivel mundial, se presentó un aumento en dos regiones de la OMS, el Mediterráneo Oriental (7%) y Pacífico Occidental (14%). En la última semana, los cinco países que notificaron el

mayor número de casos fueron Brasil (494 153 casos nuevos, con un aumento del 20%), Estados Unidos (461 190 casos nuevos, con un aumento del 8%), Francia (161 159 casos nuevos con aumento del 12%), Italia (155 076 casos nuevos, con aumento de 12%) e India (148 249 casos nuevos, con aumento del 30%).

La OMS en colaboración con las autoridades nacionales, instituciones e investigadores, continúan monitoreando los eventos de salud pública asociados con las variantes del SARS-CoV-2, a continuación, se proporciona una actualización sobre la distribución geográfica de tres variantes de interés (VOCs siglas en Ingles), consideradas como tal por la OMS, con base en lo informado por países, territorios y áreas al 16 de marzo de 2021.

La variante VOC 202012/01 ha sido reportada en 118 países (7 están en proceso de verificación), la variante VOC 202012/02 ha sido reportada en 64 países (6 están en proceso de verificación), y la variante P1 se ha reportado en 38 países (6 están en proceso de verificación). A medida que las actividades de vigilancia en salud pública, incluida la secuenciación genómica sistemática, se fortalezcan a nivel local y nacional, para detectar los casos infectados con las variantes del SARS-CoV-2, el número de países que notifican VOCs se ha incrementado. Es importante tener presente que esta información debe interpretarse considerando las limitaciones de la vigilancia en curso, entre ellas, la diferencia que se presenta en la capacidad de realizar secuenciación en los diferentes países y las muestras que se priorizan para secuenciación. La OMS sigue aconsejando el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia y secuenciación, con un enfoque sistemático, para proporcionar una indicación representativa del grado de transmisión de las variantes del SARS-CoV-2, basada en la situación y capacidad epidemiológica local y la detección de eventos inusuales.

Variantes emergentes de interés (VOI)

Todos los virus, incluido el SARS-CoV-2, cambian con el tiempo y como resultado generan la aparición de nuevas variantes, la mayoría sin beneficios directos para el virus u otros impactos en la salud pública. La OMS, en colaboración con autoridades, instituciones e investigadores nacionales, evalúa rutinariamente si las variantes de SARS-CoV-2 provocan cambios en la transmisibilidad, la presentación clínica y la gravedad, o si tienen un impacto en las medidas sociales y de salud pública. Se han establecido sistemas para detectar señales de posibles variantes de interés o preocupación, así como los eventos inusuales potencialmente asociados a una variante, y evaluarlos en función del riesgo que representan para la salud pública mundial. Estas señales se encuentran actualmente en evaluación y, a medida que se determinan nuevas variantes de VOIs o VOCs de interés, la OMS se compromete a destacarlas para respaldar la priorización para un mayor seguimiento y evaluación.

Una variante del SARS-CoV-2, llamada CAL.20C/L452R, que abarca los linajes PANGO B.1.427 y B.1.429, ha sido designada por la OMS como VOI, según evaluaciones recientes y evidencia emergente. Esta variante se caracteriza por una combinación de tres mutaciones en el dominio del receptor (RBD), a saber, S13I, W152C, L452R, cuyo foco está en la mutación L452R. Se detectó en un amento local de casos en California, Estados Unidos en junio de 2020. La evidencia de la vigilancia ha demostrado que desde entonces ha contribuido a una importante proporción de casos locales en California, a la fecha ha sido detectada en todos los estados de EE. UU. y por lo menos en 26 países. Fuera de EE. UU., esta VOI se ha detectado en un número relativamente bajo de secuencias, sugiriendo que aún no ha producido una enfermedad generalizada en otros países.

Región de África. Esta semana se notificó un número similar a la semana pasada, más de 54 000 nuevos casos, mientras que se reportaron 1 300 muertes, lo que equivale a una disminución de 6% en comparación con la semana anterior, se ha observado una tendencia a la disminución en las muertes, desde principios de febrero de 2021. El mayor número de casos nuevos se notificó en Etiopía (7,9 casos

por 100 000 habitantes), Sudáfrica (13,8 casos nuevos por 100 000 habitantes), y Kenia (10,2 casos nuevos por 100 000). El mayor número de muertes nuevas se registró en Sudáfrica (1,0 muertes por 100 000 habitantes) Etiopía (0,1 muertes nuevas por 100 000) y Botswana (2,8 muertes nuevas por 100 000).

Región de las Américas. Esta semana se notificaron más de 1,2 millones de casos nuevos y más de 30 000 nuevas muertes, un aumento del 13% y una disminución del 6% respectivamente en comparación con la semana anterior. Las muertes continuaron disminuyendo por segunda semana consecutiva. El mayor número de casos nuevos se notificó en Brasil (232,5 casos nuevos por 100 000), seguido de los Estados Unidos de América (139,3 casos nuevos por 100 000) y Perú 160,0 casos nuevos por 100 000). Tres países sumaron el 85% de las muertes reportadas de la Región de las Américas en la última semana. El mayor número de muertes nuevas se reportó en Brasil (5,8 muertes nuevas por 100 000), seguido de Estados Unidos de América (2,8 muertes nuevas por 100 000, y México (3,3 muertes nuevas por 100 000).

Región del Mediterráneo Oriental. En la última semana, se reportaron 251 000 casos nuevos, un aumento de 14% frente a la semana anterior, con una tendencia al ascenso durante las últimas cinco semanas. De la misma forma se presentaron poco menos de 3 000 muertes nuevas, con un 7% de aumento y tendencia al ascenso durante las tres últimas semanas. Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos esta semana fueron la República Islámica de Irán (78,4 casos nuevos por 100 000 habitantes), Jordania (466,4 casos nuevos por 100 000) e Irak (77,4 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes esta semana se ha informado en la República Islámica de Irán (0,8 nuevas muertes por 100 000 habitantes), Jordania (3,8 muertes nuevas por 100 000) y Líbano (4,7 nuevas muertes por 100 000)

Región de Europa. En la última semana se reportaron más de 1,2 millones de casos nuevos y poco menos de 21 000 nuevas muertes, un aumento del 6% y una disminución del 1%, respectivamente, en comparación con la semana anterior. Durante las últimas tres semanas los casos en la Región han aumentado constantemente, mientras que las tendencias de nuevas muertes han disminuido constantemente durante las últimas ocho semanas. El mayor número de casos nuevos se notificó en Francia (246,9 casos nuevos por 100 000), Italia (256,5 casos nuevos por 100 000) y Polonia (295,2 casos nuevos por 100 000). El mayor número de muertes nuevas se notificó en la Federación de Rusia (2,0 nuevas muertes por 100 000), Italia (3,8 nuevas muertes por 100 000) y Polonia (5,0 nuevas muertes por 100 000).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana se notificaron menos de 200 000 nuevos casos y más de 2 100 nuevas muertes, un aumento del 19% y una disminución del 3%, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en la India (10,7 casos nuevos por 100 000), Indonesia (15,0 casos nuevos por 100 000) y Bangladesh (4,0 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes se registró en Indonesia (0,4 nuevas muertes por 100 000), India (0,1 nuevas muertes por 100 000) y Bangladesh (<0,1 nuevas muertes por 100 000).

Región del Pacífico Occidental. En la última semana se notificaron menos de 50 000 nuevos casos y más de 700 muertes nuevas, un aumento del 19% y del 14%, respectivamente, en comparación con la semana anterior. Esta es la primera vez en siete semanas que se ha informado de un aumento en los casos y las muertes nuevas también muestran un repunte. El mayor número de casos nuevos se notificó en Filipinas (23,2 casos nuevos por 100 000), Malasia (32,8 casos nuevos por 100 000), y Japón (6,3 casos nuevos por 100 000). Los tres países con el mayor número de muertes nuevas fueron Japón (0,3 muertes nuevas por 100 000), Filipinas (0,3 muertes nuevas por 100 000) y Malasia (0,1 muertes nuevas por 100 000).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de publicación 16 de marzo de 2021. Fecha de consulta 17 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---16-march-2021>

Coronavirus causante del Síndrome Respiratorio de Oriente medio (MERS-CoV) Emiratos Árabes Unidos Fecha de publicación 17 de marzo 2021. Organización mundial de la salud (OMS)

El MERS-CoV se ha identificado en varios países de Medio Oriente África y Asia meridional, desde 2012 hasta el 12 de febrero de 2021 la OMS ha confirmado la presencia de 2 567 casos confirmados por laboratorio y 882 muertes asociadas, en 27 países, la mayoría de ellos notificados en Arabia. El primer caso de MERS-CoV en Emiratos Árabes Unidos se notificó en 2013 y desde entonces se han descrito 92 casos incluido el mencionado y 12 muertes asociadas a la infección a Los brotes de MERS-CoV. El virus se transmite entre animales y personas, se transfiere a los humanos a partir de dromedarios infectados, el MERS-CoV ha demostrado una capacidad limitada de transmisión entre humanos y hasta el momento, la transmisión no sostenida descrita de persona a persona se ha producido principalmente en entornos de atención de la salud.

El 18 de enero de 2021 un paciente de 39 años presentó fiebre, tos y consultó a un hospital privado en varias ocasiones, sin mejoría. El 24 de enero los síntomas empeoraron y se confirmó diagnóstico de neumonía mediante placa de tórax. El 26 de enero el paciente ingresó en un hospital privado y posteriormente se trasladó a un hospital gubernamental el 28 de enero, luego el 31 de enero se tomó una muestra de hisopado nasofaríngeo para procesamiento de RT-PCR, con resultado positivo para MERS-CoV el 1 de febrero, en el laboratorio del Centro Médico Sheikh Khalifa en Abu Dhabi. El paciente no presentaba condiciones subyacentes y a la fecha su condición es estable, no reportó historial de viajes previos, pero si refirió contacto con un dromedario 14 días previo a la fecha de inicio de síntomas.

Una vez se identificó el caso, se realizó la investigación y rastreo de contactos, en el hogar y centros de atención médica, a todos los contactos identificados se les realizó seguimiento diario por 14 días posterior a la última exposición con el paciente, en búsqueda de síntomas respiratorios y gastrointestinales, así mismo a todos se les realizó prueba para detección de MERS-CoV, con resultados negativos a la fecha, todos terminaron el periodo de seguimiento y a la fecha no se han presentado más casos. Por otra parte, para el seguimiento a los animales, se notificó a las autoridades veterinarias, y la investigación está en proceso.

Durante la pandemia de COVID-19, en los Emiratos Árabes Unidos la vigilancia para MERS-CoV, es mandatorio el tamizaje para todos los casos que cumplen con la definición de infección respiratoria aguda grave (IRAG). La evaluación de riesgo no cambia, con la notificación de casos adicionales, sin embargo, debido a la pandemia de COVID-19, los recursos se han dirigido a la atención de SARS-CoV-2, lo que impacta en la disminución de pruebas para MERS-CoV en muchos países. La OMS espera que se notifiquen casos adicionales de MERS-CoV desde medio oriente y que los casos podrían llegar a otros países por personas que podrían adquirir la infección por contacto con dromedarios y productos animales infectados.

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y realiza evaluación del riesgo basado en la última información disponible. Con base en la información disponible y situación actual, la OMS anima a los estados miembros a continuar la vigilancia de infecciones respiratorias agudas y la revisión de cualquier patrón inusual. La transmisión de MERS-CoV de persona a persona puede prevenirse, con la identificación temprana gestión y aislamiento de casos, en conjunto con las medidas de prevención y control de infecciones, además mantener medidas de higiene, lavado de manos frecuente antes y después

de contacto con animales, evitar el contacto con animales enfermos. Con respecto a seguridad alimentaria, las personas deben evitar consumir carne que no ha sido cocida apropiadamente, y evitar el consumo de leche cruda y orina de camello.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Noticias sobre brotes y enfermedades. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente medio (MERS-CoV) Emiratos Árabes Unidos. Fecha de publicación 17 de marzo 2021. Fecha de consulta 18 de marzo 2021. Disponible en:
<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news> (<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>)

Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana epidemiológica 11. Fecha de publicación 14 de marzo de 2021 - Organización Mundial de la Salud (OMS)

Guinea

Desde el 14 de febrero fue declarado por las autoridades de Guinea un brote de enfermedad por virus Ébola (EVE). Al 13 de marzo de 2021, se han reportado un total de 18 casos (14 confirmados y cuatro probables) y nueve fallecimientos para una tasa de letalidad de 50,0%.

A la fecha solamente un distrito de salud está activo reportando al menos un caso confirmado, y dos distritos de salud de 38 están en alerta (con al menos un contacto), hay cinco casos confirmados entre trabajadores de salud. A la fecha están hospitalizados en el Centro de Enfermedades Epidémicas de N'Zerekore tres pacientes confirmados y un total de 341 de los 368 (93,0%) contactos están en seguimiento. Se presentó migración de cinco contactos, cuatro están dentro de Guinea y uno fuera de Guinea, se está realizando búsqueda activa de ellos. Se han vacunado, 288 contactos de alto riesgo, 2 602 contactos de contactos, 442 contactos probables y 1 055 trabajadores de primera línea, para un total de 3 332 personas.

República Democrática del Congo

El brote del virus de Ébola (EVE) continua en el Norte de Kivu, sin embargo, no se han presentado nuevos casos confirmados en los últimos 13 días consecutivos. El primer resultado del contacto que se convirtió en sospechoso el día 16 de seguimiento de la zona de salud de Biena salió negativo y continua en aislamiento hasta la toma de su segunda muestra. En los últimos 21 días se confirmaron cuatro casos nuevos en la zona de salud de Biena y no se han presentado fallecidos. Al 14 de marzo de 2021 hay un acumulado de 12 casos y cinco fallecidos con una tasa de letalidad de 45,5%, 2 trabajadores de salud se han infectado, lo que equivale al 16,6% de todos los casos. Dos casos confirmados de EVE están actualmente en el centro de tratamiento de Katwa, recibiendo atención y siguen siendo monitoreados 34 casos sospechosos, cerca en instalaciones de salud aisladas.

Hasta el 14 de marzo el número de contactos fue de 345, de ellos 286 (83,0%) recibieron seguimiento (120 y 225 están en segunda y tercera fase de seguimiento respectivamente). Al 14 de marzo se han generado 416 alertas, de las cuales se investigaron 411 (96,0%) y se verificaron como verdaderas 95 alertas incluidas 72 alertas en personas vivas y 23 en fallecidos. Se han analizado 1 590 muestras de laboratorio, de las cuales 11 (0,7%) fueron positivas para EVE. Así mismo, se han vacunado 1 515 personas, de las cuales 866 (57,2%) están en Biena, 290 (19,1%) en Butembo y 51 (3,4%) en Musienene; sin embargo, por amenazas a la seguridad se debió suspender el anillo de vacunación en Butembo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana 11 Epidemiológico. Fecha de publicación 14 de marzo 2021. Fecha de consulta 18 de marzo de 2021 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340188/OEW11-0814032021.pdf> (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340188/OEW11-0814032021.pdf>)

Alertas nacionales

Caso de Chagas agudo, Solita-Caquetá

El 17 de marzo de 2021 se notificó un caso confirmado de Chagas agudo en un menor de 12 meses procedente y residente de la Vereda Miranda, el caso fue captado por diagnóstico diferencial y confirmado por pruebas parasitológicas. Cuadro clínico consistente en vómito, diarrea, movimientos clónicos asociados a sialorrea y fiebre de nueve días de evolución. En la información preliminar obtenida por el grupo funcional de la Secretaría Departamental de Salud de Caquetá, los únicos contactos identificados fueron sus padres, ambos asintomáticos El padre presentó pruebas parasitológicas negativas. La investigación epidemiológica de factores de riesgo, evaluación entomológica y procesamiento de pruebas de laboratorio (parasitológicos y serológicos) en la zona están pendientes.

Fuente: Informe de 24 horas, Secretaría de salud Departamental, marzo 2021.

Brote de intoxicación por sustancias químicas, San Fernando-Bolívar

Notificado en la Vereda el Astillero de San Fernando el 13 de marzo posterior al consumo de arroz con pollo guisado, se reportaron cuatro personas intoxicadas, tres menores de edad de 11, 12 y 13 años y un adulto de 69 años, por una sustancia química desconocida que podría corresponder a un plaguicida organofosforado. consultaron al hospital, refiriendo cuadro clínico consistente en dolor abdominal, repetidos episodios eméticos, diaforesis y alteración del estado de conciencia. El adulto de 69 años y el menor de 12 se encuentran estables, los menores de 11 y 13 años fueron remitidos a instituciones de salud de mayor complejidad, la menor de 13 años falleció, el menor de 11 años continúa hospitalizado. Información preliminar y en seguimiento.

Fuente: Informe de brote, Secretaría de Salud Departamental, marzo 2021.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 11 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunclo; sin embargo, se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y sub-nacional.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

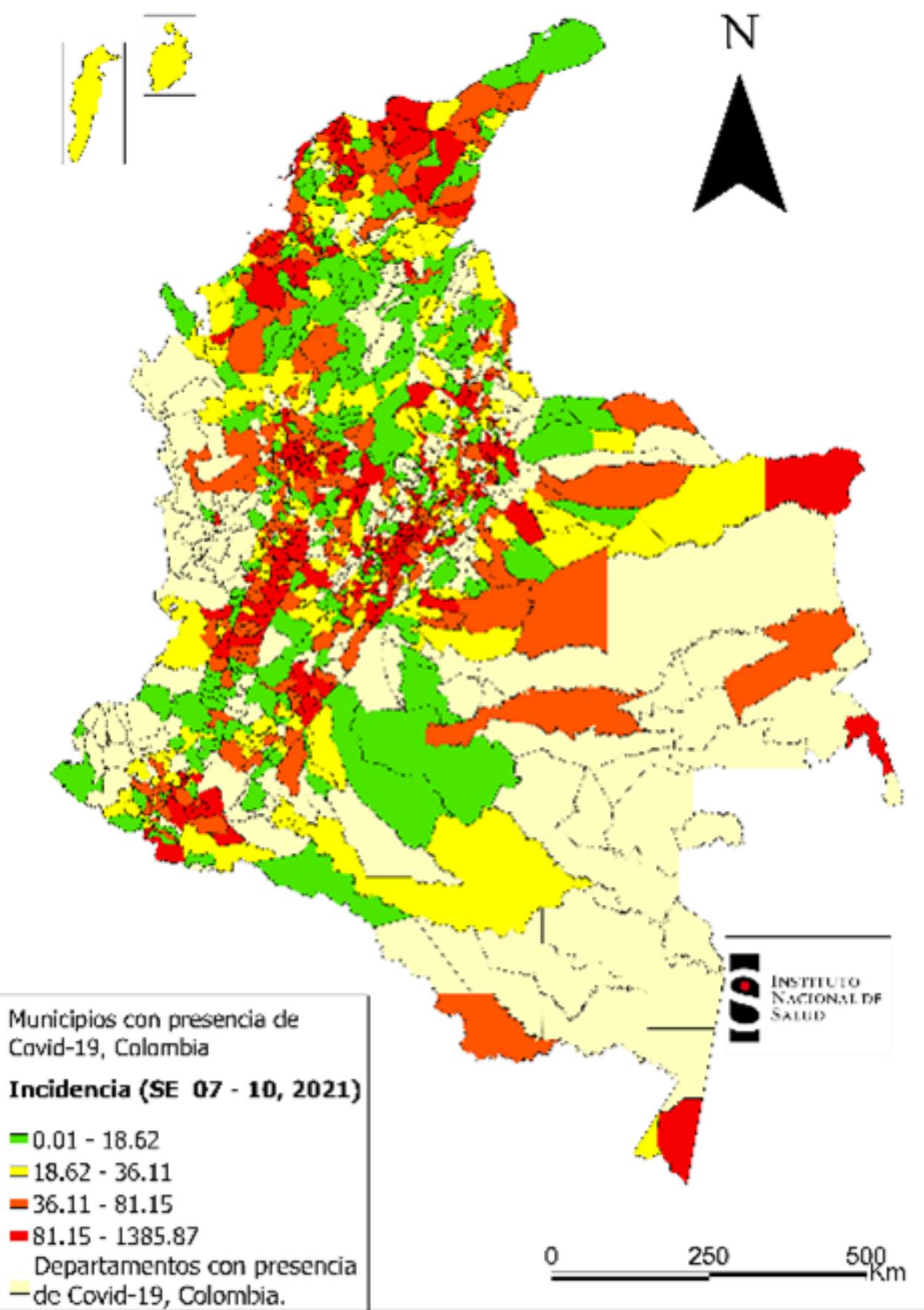
Situación COVID-19

Hasta el 18 de marzo de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 319 293 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 112 municipios. La incidencia acumulada es de 4 604,2 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha el 1,4 % (32 978) de los casos se encuentra activo, siendo procedentes principalmente de Bogotá con el 26,3 % (8 682), Antioquia con el 16,8 % (5 560), Valle del Cauca con el 10,5 % (3 477), Barranquilla con el 5,2 % (1 701) y Santander con el 4,2 % (1 397). A nivel municipal, el 61,8 % (20 385) de los casos activos se encuentra principalmente en Bogotá (8 682), Medellín (3 154), Cali (2 363), Barranquilla (1 701), Santa Marta (1 012), Soledad (689), Montería (641), Bucaramanga (503), Manizales (419), Pereira (419), Bello (405) e Itagüí (397).

La incidencia nacional de casos activos es de 62,5 casos por 100 000 habitantes. Los municipios con mayor incidencia de casos activos son: Caicedonia – Valle del Cauca (354,13), Ciénaga – Magdalena (273,45), Covarachía – Boyacá (259,07), Coveñas – Sucre (256,20), Cepitá – Santander (197,53), Santa Marta – Magdalena (187,9) y Norcasia – Caldas (179,50). De los casos activos el 50,1 % (16 519) se reportó en hombres y según el grupo de edad el 64,3 % (21 195) se presenta en personas entre los 20 y los 69 años. De acuerdo con la ubicación, el 65,9 % (21 718) de los casos activos se encuentra en casa, el 29,5 % (9 737) hospitalizado en sala general y el 4,6 % (1 523) hospitalizado en UCI.

Figura 16.

Incidencia de casos confirmados de COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 07 a 10, 2021



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

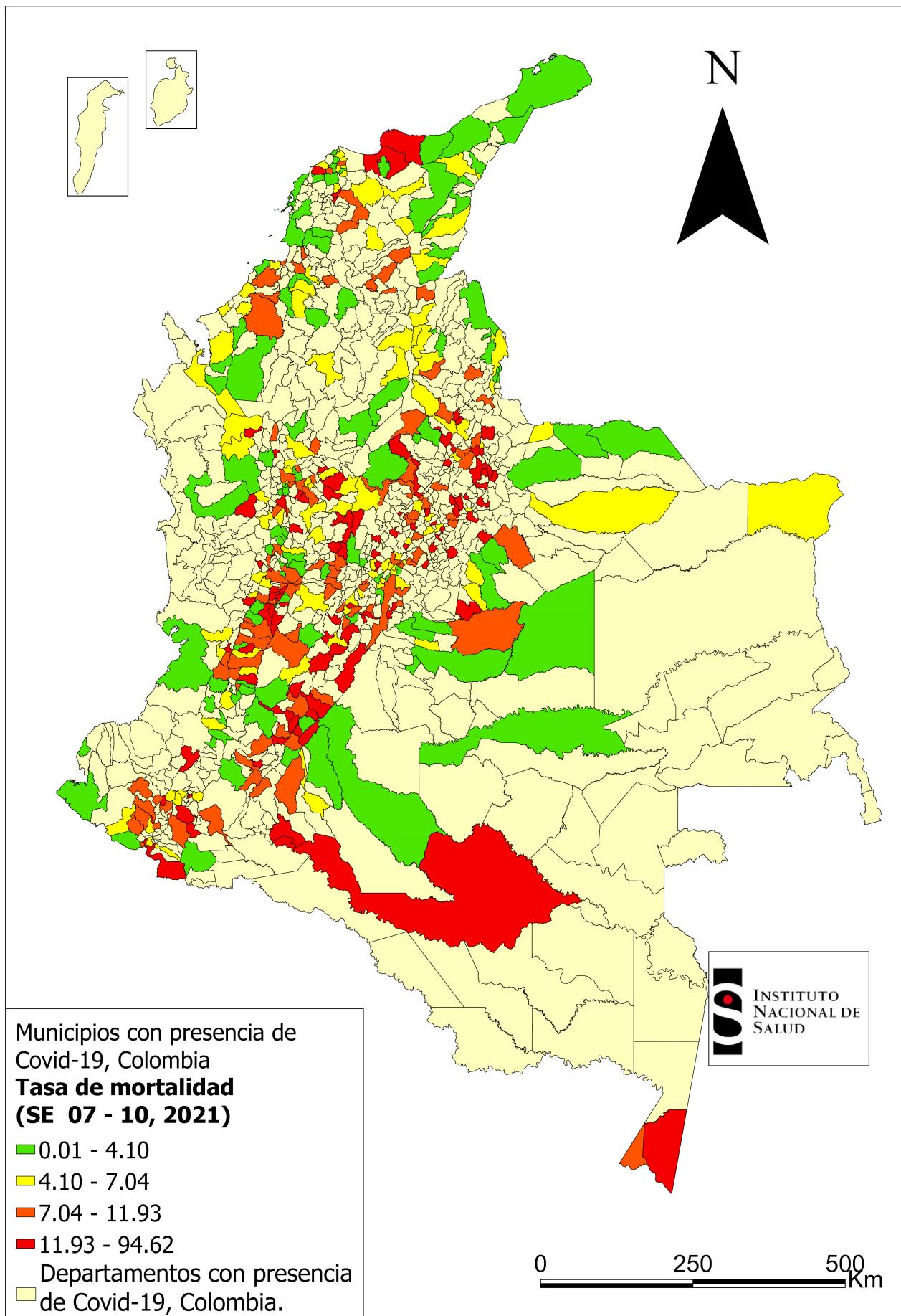
[Análisis de la gráfica](#)[Ampliar](#)[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_BES_10_2021.png \)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_BES_10_2021.png)[Descargar](#)[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_BES_10_2021.png \)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_BES_10_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 14 de febrero y el 13 de marzo de 2021 (SE 07 a 10, 2021), se reportaron 65 773 casos de COVID-19, para una incidencia de 136,63 casos por 100 000 habitantes. Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia de periodo nacional (136,63 por 100 000 habitantes) fueron Amazonas (847,09), Santa Marta (505,64), Barranquilla (281,07), Bogotá D.C. (261,26), Quindío (221,77), Cali (188,21), Atlántico (180,53), Magdalena (178,63), Antioquia (164,61) y Córdoba (141,42). Durante este periodo epidemiológico (SE 07 a 10, 2021) se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en las entidades territoriales de Santa Marta y Magdalena. Por el contrario, las entidades territoriales de Antioquia (0,4 veces), Atlántico (0,8 veces), Barranquilla (0,6 veces), Bogotá D.C (0,3 veces), Córdoba (0,6 veces), Quindío (0,5 veces), Cali (0,3 veces) y Amazonas (0,5 veces) 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 07 a 10, 2021



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

[Análisis de la gráfica](#)[Ampliar](#)[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_17_BES_10_2021.png \)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_17_BES_10_2021.png)[Descargar](#)[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_17_BES_10_2021.png \)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_17_BES_10_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

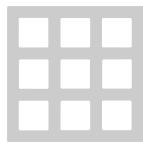
Entre el 14 de febrero y el 13 de marzo de 2021 (SE 07 a 10, 2021), se han reportado hasta este corte 61 368 muertes, lo que corresponde al 4,9 % (3 006) del total de fallecidos. Las entidades con mayor notificación de fallecidos durante este periodo epidemiológico fueron: Bogotá con 20,6 % (620), Antioquia con 12,2 % (366), Cali con 6,9 % (209), Santander con 6,8 % (205), Cundinamarca con 5,4 % (162), Valle del Cauca con 4,8 % (144) y Boyacá con 3,4 % (103). Entre la semana epidemiológica 07 a 10, 2021, los municipios con la mayor tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes fueron: Leticia – Amazonas (94,62), Tununguá – Boyacá (63,61), Boavita – Boyacá (62,85), Ciénaga – Magdalena (54,0), Onzaga - Santander (49,31) y Sativanorte – Boyacá (46,71).

Durante el periodo analizado (SE 07 a 10, 2021) fallecieron 166 personas entre los 15 y 44 años y 2 409 personas mayores de 60 años, que corresponden al 5,5 % y 80,1 % de las muertes del periodo. Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la SE 07 a 10, 2021 con respecto al periodo anterior (SE 03 a 06, 2021), se observó que de los 413 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 22,8 % (94) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y letalidad. Los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Ciénaga – Magdalena (Δ 4.8), Sahagún – Córdoba (Δ 3.5), Cereté – Córdoba (Δ 3.3), Fredonia – Antioquia (Δ 3.0), Soatá – Boyacá (Δ 3.0) y Guamal – Magdalena (Δ 3.0). Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Gigante – Huila (Δ 12.9), Boavita – Boyacá (Δ 12.3), Solano – Caquetá (Δ 10.7) y Fredonia – Antioquia (Δ 9.2).

Adicionalmente, durante el periodo analizado (SE 07 a 10, 2021) se notificaron por fecha de inicio 54 conglomerados, de los cuales 48 se encuentran activos con 367 casos confirmados y 1131 muestras obtenidas para un porcentaje de positividad del 32,4 %. De los conglomerados activos, el 33,3 % (16) se presentó en Fuerzas Militares con 144 casos confirmados; 16,7 % (8) en Centros de Protección con 56 casos; 14,6 % (7) en empresas con 28 casos; 12,5 % (6) en población carcelaria con 57 casos confirmados, 8,3 % (4) en ámbito comunitario con 27 casos; 8,3 % (4) en Policía con 44 casos confirmados; 4,2 % (2) en instituciones educativas con 5 casos y el 2,1 % (1) en población migrante con 6 casos.

Finalmente, durante el mes de marzo se ha venido presentado un aumento en el tiempo transcurrido entre la fecha de consulta y reporte por parte de las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Bogotá D.C, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca, con relación al mes anterior.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 10 / 7 al 13 de marzo de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/125/Cuadro_de_mando_SE_10_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 Henriquez 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 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_6_BES_10_2021_1.png)

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2021

Tabla 3. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2021



biblioteca
virtual en salud

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