

EVENTO CENTRAL



Comportamiento de la notificación de difteria, Colombia

Fuente: .

Análisis

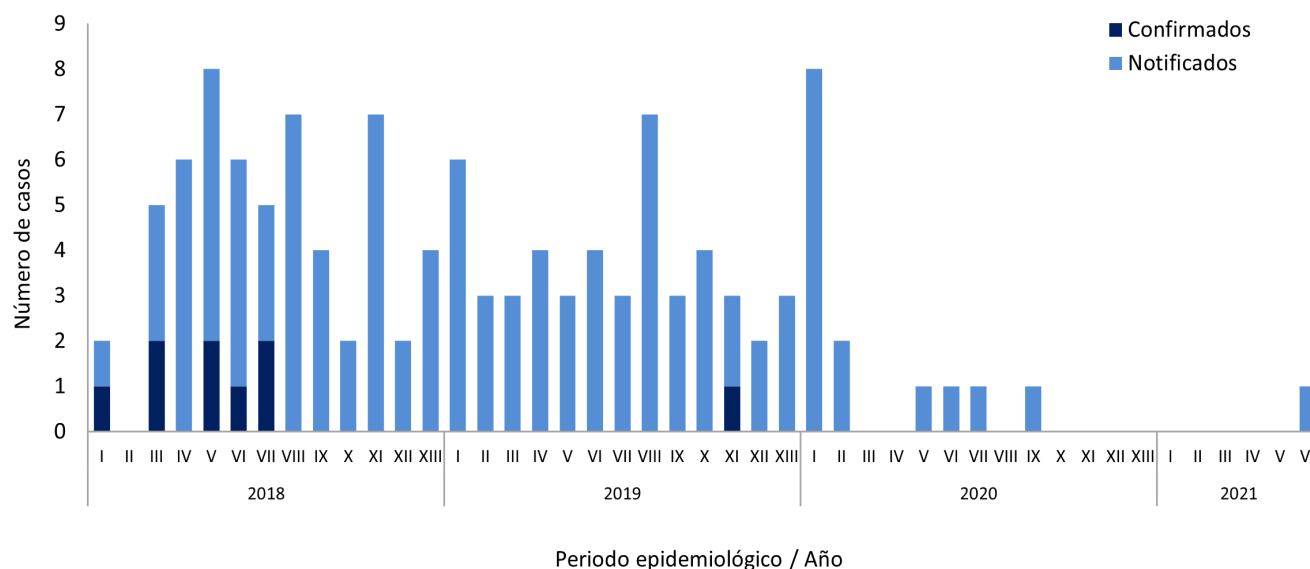
Comportamiento de la notificación de difteria, Colombia

La difteria es una enfermedad aguda de origen bacteriano producida por cepas toxigénicas de *Corynebacterium diphtheriae*. Los signos y síntomas pueden ser desde leves hasta graves y suelen manifestarse entre 2 y 5 días después de la exposición. Generalmente los síntomas se presentan de modo gradual con dolor de garganta y fiebre. En los casos graves, la bacteria genera una toxina que da lugar a una espesa placa gris o blanca en el fondo de la garganta, que puede bloquear las vías respiratorias dificultando la respiración, la deglución, produciendo tos seca y eventualmente la muerte (1).

Desde el 2018 a semana epidemiológica 27 de 2021, se han notificado 121 casos probables. En 2018 se notificaron 58 casos (ocho confirmados), en 2019 se notificaron 48 casos (uno confirmado), en 2020 se notificaron 14 casos y en 2021 a semana epidemiológica 27 se ha notificado un caso (figura 1).

El comportamiento de notificación de casos probables de difteria de 2018 a 2020, muestra disminución en la notificación del 2020 (n=14) comparado con los tres años anteriores, con disminución del 26,3 % frente a 2017 (n= 19), del 75,9 % frente a 2018 (n=58) y del 70,8 % frente a 2019 (n= 48) (figura1).

Figura 1. Notificación de casos confirmados y probables de difteria, Colombia, 2017 – periodo epidemiológico VI de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Los últimos casos confirmados se notificaron en 2019 (n=1) y en 2018 (n=8); de los casos confirmados en 2018, 6 se presentaron en población extranjera y 2 en colombianos, notificados por La Guajira y Norte de Santander, después de 15 años de haberse confirmado el último caso de la enfermedad en el Valle del Cauca en 2003.

El último caso confirmado para difteria se notificó en el periodo epidemiológico XI de 2019 y el último caso probable fue notificado en el periodo epidemiológico VI de 2021, ambos casos con residencia en Cúcuta – Norte de Santander y se desarrollaron acciones frente a la prevención, atención, vigilancia y control del evento, como lo establece la Circular conjunta externa 017 de 2018 (2).

Se dio cumplimiento a los indicadores de la vigilancia en los últimos 4 años, evidenciando mayor oportunidad en la realización de la investigación de campo y en la intervención de contactos quienes requieren administración de profilaxis. La letalidad en el 2018 fue del 37,5 %, durante el 2019 no se reportaron muertes.

Conclusiones

Según la Organización Panamericana de la Salud, en 2020, un total de 5 países notificaron 80 casos confirmados de difteria, incluidas 21 defunciones en la región de las Américas: Brasil (2 casos confirmados), República Dominicana (3 casos confirmados, incluidas 2 defunciones), Haití (66 casos confirmados, incluidas 16 defunciones), Perú (4 confirmados, incluida 1 defunción) y la República Bolivariana de Venezuela (5 casos confirmados, incluidas 2 defunciones) (3). De estos países, tres están ubicados en frontera con Colombia, situación que lleva a mantener la vigilancia del evento en el país con énfasis en frontera.

En Colombia, la confirmación de casos con nacionalidad extranjera ha evidenciado la circulación del corinebacteriófago en el territorio debido a la alta migración de población procedente de países fronterizos, situación que ha facilitado que esta enfermedad infecciosa reemergiera en Colombia. Sin embargo, durante el 2020 a nivel nacional se instauraron medidas para el control de la pandemia por SARS-CoV2, como el lavado de manos, aislamiento social preventivo, distanciamiento social y cierre de fronteras, que posiblemente contribuyeron a la disminución en la notificación de casos probables de difteria.

Recomendaciones

Con el inicio de la pandemia de la COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recordó a los Estados Miembros que la vigilancia epidemiológica de difteria como parte de las enfermedades prevenibles por vacunación debe ser considerada un servicio de salud esencial y continuo; también, que un solo caso de difteria confirmado por laboratorio debe desencadenar una respuesta de salud pública inmediata (4).

Se debe garantizar que a todos los casos probables de difteria se les tome la muestra apropiada para la confirmación del diagnóstico, siguiendo las indicaciones de la guía de laboratorio para difteria del grupo de microbiológica del Instituto Nacional de Salud, frente a toma de la muestra, conservación y transporte, los cuales son fundamentales para el aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae*. Finalmente, se debe garantizar la toma de muestra para realización de la prueba de Elek la cual verifica la producción de la toxina a partir del aislamiento.

Al considerarse como brote un solo caso confirmado de difteria, es necesario que las autoridades y actores que conforman el sistema vigilancia en salud pública en Colombia se adhieran a las acciones de investigación y control descritas en el protocolo de vigilancia para el evento, con el objetivo de garantizar la caracterización del brote y las intervenciones que se necesiten para evitar la propagación de más casos.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Difteria. <https://www.paho.org/es/temas/difteria> (<https://www.paho.org/es/temas/difteria>). Consultado el 15/07/2021.
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Circular conjunta externa 017 del 23 de marzo de 2018. Instrucciones de prevención, atención, vigilancia y control de la difteria en el país. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%2017%20de%202018.pdf (https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%2017%20de%202018.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización. Epidemiológica: Sarampión y Difteria. 1 de febrero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021.
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Difteria en la isla Española. 23 de abril de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021.

SITUACIÓN NACIONAL

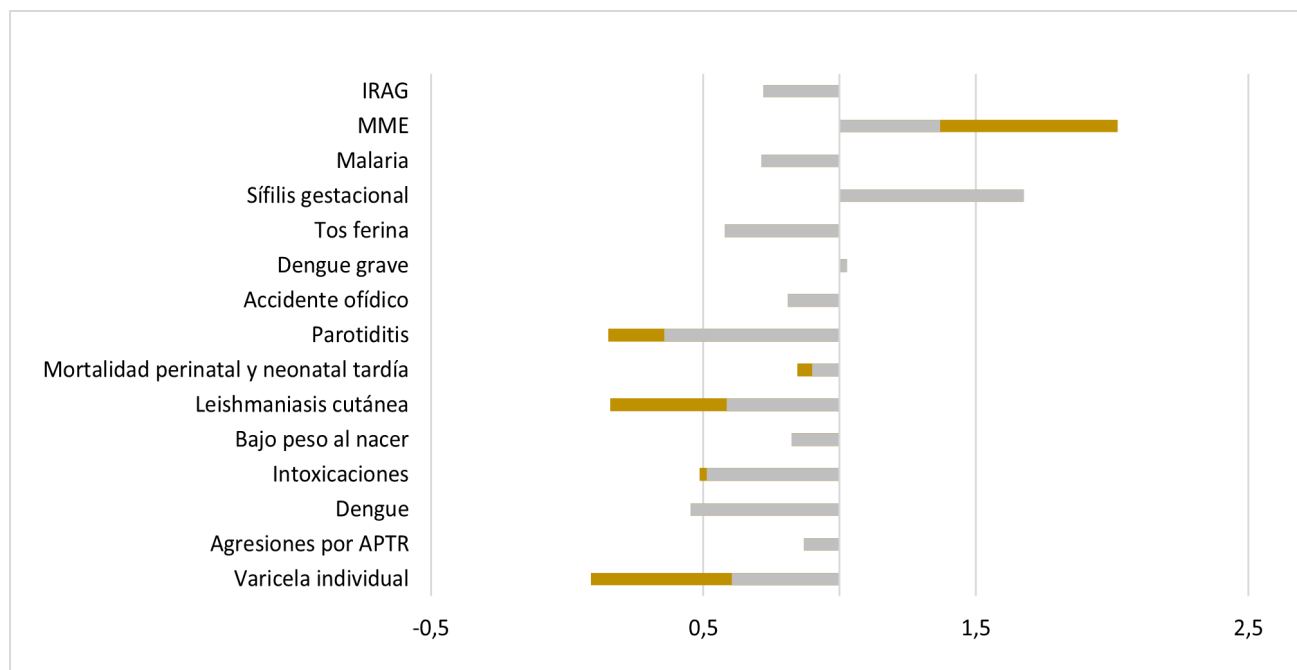
Análisis de datos de vigilancia

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Así se identifica que en la semana epidemiológica 28 el evento morbilidad materna extrema (MME) se encuentra por encima de lo esperado. Parotiditis,

mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, intoxicaciones y varicela individual, se encuentran por debajo de lo esperado. Los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 2.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_2_comportamiento_eventos_alta

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_2_comportamiento_eventos_alta

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 28, el evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV), presenta un aumento significativo respecto a los valores esperados; los eventos de leptospirosis, sarampión, rubeola, lepra, fiebre tifoidea y paratifoidea,

tuberculosis farmacorresistente y mortalidad por IRA presentan disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 1.

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 28, el evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV), presenta un aumento

Evento	Observado	Esperado	p
EAPV	36	10,8	0,00
Leptospirosis	7	55,4	0,00
Sarampión	15	46,2	0,00
Rubeola	2	13,2	0,00
Lepra	2	9,2	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0,02
Tuberculosis farmacorresistente	4	9	0,03
Mortalidad por IRA	8	13,6	0,04
Sífilis congénita	26	31,2	0,05
Mortalidad materna	12	10,2	0,10
Mortalidad por dengue	4	3,4	0,19
Mortalidad por EDA 0-4	2	3	0,22
Años			
Leishmaniasis mucosa	0	1,2	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. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos.

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

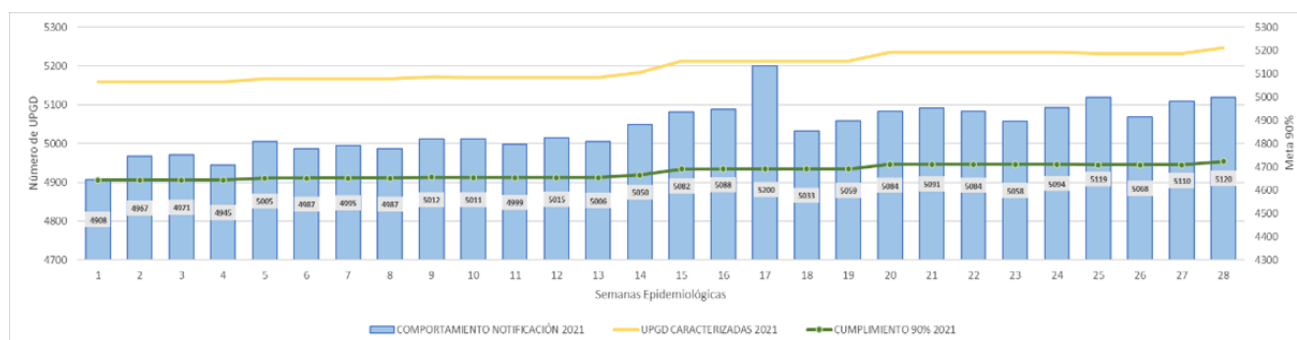
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 117 / 1 117 UNM). Se observa igual con respecto a lo presentado en la semana 27 de 2021 y frente a la misma semana de 2020 (100 %), el país cumplió con la meta del 97 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,5% (5 120 / 5 248 UPGD); disminuyó en 0,1% frente a la semana anterior y aumentó 0,4 % con respecto a la semana 28 de 2020. Todas las entidades territoriales cumplieron con la meta para este nivel de información. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD.

Figura 3.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 28 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_3_cumplimiento%20_UPGD_Co

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_3_cumplimiento%20_UPGD_Co

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A continuación, se muestra el comportamiento histórico de la notificación por semanas correspondiente a la vigencia 2021. Se observan las UPGD caracterizadas (línea amarilla), su comportamiento en la notificación (barras azules) y su cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %), (línea verde). En la semana de análisis se evidencia el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 28 de 2021 se notificaron 657 casos probables de dengue: 322 casos de esta semana y 335 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 18 262 casos, 9 593 (52,5 %) sin signos de alarma, 8 397 (46,0 %) con signos de alarma y 272 (1,5 %) de dengue grave.

Tabla 2.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	3474	19,3	40	14,7	3514	19,2
Valle del Cauca	1583	8,8	12	4,4	1595	8,7
Tolima	968	5,4	4	1,5	972	5,3
Norte de Santander	920	5,1	22	8,1	942	5,2
Putumayo	907	5,0	3	1,1	910	5,0
Meta	867	4,8	5	1,8	872	4,8
Cartagena	771	4,3	30	11,0	801	4,4
Huila	747	4,2	17	6,3	764	4,2
Cesar	633	3,5	23	8,5	656	3,6
Antioquia	594	3,3	9	3,3	603	3,3
Cundinamarca	546	3,0	1	0,4	547	3,0
Córdoba	473	2,6	6	2,2	479	2,6
Santander	464	2,6	4	1,5	468	2,6
Barranquilla	424	2,4	11	4,0	435	2,4
Magdalena	414	2,3	13	4,8	427	2,3
Cauca	415	2,3	0	0,0	415	2,3
Bolívar	396	2,2	13	4,8	409	2,2
Nariño	376	2,1	5	1,8	381	2,1
Casanare	374	2,1	7	2,6	381	2,1
Sucre	343	1,9	10	3,7	353	1,9
Atlántico	342	1,9	8	2,9	350	1,9
Caquetá	301	1,7	3	1,1	304	1,7

Amazonas	247	1,4	2	0,7	249	1,4
Chocó	241	1,3	1	0,4	242	1,3
Santa Marta	195	1,1	10	3,7	205	1,1
Boyacá	195	1,1	0	0,0	195	1,1
Buenaventura	155	0,9	2	0,7	157	0,9
Arauca	141	0,8	1	0,4	142	0,8
Quindío	104	0,6	2	0,7	106	0,6
Risaralda	94	0,5	1	0,4	95	0,5
Caldas	73	0,4	0	0,0	73	0,4
La Guajira	57	0,3	6	2,2	63	0,3
Exterior	51	0,3	0	0,0	51	0,3
Vichada	34	0,2	0	0,0	34	0,2
Archipiélago de San Andrés	33	0,2	0	0,0	33	0,2
Guaviare	20	0,1	0	0,0	20	0,1
Guainía	16	0,1	1	0,4	17	0,1
Vaupés	2	0,0	0	0	2	0,0
Total	17 990	100	272	100	18262	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 y 5 distritos, distribuidos en 642 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Tolima, Norte de Santander, Putumayo, Meta, Cartagena, Huila, Cesar, Antioquia, Cundinamarca, Córdoba, Santander, Barranquilla, Magdalena, Cauca y Bolívar, aportan el 81,1 % (14 809) de los casos a nivel nacional.

El 64,9 % (11 844) de los casos de dengue se reportó en 47 municipios, con mayor frecuencia en: Cali – Valle del Cauca, con 19,2 % (3 514); Cartagena, con el 4,4 % (801); Cúcuta – Norte de Santander, con el 3,5 % (636); Barranquilla, con 2,4 % (435); Villavicencio – Meta, con el 1,8 % (332); Orito – Putumayo, con el 1,7 % (306); Montería – Córdoba, con el 1,5 % (273); Yumbo – Valle del Cauca (262), Aguachica (Cesar) (251) e Ibagué – Tolima (250), con el 1,4 % cada uno; Leticia – Amazonas (220) y Fundación – Magdalena (216), con el 1,2 % cada uno; Santa Marta (205) y Neiva (Huila) (201), con el 1,1 % cada uno; Villagarzón (Putumayo) (187) y Puerto Gaitán – Meta (180), con el 1,0 %.

Se hospitalizó el 76,6 % (6 428) de los casos de dengue con signos de alarma y el 90,4 % (246) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Magdalena, Valle del Cauca, Cauca, Guainía, Buenaventura, Bolívar y Chocó; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Norte de Santander, Cesar, Huila, Cartagena, Cali, Antioquia, Santa Marta, Santander, Magdalena, Valle del Cauca, La Guajira, Amazonas, Bolívar, Quindío y Cundinamarca.

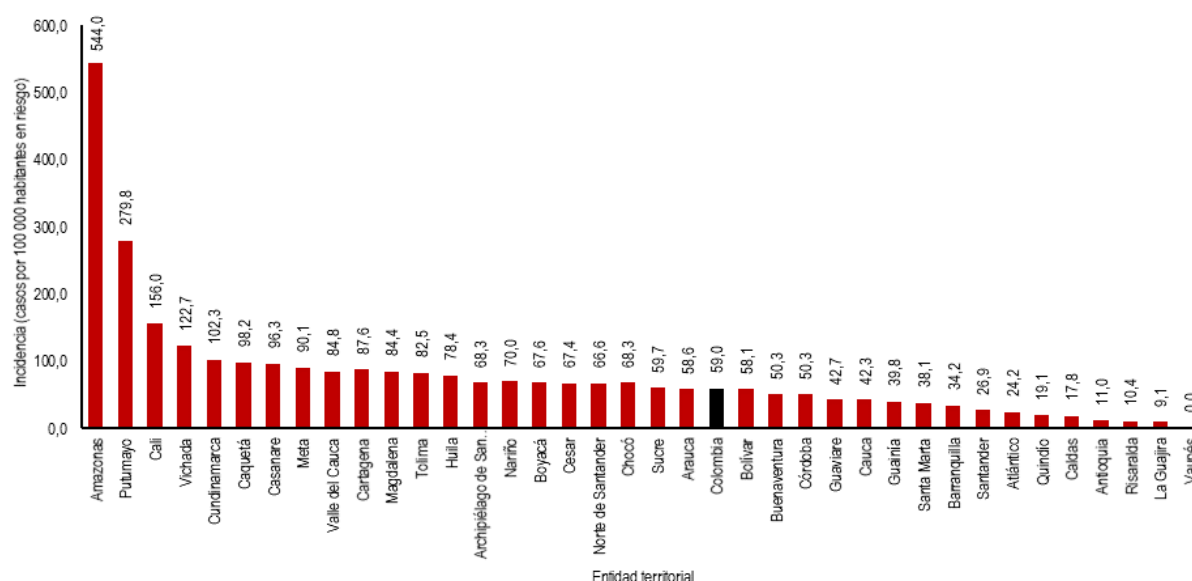
Se hospitalizó el 76,7 % (6 722) de los casos de dengue con signos de alarma y el 90,0 % (260) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Cauca, Guaviare, Bolívar, Guainía, Buenaventura y Chocó; y las

entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Norte de Santander, Cesar, Huila, Cartagena, Santa Marta, Cali, Antioquia, Magdalena, Tolima, Valle del Cauca, Santander, La Guajira, Cundinamarca, Amazonas, Bolívar y Quindío.

A semana 28 se ha confirmado el 44,8 % (8 182) de los casos de dengue notificados, según clasificación se confirmó el 51,9 % (4 359) de los casos de dengue con signos de alarma y 66,9 % (182) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Buenaventura y Vichada; mientras que, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Chocó y Cundinamarca, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

Figura 4.

Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 28 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE28.jpg.png)

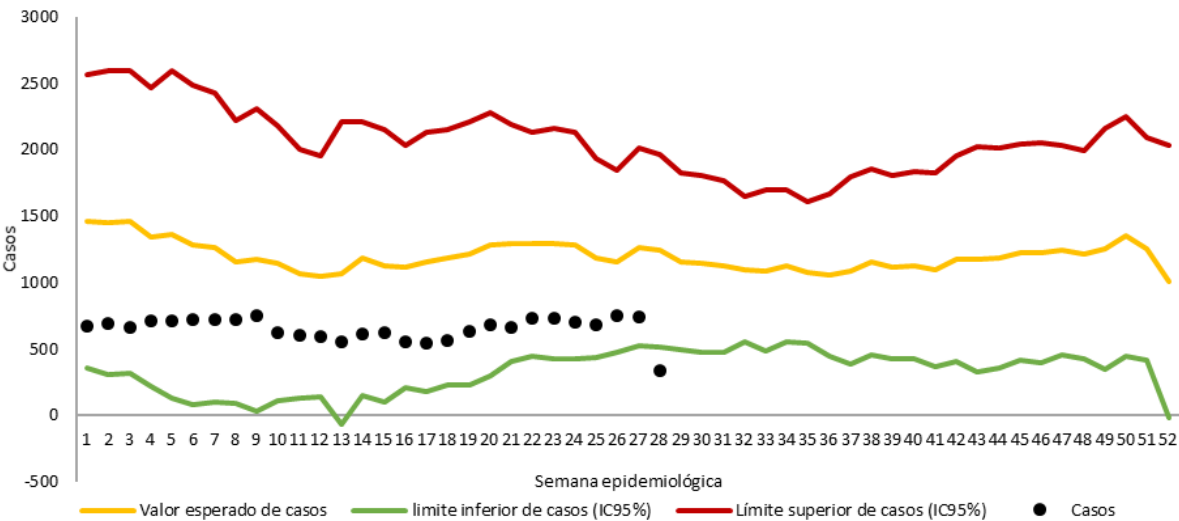
Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE28.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 59,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Putumayo, Cali, Vichada, Cundinamarca, Caquetá, Casanare y Meta se estiman tasas de incidencia superiores a 90,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 5.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 28, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE28.jpg.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE28.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 28 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 3.
Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 25 a 27 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial
-------------------------------	---------------------

Por debajo de lo esperado

Dentro del número esperado de casos

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

Tolima		
Antioquia	Bolívar	Boyacá
Casanare	Caldas	Caquetá
Guaviare	Cundinamarca	Guainía
Meta	Huila	La Guajira
Santander	Quindío	Risaralda
Vaupés	Sucre	Vichada
San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
Arauca	Atlántico	Barranquilla
Cali	Cesar	Chocó
Córdoba	Norte de Santander	Putumayo
Santa Marta	Valle del Cauca	
Amazonas	Buenaventura	Cauca
Magdalena	Nariño	Cartagena

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, 1 entidad está por debajo de lo esperado, 19 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado, 11 entidades se encuentran en situación de alerta y 6 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 70 muertes probables por dengue, de las cuales 19 han sido confirmadas, procedentes de: Cartagena, con 5 casos; Cesar y Magdalena, con 3 casos; Bolívar y Cali, con 2 casos cada uno; Atlántico, Barranquilla, Córdoba y Huila, con 1 caso cada uno. Se han descartado 17 casos y se encuentran en estudio 34 muertes procedentes de: Valle del Cauca, con 6 casos; Córdoba y Santa Marta, con 3 casos cada uno; Bolívar, Cartagena, Guainía, Magdalena y Meta, con 2 casos cada uno; Antioquia, Barranquilla, Casanare, Cundinamarca, Huila, Nariño, La Guajira, Norte de Santander, Quindío, Tolima, Vaupés y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología:

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

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

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

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Tabla 4.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 28	2021 a semana 28	Variación
Consultas externas y urgencias	2 544 282	2 487 175	2,2 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	93 494	157 919	68,9 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	15 617	55 564	255,8 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

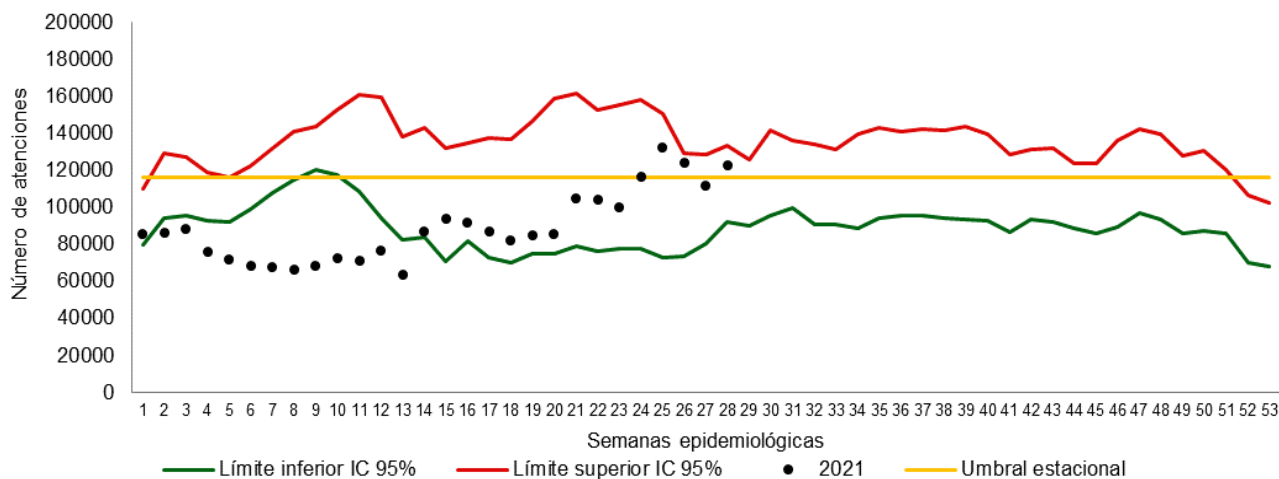
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios .

A semana epidemiológica 28 de 2021, en Colombia se han notificado 2 487 175 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 2,2 % comparado con 2020, 30,3 % frente a 2019 y 35,4 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 12 entidades territoriales; Cartagena, Córdoba, Guainía, Santa Marta y Vaupés presentan incremento; Antioquia, Arauca, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,8 % (790 173), seguido por el de 40 a 59 años con el 22,6 % (563 186). 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 9,2 % seguido de los menores de 1 año con el 8,6 %.

Figura 6.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28, 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_28.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CE_28.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

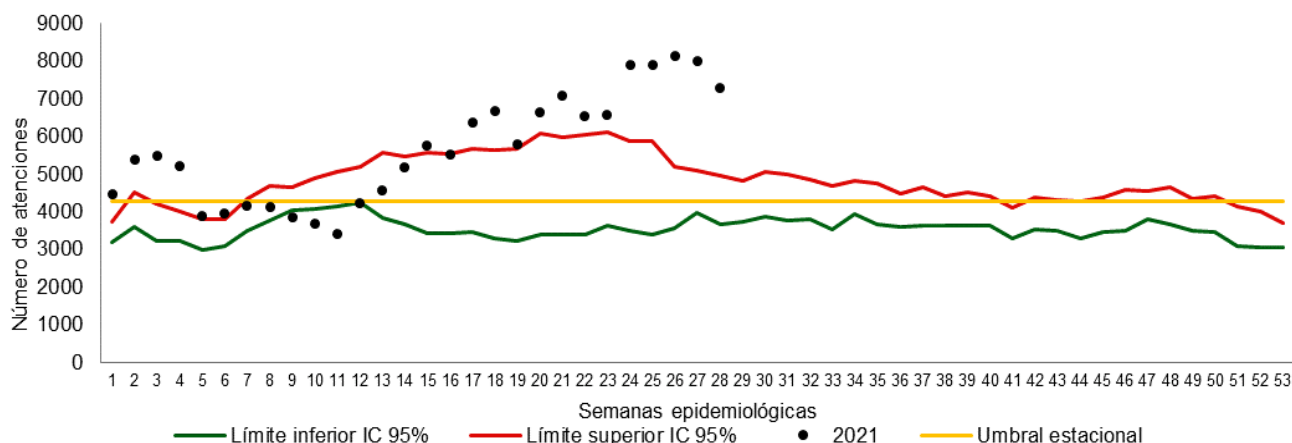
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las primeras semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional, a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior hasta la semana 13; desde la semana 14 se observan en zona de seguridad, por encima del límite inferior; en las semanas 24 a 26 y 28 se observan por encima del umbral estacional con una disminución en la semana 27.

Se notificaron 157 919 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 68,9 % frente a 2020, 24,1 % comparado con 2019 y del 13,6 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 7 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, Quindío, Caquetá y Chocó; e incremento en 19 entidades territoriales resaltando Casanare, Meta, Cauca y Huila; no presentan comportamientos inusuales 12 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 35,1 % (55 367), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,2 % (41 341). 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 18,6 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 13,7 %.

Figura 7.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOPS_28.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOPS_28.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

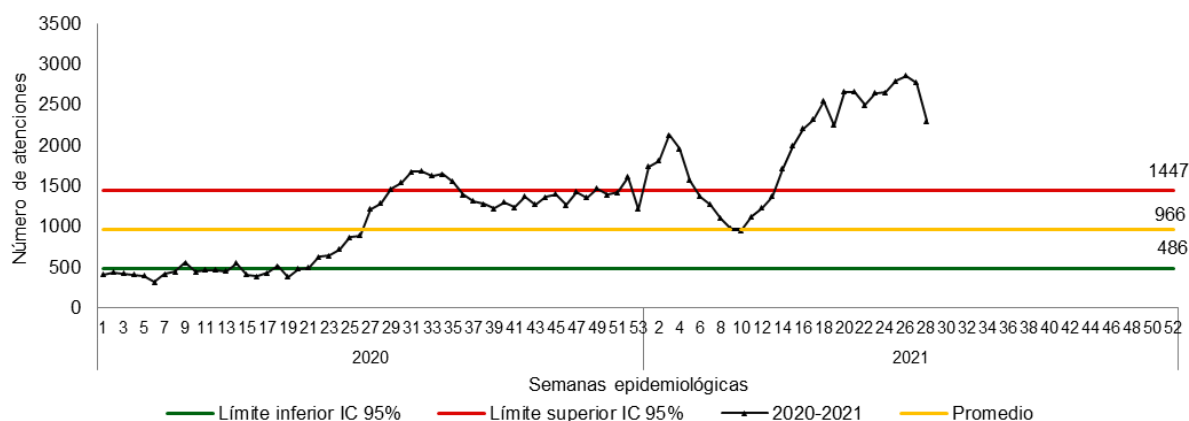
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional, sin variación para las semanas 06 a 08; de las semanas 09 a 12 se ubican en zona de éxito, por debajo del límite interior, a partir de la semana 13 se observa un aumento por encima del umbral estacional; y a partir de la semana 15 se ubican por encima del límite superior histórico establecido; en las semanas 24 a 27 se observan los valores más altos notificados para este servicio con un promedio de 8 014 hospitalizaciones por semana; para la semana 28 se observa una disminución del 19,2 % con respecto a la semana anterior.

Se notificaron 55 564 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 255,8 % frente a 2020, 382,0 % comparado con 2019 y 349,0 % frente a 2018. Se presenta incremento en 31 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Valle del Cauca, Caquetá, Antioquia, Nariño, Cundinamarca y San Andrés; Arauca presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Chocó, Córdoba, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Por grupos de edad, los adultos de 60 años y más representan el 47,6 % (26 462), seguido por los de 40 a 59 años con el 33,9 % (18 811) y los de 20 a 39 años con el 9,7 % (5 390). 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 40 a 59 años con el 39,6 %, seguido por el de mayores de 60 años con el 33,6%.

Figura 8.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_28.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_28.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; durante las siguientes semanas se observa incremento por encima del umbral estacional y a partir de la semana 14 se supera nuevamente el límite superior histórico; en la semana 22 se observa un descenso con respecto a la semana anterior y un aumento progresivo hasta la semana 26; en las últimas dos semanas se observa disminución con respecto a las semanas anteriores.

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.

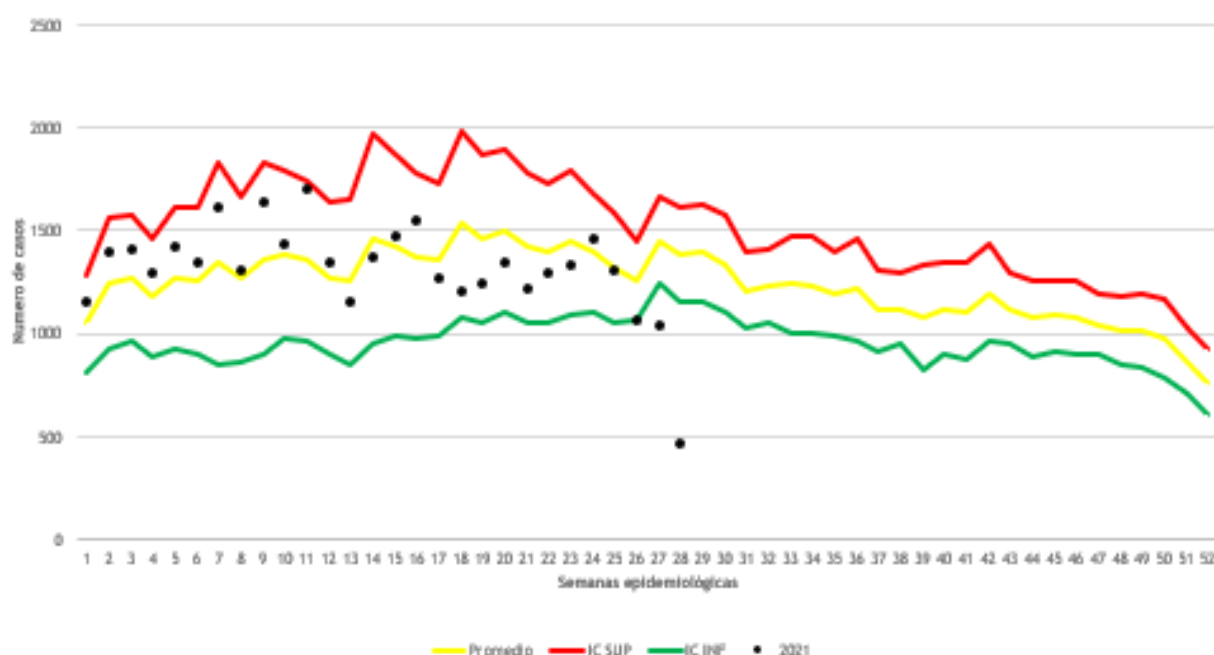
Para las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedio se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio, la desviación estándar y el intervalo de confianza del año anterior.

Malaria

En la semana epidemiológica 27 se notificaron 1 341 casos de malaria, teniendo un acumulado de 37 194 casos, de los cuales 36 551 son de malaria no complicada y 643 de malaria complicada.

Predomina la infección por *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 51,6 % (19 177), seguido de *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 47,6 % (17 722) e infección mixta con 0,8 % (295).

Figura 9.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 28, 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%2028%202021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CANAL%20SE%2028%202021.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 (31,1 %), Nariño (24,1 %), Córdoba (12,3 %), Antioquia (9,5 %) y Cauca (4,4 %) aportan el 81,4 % 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 28 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malariae</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	128	6246	0	5000	11374	31,10
Nariño	25	7882	0	909	8816	24,10
Córdoba	12	876	0	3604	4492	12,30
Antioquia	19	1016	0	2441	3476	9,50
Cauca	1	1580	0	24	1605	4,40
Guainía	7	113	0	1481	1601	4,40
Vichada	32	278	0	751	1061	2,90
Buenaventura	3	602	0	92	697	1,90
Norte de Santander	0	1	0	643	644	1,80
Guaviare	2	93	0	517	612	1,70
Risaralda	3	39	0	472	514	1,40
Bolívar	34	86	0	387	507	1,40
Amazonas	0	11	0	317	328	0,90
Exterior	5	32	0	279	316	0,86
Meta	0	37	0	221	258	0,70
Casanare	0	0	0	66	66	0,20
Vaupés	0	2	0	40	42	0,10
Putumayo	0	2	0	20	22	0,10

30/7/2021	Document					
Sucre	0	5	0	13	18	0,00
Desconocido	0	6	0	10	16	0,04
Cali	0	10	0	3	13	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	5	11	0,00
Santander	1	1	0	8	10	0,00
Arauca	0	0	0	8	8	0,00
Caquetá	1	2	0	5	8	0,00
La Guajira	0	0	0	6	6	0,00
Cesar	2	0	0	4	6	0,00
Cartagena	0	1	0	5	6	0,00
Huila	0	0	0	5	5	0,00
Magdalena	0	1	0	2	3	0,00
Caldas	0	0	0	3	3	0,00
Barranquilla	0	1	0	1	2	0,00
Atlántico	0	1	0	1	2	0,00
Santa Marta	0	1	0	1	2	0,00
Quindío	0	0	0	1	1	0,00
Total	276	18930	0	17345	36551	100

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

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

Análisis de la tabla

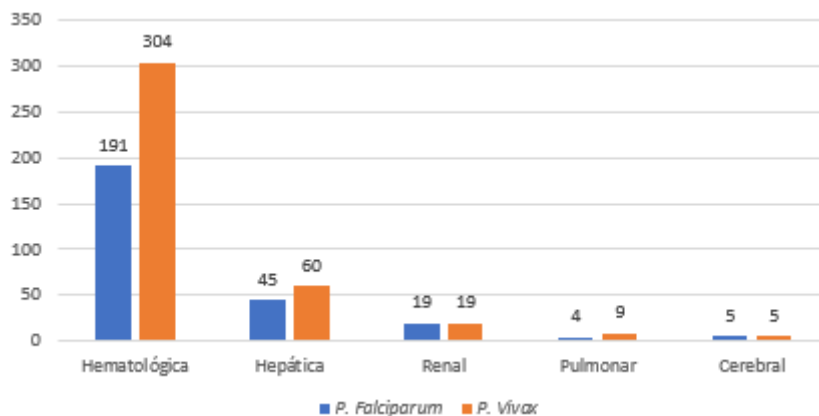
ANÁLISIS DE LA TABLA

Malaria complicada

Se han notificado 643 casos de malaria complicada, que proceden de 23 entidades territoriales y 7 casos provienen del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Meta, Vichada y Cauca notifican el 80,5 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 59,6 % (383) corresponde a hombres. El 43,8 % (281) se presenta en personas de 15 a 29 años y el 25,0 % (161) ocurre en afrocolombianos. Por lugar de procedencia, el 42,6 % (274) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 67,2 % (432) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 10.
Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2021



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

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/COMPLICACION%20SE%2028%202021)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/COMPLICACION%20SE%2028%202021)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 74,9 % (495) presentó complicaciones hematológicas, el 15,9 % (105) complicaciones hepáticas, el 5,7 % (38) complicaciones renales, el 2,0 % (13) complicaciones pulmonares y el 1,5 % (10) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 28, ningún departamento se encuentra en situación de brote y 4 departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 6.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 28 de 2021

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

A semana epidemiológica 28, 12 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó (Chocó), Olaya Herrera y El Charco (Nariño).

Tabla 7.
Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 28 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	2224	166	337
Nariño	Olaya Herrera	1629	194	339
Nariño	El Charco	1260	100	144
Nariño	Maguí	870	54	141
Cauca	Guapi	715	48	85
Córdoba	Montelíbano	402	34	78
Nariño	La Tola	344	13	67
Córdoba	Valencia	281	15	105
Nariño	Francisco Pizarro	226	19	39
Chocó	Litoral de San Juan	212	17	53
Chocó	Unión Panamericana	139	15	33
Chocó	Riosucio	98	6	20

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 28, Colombia, 2021

Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica
Acandí	18	5	1	Disminución	Seguridad
Atrato	235	49	28	Disminución	Seguridad
Bagadó	547	127	121	Disminución	Seguridad
Juradó	24	9	6	ninguno	Seguridad
Lloró	277	96	37	Disminución	Éxito
Medio Atrato	301	94	18	Disminución	Éxito
Quibdó	2708	552	294	Disminución	Éxito
Río Quito	203	82	40	Disminución	Éxito
Riosucio	98	6	20	Aumento	Brote
Unguía	12	10	0	Disminución	Seguridad
Buenaventura	711	121	69	Disminución	Seguridad
Tumaco	969	184	88	Disminución	Éxito

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 28, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, el municipio de Riosucio se encuentra en situación de brote. Se encuentran en decremento: Acandí, Atrato, Bagadó, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Río Quito, Unguía, Buenaventura y Tumaco.

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

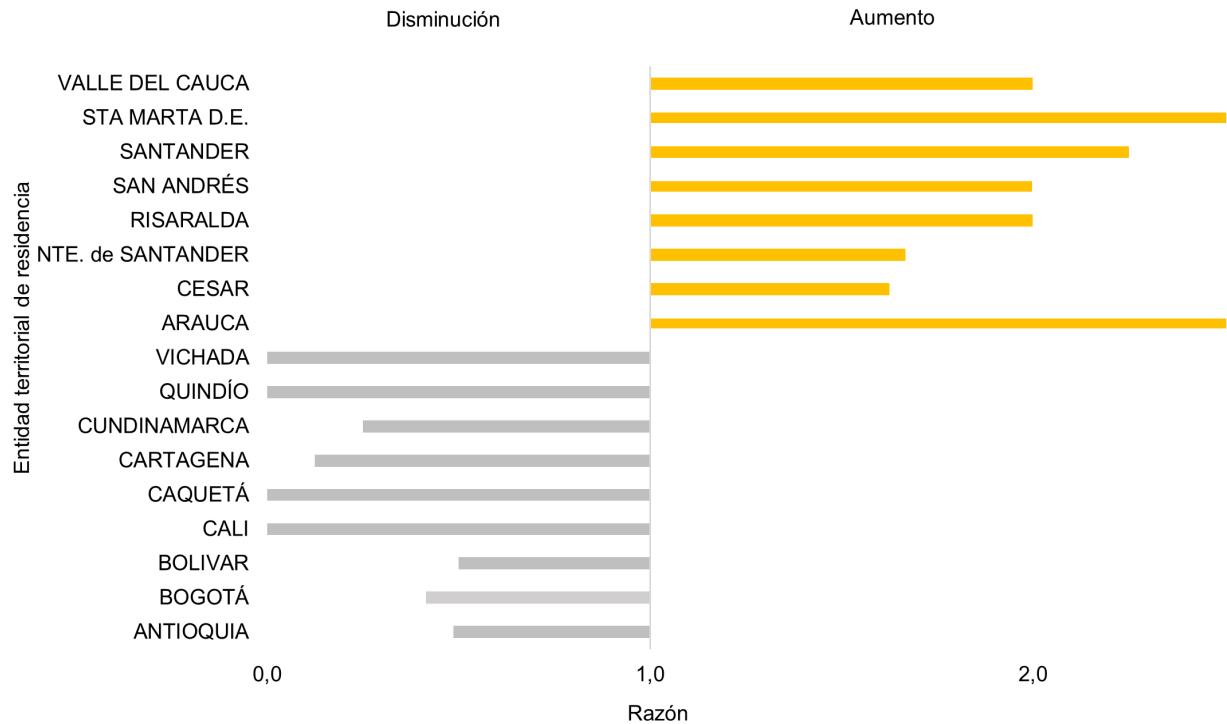
Esta semana se notificaron 18 muertes en menores de 5 años: 8 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 8 a desnutrición y 2 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 8 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 7 correspondientes a esta semana y 1 de una semana anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 7 casos.

Figura 11.

Entidades territoriales con variaciones significativas en los casos notificados por mortalidad por infección respiratoria aguda a semana epidemiológica 28 de 2021 en comparación con el histórico 2014 a 2020, Colombia*



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

Análisis de la gráfica

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

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca, Cesar, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés, Santander, Santa Marta y Valle del Cauca en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 28 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia, Bogotá, Bolívar, Cali, Caquetá, Cartagena, Cundinamarca, Quindío y Vichada se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 8 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menores de 5 años, 6 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 Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 28 entre 2014 a 2020, mientras que, en Cesar se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, ambos de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 5 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 28 entre 2014 a 2020, mientras que, en Cesar y Chocó 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 28 de 2021 se notificaron 382 muertes maternas, 294 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 72 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 16 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.
Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 28, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	156	80	40	276
2020	188	92	17	297
2021	294	72	16	382

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

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 56,4 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 28 es de 85,8 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 28 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Santa Marta	14	283,9
Chocó	8	247,5
Vichada	2	238,9
Magdalena	14	181,3
Casanare	6	173,4
Putumayo	4	156,3
Guaviare	1	138,1
Córdoba	18	134,3
Meta	11	127,2
La Guajira	14	123,6
Buenaventura	3	120,1
Atlántico	10	100,5
Quindío	3	98,7
Nariño	9	96,4
Risaralda	5	92,2
Cesar	11	89,7
Cali	12	88,4
Norte de Santander	11	88,4
Santander	13	87,1
Colombia	294	85,8
Cundinamarca	16	80,2
Bolívar	7	79,4
Sucre	6	78,7
Barranquilla	8	70,5
Antioquia	28	69,8
Bogotá	32	68,9
Valle del Cauca	7	64,9
Cartagena	5	56,3
Huila	5	51,7
Caldas	2	43,9
Arauca	1	43,8
Boyacá	3	39,6
Tolima	3	33,3
Cauca	2	19,9

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 Santa Marta, Chocó, Vichada, Magdalena, Casanare, Putumayo, Guaviare, Córdoba, Meta, La Guajira, Buenaventura y Atlántico.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 28 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	28	12	0,000
Bogotá	32	14	0,000
Casanare	6	2	0,012
Cesar	11	6	0,023
Córdoba	18	7	0,000
Cundinamarca	16	9	0,011
Guaviare	1	0	0,000
Huila	5	1	0,003
Magdalena	14	8	0,017
Meta	11	4	0,002
Norte de Santander	11	6	0,023
Quindío	3	0	0,000
Risaralda	5	2	0,036
Santander	13	4	0,000
Santa Marta	14	3	0,000
Valle del Cauca	7	3	0,022
Cali	12	4	0,001

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 28 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Valle del Cauca y Cali.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 26,2 % corresponde a causas directas y el 45,9 % a causas indirectas.

Tabla 12.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	77	26,2
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	37	12,6
Hemorragia obstétrica	23	7,8
Sepsis relacionada con el embarazo	8	2,7
Evento tromboembólico como causa básica	5	1,7
Otras causas directas	1	0,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	0,7
INDIRECTA	135	45,9
Otras causas indirectas: neumonía por COVID-19	91	31,0
Otras causas indirectas	18	6,1
Sepsis no obstétrica: neumonía	14	4,8
Sepsis no obstétrica	2	0,7
Evento tromboembólico como causa básica	5	1,7
Otras causas indirectas: cancer	2	0,7
Otras causas indirectas: malaria	1	0,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	0,7
EN ESTUDIO	82	27,9

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 12,6 % y la hemorragia obstétrica con el 7,8 %, la principal causa de muerte indirecta es neumonía por COVID-19 con el 31,0 %.

Metodología:

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

Mortalidad perinatal y neonatal

A semana epidemiológica 28 de 2021, se han notificado 4 657 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 65 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 199 casos, 120 corresponden a esta semana y 79 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 28 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Chocó	99	30,6
Guainía	15	28,9
Vaupés	8	23,3
Vichada	19	22,7
Arauca	47	20,6
Barranquilla	229	20,2
Córdoba	267	19,9
Magdalena	134	17,3
Bolívar	152	17,2
Guaviare	12	16,6
Sucre	125	16,4
Cauca	162	16,1
La Guajira	174	15,4
Putumayo	38	14,8
San Andrés y Providencia	6	14,6
Casanare	49	14,2
Nariño	131	14,0
Cartagena	122	13,7
Antioquia	543	13,5
Amazonas	8	13,3
Atlántico	132	13,3
Colombia	4592	13,2
Quindío	40	13,2
Caquetá	46	13,1
Cundinamarca	256	12,8
Buenaventura	32	12,8
Cesar	157	12,8
Caldas	58	12,7
Risaralda	67	12,4
Cali	167	12,3
Boyacá	91	12,0
Norte de Santander	148	11,9
Meta	101	11,7
Santa Marta	56	11,4
Valle del Cauca	122	11,3

30/7/2021	Document	
Tolima	97	10,8
Huila	98	10,1
Bogotá	453	9,8
Santander	131	8,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos julio 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 13,2 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 Chocó (30,6), Guainía (28,9), Vaupés (23,3), Vichada (22,7), Arauca (20,6).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,3 % (2 219), seguido de neonatales tempranas con 26,7 % (1 224), neonatales tardías con 14,7 % (674) y perinatales intraparto con 10,3 % (475).

Figura 12.
 Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 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%20](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20)**Descargar**[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,5 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmadurez 24,4 % y asfixia y causas relacionadas 21,2 %.

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 Magdalena. 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 Antioquia, Atlántico, Bogotá, Cali, Tolima y Valle del Cauca. 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

Actualización epidemiológica semanal sobre COVID-19. Fecha de Publicación 20 de julio de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

En la última semana (12 al 18 de julio de 2021), el número de casos nuevos notificados fue de tres millones cuatrocientos, con un aumento del 12 % con respecto a la semana anterior. A nivel mundial la incidencia de COVID-19 aumentó con un promedio de 490 000 casos reportados cada día en comparación con los 400 000 casos reportados en la semana anterior. El número de casos acumulados a nivel mundial supera los 190 millones actualmente y el número de muertes supera los 4 millones. A este ritmo, se espera que el número acumulado de casos notificados a nivel mundial supere los 200 millones en las próximas tres semanas. Esta semana, todas las regiones con excepción de las Américas y África registraron un aumento en la incidencia. La región del Pacífico Occidental registró el mayor aumento en la incidencia de casos en comparación con la semana anterior, seguida de la región de Europa (30 % y 21 % respectivamente). Las regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental también registraron aumentos en la incidencia de casos 16 % y 15 % respectivamente, en comparación con la semana anterior. El número de muertes aumentó en las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental en un 12 % y un 10 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. Las regiones de África, el Mediterráneo Oriental y Europa informaron un número similar de muertes en comparación con la semana anterior, mientras que la región de las Américas informó una disminución del 6 %.

El mayor número de casos fueron reportados desde Indonesia (350 273 nuevos casos; incremento del 44 %), Reino Unido (296 447 nuevos casos; incremento del 41 %), Brasil (287 610 nuevos casos; disminución del 14 %), India (268 843 nuevos casos; disminución del 8 %), y Estados Unidos (216 433 nuevos casos; incremento del 68 %).

Variantes SARS-CoV-2

A nivel mundial la variante Alfa ha sido reportada en 180 países/territorios/áreas (países asociados, seis nuevos países en la última semana), Beta en 130 países (siete nuevos países), Gama en 78 países (tres nuevos países) y Delta en 124 países (13 nuevos países).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con las autoridades, instituciones e investigadores nacionales evalúa de forma rutinaria si las variantes de SARS-CoV-2 alteran la transmisión o las características de la enfermedad o si tiene un impacto en la vacuna, tratamiento, diagnóstico o medidas sociales y de salud pública. El sistema establecido para la detección de señales de potenciales variantes de preocupación (VOC) o variantes de interés (VOI) y evaluarlos en función del riesgo que representa para la salud pública mundial. Las autoridades nacionales pueden optar por designar otras variantes de interés/preocupación local, y se les anima a investigar e informar sobre el impacto de estas variantes.

A medida que se fortalecen las actividades de vigilancia para detectar variantes del SARS-CoV-2 a nivel local y nacional, incluida la secuenciación genómica estratégica, el número de países / áreas / países que notifican VOC ha seguido aumentando. Esta distribución debe interpretarse teniendo debidamente en cuenta las limitaciones de la vigilancia, incluidas las diferencias en las capacidades de secuenciación y las estrategias de muestreo entre países. Sin embargo, se informa un aumento general de los casos de COVID-19 debido a la variante Delta en todas las regiones de la OMS.

Al 20 de julio de 2021, más de 220 000 (9 %) de las secuencias de SARS-CoV-2 se confirman como la variante Delta. Con base en la ventaja de transmisión estimada de la variante Delta, se espera que supere rápidamente a otras variantes y se convierta en el linaje circulante dominante en los próximos meses. La prevalencia de Delta entre los especímenes secuenciados durante las últimas 4 semanas

superó el 75 % en muchos países del mundo, incluidos Australia, Bangladesh, Botswana, China, Dinamarca, India, Indonesia, Israel, Portugal, Federación de Rusia, Singapur, Sudáfrica y el Reino Unido.

Panorama regional de la OMS

Región de África. La incidencia de casos y las muertes semanales continúan aumentando desde principios de mayo de 2021. La región de África notificó más de 202 000 nuevos casos y más de 4 800 nuevas muertes, una ligera disminución, en comparación con la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en Sudáfrica (104 583 casos, incremento del 50 %), Zimbabwe (15 760 casos nuevos; aumento del 20 %) y Botswana (10 745 casos nuevos; incremento del 172 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Sudáfrica (4,3 nuevas muertes por 100 000 habitantes), Namibia (23,4 nuevas muertes por 100 000) y Zimbabwe (3,1 nuevas muertes por 100 000).

Región de las Américas. La región de las Américas notificó más de 967 000 nuevos casos, un número similar a la semana anterior y más de 22 000 nuevas muertes, una disminución del 6 %, en comparación con la semana anterior. Se ha notificado una disminución en la incidencia de casos semanales desde mediados de abril; sin embargo, todavía se observan niveles de transmisión muy altos y tasas de mortalidad elevadas en muchos países de la región. El mayor número de casos nuevos se notificó en Brasil (287 610 casos nuevos; disminución del 14 %), Estados Unidos de América (216 610 casos nuevos; un aumento del 68 %) y Colombia (129 713 casos nuevos; disminución del 26 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Brasil (4,1 nuevas muertes por 100 000; disminución del 11 %), Colombia (7,9 nuevas muertes por 100 000; disminución del 10 %) y Argentina (6,5 nuevas muertes por 100 000; similar a la semana anterior).

Región del Mediterráneo Oriental. La región del Mediterráneo Oriental presenta un aumento en la incidencia de casos semanales desde hace más de un mes, se notificaron algo más de 354 000 nuevos casos, un aumento del 15 % en comparación con la semana anterior; este aumento ha sido impulsado principalmente por aumentos repentinos en varios países de la Región, incluidos Irán, Irak, Libia, Pakistán y Marruecos. La región reportó más de 3 800 nuevas muertes, un comportamiento similar a la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en la República Islámica de Irán (145 293 casos nuevos; aumento del 27 %), Irak (61 268 casos nuevos; aumento del 8 %) y Túnez (49 777 casos nuevos; similar a la semana anterior). El mayor número de nuevas muertes se registró en la República Islámica de Irán (1,5 nuevas muertes por 100 000; aumento del 9 %), Túnez (9,4 nuevas muertes por 100 000; aumento del 13 %) y Afganistán (1,1 nuevas muertes por 100 000; disminución del 19 %).

Región Europea. Los casos en la región de Europa han aumentado significativamente durante el último mes y esta semana, la región notificó más de 885 000 nuevos casos, un aumento del 21 % en comparación con la semana anterior. El número de nuevas muertes reportadas a nivel regional esta semana fue similar al de la semana anterior. El aumento de los casos de COVID-19 notificados en la región desde mediados de junio de 2021 se ha observado en todos los grupos de edad, pero ha sido más pronunciado en los de 15 a 24 años. El mayor número de casos nuevos se notificó en el Reino Unido (296 447 casos nuevos; aumento del 41 %), Rusia (174 800 casos nuevos; similar a la semana anterior) y España (85 802 casos nuevos; disminución del 29 %). El mayor número de nuevas muertes se registró Rusia (3,7 nuevas muertes por 100 000; aumento del 7 %), Turquía (0,4 nuevas muertes por 100 000; disminución del 7 %) y Reino Unido (0,4 nuevas muertes por 100 000; aumento del 48 %).

Región de Asia Sudoriental. La región notificó más de 829 000 nuevos casos y más de 16 000 nuevas muertes, incrementos del 16 % y 12 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. La incidencia semanal de casos y la mortalidad en la India y Sri Lanka continúan disminuyendo, y las tendencias regionales están impulsadas principalmente por aumentos marcados en Indonesia, Tailandia y Myanmar. La mayor cantidad de casos nuevos se notificó en Indonesia (350 273 casos nuevos; aumento del 44 %), India (268 843 casos nuevos; disminución del 8 %) y Bangladesh (82 800 casos

nuevos; aumento del 9 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Indonesia (2,6 nuevas muertes por 100 000; aumento del 21 %), India (0,4 nuevas muertes por 100 000; disminución del 4 %) y Bangladesh (0,9 nuevas muertes por 100 000; aumento del 9 %).

Región del Pacífico Occidental. Durante la semana pasada, la incidencia semanal de casos aumentó drásticamente en la región con más de 191 000 nuevos casos notificados, lo que representa un aumento del 30 % en comparación con la semana anterior. Esta tendencia fue impulsada principalmente por aumentos en Fiji, Japón, Malasia y Vietnam. La región reportó más de 2 000 nuevas muertes esta semana, un aumento del 10 % en comparación con la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en Malasia (78 660 casos nuevos; aumento del 44 %), Filipinas (35 235 casos nuevos; similar a la anterior) y Vietnam (22 532 casos nuevos; aumento del 146 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Malasia (2,5 nuevas muertes por 100 000; aumento del 26 %), Filipinas (0,7 nuevas muertes por 100 000; similar a la anterior) y Camboya. (1,2 nuevas muertes por 100 000; aumento del 5 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 20 de julio de 2021. Fecha de consulta 21 de julio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-july-2021>

Los CDC y Texas confirman la viruela del mono en un viajero de EE. UU, Fecha de publicación 16 de julio de 2021

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas confirmaron el 15 de julio un caso de viruela del simio humana en un residente de Estados Unidos que viajó recientemente de Nigeria a Estados Unidos. La persona se encuentra actualmente hospitalizada en Dallas. Los CDC se encuentran trabajando con la aerolínea y los funcionarios de salud estatales y locales para contactar a los pasajeros de la aerolínea y otras personas que puedan estar en contacto con el paciente durante dos vuelos: Lagos, Nigeria a Atlanta el 8 de julio con llegada el 9 de julio; Atlanta a Dallas el 9 de julio.

Se considera que el riesgo de propagación de la viruela del simio a través de gotitas respiratorias a otras personas en los aviones y en los aeropuertos es bajo, debido a las medidas de bioseguridad implementadas por la pandemia de COVID-19. La viruela del mono es una enfermedad viral rara pero potencialmente grave que inicia con un cuadro similar a la gripe, progresando a inflamación de los ganglios linfáticos y erupción generalizada en cara y cuerpo. La mayoría de las infecciones duran de 2 a 4 semanas. La viruela del simio pertenece a la misma familia de virus que la viruela, pero causa una infección más leve. Las infecciones con esta cepa de viruela del simio son fatales en aproximadamente 1 de cada 100 personas.

La mayoría de los brotes de viruela del simio se han producido en África desde 1970, después de casi 40 años sin casos, también se reportó un brote en los Estados Unidos en 2003 después de que el virus se propagara de roedores africanos importados. Antes del caso actual se habían notificado al menos seis casos de viruela del simio en viajeros que regresaban de Nigeria (incluidos casos en Reino Unido, Israel y Singapur). Este caso no está relacionado con ninguno de los casos anteriores.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Communicable disease threats report, 16 July 2021. Declaración de prensa Fecha de publicación 16 de julio de 2021. Fecha de consulta 21 de julio de 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s0716-confirm-monkeypox.html> (<https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s0716-confirm-monkeypox.html>)

Aumentan los brotes de norovirus en Inglaterra. Public Health England (PHE). Fecha de publicación 16 de julio de 2021

La recomendación se da posterior a la publicación del boletín nacional de norovirus y rotavirus en donde se muestra que el número de brotes causados por virus ha aumentado en las últimas semanas (periodo de 5 semanas desde finales de mayo hasta julio), los casos están volviendo a los niveles pre-pandémicos a través de todos los grupos de edad y entornos en Inglaterra, principalmente en entornos educativos al principio de año.

El norovirus es muy infeccioso, causa vomito y diarrea, no obstante por lo general los síntomas desaparecen en un par de días. Se transmite fácilmente a través del contacto de personas infectadas o superficies contaminadas. El aumento de los brotes se a presentado en guarderías con una incidencia de casos mucho más alta de lo esperado para los meses de verano. En las últimas semanas, se han notificado 154 brotes, en comparación de 53 brotes notificados durante el mismo periodo de tiempo en los 5 años anteriores.

El número total de informes de norovirus confirmados por laboratorio en todos lo grupos de edad también ha aumentado recientemente a los niveles observados en los años anteriores previo a la pandemia de coronavirus (COVID-19). La actividad de la norovirus ahora está aumentando y es posible que se observen aumentos inusuales o fuera de temporada en los próximos meses. luego de una mayor relajación de las medidas de control de COVID-19. El Equipo Nacional de Vigilancia de Norovirus de PHE continuará monitoreando de cerca todos los datos de vigilancia disponibles para asegurar la detección temprana de cualquier actividad y brote inusual de norovirus.

Fuente: Oficina de prensa de Public Health England. Aumentan los brotes de norovirus en Inglaterra. Comunicado de prensa. Public Health England (PHE). Fecha de publicación 16 de julio de 2021. Fecha de consulta 22 de julio de 2021. Disponible: <https://www.gov.uk/government/news/norovirus-outbreaks-increasing-in-england> (<https://www.gov.uk/government/news/norovirus-outbreaks-increasing-in-england>)

Alertas nacionales

Brote de Enfermedad transmitida por alimentos, institución educativa, Villeta, Cundinamarca

Se notificó el 16 de julio de 2021 con un total de 4 enfermos, 12 expuestos, tasa de ataque de 33 %, quienes presentaron un cuadro clínico caracterizado por diarrea y vómito. El 16/07/2021 menor consultó a institución de salud y requirió hospitalización, tres personas con manejo ambulatorio. Alimentos probablemente implicados arroz, lentejas, huevo, plátano frito, jugo de fresa. Acciones realizadas: investigación epidemiológica de campo, toma de muestras para análisis microbiológico, solicitud de adecuaciones locativas y de menaje. Situación en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Informe secretaría de Salud de Villeta, Cundinamarca, julio 2021.

Brote de varicela, Población especial, Valledupar, Cesar

Se notificó brote de varicela en estación de policía el 08 de julio de 2021 con un total de 22 casos, 406 expuestos, tasa de ataque de 5,4 %. El caso índice corresponde a un masculino con fecha de inicio de síntomas: 11/06/2021. La sintomatología de los casos se caracterizó por erupciones maculopapulares, fiebre y cefalea. Factores de riesgo: hacinamiento, inadecuadas condiciones de salubridad, confinamiento. Medidas de control: intensificación de limpieza y desinfección, educación a población expuesta, búsqueda activa comunitaria, restricción de visitas. Información preliminar, Situación en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Informe secretaría de Salud de Valledupar, Cesar, julio 2021.

Brote de varicela, Población especial, Sogamoso, Boyacá

Se notificó brote en población privada de la libertad el 09 de julio de 2021 con dos (2) casos, 74 expuestos, tasa de ataque del 2,7 %. El caso índice corresponde a un masculino con fecha de inicio de síntomas: 06/07/2021. Hipótesis: transmisión comunitaria. Medidas de control: asilamiento de casos, búsqueda activa comunitaria, educación a población expuesta, fortalecimiento de medidas de bioseguridad, Información preliminar, Situación en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Informe secretaría de Salud de Sogamoso, Boyacá, julio 2021.

Brote de varicela, población especial, Carepa Antioquia

Se notificó brote el 14/07/2021 con 1 caso, 5 expuestos, tasa de ataque del 20 %. El caso índice corresponde a un masculino con FIS 13/07/2021 con síntomas dados por malestar general, vomito, fiebre, cefalea, lesiones cutáneas. El 14/07/2021 consultó en institución de salud. Medidas de control: aislamiento de caso confirmado y expuestos, no compartir implementos personales, fortalecimiento de medidas de bioseguridad, restricción de visitas, limpieza y desinfección. Información preliminar, en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Informe secretaría de Salud de Carepa, Antioquia, julio 2021.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 28 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, cólera, 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. Ninguno

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

Situación COVID-19

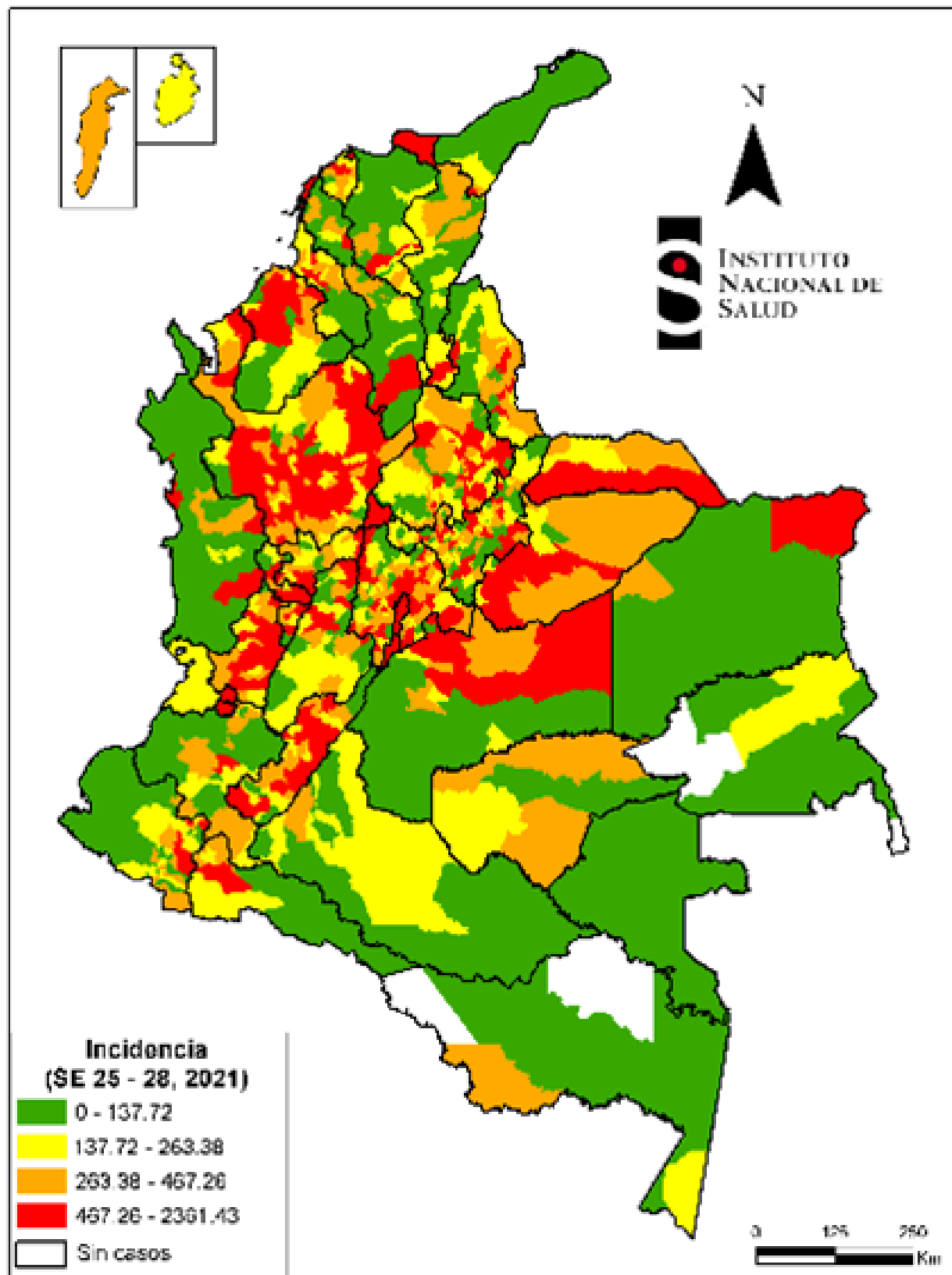
Entre el 01 de enero de 2021 hasta el 22 de julio de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 880 784 casos y 66 903 muertes por COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 115 municipios. La incidencia 2021 (corte: 22 de julio) es de 5 680,6 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha, el 3,9 % (112 462) de los casos se encuentra activos, procedente principalmente de Bogotá 38,6 % (43 372), Antioquia 16,8 % (18 916), Valle del Cauca 7,2 % (8 109), Cundinamarca 4,7 % (5 311), Santander 3,8 % (4 229), Huila 2,3 % (2 609) y Nariño 2,2 % (2 466). A nivel municipal (sin tener en cuenta distritos) el 19,3 % de los casos activos se encuentra principalmente en Medellín – Antioquia 8,2 % (9 200), Cali – Valle del Cauca 4,9 % (5 540), Bucaramanga – Santander 1,4 % (1 564), Bello – Antioquia 1,4 % (1 540), Pasto – Nariño 1,1 % (1 287), Soacha – Cundinamarca 1,1 % (1 284) e Itagüí – Antioquia 1,1 % (1 279).

La incidencia nacional de casos activos para el 2021 (corte: 22 de julio) es de 223,3 casos por 100 000 habitantes. Los municipios con mayor incidencia de casos activos son: Arcabuco – Boyacá (736,0), Macaravita – Santander (712,9), Pisba – Boyacá (669,2), Rionegro – Antioquia (609,8), Santa Helena – Santander (557,0), Capitanejo – Santander (547,5), Chachagüí – Nariño (509,7). De los casos activos el 52,7 % (59 331) se presenta en mujeres y según grupo de edad el 70,4 % (79 229) se presenta en personas entre los 20 y los 59 años y el 15,8 % (17 801) en mayores de 60 años.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 25 a 28 de 2021 (corte 17 de julio), a nivel nacional se notificaron 391 587 casos de COVID-19 procedentes de 1 086 municipios y 14 246 muertes por COVID-19 procedentes de 812 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 836,4 casos por cada 100 000 habitantes, una tasa de mortalidad de 27,9 muertes por cada 100 000 habitantes y una letalidad de 3,6 %. Adicionalmente, durante este periodo se observó una disminución significativa en la incidencia de 0,5, una disminución no significativa de la tasa de mortalidad de 0,9 y un aumento no significativo de la letalidad de 1,8 con respecto al periodo anterior (SE 24 – 27, 2021).

Figura 13.

Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 25 a 28, 2021



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_incendencia_covid_Colombia_BE

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_incendencia_covid_Colombia_BE

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (836,4) por 100 000 habitantes fueron Bogotá, D.C. (2 361,4), Antioquia (1 041,3) y Cali (1 034,6).

Para el periodo comprendido entre las SE 25 a 28 de 2021 se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en la entidad territorial de Amazonas (Δ 1,5). Por el contrario, las siguientes entidades territoriales registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior: Antioquia (0,7), Barranquilla (0,7), Atlántico (0,6), Bogotá, D.C. (0,6), Cauca (0,6), Huila (0,6), Putumayo (0,6), Santa Marta (0,5), Nariño (0,5), Norte de Santander (0,5), Quindío (0,5), Risaralda (0,5), Valle del Cauca (0,5), Cali (0,5), Boyacá (0,4), Caldas (0,4), Caquetá (0,4), Córdoba (0,4), Magdalena (0,4), Sucre (0,4), Tolima (0,4), Arauca (0,4), Casanare (0,4), Bolívar (0,3), Cartagena (0,3), Cesar (0,3), Cundinamarca (0,3), Chocó (0,3), La Guajira (0,3), Santander (0,3), Buenaventura (0,3), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (0,3), Guainía (0,3), Vichada (0,3), Meta (0,2), Guaviare (0,2), Vaupés (0,2).

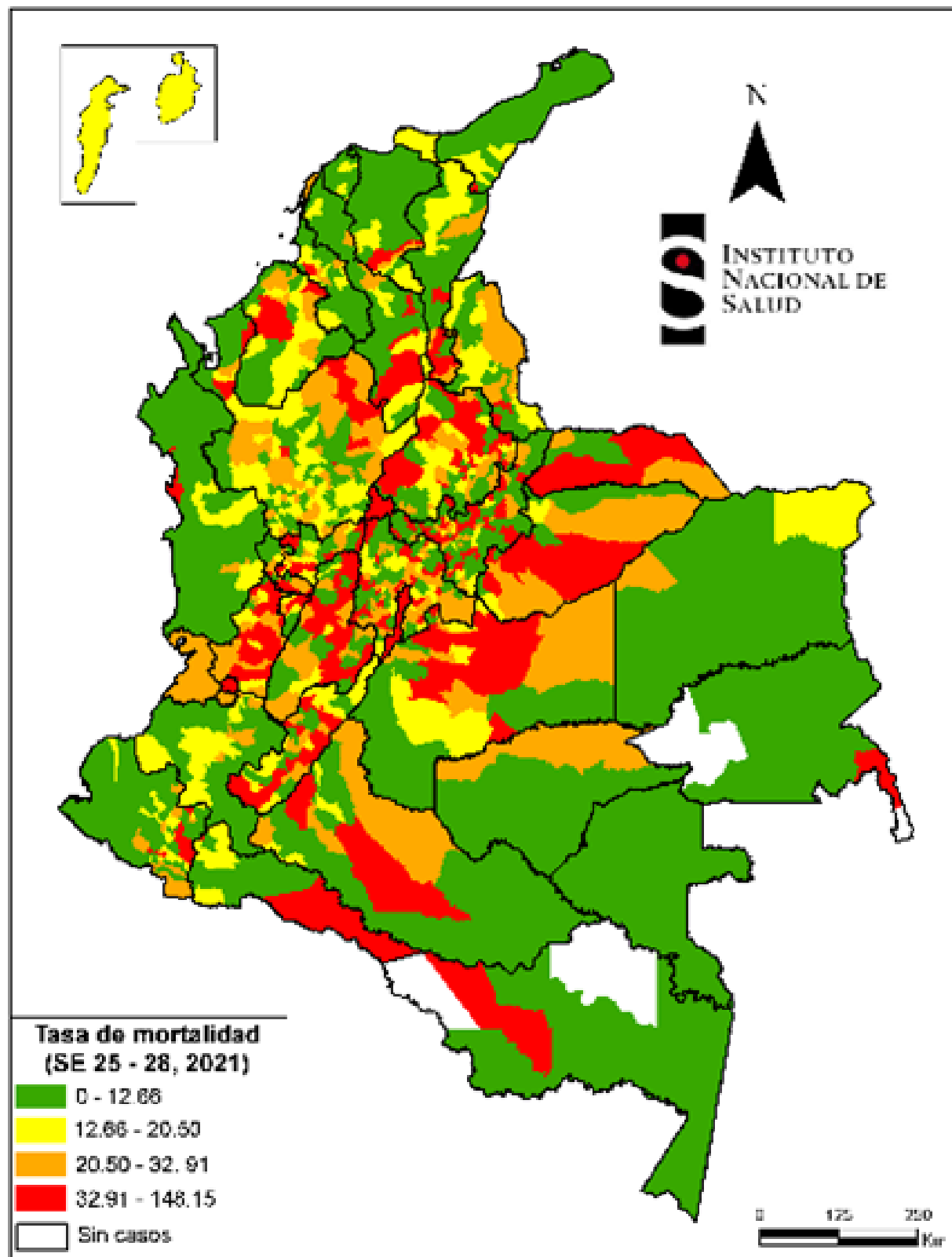
A nivel nacional, durante la SE 25 a 28 de 2021, se registraron en el grupo de 5 a 11 años, 12 386 casos y 6 fallecidos por COVID-19; en este grupo la incidencia COVID-19 de periodo fue de 228,3 casos por 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad de periodo fue de 0,11 casos por 100 000 habitantes. En el grupo etario de 12 a 19 años durante la SE 25 a 28 de 2021 se registraron a nivel nacional un total de 31 030 casos y 17 fallecidos por COVID-19, que corresponde al 0,12 % del total de muertes del periodo nacional. La incidencia de COVID-19 del periodo en este grupo fue de 498,3 casos por cada por 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad de periodo fue de 0,26 casos por 100 000 habitantes y la letalidad de periodo de 0,05 %. En el grupo etario de 40 a 59 años durante la SE 25 a 28 de 2021 se registraron a nivel nacional un total de 117 214 casos y 4 704 fallecidos por COVID-19, que corresponde al 33,0 % del total de muertes del periodo nacional. La incidencia de COVID-19 del periodo en este grupo fue de 1 121,3 casos por cada por 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad de periodo fue de 40,0 casos por 100 000 habitantes y la letalidad de periodo de 4,0 %.

En el grupo etario de 60 a 69 años, se registraron a nivel nacional un total de 26 475 casos y 3 073 fallecidos por COVID-19, que corresponde al 21,6 % del total de las muertes del periodo nacional; la incidencia COVID-19 de periodo en este grupo fue de 736,5 casos por 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad de periodo fue de 78,2 casos por 100 000 habitantes y la letalidad de periodo de 11,6 %. En el grupo etario de 70 a 79 años, se registraron a nivel nacional un total de 14 112 casos y 2 767 fallecidos por COVID-19, que corresponde al 19,4 % del total de las muertes del periodo nacional; la incidencia COVID-19 en este grupo fue de 730,1 casos por 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad fue de 133,1 casos por 100 000 habitantes y la letalidad de periodo de 19,6 %. En el grupo etario de 80 años y

más se registraron a nivel nacional un total de 8 063 casos y 2 670 fallecidos por COVID-19, que corresponde al 18,7 % del total de las muertes del periodo nacional; la incidencia COVID-19 en este grupo fue de 844,8 casos por 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad fue de 260,5 casos por 100 000 habitantes y la letalidad de 33,1 %.

Figura 14.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 25 a 28, 2021



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_mortalidad_covid_Colombia_BE

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_mortalidad_covid_Colombia_BE

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre la SE 25 a 28 de 2021 se notificaron 14 246 muertes por COVID-19 procedentes de 812 municipios. Las entidades con mayor registro de fallecidos durante este periodo fueron: Bogotá D.C. con 24,1 % (3 436), Antioquia con 10,4 % (1 487), Santander con 7,7 % (1 101) y Cundinamarca con 5,9 % (842). Entre las semanas epidemiológicas (SE) 25 a 28 de 2021, los municipios y distritos con la mayor tasa de mortalidad por 100 000 habitantes fueron: Jordán – Santander (148,1), Guateque – Boyacá (91,3), Capitanejo – Santander (90,4), Confinés – Santander (90,1) y Honda – Tolima (85,7).

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad y letalidad de la SE 25 a 28 de 2021 respecto al periodo anterior (SE 24 - 27, 2021), se observó que de los 812 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 35,6 % (289) presentó incremento significativo en ambos indicadores; de estos municipios los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Confinés – Santander (Δ 90,1), San Juanito – Meta (Δ 79,8), San Miguel de Sema – Boyacá (Δ 66), El Espino – Boyacá (Δ 65,1), Zetaquirá – Boyacá (Δ 64,5), Ambalema – Tolima (Δ 60,9), San Eduardo – Boyacá (Δ 59,8); y los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad con un aumento significativo de los fallecidos fueron: Machetá – Cundinamarca (Δ 148), Ambalema – Tolima- (Δ 50), Pinillos – Bolívar (Δ 34,7), Cartagena del Chairá – Caquetá (Δ 30,9), Pauna – Boyacá (Δ 26,7), Santana – Boyacá (Δ 20), San Juan Nepomuceno – Bolívar (Δ 17,4), Marmato – Caldas (Δ 17,4), La Celia – Risaralda (Δ 17).

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento

Semana epidemiológica 28 / 11 al 17 de julio de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/144/Cuadro_de_mando_BES_28_2021.pdf)

SOBRE ESTE BOLETÍN

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

Publicación en línea: ISSN 2357.6189 2018

Directivos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dra. Diana Marcela Walteros Acero
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Diseño y diagramación

Alexander Casas Castro - acasas@ins.gov.co

Autores temáticos

Situación Nacional
Grupo Sivigila - sivigila@ins.gov.co

Eventos trazadores - Mortalidad
Giana María Henríquez Mendoza - ghenriquez@ins.gov.co
María Eugenia Pinilla Saraza – mpinillas@ins.gov.co
Diana Alexa Forero Motta – dforero@ins.gov.co

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

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

Tablas de mando
Yudy Silva Lizarazo - ysilva@ins.gov.co
Diana Lucero Rivera Gómez - drivera@ins.gov.co

Índice
Figuras
Tablas

Evento central

Situación nacional

Eventos trazadores

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

Tablas de mando

Sobre esta publicación

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2021

Tabla 1. A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 28, el evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV), presenta un aumento



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