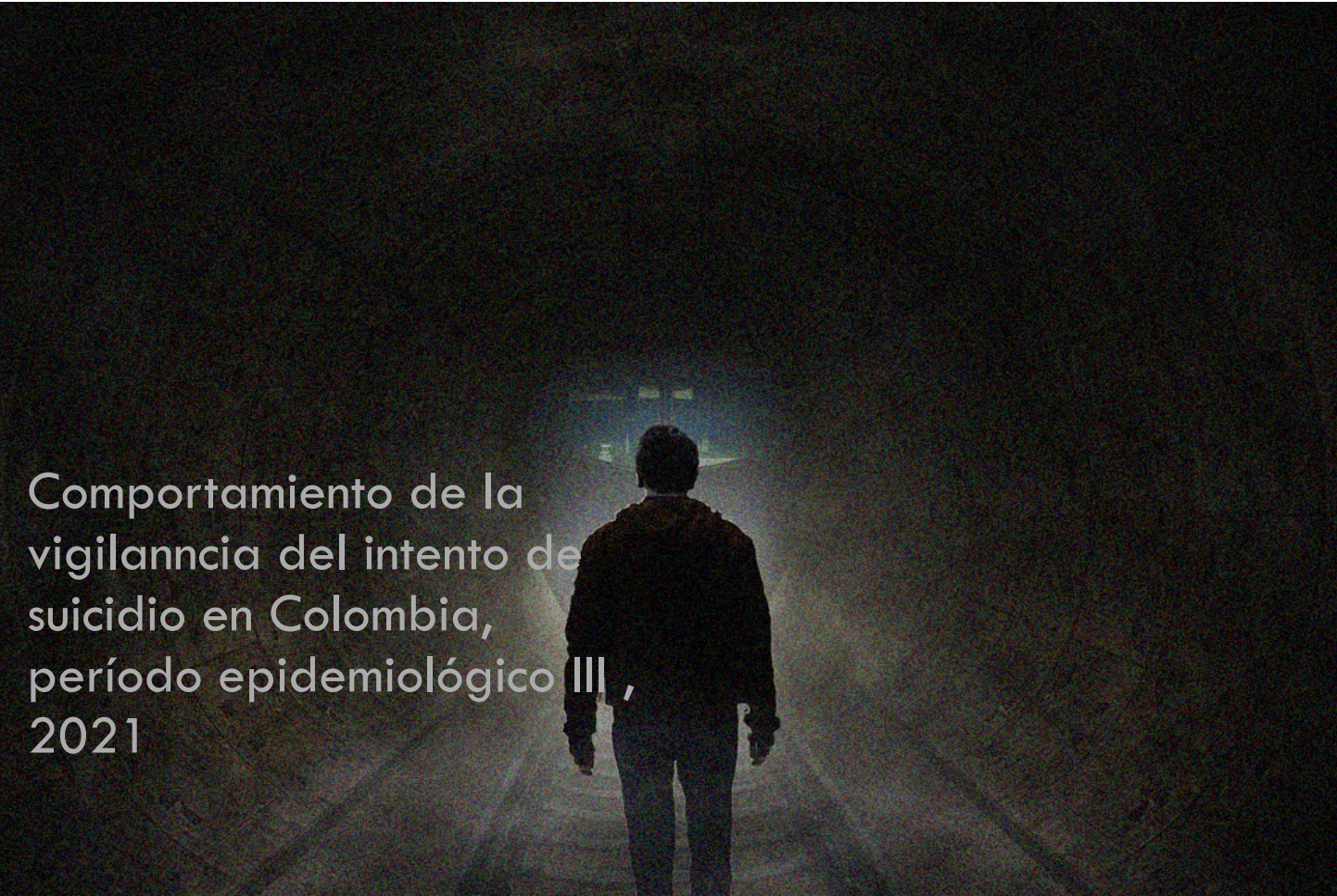


EVENTO CENTRAL



Comportamiento de la
vigilancia del intento de
suicidio en Colombia,
período epidemiológico III,
2021

Fuente: .

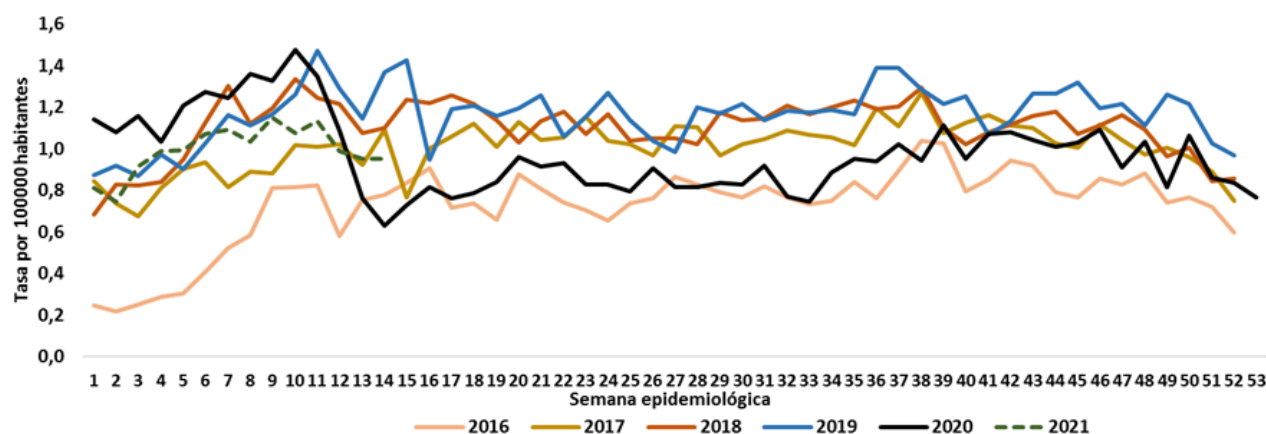
Análisis

La pandemia por COVID-19, ha expuesto a la población a nuevas situaciones como el teletrabajo, desempleo, estudio en casa y falta de contacto físico con otras personas que implican adaptación en los hábitos de vida (1). Adicionalmente, el temor a contraer el virus y la pérdida de seres queridos requieren estrategias de afrontamiento que pueden generar o exacerbar el trastorno mental, lo cual puede desencadenar autolesiones o actos suicidas (2); sin embargo, la cuantificación de estas conductas a través de los servicios de salud tal vez no refleje con fidelidad su ocurrencia, debido al temor de la población al contagio en estos servicios, y la restricción a la movilidad.

Durante el 2021 con corte a período III, la notificación de casos de intento de suicidio en Colombia presenta un comportamiento similar a la observada en 2018, 2019, y 2020; Inicia con tendencia ascendente en la tasa de incidencia por 100 000 habitantes en las primeras semanas del año y desciende a partir de la semana 10, aunque proporcionalmente se presentan tasas inferiores en 2021. Este valor por semana epidemiológica osciló entre 0,7 y 1,1 por 100 000 habitantes (de 381 a 587 casos con promedio de 508) en 2021, mientras que en 2020 esta tasa osciló entre 1,0 y 1,5 (321 a 751 casos con promedio 587) con corte al mismo período.

Se notificaron 6 132 casos corte a período III de 2021; es decir, 18,6 % menos con respecto a 2020 (7 509).

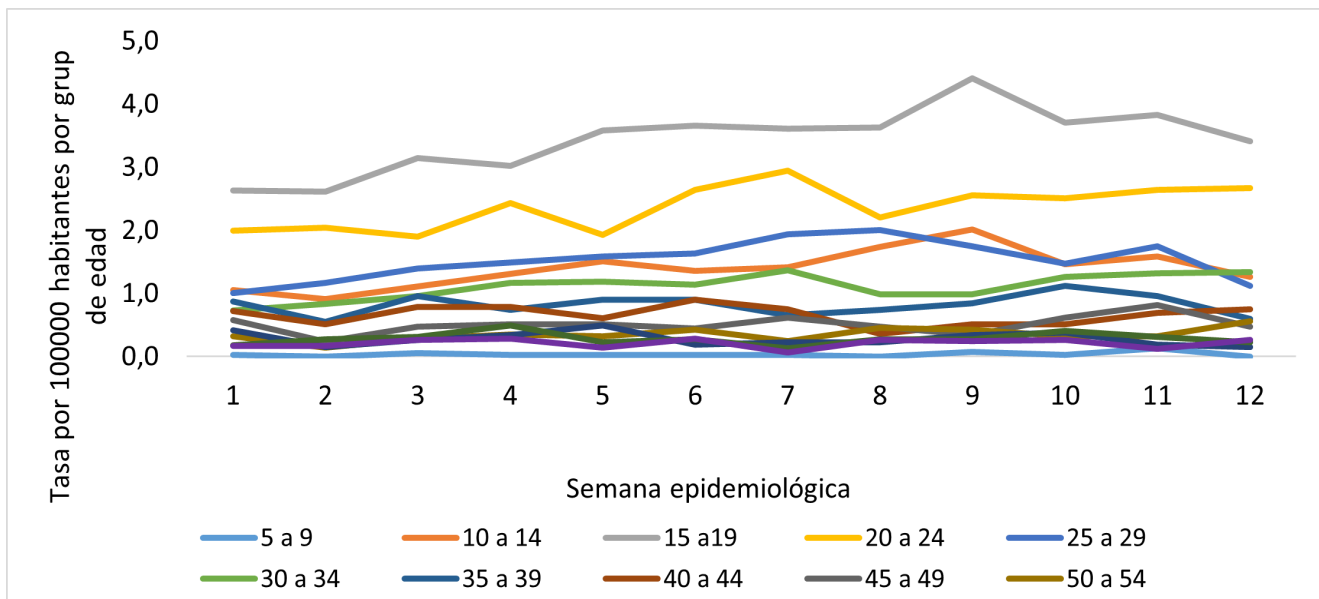
Figura 1. Tasa de incidencia del intento de suicidio por semana epidemiológica, Colombia 2016 a 2021



Fuente: Sivigila 2021, Proyecciones de población DANE, 2005 y 2020.

En todas las semanas epidemiológicas de 2021 la tasa de intento de suicidio por edad es siempre superior en el grupo de 15 a 19 años; oscila entre 2,5 (semanas 1, 2) y 4,0 (semana 9) por 100 000 habitantes de este grupo de edad, seguido por el grupo de 20 a 24 años, con menores tasas por semana (entre 1,9 y 2,9), pero aún superior al resto de grupos. Este grupo presenta la tasa más alta en la semana 7. El 47,6 % (2 919) del total de los casos (6 132) en 2021 se encuentra entre los 15 y los 24 años, similar a 2020 (47,9 %; 3 600 casos de 7 509).

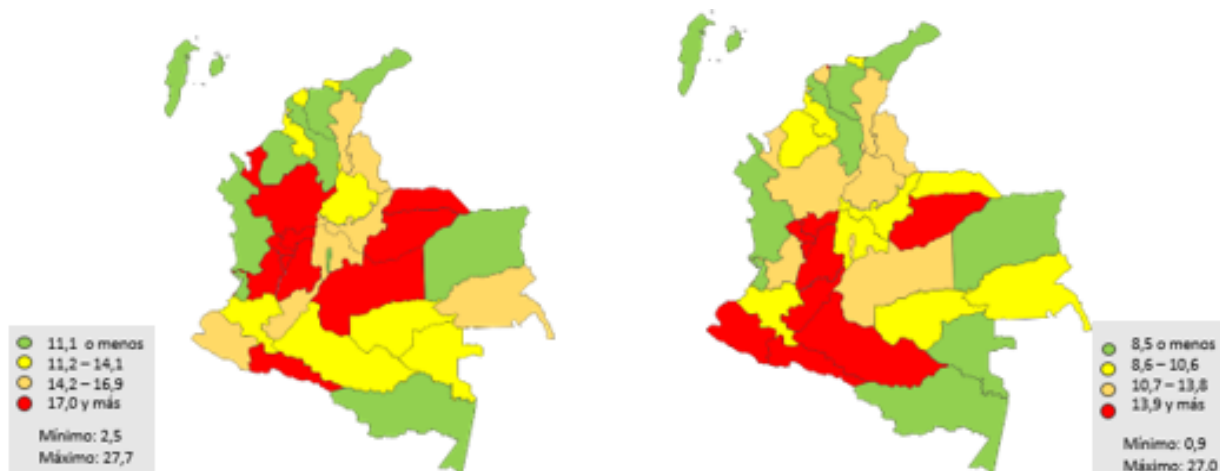
Figura 2. Tasa de incidencia del intento de suicidio por grupos de edad por semana epidemiológica, período epidemiológico III, Colombia, 2021



Fuente: Sivigila 2021, Proyecciones de población DANE, 2005 y 2020.

La tasa de intento de suicidio del país en 2021 con corte a período III es de 12 por 100 000 habitantes presenta reducción con respecto al año anterior (14 por 100 000 habitantes). La semaforización de las tasas de incidencia por entidades territoriales en 2020 y 2021 con corte a período epidemiológico III, ubica a Quindío, Caldas, Risaralda, Tolima, y Putumayo en el cuartil superior en ambos años (Figura 3). La tasa máxima en 2021 fue de 27,0 en Quindío y la mínima de Vichada con 0,9 por 100 000 habitantes. En este año se incorporan Casanare, Caquetá, Huila y Nariño al cuartil más alto con tasas de 13,9 por 100 000 habitantes y más.

Figura 3. Comportamiento de la tasa de incidencia del intento de suicidio por entidad, Colombia 2020 y 2021



Fuente: Sivigila 2021, Proyecciones de población DANE, 2005 y 2020.

El análisis de los comportamientos inusuales evidencia aumentos significativos con respecto a lo esperado en la notificación de casos en las entidades territoriales de: Bogotá (237 casos), Guajira (30), Quindío (22), Santander (17), Santa Marta (12), Cesar (9), Atlántico (8), y Buenaventura (8) con corte a período

III de 2021.

En 2021, 696 municipios han notificado casos (62 % de 1 122), es decir 3,5 % menos que en el año anterior (735 municipios). Un total de 47 municipios, que incluye la capital de 21 entidades territoriales, algunos distritos, y 26 municipios más, notificaron el 62,4% de los casos (3 834); 224 municipios (32 %) notificaron sólo un caso.

Caracterización sociodemográfica de los casos de Intento de suicidio

De los 6 132 casos notificados con corte a período III de 2021, el 63,5 % de los casos son mujeres (3 895), ocurre en la cabecera municipal el 82,1 %, seguido por el área rural dispersa (10,5 %). Por grupo étnico, el 2,7 % de los casos es afrocolombianos y el 1,5 % indígena. El 48,1 % se encuentra afiliado al régimen subsidiado y el 42,8% al régimen contributivo; los casos no afiliados representan el 4,3% del total. Entre las principales ocupaciones se encuentran: estudiante (32,7 %), hogar (17,2 %), cesante (7,8 %), personas que realizan trabajos varios (3,9 %), y en el 18,7 % de los casos la ocupación notificada es "no aplica".

En general, el número de casos por grupo poblacional presentó disminución; sin embargo, para algunos grupos poblacionales se presentaron aumentos significativos ($p \leq 0,05$) en algunas entidades territoriales. Los incrementos se presentaron así: en el caso de la población indígena, en Atlántico, Cartagena, Cesar, Quindío y Risaralda; en población privada de la libertad en Barranquilla, Bogotá, Huila, y Santander; en fuerzas militares y en gestantes se observa una reducción significativa en general.

Variables de interés

Los factores desencadenantes presentan una reducción con respecto a 2020 en la proporción de los casos; sin embargo, la muerte de un familiar o amigo y los problemas familiares ascendieron en la ubicación por proporción de casos con respecto a los otros factores. Los factores de riesgo, por el contrario, presentan aumento en la proporción de casos con respecto a 2020, y el plan organizado de suicidio asciende en la ubicación por proporción con respecto a otros factores.

Los mecanismos de intento de suicidio más utilizados son la intoxicación (67,4 %), el arma cortopunzante (21,4 %) y el ahorcamiento (8,2 %) al igual que en 2020. Cuando se usa la intoxicación como mecanismo (4 980 casos), el 69% implica el uso de medicamentos, seguido por los plaguicidas (19,5 %) y por otras sustancias químicas (8,8 %).

La repetición del intento de suicidio en el mismo 2021 con corte a período III presenta reducción con respecto al año anterior (de 28 a 23 personas) con dos intentos notificados. La repetición en el mismo año se presentó tal como se ha documentada en la literatura (3, 4). No se presentaron casos con más de dos intentos de suicidio en el período analizado.

Conclusiones

La notificación del intento de suicidio disminuyó con corte al período III de 2021 con respecto al mismo período de 2020, y presentó tasas de incidencia por semana epidemiológica similares a los años 2018 y 2019.

Se observa aumento en la proporción de la mayoría de los factores de riesgo, y disminución en la mayoría de los factores desencadenantes presentes en los intentos de suicidio. Los mecanismos utilizados en el intento de suicidio conservan el mismo orden

Las tasas de incidencia más altas se presentan de los 15 a los 24 años durante todas las semanas epidemiológicas de 2021.

Las tasas de incidencia más altas de intento de suicidio se encuentran en las entidades territoriales del eje cafetero (Caldas, Quindío, Risaralda), Tolima, Huila, Putumayo, Caquetá, Nariño, y Casanare

Retos

Entre los retos de la vigilancia se encuentra monitorear los cambios en la notificación del evento considerando los diferentes grupos poblacionales, territorios y demás variables de interés, teniendo en cuenta que la pandemia por COVID-19 aún no ha terminado y las medidas para contenerla continúan siendo aplicadas de manera intermitente. Adicionalmente es necesario continuar con los lineamientos de vigilancia vigentes para el evento.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidar nuestra salud mental. [Internet]. 2020 Disponible en: https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=EAIaIQobChMI9Lz4kJrj7gIVRa-GCh2jkASuEAAAYASAAEgJUwvD_BwE
2. Leo Sher, The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates, QJM: An International Journal of Medicine, Volume 113, Issue 10, October 2020, Pages 707–712, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202> (<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>)
3. Griffin, E, McTernan N, Wrigley, C, Nicholson, S, Arensman, E, Williamson, E, Corcoran, P. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2018. Cork: National Suicide Research Foundation. 2018. [Consultado 2020 jul 6]. Disponible en: <https://www.nsr.ie/wp-content/uploads/2019/10/NSRF-National-Self-Harm-Registry-Ireland-Annual-Report-2018-for-website.pdf> (<https://www.nsr.ie/wp-content/uploads/2019/10/NSRF-National-Self-Harm-Registry-Ireland-Annual-Report-2018-for-website.pdf>).
4. Peterson, C., Xu, L., Leemis R.W., Stone, D.M. Repeat Self-Inflicted Injury Among U.S. Youth in a Large Medical Claims Database. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia. Am J Prev Med. 2019 March; 56(3): 411–419. doi:10.1016/j.amepre.2018.09.009.

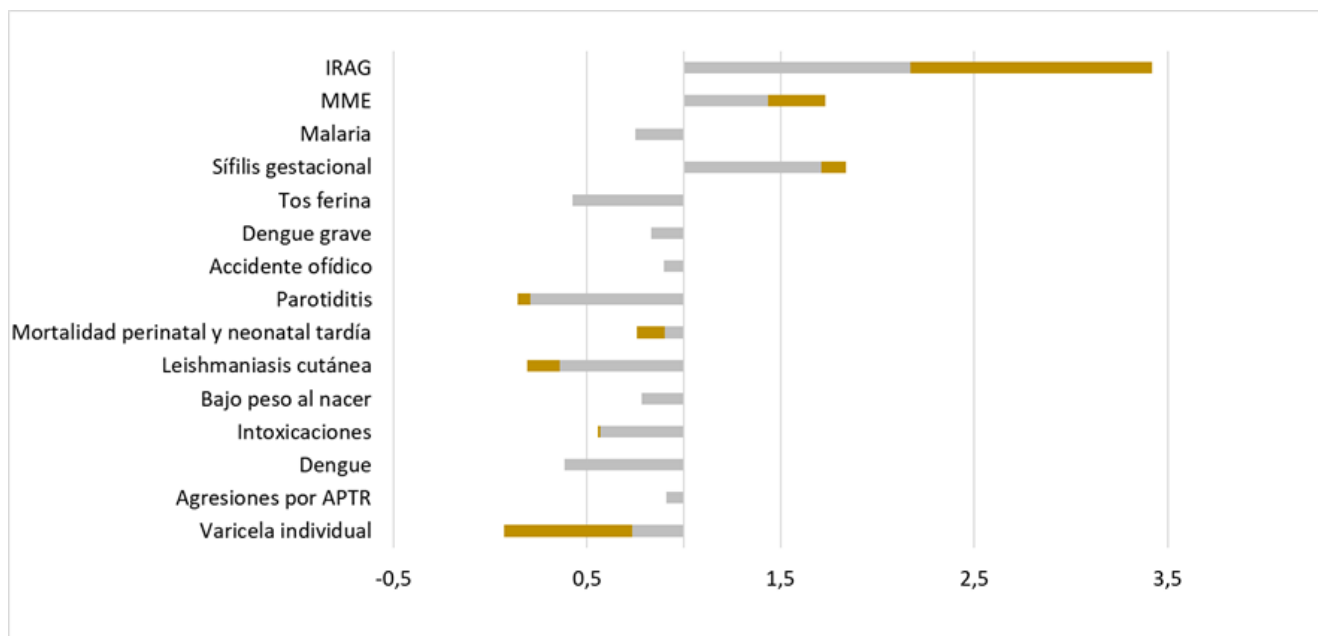
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

A partir de 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 17 los eventos infección respiratoria aguda grave (IRAG), morbilidad materna extrema (MME) y sífilis gestacional, se encuentran 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 4.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_4_comportamiento_eventos_alta_fr

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_4_comportamiento_eventos_alta_fr

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 17, el evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV) presenta un aumento significativo respecto a los valores esperados; los eventos sarampión, leptospirosis, rubeola, fiebre tifoidea y paratifoidea, y lepra, presentan una disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 1.

Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2021

Evento	Observado	Esperado	p
EAPV	56	15	0,00
Sarampión	4	71	0,00
Leptospirosis	10	49	0,00
Rubeola	1	17	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0,01
Lepra	3	8	0,03
IRAG inusitado	28	28	0,08
Sífilis congénita	22	23	0,08
Mortalidad por IRA	13	14	0,11
Mortalidad materna	8	10	0,12
Mortalidad por EDA 0-4 Años	0	2	0,14
Mortalidad por dengue	1	3	0,19
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,55
Tuberculosis farmacorresistente	5	2	7,80

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

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

Metodología eventos de baja frecuencia

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

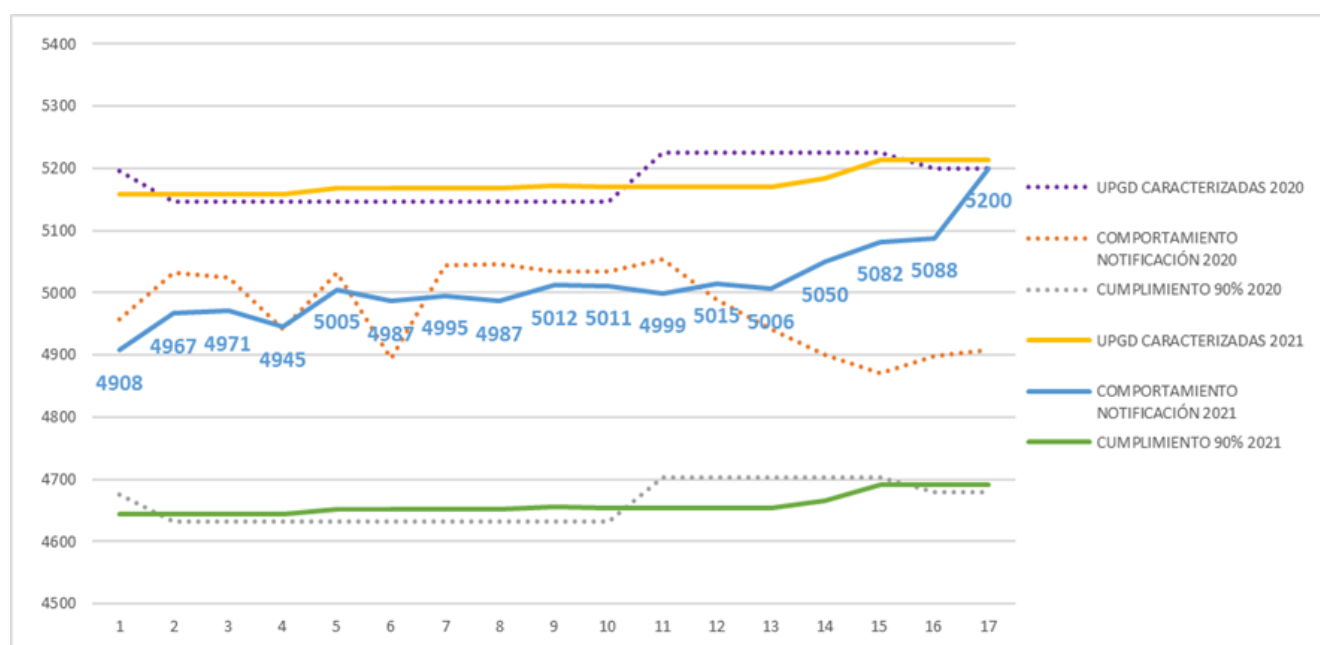
Cumplimiento en la notificación

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

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 100 % (1 117 / 1 117 UNM), permaneciendo igual comparándolo con lo presentado en la semana 16 y respecto a la misma semana de 2020. El país cumplió con la meta del 97 % en la notificación de UNM.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 98,6 % (5 139 / 5 213 UPGD); aumentó 1,0 % frente a la semana anterior y 4,2 % con respecto a la semana 17 de 2020. Con excepción de Cesar, Quindío y Vaupés, 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 5.
Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 17 de 2021



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

[Análisis de la gráfica](#)

[Ampliar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_5_cumplimiento_notificación_BES_

[Descargar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_5_cumplimiento_notificación_BES_

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A continuación se muestra el comportamiento histórico de la notificación por semanas vigencias 2020 y 2021, los cuales se representan en puntos consecutivos y líneas sólidas, respectivamente; se observa las UPGD caracterizadas (líneas amarilla y lila), su comportamiento en la notificación (líneas azul y naranja) y su cumplimiento respecto la notificación de casos (meta 90 %) (líneas verde y gris); para ambas vigencias en semana 17, se evidencia el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 17 de 2021 se notificaron 439 casos probables de dengue: 202 casos de esta semana y 237 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 11 434 casos, 5 863 (51,3 %) sin signos de alarma, 5 393 (47,2 %) con signos de alarma y 178 (1,6 %) de dengue grave.

Tabla 2.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	2329	20,7	28	15,7	2357	20,6
Valle del Cauca	1027	9,1	10	5,6	1037	9,1
Cartagena	656	5,8	16	9,0	672	5,9
Putumayo	622	5,5	3	1,7	625	5,5
Tolima	546	4,9	1	0,6	547	4,8
Huila	514	4,6	13	7,3	527	4,6
Norte de Santander	427	3,8	11	6,2	438	3,8
Meta	434	3,9	2	1,1	436	3,8
Antioquia	429	3,8	6	3,4	435	3,8
Cundinamarca	376	3,3	1	0,6	377	3,3
Cesar	354	3,1	18	10,1	372	3,3
Barranquilla	350	3,1	9	5,1	359	3,1
Santander	311	2,8	4	2,2	315	2,8
Atlántico	272	2,4	6	3,4	278	2,4
Bolívar	261	2,3	8	4,5	269	2,4
Magdalena	207	1,8	9	5,1	216	1,9
Sucre	197	1,8	4	2,2	201	1,8
Caquetá	198	1,8	3	1,7	201	1,8
Córdoba	197	1,8	2	1,1	199	1,7

Cauca	189	1,7	0	0,0	189	1,7
Casanare	168	1,5	0	0,0	168	1,5
Nariño	156	1,4	6	3,4	162	1,4
Santa Marta	148	1,3	6	3,4	154	1,3
Chocó	151	1,3	1	0,6	152	1,3
Boyacá	128	1,1	0	0,0	128	1,1
Amazonas	117	1,0	0	0,0	117	1,0
Buenaventura	91	0,8	1	0,6	92	0,8
Arauca	75	0,7	0	0,0	75	0,7
Quindío	71	0,6	2	1,1	73	0,6
Risaralda	65	0,6	1	0,6	66	0,6
Caldas	63	0,6	0	0,0	63	0,6
La Guajira	35	0,3	4	2,2	39	0,3
Archipiélago de San Andrés	30	0,3	0	0,0	30	0,3
Exterior	26	0,2	2	1,1	28	0,2
Guaviare	16	0,1	0	0,0	16	0,1
Vichada	12	0,1	0	0,0	12	0,1
Guainía	7	0,1	1	0,6	8	0,1
Vaupés	1	0,0	0	0	1	0,0
Total	11 256	100	178	100	11 434	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

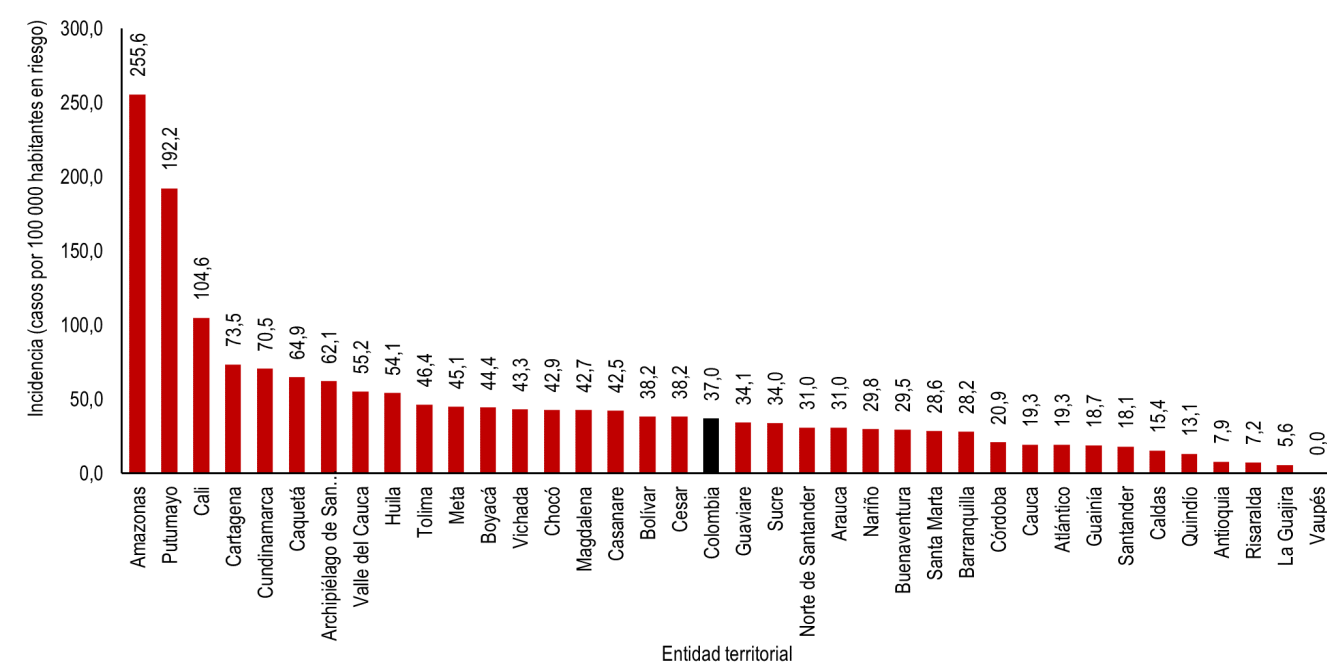
En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 5 distritos, 596 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Tolima, Huila, Norte de Santander, Meta, Antioquia, Cundinamarca, Cesar, Barranquilla, Santander, Atlántico y Bolívar aportan el 79,1 % (9 044) de los casos a nivel nacional.

El 64,7 % (7 403) de los casos de dengue se reportó en 45 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 20,6 % (2 357); Cartagena, con el 5,9 % (672); Barranquilla, con 3,1 % (359); Cúcuta, con el 2,3 % (263); Orito, con el 1,9 % (220); Santa Marta (154), Villavicencio (154), Yumbo (154), Neiva (151) e Ibagué (147), con el 1,3 % cada uno; Aguachica con el 1,2 % (139); y Villagarzón con el 1,0 % (115).

Se hospitalizó el 75,6 % (4 075) de los casos de dengue con signos de alarma y el 91,6 % (163) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Boyacá, Valle del Cauca, Guainía, Guaviare, Buenaventura, Caldas, Bolívar y Chocó; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Cali, Huila, Cartagena, Santa Marta, Magdalena, Valle del Cauca, Santander, La Guajira, Cundinamarca y Quindío.

A semana 17 se ha confirmado el 45,5 % (2 454) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura, Guaviare y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 53,4 % (95) de los casos de dengue grave y las entidades con el

Figura 6.
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 17 de 2021



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

Análisis de la gráfica

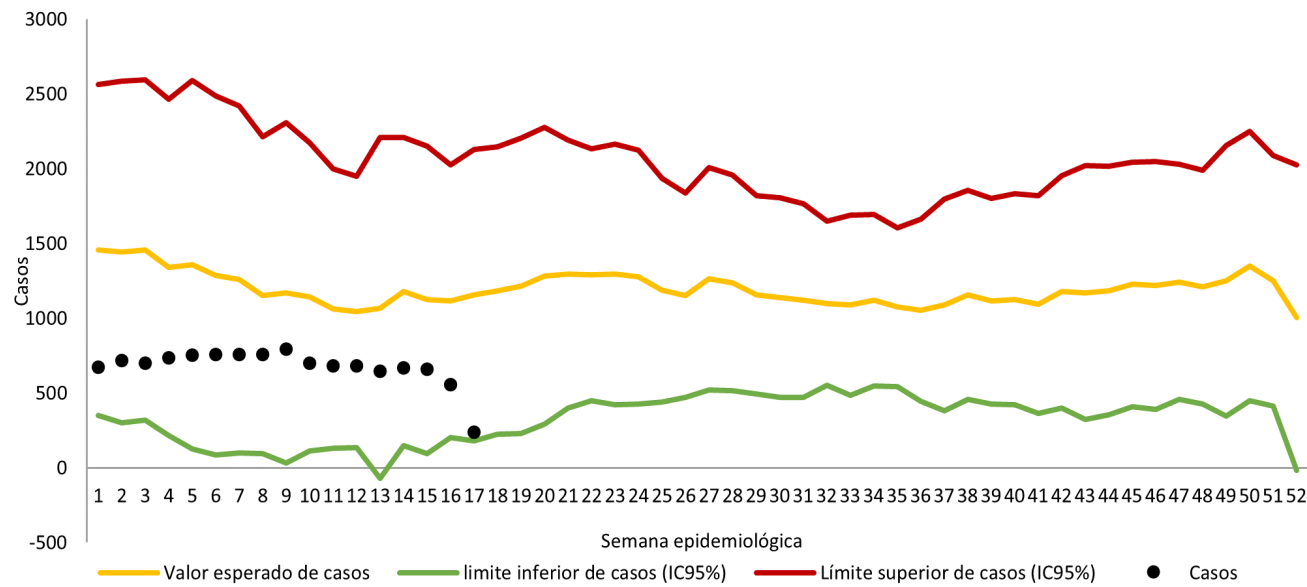
Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_6_incidencia_dengue_BES_17_2021)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_6_incidencia_dengue_BES_17_2021)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana 17 se ha confirmado el 45,5 % (2 454) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura, Guaviare y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 53,4 % (95) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Atlántico, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Córdoba, La Guajira y Risaralda.

Figura 7.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 17, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_7_canal_endémico_dengue_BES_17

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_7_canal_endémico_dengue_BES_17

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 17 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 3.
Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico, por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 14 a 16 de 2021

Comportamiento epidemiológico**Entidad territorial**

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

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

De acuerdo con la situación epidemiológica según canal endémico, 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 43 muertes probables por dengue, de las cuales 7 han sido confirmadas, procedentes de: Cartagena, con 5 casos; Barranquilla y Córdoba, con 1 caso cada uno. Se han descartado 8 casos y se encuentran en estudio 28 muertes procedentes de: Cesar y Magdalena, con 4 casos cada uno; Valle del Cauca, con 3 casos; Antioquia, Barranquilla, Huila, Quindío y Santa Marta, con 2 casos cada uno; Atlántico, Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cali, Nariño, Vaupés y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología:

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

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

esperado, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95%; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, y **por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

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

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Tabla 4.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 16	2021 a semana 16	Variación
Consultas externas y urgencias	2 005 388	1 315 051	34,4 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	62 869	78 576	25,0 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	7 467	26 495	254,8 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

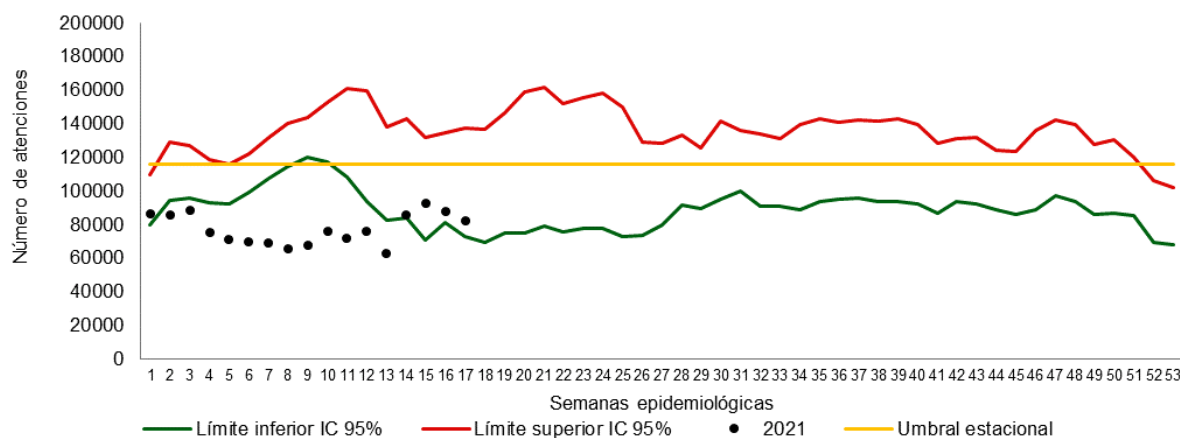
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 17 de 2021, en Colombia se han notificado 1 315 051 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 34,4 % comparado con 2020, 35,4 % frente a 2019 y 37,8 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 23 entidades territoriales; Córdoba, Guainía, La Guajira y Santa Marta presentan incremento; Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Casanare, Cundinamarca, Magdalena, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,7 % (416 321), seguido por el de 40 a 59 años con el 20,9 % (275 385). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 8,5 % seguido de los menores de 1 año con el 8,1 %.

Figura 8.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEX_SE17.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEX_SE17.png)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEX_SE17.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEX_SE17.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

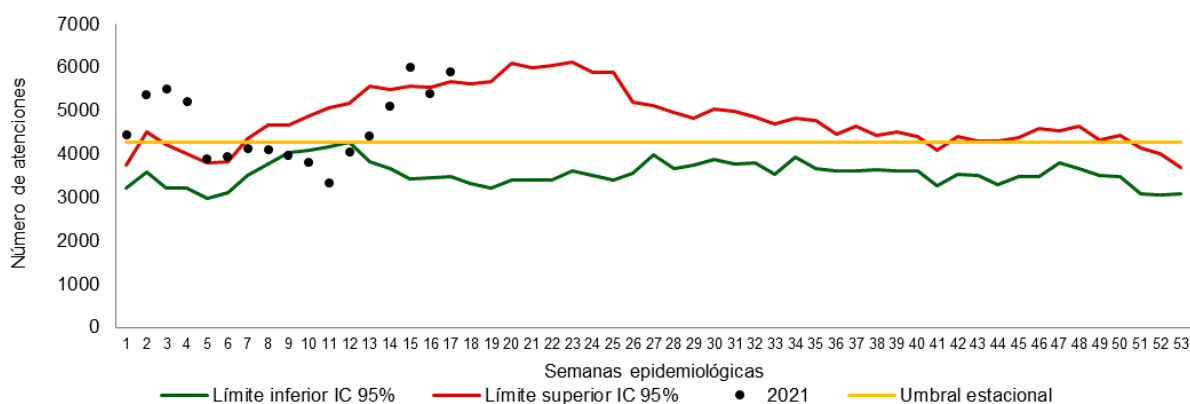
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las semanas transcurridas del año se ubican por debajo del umbral estacional, a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior hasta la semana 13; a partir de la semana 14 se observan en zona de seguridad, por encima del límite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

Se notificaron 78 576 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 25,0 % frente a 2020, 10,0 % comparado con 2019 y del 4,2 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 11 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, Quindío, Caquetá, Chocó, Cali y Guaviare; e incremento en 12 entidades territoriales resaltando Barranquilla, Antioquia, Casanare y Santander; no presentan comportamientos inusuales 15 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 38,0 % (29 842), seguido por los de 40 a 59 años con el 21,7 % (17 013). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 16,7 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,9 %.

Figura 9.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_SE17.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_SE17.png)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_SE17.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_SE17.png)

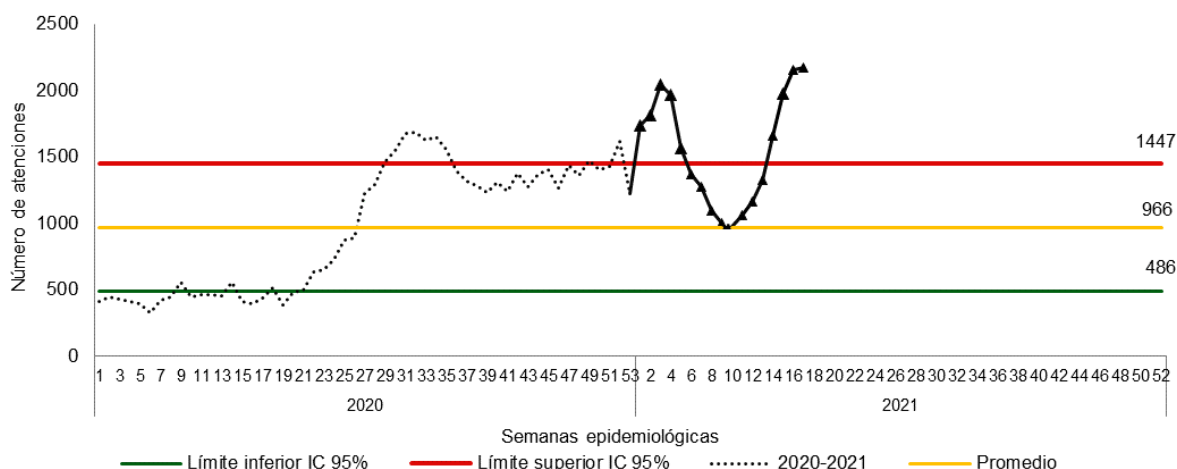
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional, sin variación para las semanas 06 a 08; de las semanas 09 a 12 se ubican en zona de éxito, por debajo del límite interior, para las semanas 13 a 17 se observa un aumento ubicándose por encima del umbral estacional.

Se notificaron 26 495 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 254,8 % frente a 2020, 309,7 % comparado con 2019 y 310,2 % frente a 2018. Se presenta incremento en 31 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Valle del Cauca, Caquetá, Antioquia, Nariño y Santa Marta; Arauca presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Chocó, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 54,7 % (14 496), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,9 % (7 138) y los de 20 a 39 años con el 8,3 % (2 209). 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 29,6 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 29.4 %.

Figura 10.
Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17, 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 SE17.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_SE17.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Para las 5 primeras semanas las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se presenta un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso por siete semanas; para las últimas siete semanas se observa incremento por encima del umbral estacional y a partir de la semana 14 se supera nuevamente el límite superior, para la semana 17 no se observa variación con respecto a la semana anterior.

Metodología:

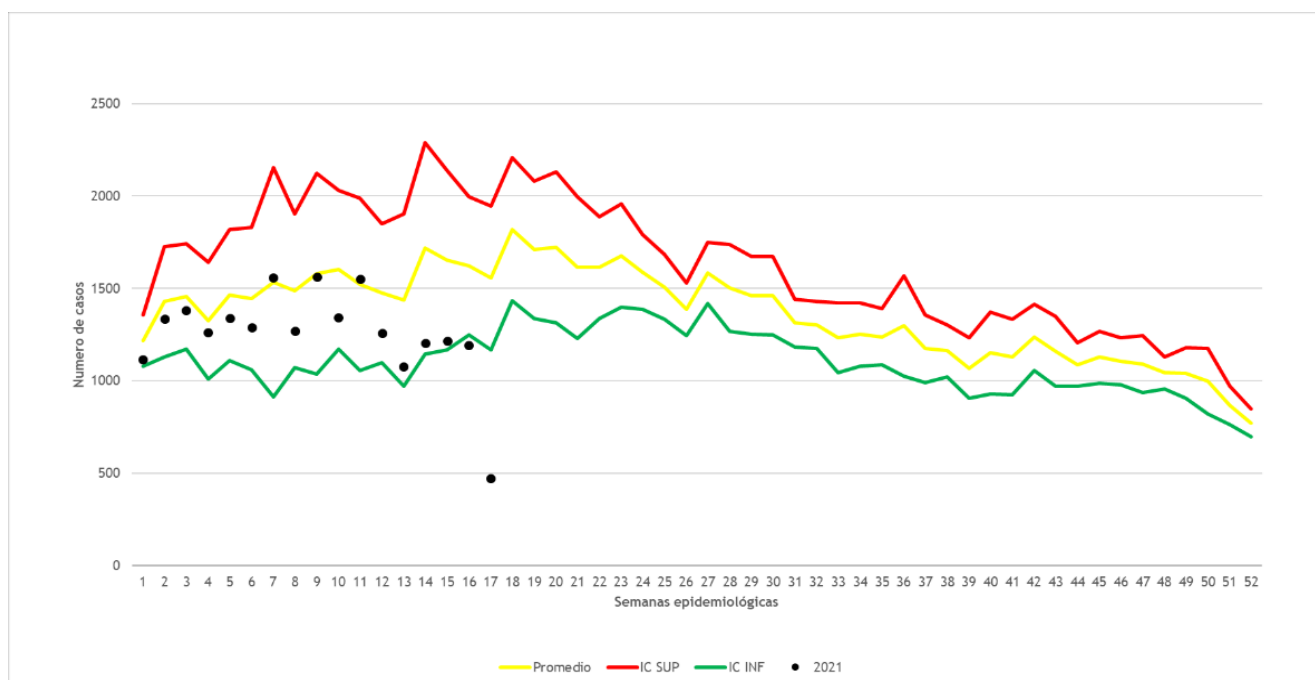
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 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 17 se notificaron 1 370 casos de malaria, teniendo un acumulado de 21 657 casos, de los cuales 21 226 son de malaria no complicada y 431 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 50,7 % (10 978), seguido de *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 48,5 % (10 510) e infección mixta con 0,8 % (169).

Figura 11.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 17, 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%2017%20final.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%2017%20final.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (30,7 %), Nariño (24,3 %), Córdoba (12,6 %), Antioquia (9,7 %) y Guainía (4,6 %) aportan el 81,9 % 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 17 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	61	3456	0	3009	6526	30,70
Nariño	21	4610	0	525	5156	24,30
Córdoba	10	539	0	2136	2685	12,60
Antioquia	15	627	0	1411	2053	9,70
Guainía	4	63	0	918	985	4,60
Cauca	1	825	0	15	841	4,00
Vichada	16	137	0	383	536	2,50
Buenaventura	2	370	0	63	435	2,00
Norte de Santander	1	1	0	417	419	2,00
Guaviare	2	58	0	303	363	1,70
Risaralda	2	10	0	295	307	1,40
Bolívar	14	29	0	227	270	1,30
Exterior	4	25	0	203	232	1,09
Meta	0	28	0	157	185	0,90

Amazonas	0	1	0	72	73	0,30
Casanare	0	0	0	55	55	0,30
Vaupés	0	0	0	17	17	0,10
Cali	0	10	0	5	15	0,10
Valle del Cauca	0	5	0	5	10	0,00
Desconocido	0	4	0	5	9	0,04
Putumayo	0	1	0	8	9	0,00
Santander	1	1	0	6	8	0,00
Sucre	0	1	0	6	7	0,00
La Guajira	0	0	0	6	6	0,00
Cesar	2	1	0	3	6	0,00
Arauca	0	0	0	5	5	0,00
Cartagena	0	0	0	4	4	0,00
Huila	0	0	0	3	3	0,00
Caquetá	0	1	0	1	2	0,00
Magdalena	0	1	0	1	2	0,00
Barranquilla	1	0	0	0	1	0,00
Atlántico	0	0	0	1	1	0,00
Total	157	10804	0	10265	21226	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

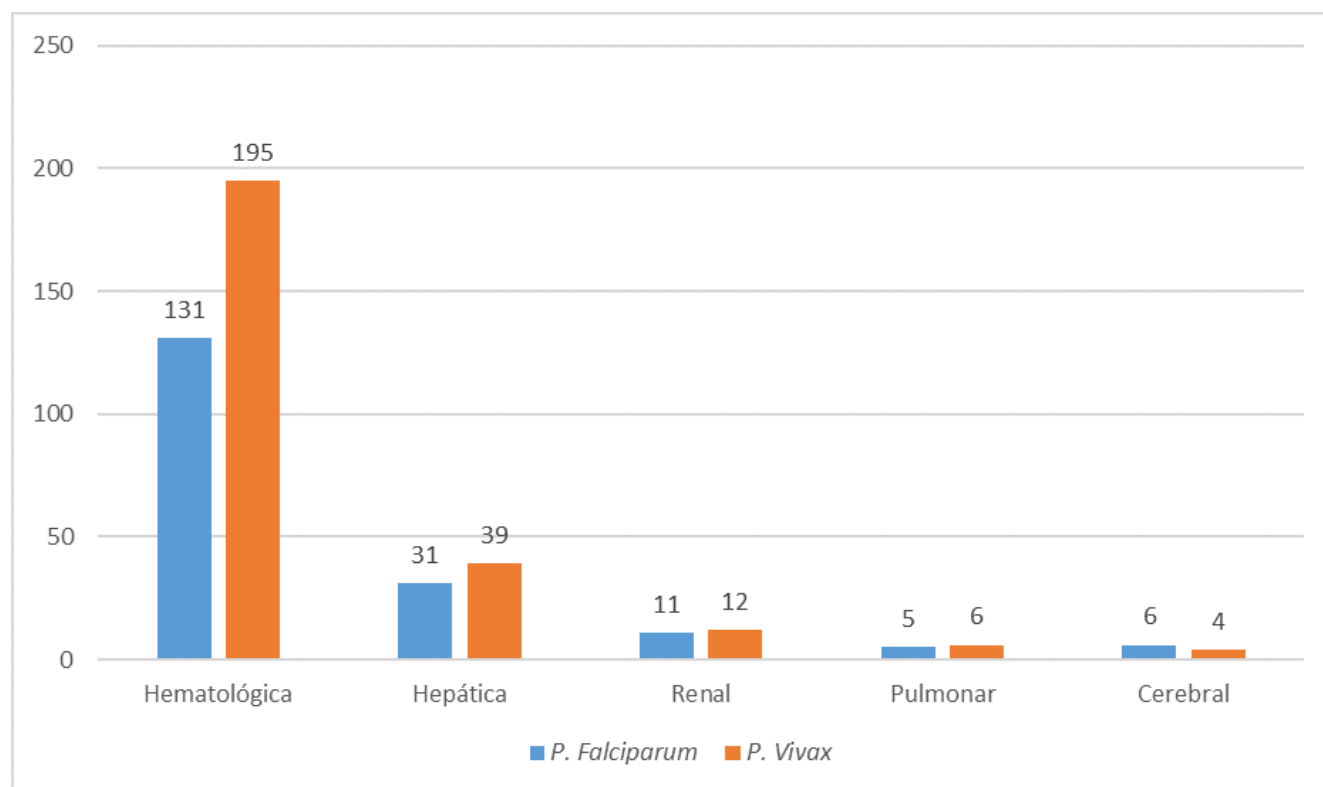
Malaria complicada

Se notificaron 431 casos de malaria complicada, que proceden de 23 entidades territoriales y 6 casos provienen del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Cauca, Meta y Vichada notifican el 80,2 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 59,6 % (257) corresponde a hombres. El 29,0 % (125) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 18,3 % (79) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 40,1 % (173) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 67,1 % (289) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 12.

Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 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%2017%20final.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20se%2017%20final.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 78,0 % (336) presentó complicaciones hematológicas, el 17,2 % (74) complicaciones hepáticas, el 5,3 % (23) complicaciones renales, el 2,8 % (12) complicaciones pulmonares y el 2,6 % (11) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 17, un departamento está por encima del número esperado de casos y tres departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 6.
Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 17 de 2021

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

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 17, 11 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó (Chocó), El Charco, Olaya Herrera y Mosquera (Nariño) y Guapi (Cauca) (Tabla 9).

Tabla 7.
Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 17 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	1398	112	376
Nariño	El Charco	786	120	224
Nariño	Olaya Herrera	727	123	260
Nariño	Mosquera	474	46	103

10/5/2021			Document		
Cauca	Guapi	412	67	144	
Chocó	Medio San Juan	401	87	115	
Risaralda	Pueblo Rico	311	34	76	
Córdoba	Montería	132	2	30	
Chocó	Litoral del Bajo San Juan	95	10	24	
Meta	Mapiripán	85	5	9	
Meta	Puerto Rico	31	2	10	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

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

Tabla 8.
Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 17, Colombia, 2021

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	ep
Chocó	Acandí	11	8	1	Disminución	Éxito
	Atrato	151	67	43	Disminución	Segu
	Bagadó	295	134	97	Disminución	Segu
	Juradó	8	11	3	Disminución	Segu
	Lloró	158	153	26	Disminución	Éxito
	Medio Atrato	199	90	40	Disminución	Segu
	Quibdó	1358	740	234	Disminución	Segu
	Rioquito	100	54	41	Ninguno	Segu
	Ríosucio	60	10	1	Disminución	Segu
Buenaventura	Unguía	6	8	3	Disminución	Segu
	Buenaventura	443	124	111	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

A semana epidemiológica 17, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, ninguno se encuentra en incremento. Se encuentran en decremento: Acandí, Atrato, Bagadó, Juradó, Lloro, Medio Atrato, Quibdó, Riosucio, Unguía y Buenaventura, ninguno se encuentra en situación de brote.

Metodología:

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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años

Esta semana se notificaron 17 muertes en menores de 5 años: 13 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda y 4 a desnutrición.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 13 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 9 correspondientes a esta semana y 4 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 8 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Guainía, Guaviare, Santander y Valle del Cauca en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 17 entre 2017 a 2020, mientras que, en Bogotá y Antioquia se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 4 muertes por desnutrición en menores de 5 años, todas correspondientes a esta semana. 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 Córdoba, Santa Marta y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 17 entre 2017 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Para esta semana no se notificaron muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico, Casanare, Santander y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 17 entre 2017 a 2020, mientras que, en Chocó y Antioquia se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Metodología:

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

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 17 de 2021 se notificaron 163 muertes maternas, 123 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 29 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 11 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.
Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 17, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	100	48	28	176
2020	99	58	10	167
2021	123	29	11	163

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 24,2 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 17 es de 50,7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 17 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Santa Marta	8	225,2
Magdalena	10	187,8
Chocó	4	184,7
Guaviare	1	184,5
La Guajira	7	85,7
Bolívar	5	83,6
Casanare	2	81,4
Meta	5	80,5
Risaralda	3	79,0
Valle del Cauca	5	66,5
Cali	6	61,9
Barranquilla	5	61,8
Nariño	4	61,2
Buenaventura	1	57,7
Putumayo	1	54,7
Córdoba	5	52,9
Colombia	123	50,7
Norte de Santander	4	44,0
Huila	3	43,8
Antioquia	12	42,3
Sucre	2	38,2
Boyacá	2	37,1
Cundinamarca	5	35,4
Cesar	3	34,7
Bogotá	11	33,3
Cartagena	2	32,3
Tolima	2	31,8
Caldas	1	31,3
Atlántico	2	28,2
Santander	2	18,9

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, Magdalena, Chocó y Guaviare.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 17 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	12	8	0,048
Arauca	1	0	0,000
Cauca	0	3	0,050
Guaviare	1	0	0,000
Magdalena	10	5	0,018
Santa Marta	8	2	0,001
Valle del Cauca	5	1	0,003
Cali	6	2	0,012

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 17 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Guaviare, Magdalena, Santa Marta, Valle del Cauca y Cali y disminución en la entidad territorial de Cauca.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 18,7 % corresponde a causas directas y el 15,4 % a causas indirectas.

Tabla 12.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	23	18,7

Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	9	7,3
Hemorragia obstétrica	7	5,7
Sepsis relacionada con el embarazo	4	3,3
Evento tromboembólico como causa básica	3	2,4
Otras causas directas	1	0,8
INDIRECTA	19	15,4
Otras causas indirectas	9	7,3
Sepsis no obstétrica: Neumonía	6	4,9
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	4	3,3
Sepsis no obstétrica	1	0,8
EN ESTUDIO	81	65,9

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 7,3 % y la hemorragia obstétrica con el 5,7 %.

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 17 de 2021, se han notificado 2 616 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 35 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 174 casos, 115 corresponden a esta semana y 59 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 17 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Guainía	12	39,6
Chocó	42	24,8

Arauca	30	23,0
Córdoba	155	20,4
Barranquilla	131	20,3
Vichada	9	20,0
Bolívar	93	19,3
Buenaventura	25	18,5
Vaupés	3	18,4
Sucre	74	17,6
San Andrés y Providencia	4	17,2
Casanare	32	16,2
Putumayo	23	15,9
La Guajira	104	15,7
Cauca	86	15,4
Caquetá	29	14,2
Magdalena	60	14,1
Risaralda	42	14,0
Antioquia	317	13,9
Cartagena	69	13,8
Cundinamarca	153	13,7
Nariño	70	13,6
Atlántico	78	13,5
Quindío	23	13,4
Colombia	2581	13,1
Amazonas	4	12,9
Boyacá	54	12,6
Caldas	32	12,4
Cesar	86	12,3
Tolima	61	12,1
Santa Marta	34	12,0
Guaviare	5	11,6
Norte de Santander	81	11,0
Huila	59	10,7
Cali	80	10,3
Meta	50	10,2
Valle del Cauca	61	10,1
Bogotá	249	9,4
Santander	61	7,2

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,1 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 24 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (39,6), Chocó (24,8), Arauca (23,0), Córdoba (20,4) y Barranquilla (20,3).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,1 % (1 241), seguido de neonatales tempranas con 27,6 % (712), neonatales tardías con 14,5 % (374) y perinatales intraparto con 9,8 % (253).

Figura 13.
Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20de%20muertes%20perinatales%20y%20neonatales%20tardias%20por%20causas%20de%20muerte%20agrupadas%20Colombia%20semanas%20epidemiologicas%2001%20a%2017%20de%202021.aspx)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20de%20muertes%20perinatales%20y%20neonatales%20tardias%20por%20causas%20de%20muerte%20agrupadas%20Colombia%20semanas%20epidemiologicas%2001%20a%2017%20de%202021.aspx)

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-inmadurez 24,1 % y asfixia y causas relacionadas 20,5 %.

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

Metodología:

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

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

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal sobre COVID-19. Fecha de Publicación 4 de mayo 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Por segunda semana consecutiva el número de casos de COVID-19 a nivel mundial se mantienen en los niveles más altos desde el inicio de la pandemia con más de 5,7 millones de nuevos casos semanales después de nueve semanas de aumentos. El número de muertes continúa incrementando con más de 93 000 muertes. La región de Asia Sudoriental continúa reportando un marcado incremento en la incidencia tanto de casos como de muertes. India representa más del 90 % de los casos y muertes de la región, así como el 46 % de los casos mundiales y el 25 % de las muertes mundiales notificadas en la última semana. La incidencia de casos en las regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental, África y las Américas disminuyó mientras que las tasas en la región del Pacífico Occidental fueron comparables con la semana anterior.

El mayor número de nuevos casos se reportó en la India (2 597 287 nuevos casos; incremento del 20 %), Brasil (421 933 casos nuevos; Incremento del 4 %), Estados Unidos (345 692 nuevos casos; disminución del 15 %), Turquía (257 992 casos nuevos; disminución del 32 %) y Francia (163 666 nuevos casos, con disminución del 23 %).

Variantes SARS-CoV-2

Las actividades de vigilancia para la detección de variantes de SARS-CoV-2 se han fortalecido a nivel local y nacional, incluidas las estrategias de secuenciación genómica, el número de países/territorios/áreas que reportan variantes de interés y variantes de preocupación (VOI y VOC siglas en inglés respectivamente) continúa incrementando. Desde la actualización del 27 de abril VOC 202012/01 se ha reportado en tres nuevos países, la variante 501Y.V2 en 10 países y la variante P1 en tres nuevos países. Hasta el 4 de mayo, un total de 142 países ha reportado VOC 202012/01, 97 países la variante 501Y.V2 y 56 la variante P1. La información presentada debe ser interpretada de acuerdo con las limitaciones de la vigilancia incluidas la capacidad de secuenciación y priorización de muestras entre los diferentes países.

Se espera la evolución del virus y cuanto más circula el SARS CoV-2 más oportunidades tiene de mutar. Reducir la transmisión a través de métodos de control de enfermedades establecidos tales como la estrategia de preparación y el plan de respuesta para COVID-19 de la OMS, así como evitar introducciones en poblaciones animales son aspectos cruciales de la estrategia global para reducir la aparición de mutaciones que tiene implicaciones negativas para la salud pública.

Panorama regional de la OMS

Región de África. La región reportó alrededor de 42 000 casos nuevos y más de 1 000 nuevas muertes la última semana con una disminución del 15 % y 13 % respectivamente comparado con la semana pasada. El mayor número de casos nuevos se notificó en Sur África (8 472 nuevos casos, una disminución del 3 %), Etiopía (7 107 casos nuevos, una disminución del 34 %) y Camerún (4 609 casos, incremento del 8 %). El número de nuevas muertes se registró en Sudáfrica (281 muertes, una disminución del 32 %), Etiopía (178 nuevas muertes, una disminución del 12 %) y Kenia (141 nuevas muertes, incremento 1 %).

Región de las Américas. La región ha reportado más de 1,3 millones de casos nuevos y más de 36 000 nuevas muertes con una disminución del 8 % y un incremento del 1 % respectivamente comparado con la semana anterior. La tasa de incidencia ha disminuido por segunda semana consecutiva. El mayor número de caso nuevos se reportó en Brasil (421 933 casos nuevos; un incremento del 4 %), Estados Unidos de América (345 692 casos nuevos; un 15 % de disminución) y Argentina (152 711 casos nuevos; una disminución del 8%). El mayor número de nuevas muertes se registró en Brasil (17 365 nuevas muertes; un decremento del 2 %), los Estados Unidos de América (4 728 nuevas muertes, un decremento del 5 %) y Colombia (3 274 nuevas muertes; un aumento del 14 %).

Región del Mediterráneo Oriental. La región notificó alrededor de 324 000 nuevos casos y más de 6 400 nuevas muertes, una disminución del 14 % y un incremento del 1 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El número de casos ha disminuido por dos semanas consecutivas. El mayor

número de casos nuevos se notificó en República Islámica de Irán (139 118 casos nuevos; un decremento del 14 %), Iraq (44 078 casos nuevos; una disminución del 17 %) y Pakistán (39 503 casos nuevos; una disminución del 11 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en la República Islámica de Irán (2 970 nuevas muertes; un aumento del 6 %), Pakistán (958 nuevas muertes; un aumento de 6 %) y Túnez (577 nuevas muertes; un aumento del 12 %).

Región Europea. La región ha reportado cerca de 1,1 millones de nuevos casos y más de 22 000 nuevas muertes con una marcada disminución del 22 % y 12 % respectivamente comparado con la semana anterior. Se ha presentado una disminución en el número de nuevos casos y muertes en últimas cuatro últimas semanas. El mayor número de casos nuevos se notificó en Turquía (257 992 casos nuevos; una disminución del 32 %), Francia (163 666 casos nuevos; una disminución del 23 %) y Alemania (129 404 casos nuevos; una disminución del 11 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Polonia (2 653 nuevas muertes; una disminución del 22 %), la Federación Rusa (2 630 nuevas muertes; una disminución del 1 %) y Turquía (2 493 nuevas muertes; un incremento del 4 %).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana, la región del Sudeste Asiático notificó cerca de 2,7 millones nuevos casos y 25 000 nuevas muertes, un aumento del 19 % y del 48 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. El país principal impulsor de este aumento en la región es India (2 597 285 casos nuevos; un aumento del 20 %), Indonesia (36 088 casos nuevos; una disminución del 3 %) y Nepal (31 806 casos nuevos; un incremento de 137 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en India (23 161 nuevas muertes; un aumento del 53 %), Indonesia (1 152 nuevas muertes; una disminución del 2 %) y Bangladesh (558 nuevas muertes; una disminución del 17 %).

Región del Pacífico Occidental. La semana anterior se notificaron más 132 000 nuevos casos y poco más de 1 200 nuevas muertes, un aumento del 1 % y una disminución del 3 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. La tasa de incidencia continua con tendencia ascendente durante las últimas ocho semanas, mientras que las muertes han disminuido por tercera semana consecutiva. El mayor número de casos nuevos se notificó en Filipinas (57 238 casos nuevos; un decremento del 10 %), Japón (35 084 casos nuevos; un aumento del 9 %), y Malasia (21 342 casos nuevos, un incremento del 23 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Filipinas (680 nuevas muertes; un decremento 21 %), Japón (383 nuevas muertes; un aumento del 32 %) y Malasia (95 nuevas muertes; un incremento 70 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 4 de mayo de 2021. Fecha de consulta 6 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---4-may-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---4-may-2021>)

Boletín de brotes y emergencias. Guinea, Brote Enfermedad Virus del Ébola (EVE) 26 de abril al 2 de mayo de 2021, semana 18. Organización Mundial de la Salud (OMS)

No se han confirmado nuevos casos de Enfermedad por Virus del Ébola (EVE) informó la prefectura de N'Zerekore, sitio del actual brote de EVE hasta el 1 de mayo de 2021. No hay subprefecturas activas dentro de la prefectura de N'Zerekore y no se han notificado nuevos casos en los últimos 21 días, sin embargo, hay 19 casos nuevos sospechosos de los cuales uno se encuentra en aislamiento y al cual se le tomó muestra, dos en la comunidad y 16 se han negado a tomarse muestra.

Al 1 de mayo de 2021, un total de 23 casos han sido reportados, incluidos 16 casos confirmados y siete (7) casos probables, de los cuales nueve se han recuperado y 12 han fallecido (letalidad 52,2 %). El número de trabajadores de salud infectados son cinco (5). El caso confirmado perdido continúa desaparecido, la cuenta regresiva para el fin del brote es hasta el 8 de mayo 2021, incluido este caso. La mayoría de los casos confirmados y probables son mujeres (13/23: 60,9 %) y el grupo de edad más afectado es el de alrededor de 40 años.

Un total de 1 114 contactos han sido seguidos y el 56 % de ellos han sido vacunados. Al 1 de mayo de 2021 un total de 110 han sido notificadas, de las cuales hay 10 fallecidos. De estas alertas 46 (45,0 %) fueron investigadas en las primeras 24 horas. Un total de 29 alertas fueron validadas y seis de los fallecidos se les tomo muestra. La mayoría de las alertas provienen de la búsqueda activa comunitaria y algunos directamente de la comunidad.

Las acciones de respuesta en salud pública incluyen reuniones de seguimiento y coordinación en un centro de operaciones de emergencia recientemente equipado con el apoyo de la OMS. Un acumulado de 8 638 personas han sido vacunadas, incluidos 622 contactos de alto riesgo, 7 482 contactos de contactos, incluidos 2 529 trabajadores de primera línea. Tres pacientes, todos casos sospechosos han sido hospitalizados en centros de tratamiento para enfermedades epidémicas. Las actividades de prevención y control de infecciones incluyeron la comunicación del riesgo sobre técnicas de hisopado y bioseguridad de las muestras para el personal del Hospital Regional de N'zerekore.

Fuente: Boletín de brotes y emergencias, 26 de abril al 2 de mayo de 2021, semana 18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación 2 de mayo de 2021. Fecha de consulta 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/outbreaks-and-emergencies-bulletin-week-18-26-april-02-may-2021> (<https://www.afro.who.int/publications/outbreaks-and-emergencies-bulletin-week-18-26-april-02-may-2021>)

Ébola, República Democrática del Congo. Noticias de brotes de enfermedades. Fecha de publicación 4 de mayo de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Después que se declarara el brote de Enfermedad por el Virus Ébola (EVE) el pasado 7 de febrero de 2021, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 42 días después que el último caso confirmado diera negativo por segunda vez, el 3 de mayo del 2021, el Ministro de Salud de la República Democrática del Congo (RDC) declaró el fin del brote que afectó a cuatro zonas de salud del país dentro de la provincia de Kivu del Norte: Biena, Musienene, Katwa y Butembo.

Aunque hasta la fecha, aún no se ha determinado la fuente de infección del caso inicial de este brote, en total se notificaron 12 casos (11 confirmados y uno probable). De estos 12 casos, ocho (73 %) eran contactos conocidos y fueron seguidos en el momento de la detección y todos estaban vinculados epidemiológicamente dentro de una cadena de transmisión única. Los 12 casos de EVE se notificaron en las cuatro zonas sanitarias de la provincia de Kivu del Norte. De estos casos, seis murieron y seis se recuperaron después de recibir el tratamiento adecuado. Dos de los 12 casos eran trabajadores de la salud que contrajeron la infección mientras atendían el caso inicial en este brote, ambos sobrevivieron.

Durante el brote del 7 de febrero al 3 de mayo de 2021 se identificaron 1 194 contactos de todos los casos confirmados y probables, en las 48 áreas de salud de cinco zonas de salud. Hasta la fecha, todos los contactos han completado su periodo de seguimiento de 21 días. Se designó un equipo dedicado a la búsqueda continua de los contactos que se perdieron durante el seguimiento, que nunca se vieron o fueron desplazados durante los 42 días desde la última exposición a un caso confirmado de EVE para asegurarse de no pasar por alto las cadenas de transmisión. Durante el transcurso del brote, se reportaron 33 229 alertas de 17 zonas de salud de la división de Butembo y Beni. Además 1,5 millones de viajeros fueron examinados en los puntos de entrada de la República Democrática del Congo y cerca de 2 000 personas fueron vacunadas contra EVE.

Como respuesta de salud pública, el Departamento Provincial de Salud, división de Butembo, en colaboración con la OMS, del 7 de febrero de 2021 al 3 de mayo de 2021, realizó las siguientes actividades: reuniones diarias de coordinación, incremento de la capacidad de vigilancia y preparación de los países limítrofes, establecimiento del sistema de vigilancia de alertas y capacitación de los administradores de datos de las zonas de salud para el informe diario, preciso y oportuno de las alertas, instauración de veintidós puntos de entrada / puntos de control, que realizaron un total de 1 519 869 exámenes durante todo el brote, vacunación de residentes y trabajadores de la salud de primera línea y acciones de comunicación del riesgo y participación comunitaria en todas las zonas de salud.

La OMS señala que sigue existiendo el riesgo de que reaparezca la EVE dado que el virus del Ébola es enzoótico en la República Democrática del Congo y puede persistir en algunos fluidos corporales de los supervivientes durante varios meses, lo que, en casos raros, puede provocar una transmisión secundaria. La reaparición de la EVE es un problema importante de salud pública en la República Democrática del Congo y todavía existen brechas en la capacidad del país para prepararse y responder a los brotes. Una confluencia de factores ambientales y socioeconómicos como la pobreza, la desconfianza de la comunidad, los sistemas de salud débiles y la inestabilidad política está acelerando la tasa de aparición de la EVE este país.

La OMS recomienda las siguientes medidas de reducción del riesgo como una forma eficaz de reducir la transmisión de la enfermedad por el virus del Ébola en los seres humanos: reducir el riesgo de transmisión de vida silvestre a humanos por contacto con murciélagos frugívoros o monos/simios infectados y el consumo de su carne cruda, reducir el riesgo de transmisión de persona a persona por contacto directo o cercano con personas con síntomas de Ébola, particularmente con sus fluidos corporales, continuar con la capacitación y reentrenamiento del personal de salud para la detección temprana, el aislamiento y el tratamiento de casos de EVE, así como con el reentrenamiento sobre entierros seguros y dignos, garantizar la disponibilidad de suministros de elementos de protección personal para tratar a los pacientes enfermos y para la descontaminación, preparación para la vacunación de los trabajadores de la salud e involucrarse con las comunidades para reforzar las prácticas de entierro seguras y dignas.

Finalmente, sobre la base de la evaluación actual de riesgos y la evidencia previa sobre los brotes de Ébola, la OMS desaconseja cualquier restricción de los viajes y el comercio a la República Democrática del Congo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Noticias de brotes de enfermedades. Fecha de publicación 4 de mayo de 2021. Fecha de consulta 6 de mayo de 2021. Disponible en:
<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2021-DON325>
(<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2021-DON325>)

Alerta Epidemiológica COVID-19: Incremento de las hospitalizaciones y de las defunciones en pacientes menores de 60 años. Fecha de publicación 26 de abril de 2021. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros preparar a los servicios de salud para atender un eventual aumento súbito de la demanda de atención en servicios de mayor complejidad para el manejo de pacientes más jóvenes, dado el aumento de la tasa de hospitalizaciones por la COVID-19 en estos grupos etarios.

Si bien, los análisis de los casos notificados de COVID-19 indicaban que el número de hospitalizaciones, las hospitalizaciones en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y las defunciones eran más altas en adultos mayores y en aquellas personas con comorbilidades, a nivel global, se observa un cambio del perfil de la edad de los casos hospitalizados y hospitalizados en UTI, con una mayor tasa de hospitalización en población más joven.

Teniendo en cuenta que para medir la severidad de la COVID-19 se consideraron algunas de las medidas que históricamente se han usado para evaluar la severidad clínica de la influenza, a continuación, se presenta un resumen de los casos graves de la COVID-19, en Brasil, Chile, Paraguay y Perú, países en los cuales, de acuerdo con la información disponible, se observa un incremento de la severidad en población menor de 60 años.

En Brasil, a partir del final de enero de 2021 se nota un incremento de las tasas diarias de hospitalización en todos los grupos de edad y cuando se compara la tasa de hospitalización más alta ocurrida en 2020 (13 de julio) con la tasa más alta ocurrida en 2021 (10 de marzo) se observa que los menores de 39 años y los grupos de 40-49 años, así como los de 50-59 años duplicaron el valor de las tasas de hospitalización. Respecto a las tasas de mortalidad, se observa un incremento desde inicios de diciembre de 2020 en todos los grupos etarios, manteniendo la mayor tasa de mortalidad en los adultos mayores. Sin embargo, al comparar las tasas de mortalidad registradas en diciembre 2020 con las de marzo 2021, se observa que mientras en los adultos mayores la tasa de mortalidad se duplicó, en los menores de 39 años y en el grupo de 40-49 años la tasa se cuadruplicó mientras que en el grupo de 50-59 años la tasa se triplicó.

En Chile, desde mediados de marzo de 2021 en adelante se observa en el grupo de 50-59 años una tasa mayor de hospitalización que la de los adultos mayores. Al comparar las tasas de mortalidad registradas en diciembre 2020 con las tasas registradas en marzo 2021, se observó que todos los grupos etarios duplicaron sus tasas de mortalidad y que los mayores incrementos porcentuales se observaron en los grupos de 50-59 años.

En Paraguay, las tasas de mortalidad de marzo 2021 observadas en todos los grupos etarios son las más altas registradas desde las primeras defunciones ocurridas en el país. Al comparar las tasas de mortalidad de diciembre 2020 con las tasas de marzo 2021, se observó que los grupos etarios de 50-59 años y de ≥ 60 años las tasas se duplicaron, en tanto que en los menores de 39 años la tasa de mortalidad se triplicó y en el grupo de 40-49 años se quintuplicó.

En Perú, al comparar las tasas de mortalidad registradas en diciembre 2020 con las tasas registradas en marzo 2021, se observó que tanto en los menores de 39 años y los de 60 y más años las tasas se triplicaron con un incremento relativo de 66 y 67 % respectivamente. Mientras que los grupos de 40-49 años y de 50-59 años esas tasas se cuadruplicaron e incrementaron en 73 % y 77 % respectivamente.

Frente a la situación expuesta la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a preparar los servicios de salud para asegurar el manejo adecuado de los casos graves de COVID-19 en población más joven y a planificar los insumos y medicamentos necesarios para atender un aumento sustancial de casos en dicha población. Adicionalmente, indica que habrá que reforzar la atención primaria a fin de brindar asistencia en la fase temprana de la enfermedad con el objetivo de evitar el deterioro clínico y reducir la necesidad de buscar asistencia en hospitales.

Fuente: Alerta Epidemiológica COVID-19: Incremento de las hospitalizaciones y de las defunciones en pacientes menores de 60 años. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Alerta Epidemiológica. Fecha de publicación: 26 de abril de 2021. Fecha de consulta 6 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-incremento-hospitalizaciones-defunciones-pacientes> (<https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-incremento-hospitalizaciones-defunciones-pacientes>)

Alertas nacionales

Intoxicación por plaguicidas, Necoclí-Antioquia, 5 de mayo de 2021

Se recibe informe de intoxicación por plaguicida "bañador", donde se relaciona que el 04 de mayo una familia consumió pescado frito, confundiendo el plaguicida con aceite de freír. El 100 % de las personas que consumieron el alimento (06) iniciaron síntomas el mismo día. Los síntomas observados fueron: diarrea, vómito, mareo, dolor abdominal tipo cólico, calambres y disminución de la fuerza en las piernas. Información preliminar.

Fuente: Informe Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, mayo de 2021.

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en población especial. Pereira-Risaralda

El 03 de mayo de 2021 se notifica brote ETA en establecimiento militar de Pereira-Risaralda con afectación de 33 militares quienes presentaron los siguientes síntomas: diarrea, náuseas, escalofrío, dolor abdominal. Se identificaron 300 expuestos para una tasa de ataque del 11 %. No se reportan pacientes hospitalizados ni fallecidos y todos recibieron manejo ambulatorio. Los alimentos posiblemente implicados son: hamburguesa, arroz, pollo apanado, calentado de frijol, arroz paisa. Acciones realizadas: investigación epidemiológica de campo (IEC), toma de muestras para análisis microbiológico. Información preliminar sujeta a cambios, situación en seguimiento. Estado: abierto

Fuente: Informe Dirección de Sanidad de Fuerzas Militares, mayo de 2021.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 17 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/ neumónica ni carbunco; sin embargo, se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

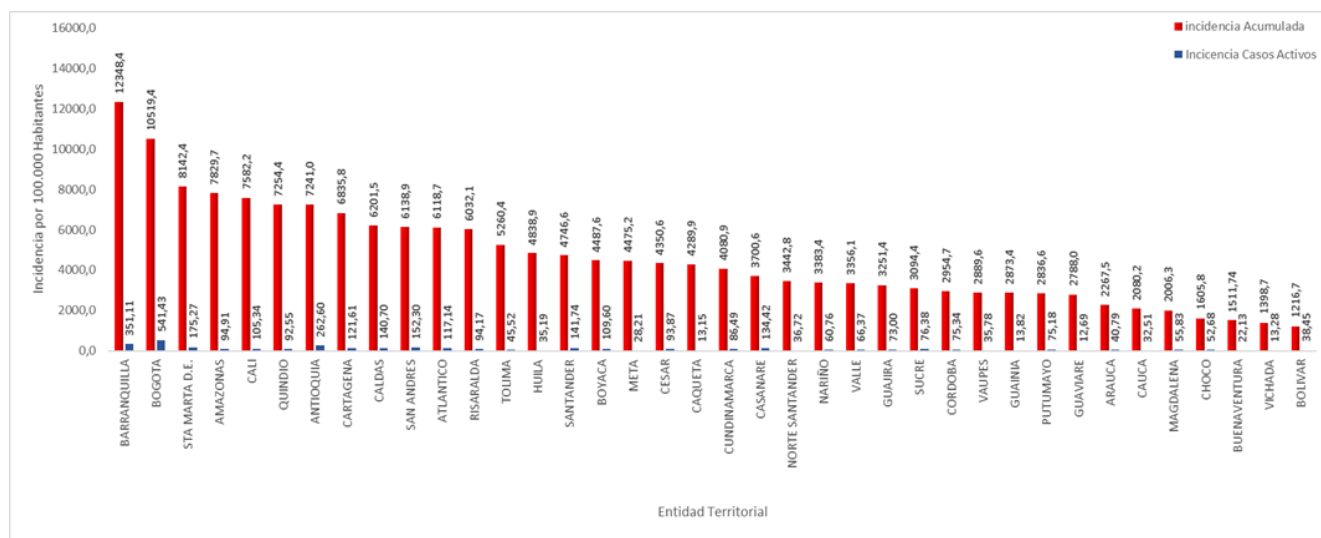
EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

Situación COVID-19

Hasta el 6 de mayo de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 951 101 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 114 municipios. La incidencia acumulada es de 5 858,56 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que superan esta incidencia son: Barranquilla, Bogotá, Santa Marta, Amazonas, Cali, Quindío, Antioquia, Cartagena, Caldas, San Andrés, Atlántico y Risaralda (figura 1). A la fecha el 3,1 % (91 703) de los casos se encuentra activo, siendo procedente principalmente de Bogotá con el 45,7 % (41 928), Antioquia con el 19,1 % (17 536), Barranquilla D.E. con el 4,8 % (4 474), Valle del Cauca con el 4,1 % (3 748), Santander con el 3,5 % (3 233) y Cundinamarca con el 3,1 % (2 805). A nivel municipal (con excepción de Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Santa Marta), el 20,7 % (18 982) de los casos activos se encuentra principalmente en: Medellín (9 587), Cali (2 373), Bello (1 527), Bucaramanga (1 422), Itagüí (1 344), Manizales (965), Valledupar (894) y Soledad (870).

Figura 14.
Incidencia acumulada y de casos activos de COVID-19 por entidad territorial de procedencia, Colombia, 6 de mayo de 2021



Fuente: INS- Base Reporte COVID-19, 6 de mayo 2021.

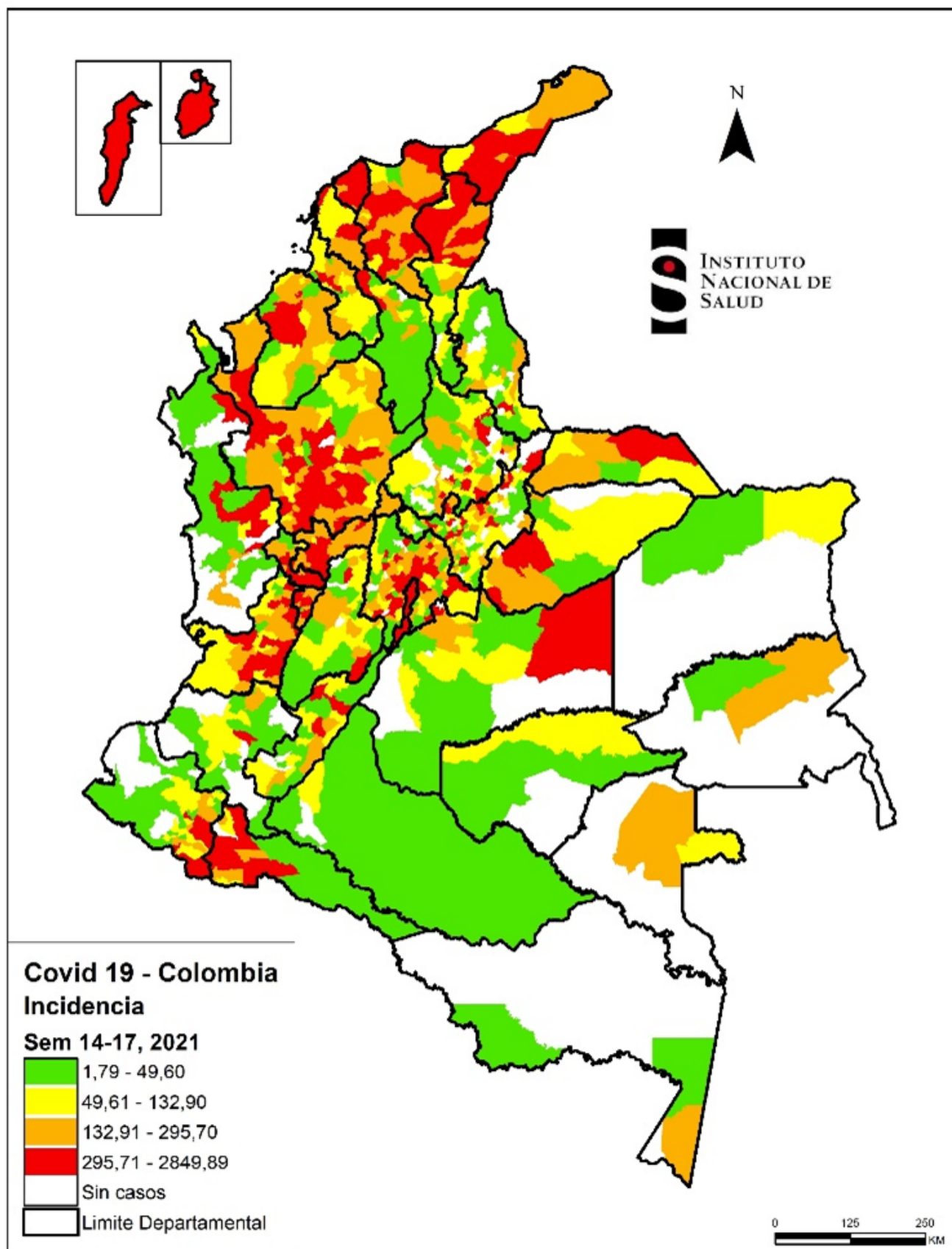
Análisis de la gráfica**Ampliar**[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_incidencia_acumulada_COVID-19_BES_17_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_incidencia_acumulada_COVID-19_BES_17_2021.png)**Descargar**[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_incidencia_acumulada_COVID-19_BES_17_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_incidencia_acumulada_COVID-19_BES_17_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia acumulada es de 5 858,56 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que superan esta incidencia son: Barranquilla, Bogotá, Santa Marta, Amazonas, Cali, Quindío, Antioquia, Cartagena, Caldas, San Andrés, Atlántico y Risaralda.

La incidencia nacional de casos activos es de 182,05 casos por 100 000 habitantes. Los municipios y distritos con mayor incidencia de casos activos son: Tarapacá – Amazonas (913, 9), Bogotá (541,4), Contratación – Santander (540,6), La Jagua del Pilar – La Guajira (485,57), Caldas – Antioquia (479,48), Itagüí – Antioquia (463,4), Apartadó - Antioquia (437,5), Rionegro – Antioquia (409,11), Concepción – Antioquia (399,3), Medellín – Antioquia (378,4), Toledo – Antioquia (356,9), Barranquilla (351,1), Socorro – Santander (344,9) y Buriticá – Antioquia (311,4). De los casos activos el 52,0 % (47 617) se reportó en mujeres y según el grupo de edad el 70,1 % (64 369) se presenta en personas entre los 20 y los 59 años. De acuerdo con la ubicación, el 86,0 % (78 910) de los casos activos se encuentra en casa, el 11,2 % (10 312) hospitalizado en sala general y el 2,7 % (2 481) hospitalizado en UCI.

Figura 15.**Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 14 a 17, 2021**



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

Análisis de la gráfica**Ampliar**

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_15_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_17_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_15_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_17_2021.png)

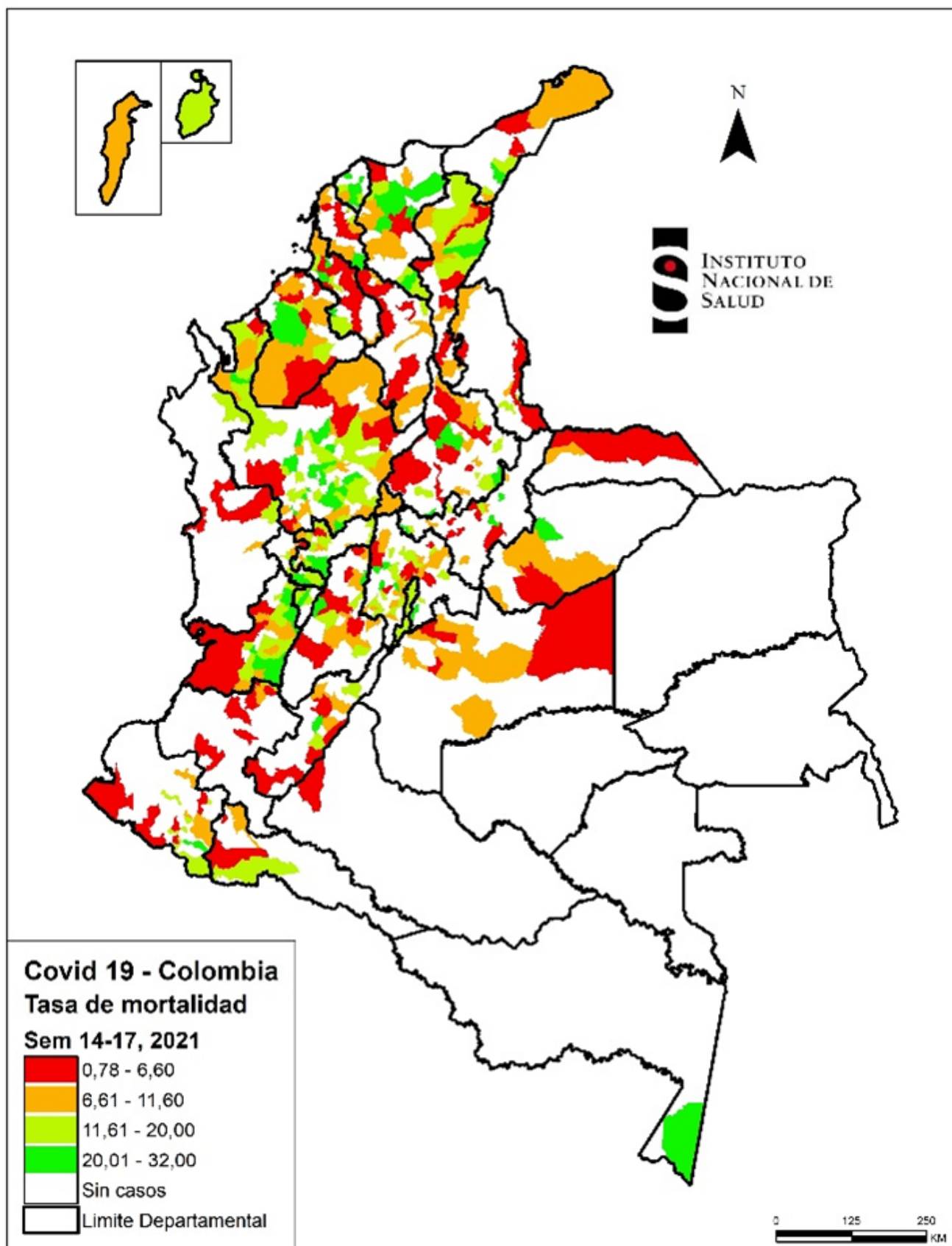
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 4 de abril y el 1 de mayo de 2021 (SE 14 - 17, 2021), se reportaron 313 776 casos de COVID-19, para una incidencia de 656,32 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superaron la incidencia de periodo nacional fueron Antioquia (1 079,30), Atlántico (1 005,65), Barranquilla (2 849,89), Bogotá, D.C. (1 280,93), Caldas (828,18), Santa Marta (1 194,50), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1 114,28). Para este periodo comprendido entre las semana epidemiológica (SE) 14 a 17, 2021 se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, D.C., Bolívar, Cartagena, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Chocó, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Tolima, Buenaventura, Arauca, Casanare, Putumayo, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Guaviare, Vaupés. Las siguientes entidades territoriales registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior: Atlántico (0,7), Barranquilla (0,9), Córdoba (0,8), La Guajira (0,8), Magdalena (0,7), Santa Marta (0,7), Quindío (0,8), Sucre (0,9), Cali (0,8), Amazonas (0,3) y Vichada (0,2).

Hasta la fecha se han reportado 76 414 fallecidos por COVID-19, entre el 4 de abril y el 1 de mayo de 2021 (SE 14 – 17, 2021) se notificaron 9 654 fallecidos, lo que corresponde al 12,6 % del total de casos fatales. Durante el periodo analizado (SE 14-17, 2021) fallecieron 736 personas entre los 15 y 44 años y 7 136 personas mayores de 60 años, que corresponden al 7,6 % y 74,0 % de las muertes del periodo (9 654); durante este tiempo se notificaron 3 casos de muerte por esta causa en menores de 5 años.

Figura 16.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 14 a 17, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_17_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_17_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Las entidades con mayor notificación de fallecidos durante este periodo epidemiológico (SE 14-17, 2021) fueron: Antioquia con 27,0 % (2 602), Barranquilla con 14,6 % (1 410), Bogotá D.C. con 12,9 % (1 241), Atlántico con 8,1 % (779), Cali con 4,2 % (409), Santa Marta con 3,6 % (346), Valle del Cauca (312) y Cundinamarca (311) con el 3,2 % cada uno. Entre las semanas epidemiológicas (SE) 14 a 17, 2021, los municipios y distritos con la mayor tasa de mortalidad fueron: Barranquilla (110,97), Hobo – Huila (108,59), Puerto Colombia – Atlántico (91,50), Santo Tomás – Atlántico (72,06), Baranoa – Atlántico (68,75), Venecia – Antioquia (68,45), Soledad – Atlántico (65,51).

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad y letalidad de la SE 14 a 17, 2021 respecto al periodo anterior (SE 10-13, 2021), se observó que de los 484 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado el 42,7 % (207) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y letalidad; de estos municipios los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Hobo – Huila (Δ 108,6), Guateque – Boyacá (Δ 64,4), La Jagua del Pilar -La Guajira (Δ 52,2), Distracción- La Guajira (Δ 49,2), Norcasia – Caldas (Δ 49,1), y los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Abriaquí – Antioquia (Δ 100,0), Quípama – Boyacá (Δ 100,0), La Peña – Cundinamarca (Δ 100,0), Ricaurte – Nariño (Δ 100,0), Sapuyes – Nariño (Δ 100,0), Caparrapí – Cundinamarca (Δ 50,0), Baraya – Huila (Δ 50,0), Albania – Santander (Δ 50,0), El Carmen de Chucurí – Santander (Δ 50,0), Ambalema – Tolima (Δ 50,0).

Tabla 14.

Clasificación de municipios según prioridades para COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 14 a 17, 2021

Clasificación

Municipios

Prioridad 1:

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

Antioquia (Santo Domingo), Atlántico (Luruaco), Bolívar (Talaigua Nuevo), Cauca (Suárez, Villa Rica), Cesar (Pailitas), Córdoba (Planeta Rica), Cundinamarca (Caparrapí, Gachetá), Meta (Puerto Rico), Santander (Rionegro), Tolima (Carmen de Apicalá), Valle del Cauca (Trujillo), Arauca (Saravena).

Prioridad 2.1:

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

Antioquia (Medellín, Santa Fé de Antioquia, Cañasgordas, Sabaneta), Caldas (Chinchiná, Supía), Cundinamarca (Anapoima, Soacha), La Guajira (San Juan del Cesar, Uribia), Santander (Lebrija), Sucre (San Onofre), Tolima (Cajamarca), Valle del Cauca (Cartago, El Cerrito).

Prioridad 2.2:

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

Antioquia (Amagá, Amalfi, Angelópolis, Anorí, Barbosa, Cáceres, Caicedo, Caucasia, Cocorná, Dabeiba, Don Matías, El Bagre, Liborina, Maceo, Nechí, Pueblorrico, Sabanalarga, San Andrés de Cuerquia, Santa Bárbara, Támesis, Titiribí), Bolívar (Santa Rosa), Boyacá (Aquitania, Paz de Río, Susacón), Caldas (Aguadas, Norcasia, Palestina, Risaralda, Salamina, Viterbo), Cauca (Caldono, Miranda, Patía), Cesar (Pelaya), Cundinamarca (Bojacá, Chaguaní, Pacho, Tocaima, Ubaque, Villapinzón), Chocó (El Carmen de Atrato, Nuquí), Huila (Suaza, Yaguará), La Guajira (Distracción, La Jagua del Pilar), Magdalena (Pedraza, San Sebastián de Buenavista), Meta (Fuentedeoro), Nariño (Gualmatán, La Llanada, Puerres), Risaralda (Balboa, Santuario), Santander (Albania, Coromoró, El Peñón, Encino, San Andrés, San Vicente de Chucurí, Suaita), Sucre (Buenavista, Colosó), Tolima (Prado), Valle del Cauca (Andalucía, Ginebra, La Victoria, Vijes), Arauca (Fortul), Casanare (Nunchía), Putumayo (Valle del Guamuez).

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

Análisis de la tabla

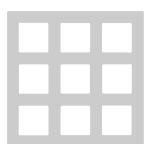
ANÁLISIS DE LA TABLA

Durante las SE 14 a 17 de 2021, 101 municipios presentaron un incremento significativo de los indicadores para COVID-19, 14 municipios presentaron incremento de la incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y un descenso o patrón estable de tasa de muestreo; 15 municipios registraron aumento de la incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y tasa de muestreo con reporte de fallecidos por COVID-19 en el periodo anterior (SE 10 – 13,

2021) y 72 municipios reportaron aumento de la incidencia, tasa de mortalidad, letalidad, positividad y tasa de muestreo sin fallecidos por COVID-19 en el periodo anterior (SE 10 – 13, 2021).

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 14 - 17), 2021 se han notificado por fecha de inicio 158 conglomerados COVID-19, de los cuales 155 (98,1 %) se encuentran activos con 1 157 casos confirmados y 3 819 muestras obtenidas para un porcentaje de positividad del 30,3 %. De los conglomerados activos, el 34,8 % (54) se presentó en empresas con 244 casos confirmados; 20,6 % (32) en fuerzas militares con 486 casos confirmados; 16,1 % (25) en instituciones educativas con 120 casos; 8,4 % (13) en centros de protección con 110 casos; 7,7 % (12) en ámbito comunitario con 86 casos; 3,2 % (5) en migrantes con 52 casos; 3,2 % (5) en instituciones de salud con 20 casos; 2,6 % (4) en población carcelaria con 22 casos; 2,6 % (4) en policía con 14 casos y 0.6 % (1) en población indígena con tres casos confirmados.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 17 / 25 de abril al 1 de mayo de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/133/Cuadro_de_mando_BES_17_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 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2021

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2021

Tabla 2. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 17 de 2021



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