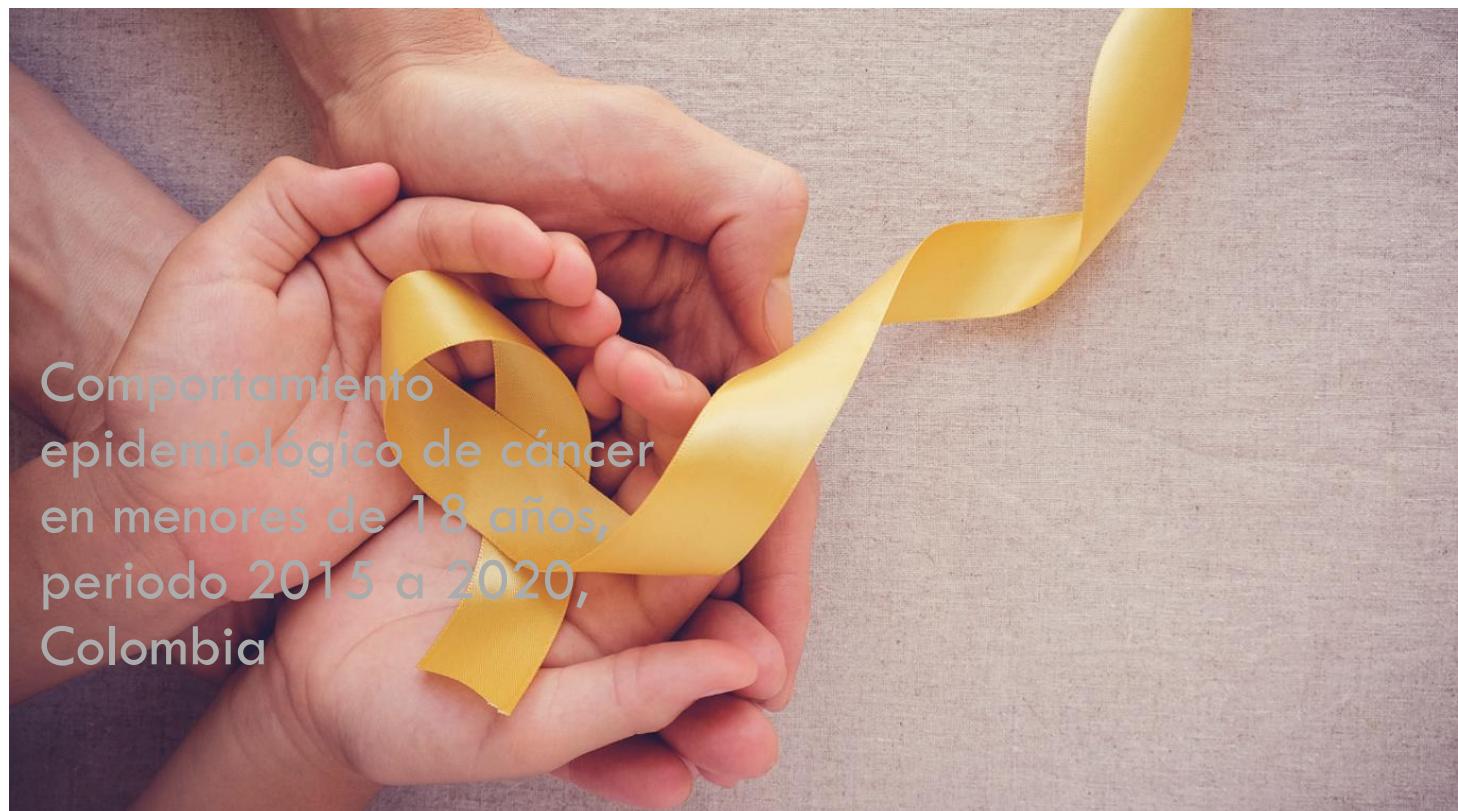


EVENTO CENTRAL



Fuente: .

Análisis

Introducción

La Organización Mundial de la Salud en 2018 estableció que el cáncer en niños y niñas es la segunda causa de mortalidad infantil. Esta patología aún no es prevenible con las tecnologías en salud disponibles, pero si se detecta oportunamente, se mejora la sobrevida a 5 años en más de un 70 %, lo que implica que la mayoría de estos menores podrían curarse definitivamente [2, 3]. En este sentido en Colombia se promulga la Ley 1384 [4] que propende por la atención integral del cáncer y la Ley 1388 de 2010 [5] cuya población objeto son los menores de 18 años, estableciendo para su operativización el "Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021" [5].

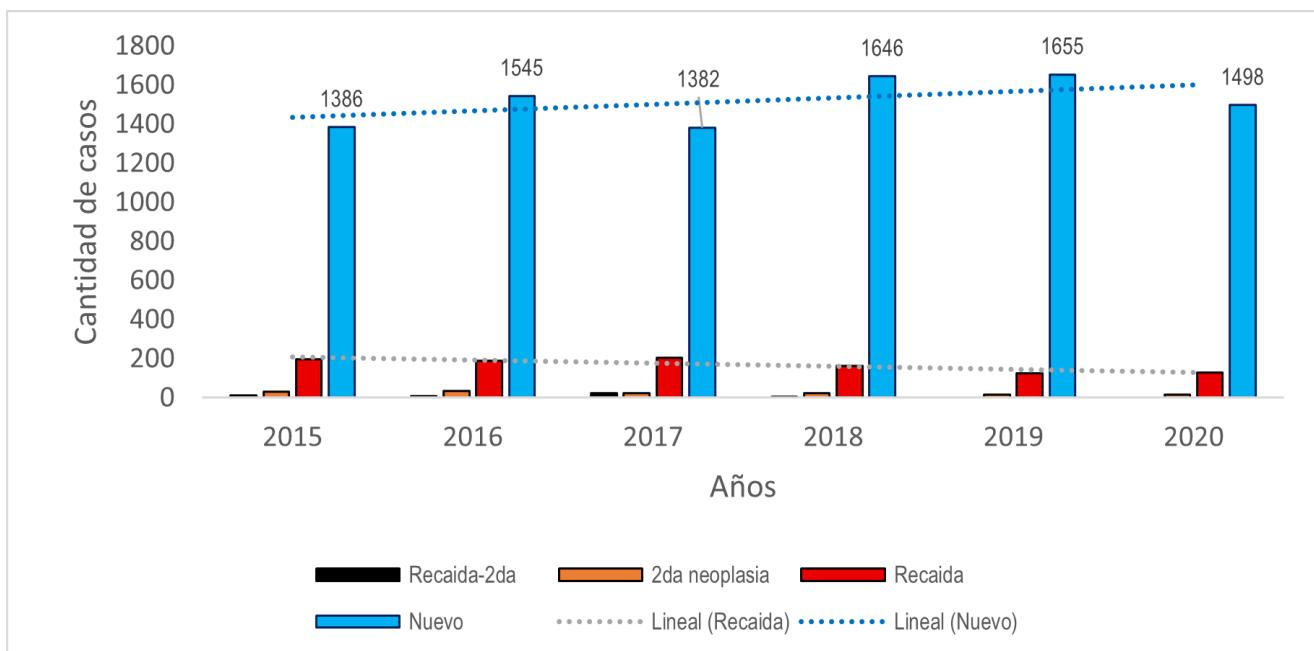
El Instituto Nacional de Salud realiza la vigilancia de las leucemias linfoide aguda y mieloide aguda desde el 2008; a partir del 2014 incluye 12 tipos de cánceres más: otras leucemias, linfomas y neoplasias reticuloendoteliales, tumores del sistema nervioso central (SNC), intracraneales e intraespinales, neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas, retinoblastoma, tumores renales, tumores hepáticos, tumores óseos malignos, sarcomas de tejidos blandos y extraóseos, tumores germinales, trofoblásticos y otros gonadales, tumores epiteliales malignos y melanomas, y otras neoplasias y neoplasias malignas no especificadas [7].

En este análisis se presenta el comportamiento de la vigilancia del evento cáncer en menores de 18 años, también llamado cáncer infantil (CI), de 2015 a 2020, y contribuye como una de las fuentes de información para la orientación del control de esta patología en la población infantil.

Resultados

En el 2020 se notificaron 1 645 casos, de los cuales 1 498 corresponden a casos nuevos; aunque para este año disminuyó la notificación, se observa una tendencia al aumento del 2015 a la fecha (figura 1).

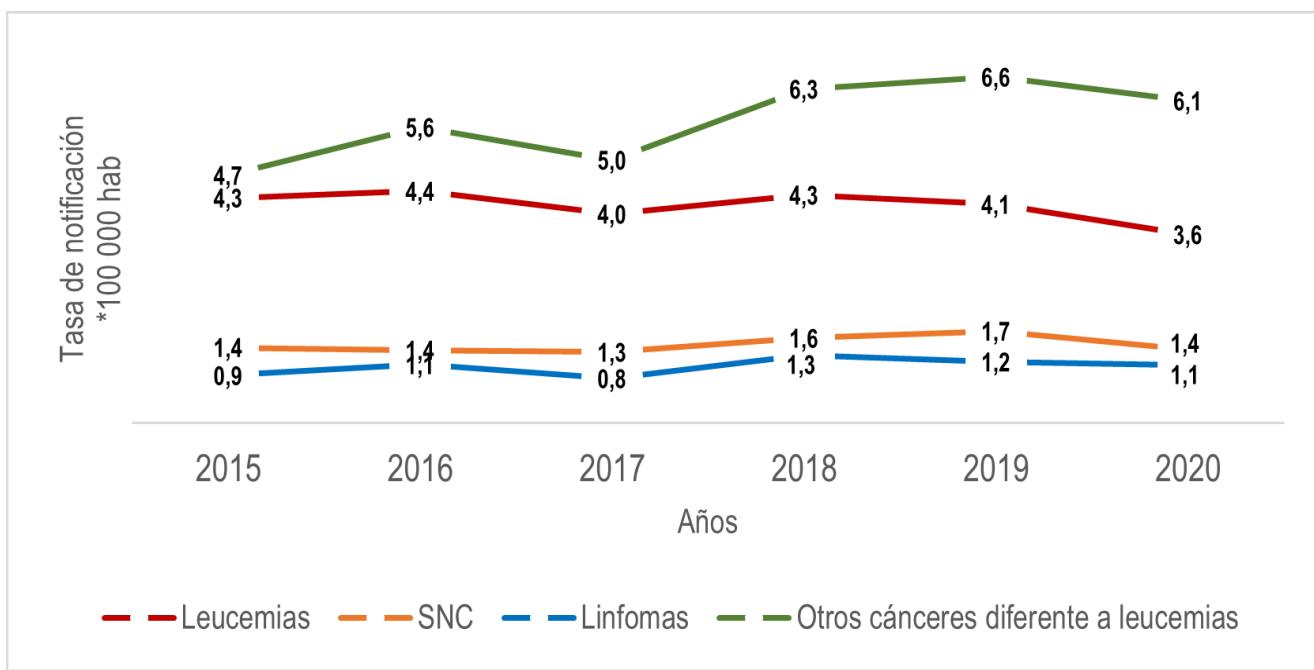
Figura 1. Comportamiento de la notificación en cáncer de menores de 18 años, 2015 a 2020, Colombia



Fuente: Sivigila, 2015-2020.

La International Agency for Research on Cancer, conocido como el Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN) realizó una estimación de tasa de incidencia (TI) en 2020 para Colombia de cáncer en niños y niñas de 14,2 por 100 000 habitantes, para leucemias de 5,2 por 100 000 habitantes, de 2 por 100 000 habitantes para linfomas y tumores del SNC. Así mismo, se observó en el comportamiento de la notificación al Sivigila una TI de 6,1 por 100 000 habitantes para los cánceres diferentes a leucemias, de 3,6 por 100 000 habitantes para leucemia, en los tumores del SNC de 1,4 por 100 000 habitantes y de 1,0 por 100 000 habitantes para linfomas (figura 2).

Figura 2. Tasa de notificación de leucemias, tumores del SNC, linfomas y cánceres diferentes a leucemias en población menor de 18 años, 2015 a 2020, Colombia



Fuente: Sivigila 2015-2020; DANE proyecciones 2020.

Para 2020 la mayor proporción de casos se presentó en niños con 893 casos (54,3 %), el 95,7 % estaba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en la población indígena hubo 21 casos (1,4 %) y en población afrodescendiente 16 casos (1 %). Los principales cánceres observados fueron las leucemias, linfomas y tumores del SNC, obteniendo una proporción de 63,7 % y el grupo de edad de 10 a 14 años presentó el mayor número de casos (tabla 1).

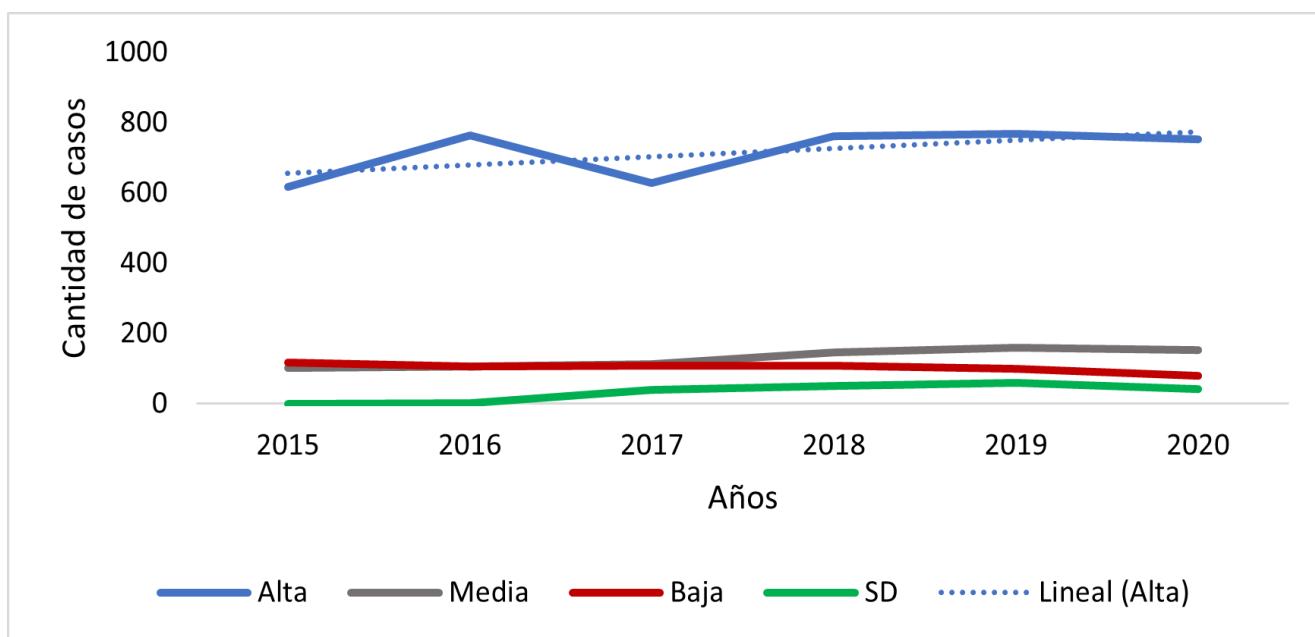
Tabla 1. Proporción de cáncer infantil por grupo de edad, 2020, Colombia

Clasificación del cáncer	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 17 años	Total casos	% por tipo CA	Fx Acumulada
Leucemia linfoide aguda	5	142	116	136	60	459	27,9	27,9
Tumores SNC	5	42	77	86	31	241	14,65	42,55
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	2	22	48	61	54	187	11,37	53,92
Otras neoplasias	9	27	17	53	45	151	9,18	63,1
Tumores óseos	1	6	14	44	35	100	6,08	69,18
Leucemia mieloide aguda	3	27	12	22	27	91	5,53	74,71
Sarcoma de Tej. blandos	8	13	17	25	28	91	5,53	80,24
Otras leucemias	3	18	15	16	18	70	4,26	84,5
Tumores Germinales	3	6	6	23	30	68	4,13	88,63
Retinoblastoma	10	37	2	0	0	49	2,98	91,61
Tumores renales	5	28	11	4	1	49	2,98	94,59
Neuroblastoma y otros tumores	5	19	10	8	3	45	2,74	97,33
Tumores hepáticos	8	13	5	4	3	33	2,01	99,33
Tumores epiteliales	0	2	1	5	3	11	0,67	100
Total	67	402	351	487	338	1645	100	

Fuente: Sivigila, 2020.

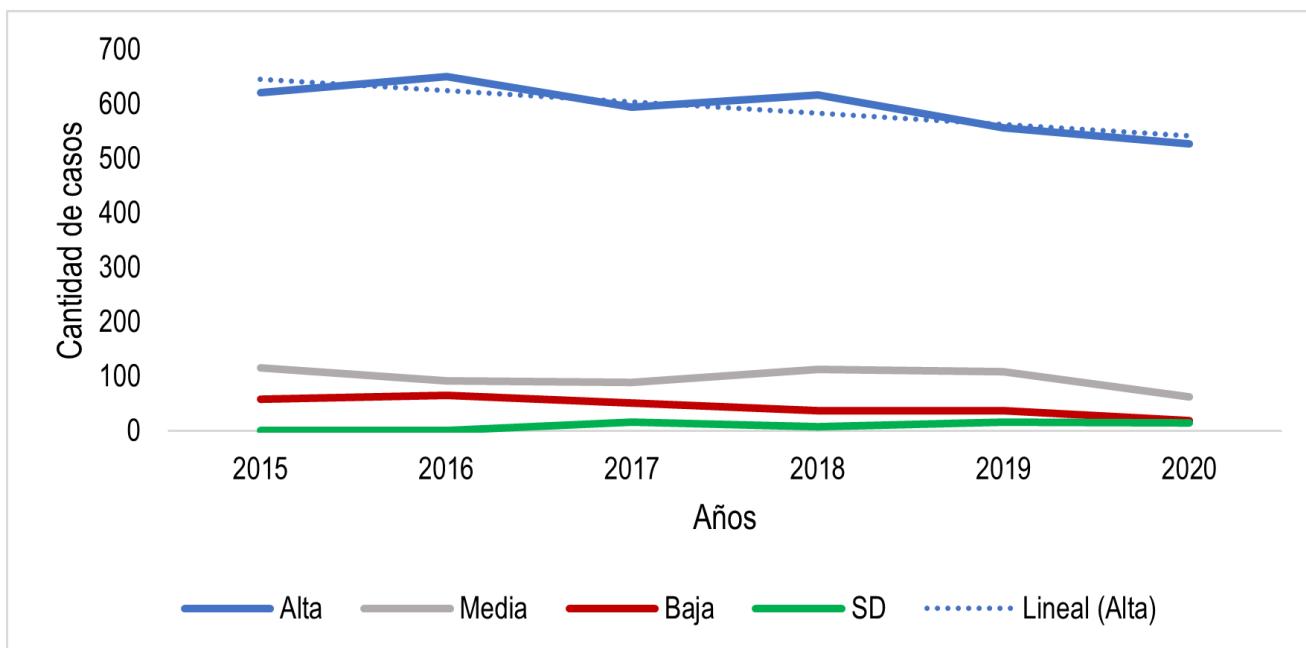
Teniendo en cuenta la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno en este evento, en el 2020, es relevante mencionar que las pruebas más utilizadas para presunción diagnóstica fueron las radiografías y el hemograma, y en la confirmación diagnóstica, la histopatología y el mielograma. En el periodo 2015 a 2020, la oportunidad de presunción diagnóstica considerada como “alta” (menor a 3 días) ha aumentado en los tumores diferentes a leucemia y disminuido para las leucemias (figuras 3 y 4).

Figura 3. Oportunidad de presunción diagnóstica en tumores diferentes a leucemias, 2015 a 2020, Colombia



Fuente: Sivigila, 2015-2020.

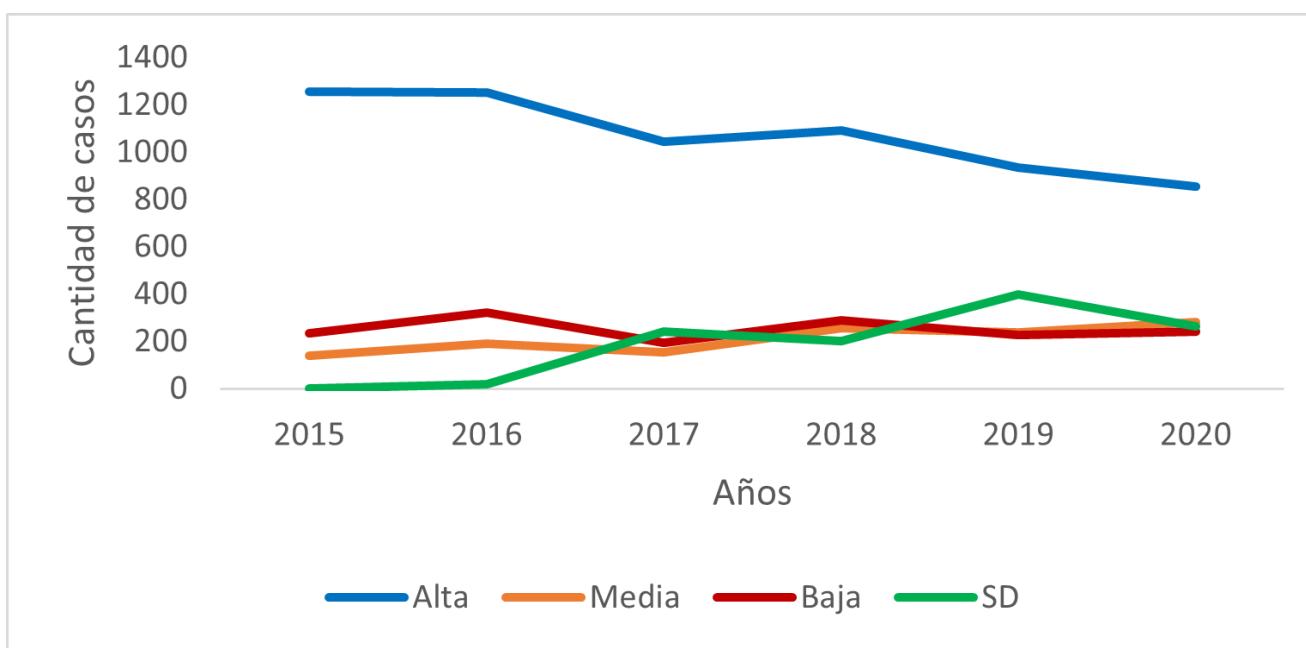
Figura 4. Oportunidad de presunción diagnóstica en leucemias, 2015-2020. Colombia



Fuente: Sivigila, 2015-2020.

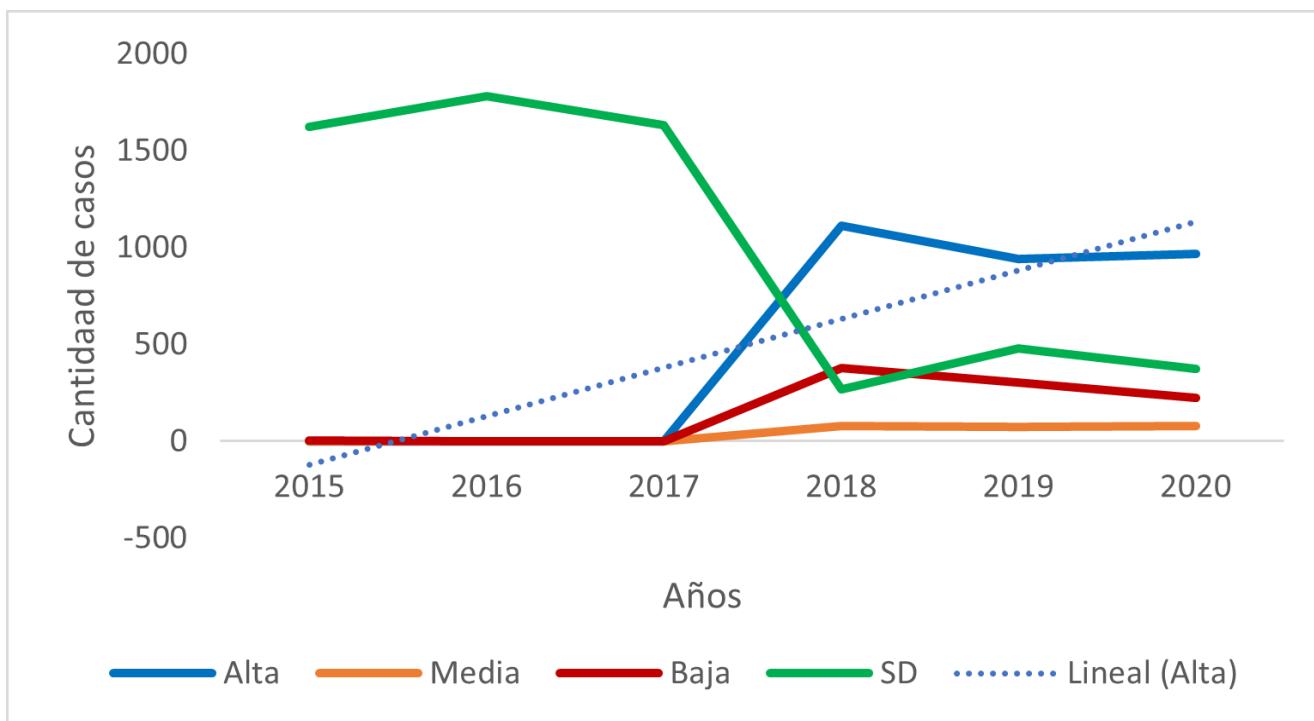
Al analizar el periodo 2015 a 2020, la oportunidad de confirmación diagnóstica “alta” (menor a 8 días) presentó una tendencia a la disminución, mientras que la oportunidad del tratamiento “alta” (menor a 3 días), mostró una tendencia al aumento, así mismo, se observa una disminución en los registros notificados sin datos (SD) (figura 5 y 6).

Figura 5. Oportunidad de confirmación diagnóstica en cáncer infantil, 2015 a 2020, Colombia



Fuente: Sivigila, 2015-2020.

Figura 6. Oportunidad de tratamiento de cáncer infantil, 2015 a 2020, Colombia



Fuente: Sivigila, 2015-2020.

Conclusiones

Los casos nuevos de cáncer infantil presentan una tendencia de aumento leve.

Las leucemias son los tipos de cáncer que con mayor proporción se presentan en población indígena y afrodescendiente.

Mejoró la oportunidad de tratamiento.

Disminuyó la oportunidad de confirmatoria del diagnóstico.

Es mayor la proporción de casos que entran como confirmados que como probables, lo cual indica una captación tardía del caso al sistema de vigilancia.

Mejoró la captación de casos probables.

Recomendaciones

Fortalecer las capacidades de captación de los casos desde los servicios de baja complejidad para disminuir la brecha de oportunidad diagnóstica.

Fortalecer la articulación en la prestación de los servicios, para el mejoramiento de la oportunidad diagnóstica y de tratamiento continuo y oportuno, con miras a favorecer la sobrevida de los pacientes.

Favorecer la articulación entre las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las entidades territoriales para facilitar los ajustes al Sivigila.

Referencias

1. Cuenta de Alto Costo. Boletín de información técnica especializada. [Internet]. 2018, V4,2. [Fecha de consulta: 2021 febr. 10]. Disponibles en: <https://cuentadealtocosto.org/site/investigaciones/dia-de-la-lucha-contra-el-cancer-infantil/> (<https://cuentadealtocosto.org/site/investigaciones/dia-de-la-lucha-contra-el-cancer-infantil/>)
2. WHO. El cáncer infantil. [Internet]. 2018. [Fecha de consulta: 2021 febr. 8]. Disponible en: El cáncer infantil (who.int) (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>)
3. WHO & OPS & AIEPI. [Internet]. Washington DC. 2014. 5-8. [Fecha de consulta: 2021 febr. 8]. Disponible en: MANUAL AIEPI.indd (paho.org) (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34851/9789275318461-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
4. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1384 de 2010 Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. [Internet]. 2006. Diario oficial No. 47.685 del 19-04-2010. [Fecha de consulta: 2021 en. 18] Disponible en: Ley 1384 de 2010 - Atención integral del cáncer en Colombia (wordpress.com) (https://aicepsigestionparaelbuenvivir.files.wordpress.com/2015/12/ley_1384-ca.pdf)

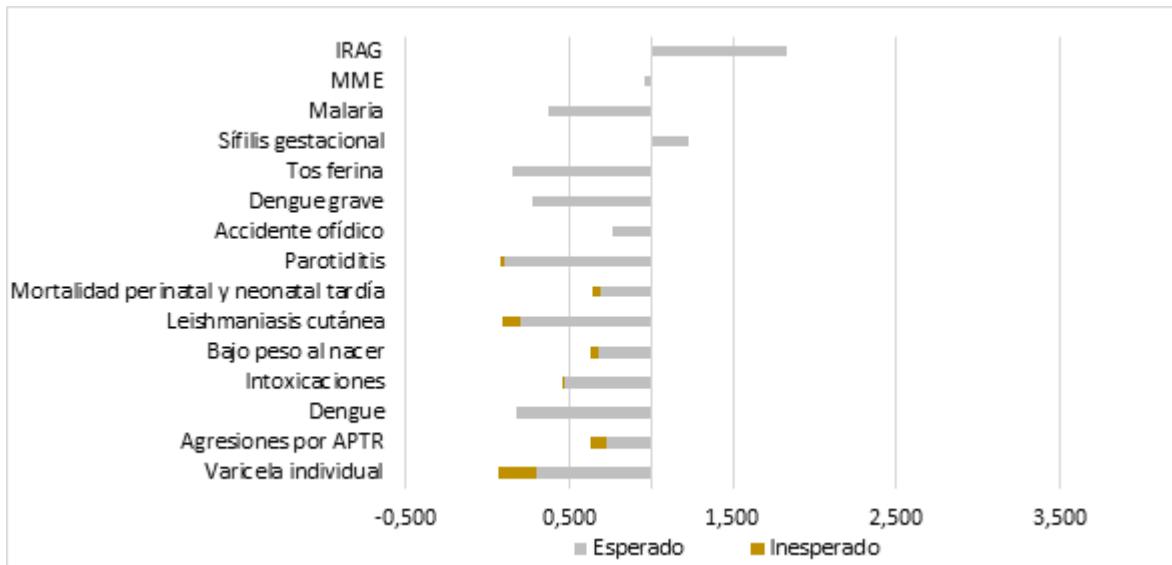
5. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1388 de 2010. Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. [Internet]. 2006. Diario oficial No. 47.721 del 26-05-2010. [Fecha de consulta: 2021 en. 18] Disponible en: Ley 1384 de 2010 - Atención integral del cáncer en Colombia (wordpress.com) (https://aicepsigestionparaelbuenvivir.files.wordpress.com/2015/12/ley_1384-ca.pdf)
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021. Bogotá. [Internet] 2012. 1-124. [Fecha de consulta: 2021 en. 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf> (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>)
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de cáncer en menores de 18 años, código 115. Bogotá. [Internet]. 2017. 1-21-. [Fecha de consulta: 2021 febr. 9]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Lineamientos/PRO%20C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B3os-.pdf](https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Lineamientos/PRO%20C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B3os-/busador-eventos/Lineamientos/PRO%20C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B3os-.pdf)

SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

Se identifica que en la semana epidemiológica 05, los eventos de parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer, intoxicaciones, agresiones por APTR y varicela se encuentran por debajo de lo esperado, los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 7.
Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf_1_05.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf_1_05.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Tabla 2.
Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021

Evento	Observado	Esperado	Poisson
Sífilis congénita	30	20	0,00
Sarampión	10	19	0,00
Leptospirosis	9	32	0,00
Rubeola	3	15	0,01
ESAVI	8	11	0,03
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	2	0,06
Lepra	4	8	0,09
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	7	0,10
Mortalidad materna	7	12	0,11
Tuberculosis farmacorresistente	2	7	0,11
Mortalidad por IRA	7	7	0,13
Mortalidad por dengue	7	4	0,19
Leishmaniasis mucosa	0	3	0,21

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

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

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

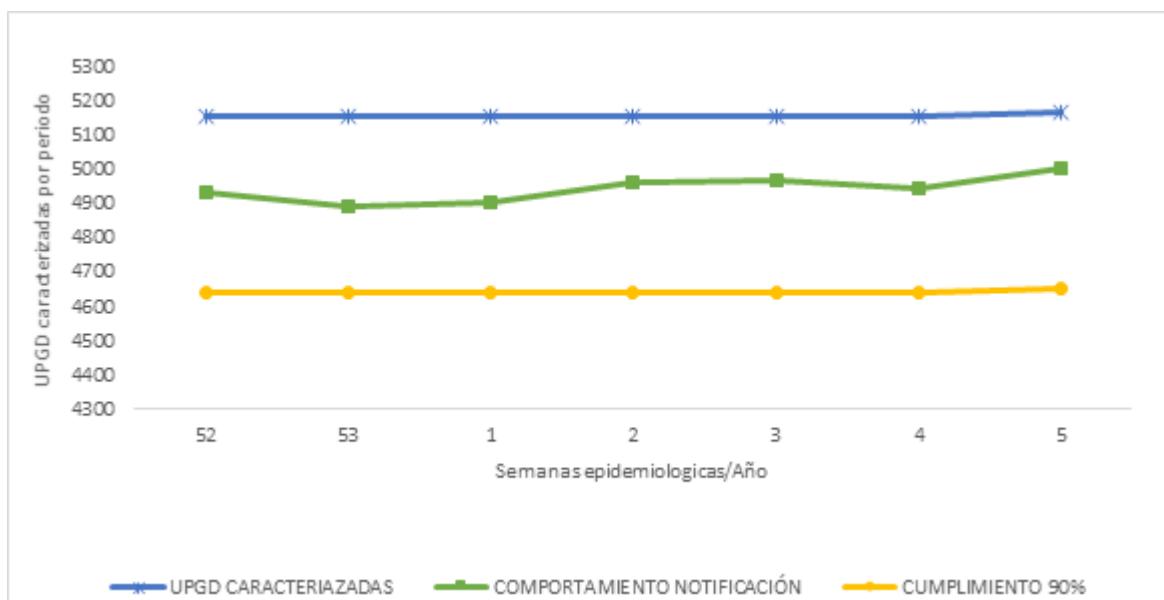
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 100 % (1 117 / 1 117 UNM), aumentó 0,2 % comparándolo con la semana anterior y también con respecto a la misma semana de 2020. El país cumplió con la meta del 97 % en la notificación de UNM.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 96,8 % (5 005 / 5 168 UPGD); aumentó 1,0 % comparándolo con la semana anterior y disminuyó 0,9 % con respecto a la misma semana de 2020. Para esta semana el departamento de Vaupés no cumplió con la meta establecida, de 8 UPGD caracterizadas realizaron la notificación de 7 UPGD, para un cumplimiento del 87,5 %.

Figura 8.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 52 de 2020 a 05 de 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf_2_05.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf_2_05.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD, en la gráfica se refleja con la línea verde que es el porcentaje de notificación de la presente semana; la línea amarilla representa el número mínimo de UPGD que debe notificar (meta 90 %) y la línea azul evidencia la red actual, un total de 5 168 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 05 de 2021 se notificaron 797 casos probables de dengue: 459 casos de esta semana y 338 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 3 302 casos, 1 654 (50,1 %) sin signos de alarma, 1 588 (48,1 %) con signos de alarma y 60 (1,8 %) de dengue grave.

Tabla 3.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	602	18,6	6	10,0	608	18,4
Cartagena	254	7,8	8	13,3	262	7,9
Valle del Cauca	249	7,7	1	1,7	250	7,6
Barranquilla	174	5,4	1	1,7	175	5,3
Tolima	157	4,8	5	8,3	162	4,9
Putumayo	155	4,8	1	1,7	156	4,7
Huila	138	4,3	1	1,7	139	4,2
Antioquia	129	4,0	3	5,0	132	4,0
Atlántico	127	3,9	1	1,7	128	3,9
Cundinamarca	123	3,8	0	0,0	123	3,7
Bolívar	112	3,5	3	5,0	115	3,5
Meta	96	3,0	2	3,3	98	3,0
Santander	88	2,7	3	5,0	91	2,8
Cesar	89	2,7	2	3,3	91	2,8
Norte de Santander	79	2,4	3	5,0	82	2,5
Santa Marta	69	2,1	3	5,0	72	2,2
Sucre	67	2,1	2	3,3	69	2,1
Magdalena	60	1,9	6	10,0	66	2,0
Córdoba	54	1,7	0	0,0	54	1,6
Caquetá	52	1,6	0	0,0	52	1,6
Nariño	42	1,3	3	5,0	45	1,4
Cauca	42	1,3	1	1,7	43	1,3
Boyacá	43	1,3	0	0,0	43	1,3
Casanare	38	1,2	0	0,0	38	1,2
Chocó	33	1,0	0	0,0	33	1,0
Risaralda	28	0,9	1	1,7	29	0,9
Quindío	28	0,9	1	1,7	29	0,9
Caldas	25	0,8	0	0,0	25	0,8
Arauca	17	0,5	0	0,0	17	0,5
Buenaventura	16	0,5	0	0,0	16	0,5
La Guajira	11	0,3	3	5,0	14	0,4
Amazonas	13	0,4	0	0,0	13	0,4
Archipiélago de San Andrés	13	0,4	0	0,0	13	0,4
Guaviare	8	0,2	0	0,0	8	0,2
Vichada	5	0,2	0	0,0	5	0,2
Guainía	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Exterior	3	0,1	0	0	3	0,1
Total	3242	100	60	100	3 302	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

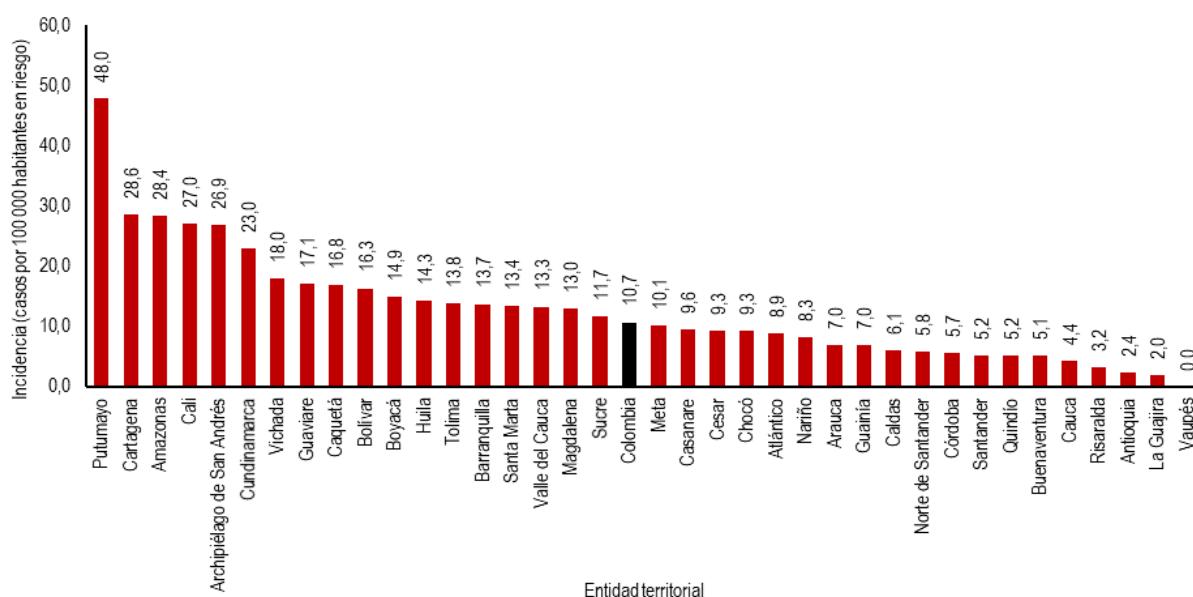
En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 415 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Cartagena, Valle del Cauca, Barranquilla, Tolima, Putumayo, Huila, Antioquia, Atlántico, Cundinamarca y Bolívar aportan 68,1 % (2 250) de los casos a nivel nacional.

El 57,5 % (1 899) de los casos de dengue se reportó en 30 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 18,4 % (608); Cartagena, con el 7,9 % (262); Barranquilla, con 5,3 % (175); Santa Marta, con el 2,2 % (72); Orito, con el 2,0 % (65); Neiva y Villavicencio, con el 1,4 % (42) cada uno; Cúcuta (37) y Malambo (35), con el 1,1 % cada uno; Soledad y Yumbo, con el 1,0 % (34) cada uno.

Se hospitalizó el 73,1 % (1 161) de los casos de dengue con signos de alarma y el 86,7 % (52) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Santander, Amazonas, Cauca, Chocó, Buenaventura y Vichada; y las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue grave fueron: La Guajira, Bolívar y Quindío.

A semana 05 se ha confirmado el 26,4 % (420) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 25,0 % (15) de los casos de dengue grave y la entidad con el 100,0 % de los casos confirmados es La Guajira.

Figura 9.
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021



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

Análisis de la gráfica

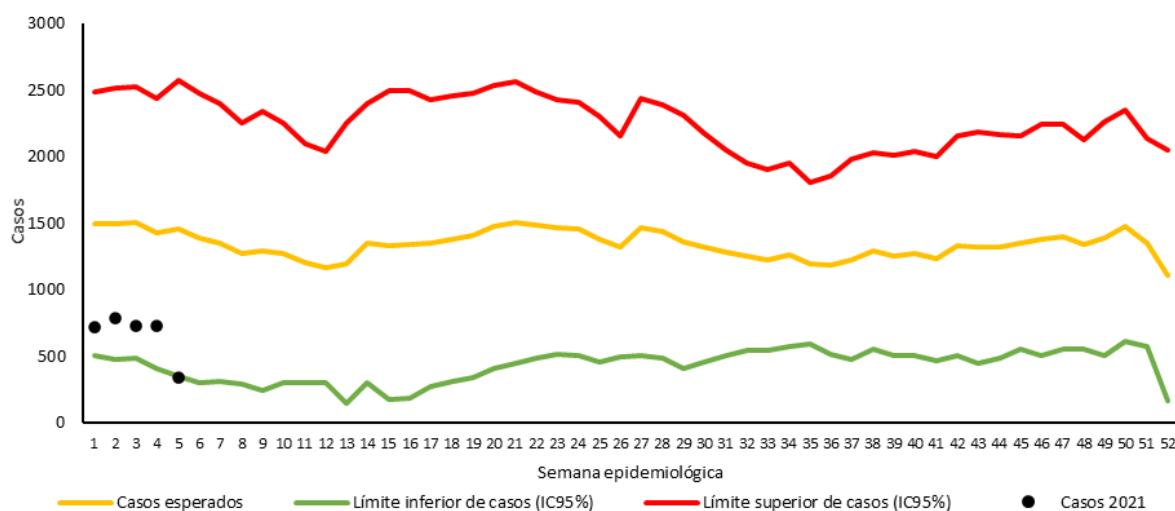
Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia_05_2021.png)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia_05_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 10,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para las entidades de Putumayo, Cartagena, Amazonas, Cali, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Cundinamarca se estiman tasas de incidencia superiores a 20,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 10.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 05, 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal_05_2021.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal_05_2021.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 05 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 4.

Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico, por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 02 a 04 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial		
Por debajo de lo esperado	Antioquia	Tolima	
	Atlántico	Arauca	Boyacá
	Buenaventura	Cundinamarca	Caquetá
	Guainía	Caldas	Casanare
Dentro del número esperado de casos	La Guajira	Cesar	Córdoba
	Quindío	Guaviare	Huila
	Santander	Meta	Norte de Santander
	Sucre	Vaupés	
	Amazonas	Barranquilla	Cauca
	Bolívar	Cali	Vichada
	Santa Marta	Valle del Cauca	Putumayo
Situación de alerta	Magdalena	Nariño	Risaralda
	San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
Por encima del número esperado de casos	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, 2 entidades territoriales presentan un comportamiento por debajo de lo esperado, 20 entidades se encuentran dentro de lo esperado, 13 entidades se encuentran en situación de alerta y 2 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 19 muertes probables por dengue, procedentes de: Cartagena y Magdalena, con 4 casos cada uno; Cali y Tolima, con 2 casos cada uno; y Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño y Archipiélago de San Andrés y Providencia, con 1 caso cada uno.

Metodología:

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 05 de 2021, 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 IC 95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC 95 %; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC 95 %, y **por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC 95 %.

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 esa semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Tabla 5.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 05	2021 a semana 05	Variación
Consultas externas y urgencias	617 550	410 007	-33,6 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	19 885	23 806	19,7 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	2 092	8 959	328,3 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.

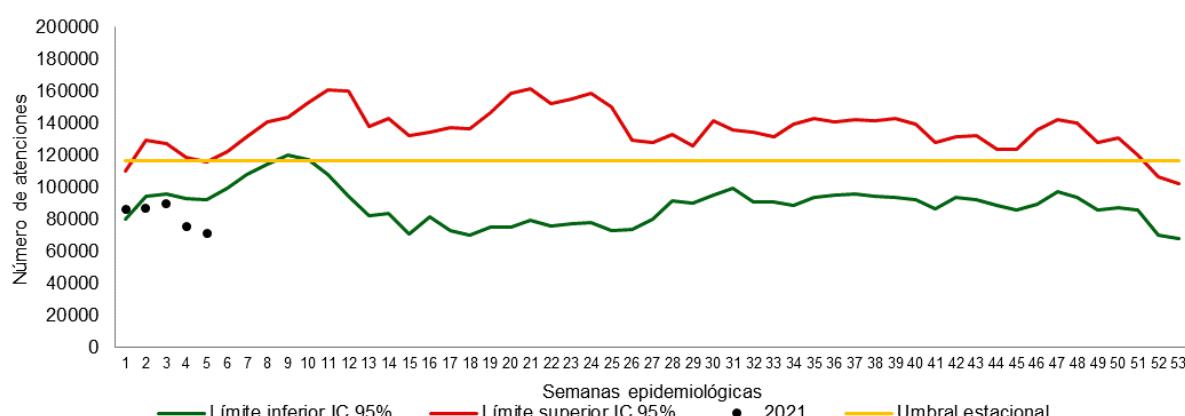
A semana epidemiológica 05 de 2021, en Colombia se han notificado 410 007 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 33,6 % comparado con 2020, 23,9 % frente a 2019 y 24,1 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 20

entidades territoriales; Amazonas, Córdoba y Santa Marta presentan incremento; Bogotá, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Guainía, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Vichada no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 32,7 % (134 087), seguido por el de 40 a 59 años con el 22,1 % (90 730). 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 menores de 1 año con el 8,1 %, seguido por los de 1 año con el 7,6 %.

Figura 11.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT05.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT05.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

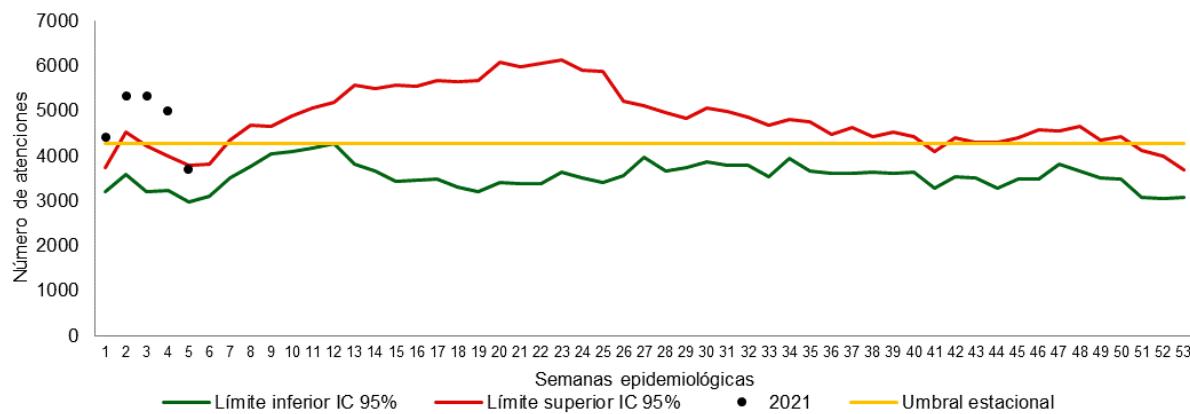
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA para las cinco semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional y en las semanas 2 a 5 por debajo del límite inferior.

Se notificaron 23 806 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 19,7 % frente a 2020, 30,7 % comparado con 2019 y 24,3 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 13 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, Chocó, Quindío, Atlántico, Guainía, Guaviare, San Andrés y Caquetá e incremento en 14 entidades territoriales resaltando Huila, Meta, Cundinamarca, Tolima, Santander y Valle del Cauca; no presentan comportamientos inusuales 11 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 43,4 % (10 324), seguido por los de 40 a 59 años con el 22,1 % (5 254). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 14,7 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,6 %.

Figura 12.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/URG05.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/URG05.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

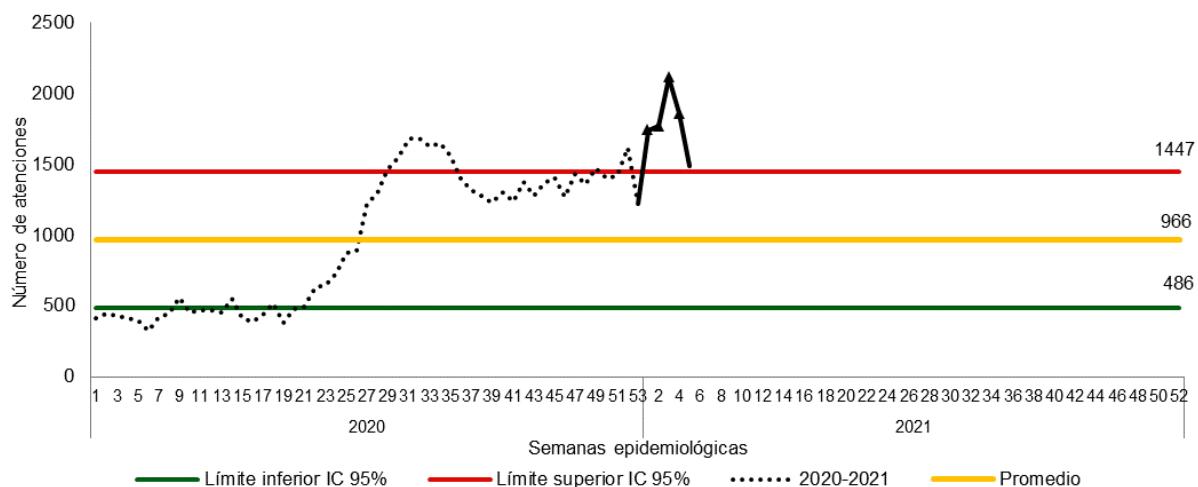
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional y del límite superior histórico.

Se notificaron 8 959 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 328,3 % frente a 2020, 405,9 % comparado con 2019 y 439,4 % frente a 2018. Se presenta incremento en 30 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Valle del Cauca, Nariño, Cundinamarca, Antioquia y Boyacá; las entidades que presentan disminución son Arauca y Córdoba; no presentan comportamientos inusuales Amazonas, Atlántico, Chocó, Guainía, Guaviare, y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 57,5 % (5 155), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,7 % (2 396) y los de 20 a 39 años con el 7,6 % (685). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI sobre el total de hospitalizaciones en UCI e intermedio por todas las causas se presenta en el grupo de mayores de 60 años con el 35,2 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 33,0 %.

Figura 13.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar ([/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI05.png](#))

Descargar ([/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI05.png](#))

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se observa un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso en las últimas dos semanas.

Metodología:

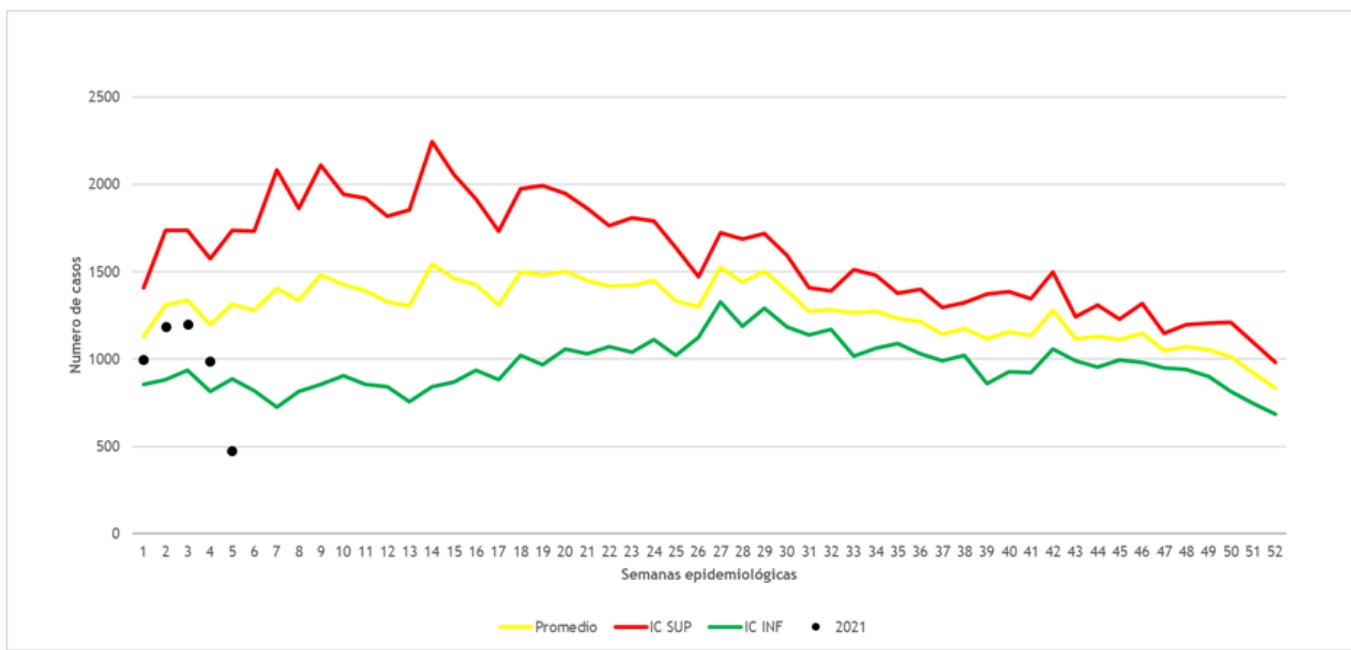
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 y su 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 05 se notificaron 1 229 casos de malaria, teniendo un acumulado de 4 878 casos, de los cuales 4 785 son de malaria no complicada y 93 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 53,1 % (2 591), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 46,1 % (2 249), e infección mixta con 0,8 % (38).

Figura 14.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 05, 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_14_canal_endémico_malaria_Colom

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_14_canal_endémico_malaria_Colom

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (29,6 %), Nariño (21,2 %), Córdoba (14,7 %) y Antioquia (11,4 %) aportan el 76,8 % de los casos de malaria no complicada.

Tabla 6.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	11	762	0	644	1417	29,60
Nariño	12	882	0	120	1014	21,20
Córdoba	1	112	0	589	702	14,70
Antioquia	5	126	0	413	544	11,40
Cauca	0	166	0	2	168	3,50
Guainía	0	7	0	152	159	3,30
Vichada	1	31	0	101	133	2,80
Norte de Santander	0	0	0	114	114	2,40

Buenaventura	0	81	0	15	96	2,00
Bolívar	3	4	0	89	96	2,00
Risaralda	0	1	0	77	78	1,60
Guaviare	0	19	0	52	71	1,50
Meta	0	9	0	60	69	1,40
Amazonas	1	2	0	34	37	0,80
Casanare	0	0	0	22	22	0,50
Exterior	0	4	0	10	14	0,29
Cali	1	6	0	6	13	0,30
Vaupés	0	0	0	7	7	0,10
Valle del Cauca	0	3	0	1	4	0,10
Santander	1	1	0	2	4	0,10
Putumayo	0	0	0	4	4	0,10
Cartagena	0	0	0	3	3	0,10
Caldas	0	2	0	1	3	0,10
Sucre	0	0	0	3	3	0,10
Cesar	0	0	0	2	2	0,00
Arauca	0	0	0	2	2	0,00
Quindío	0	2	0	0	2	0,00
Desconocido	0	0	0	1	1	0,02
Caquetá	0	0	0	1	1	0,02
Barranquilla	0	0	0	1	1	0,02
Atlántico	0	0	0	1	1	0,02
Total	36	2220	0	2529	4785	100

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

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

Análisis de la tabla

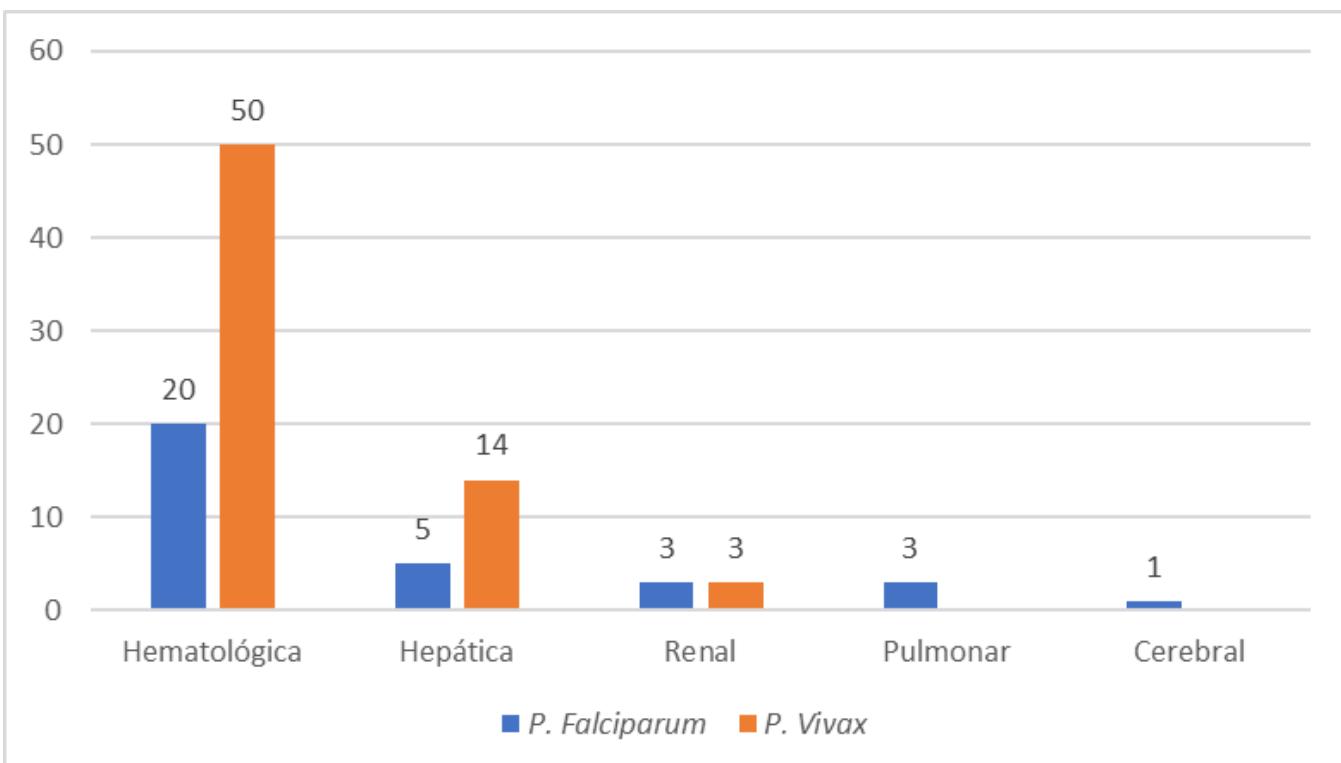
ANÁLISIS DE LA TABLA

Malaria complicada

Se notificaron 93 casos de malaria complicada, que proceden de 17 entidades territoriales; Nariño, Antioquia, Chocó y Córdoba presentan los mayores casos.

De los casos de malaria complicada el 60,2 % (56) corresponde a hombres. El 25,8 % (24) se presenta en personas de 20 a 24 años y el 28,0 % (26) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 50,6 % (47) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 66,7 % (62) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 15.
Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2021



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

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_15_tipo_de_complicaciones_malaria)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_15_tipo_de_complicaciones_malaria)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 70 presentaron complicaciones hematológicas, 19 complicaciones hepáticas y 6 complicaciones renales.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 05, 2 departamentos están por encima del número esperado de casos y 2 departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 7.
Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
Menor al comportamiento histórico	Amazonas	Guainía	
En el comportamiento histórico	La Guajira	Arauca	Atlántico
	Caquetá	Quindío	Caldas
	Huila	Sucre	Magdalena
	Antioquia	Chocó	Santander
	Norte de Santander	Valle del Cauca	Cesar

Guaviare	Vaupés	Risaralda
Risaralda	Vichada	Bolívar
Putumayo	Nariño	
Córdoba	Cauca	
Meta	Casanare	

Situación de alerta**Mayor al comportamiento histórico**

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 05, 14 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Puerto Libertador (Córdoba), Cumaribo (Vichada), Bojayá (Chocó).

Tabla 8.
Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 05 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Córdoba	Puerto Libertador	141	51	96
Vichada	Cumaribo	135	52	92
Chocó	Bojayá	101	32	76
Antioquia	Murindó	64	11	55
Chocó	Carmen del Darién	56	26	45
Nariño	Santa Bárbara	55	15	41
Nariño	La Tola	48	8	23
Bolívar	Rio Viejo	42	14	38
Antioquia	Anorí	35	6	29
Meta	Mapiripán	32	6	26
Meta	Puerto Gaitán	24	4	9
Guaviare	Calamar	18	5	15
Bolívar	Arenal	15	4	10
Casanare	Hato Corozal	5	1	5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología:

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 05 de 2021, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia.

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años

Esta semana se notificaron 16 muertes en menores de 5 años: 7 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 7 a desnutrición y 2 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 7 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 6 del periodo correspondiente a esta semana y 1 de un periodo anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 12 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en los departamentos de Atlántico, Boyacá, Huila, Risaralda y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 05 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia, se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Para esta semana se notificaron 7 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menor de 5 años, correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 4 casos.

Para esta semana se observó aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Barranquilla y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 05 entre 2014 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, 1 correspondiente a esta semana y 1 de un periodo anterior. 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 Bolívar, Cauca, Córdoba, Norte de Santander, Quindío y Tolima, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 05 entre 2014 a 2020, mientras que, en Chocó, se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Metodología:

Para el análisis de los datos se tomó el comportamiento de cada uno de los eventos a semana epidemiológica 05 entre 2014 a 2020 (histórico) y se comparó con los casos observados a la misma semana epidemiológica del 2021. 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 05 de 2021 se notificaron 46 muertes maternas, 43 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 2 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 1 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.
Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 05, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	37	14	4	43
2020	33	14	2	46
2021	43	2	1	46

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 30,3 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 05 es de 44,0 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Amazonas	1	649,4
Guaviare	1	458,7
Magdalena	3	149,5
Putumayo	1	139,3
Tolima	3	119,1
Valle del Cauca	3	108,1
Bolívar	2	89,2
Norte de Santander	3	84,5
Meta	2	80,7
La Guajira	2	60,4
Antioquia	6	52,2
Cali	2	51,6
Barranquilla	2	51,0
Córdoba	2	50,5
Sucre	1	46,4
Colombia	43	44,0
Nariño	1	39,4
Cundinamarca	2	36,3
Huila	1	36,3
Cartagena	1	35,7
Cesar	1	28,0
Santander	1	23,3
Bogotá	2	14,9

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 Amazonas, Guaviare, Magdalena, Putumayo, Tolima y Valle del Cauca.

Para la semana epidemiológica 05 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Guaviare, Huila, Meta, Norte de Santander y Putumayo.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	6	2	0,012

Guaviare	1	0	0,000
Huila	1	0	0,000
Meta	2	0	0,000
Norte de Santander	3	0	0,000
Putumayo	1	0	0,000

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

Las demás entidades territoriales no presentaron comportamientos inusuales.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología:

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

Mortalidad perinatal y neonatal

A semana epidemiológica 05 de 2021, se han notificado 734 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 12 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 167 casos, 118 corresponden a esta semana y 49 a notificaciones tardías.

Tabla 12.

Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Vichada	6	54,5
Guainía	3	38,5
Chocó	17	36,8
Arauca	11	33,1
Putumayo	10	26,6
Barranquilla	45	24,9
Amazonas	2	23,0
La Guajira	41	23,0
Vaupés	1	21,7
Casanare	10	20,0
Risaralda	16	19,7
Buenaventura	7	18,9
Quindío	8	17,9
Bolívar	23	17,3
Córdoba	36	17,2
Caldas	11	15,8
Caquetá	8	15,6
Boyacá	17	15,2
Nariño	19	14,4
Antioquia	85	14,0
Cesar	27	14,0
Sucre	16	13,9
Colombia	722	13,8
Cali	27	13,2
Santa Marta	10	12,9
Cundinamarca	36	12,7

Cauca	18	12,6
Huila	17	12,1
Valle del Cauca	18	12,1
Tolima	15	11,9
Santander	25	11,4
Bogotá	77	11,1
Meta	14	10,9
Atlántico	17	10,6
Guaviare	1	8,9
Cartagena	10	7,0
Norte de Santander	12	6,6
Magdalena	6	5,3
San Andrés y Providencia	0	0,0

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

Análisis de la tabla

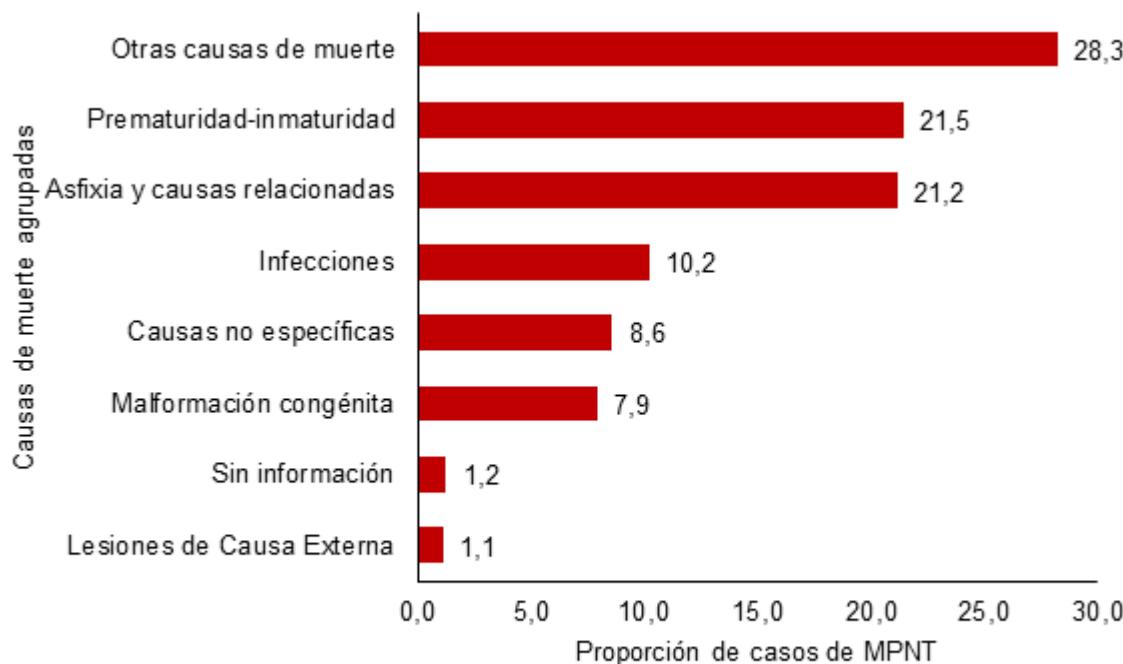
ANÁLISIS DE LA TABLA

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,8 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 22 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Vichada (54,5), Guainía (38,5), Chocó (36,8), Arauca (33,1) y Putumayo (26,6).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 49,9 % (360), seguido de neonatales tempranas con 27,0 % (195), neonatales tardías con 12,5 % (90) y perinatales intraparto con 10,7 % (77).

Figura 16.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

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

Descargar

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 28,3 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 21,5 % y asfixia y causas relacionadas 21,2 %.

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2016 y 2020, se presenta un decremento en la notificación en Magdalena y Norte de Santander. Comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social-RUAF.

Metodología:

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

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 7 de febrero de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La incidencia global de COVID-19 ha disminuido por cuarta semana consecutiva en alrededor de 17 % comparado con la semana anterior (3,1 millón menos) y la mortalidad cerca al 10 % (88 000 nuevas muertes reportadas en la última semana). A corte de esta actualización se reportaron un poco más de 105 millones de contagios y 2,3 millones de fallecimientos desde el inicio de la pandemia.

En cuanto a la emergencia por las nuevas variantes del SARS-CoV-2, algunos países han detectado nuevos casos, estos corresponden a importaciones del virus, no obstante, también se están identificando cada vez más entre un subconjunto de muestras comunitarias de las variantes emergentes (VOC202012/01, 501Y.V2 y P.1) sin vínculos directos con los viajeros. Por lo anterior, se trabaja

aceleradamente en evaluar la evidencia disponible sobre la transmisibilidad, severidad y posibles impactos en las medidas de contención actual, lo que incluye las vacunas, métodos de diagnóstico, tratamientos y medidas sociales y de salud pública.

Con respecto al mecanismo de distribución de las primeras vacunas a países priorizados en las seis regiones de la OMS, hasta el 18 de enero se recibieron 72 manifestaciones de interés para la asignación excepcional de la primera ronda de la vacuna en cadena ultra fría de Pfizer-BioNTech y se tuvieron en cuenta los siguientes criterios debido a las cantidades limitadas de vacunas:

Prioridad a países que aún no han iniciado el proceso de vacunación (a partir del 29 de enero de 2021)

Cumplir con los criterios de preparación (incluida la capacidad de gestionar el almacenamiento de la vacuna ultra fría a -70°C)

Participantes autofinanciados, estaban dentro del punto de precio de Pfizer

Este mecanismo de tamizaje deja un total de 51 participantes, los cuales fueron agrupados según las regiones de la OMS. Los participantes de cada grupo se clasificaron según su tasa de mortalidad a los 28 días como indicador del riesgo de exposición de los trabajadores sanitarios (es decir, alta mortalidad por COVID-19 = alta exposición). Se seleccionaron los participantes elegibles de COVAX de cada grupo hasta el máximo de 18 que podían ser cubiertos y apoyados por los 1,2 millones de dosis. Las dosis se entregarán en el primer trimestre de 2021.

Región de África. Por tercera semana consecutiva se notifica disminución tanto para casos y muertes, se reportaron alrededor de 84 800 casos nuevos y 3 200 muertes, lo que corresponde a una disminución del 22 % y 30 % respectivamente, frente a la semana anterior. La mayor incidencia por cada 100 000 habitantes fue reportada por Zambia (43,9), Sudáfrica (41,2) y Nigeria (4,2). En cuanto a la mortalidad los países que reportaron el mayor número de fallecimientos fueron Sudáfrica (2 229 muertes), Malawi (150 muertes) y Zimbabue (123 muertes).

Región de las Américas. Durante la última semana se reportaron cerca de 1,5 millones de nuevos casos y 45 000 muertes, lo que corresponde a una disminución del 17 % en casos y 4 % en fallecimientos, con respecto a la semana anterior. Los países que reportaron mayor incidencia y nuevos casos fueron Estados Unidos (263,3 casos por 100 000 habitantes), Brasil (154,6 casos por 100 000 habitantes) y México (55,1 casos por 100 000 habitantes). Con respecto a los fallecimientos, el mayor número fue reportado en Estados Unidos (22 562 muertes), México (7 711 muertes) y Brasil (7 368 muertes).

Región del Mediterráneo Oriental. En la última semana la región reportó cerca de 158 600 nuevos casos y 2 761 muertes, disminuyendo en 2 % y 16 % respectivamente comparado a la semana anterior. La República Islámica de Irán (56,7 casos por 100 000 habitantes), Emiratos Árabes Unidos (229,9 casos por 100 000 habitantes) y Líbano (277,3 casos por 100 000 habitantes) continúan reportando el mayor número de casos e incidencia en la región. De igual forma, el mayor número de fallecimientos se sigue reportando en el Líbano (531 muertes), República Islámica de Irán (523 muertes) y Túnez (428 muertes).

Región Europea. En comparación con la semana anterior, se reportó alrededor de 1,1 millón de nuevos casos y 33 000 muertes, lo que corresponde a una disminución de 19 % y 13 % respectivamente. Los países que reportaron el mayor número de casos fueron Francia (208,6 casos por 100 000 habitantes), el Reino Unido (197 casos por 100 000 habitantes) y la Federación Rusa (80,1 casos por 100 000 habitantes). El mayor número de fallecimientos fue reportado por el Reino Unido (6 521 muertes), Alemania (4 572 muertes) y la Federación Rusa (3 479 muertes).

Región de Asia Sudoriental. Durante la última semana la región reportó cerca de 177 000 nuevos casos, un 12 % menos que la semana anterior, y 2 560 muertes lo que representa una disminución del 21 %. Los países que reportaron mayor número de casos e incidencia fueron Indonesia (29,5 casos por 100 000 habitantes), India (5,8 casos por 100 000 habitantes) y Sri Lanka (24,7 casos por 100 000 habitantes). En el mayor reporte de fallecimientos permanece Indonesia (1 665 muertes), India (722 muertes) y Bangladesh (79 muertes).

Región del Pacífico Occidental. Comparado con la semana anterior se reportaron 61 700 nuevos casos, un 14 % menos, mientras que los fallecimientos aumentaron el 1 % con 1 297 muertos. Malasia (89,8 casos por 100 000 habitantes), Japón (13,2 casos por 100 000 habitantes) y Filipinas (11 casos por 100 000 habitantes). En cuanto a los fallecimientos, los países que notificaron mayor número fueron Japón (684 muertes), Filipinas (441 muertes) y Malasia (111 muertes).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 07 de febrero de 2021. Fecha de consulta 10 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---9-february-2021>

Variante del virus de la influenza A (H3N2) - Estados Unidos de América. Noticias sobre brotes de enfermedades. Fecha de publicación 5 de febrero de 2021 Organización Mundial de la Salud (OMS)

El 13 de enero de 2021 un menor de 18 años desarrolló una enfermedad respiratoria en Wisconsin, la muestra respiratoria fue recogida el 14 de enero. Por medio de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR) realizadas en el Laboratorio de Higiene del Estado de Wisconsin indicaron una infección presuntamente positiva por el virus de la variante de influenza A (H3N2). La muestra fue enviada a la División de Influenza de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) el 21 de enero para realizar más pruebas y el 22 de enero los CDC confirmaron una infección por el virus de la influenza A (H3N2v) mediante RT-PCR y análisis de la secuencia del genoma.

La investigación del caso reveló que el niño vive en una granja con cerdos presentes, aun no se ha realizado un muestreo de los cerdos en la propiedad para detectar el virus de la influenza, sin embargo, está se encuentra prevista. Cinco familiares del caso reportaron enfermedad respiratoria durante la investigación y se realizó prueba para influenza con resultado negativo. Al paciente se le recibió tratamiento antiviral, no requirió hospitalización y se ha recuperado por completo. No se han identificado ninguna transmisión de persona a persona asociada con esta investigación.

La secuenciación del virus por parte de los CDC reveló que es similar a los virus A (H3N2) que circulan en los cerdos en el medio oeste de los Estados Unidos durante 2019-2020. Los virus relacionados con este virus A (H3N2v) circulaban anteriormente como virus humanos estacionales A (H3N2) hasta aproximadamente 2010-2011 cuando entraron en la población porcina de EE. UU. Por lo tanto, es probable que las vacunas o infecciones anteriores con el virus A (H3N2) humano estacional ofrezcan cierta protección en los seres humanos, este es el primer virus de influenza A (H3N2v) identificado en los Estados Unidos en 2021. Desde 2005, un total de 485 infecciones humanas por virus de la variante de influenza causadas por todos los subtipos, incluidas 437 infecciones humanas por A (H3N2v), incluida esta, se han informado en los Estados Unidos.

Para la respuesta en salud pública, los CDC y las autoridades estatales de Wisconsin han tomado medidas de seguimiento, prevención y control que incluyen el manejo de casos y contactos cercanos; pruebas a los contactos cercanos; se completó una investigación epidemiológica sin evidencia de transmisión persona a persona; se inició la comunicación de riesgo para el público y los trabajadores sanitarios; vigilancia reforzada en la comunidad donde reside el caso; se compartieron muestras de laboratorios con el centro de colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS continúa haciendo énfasis en la importancia de la vigilancia mundial para detectar cambios virológicos, clínicos y epidemiológicos asociados con el virus de la influenza circulante que puede afectar la salud en humanos (o animal) para su posterior caracterización y evaluación de riesgos. La OMS no recomienda ninguna medida diferente específica para los viajeros, de la misma manera no recomienda una evaluación especial en los puntos de entrada con respecto a este evento, ni recomienda que se apliquen restricciones comerciales o de viaje.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Variante del virus de la influenza A (H3N2) - Estados Unidos de América. Noticias sobre brotes de enfermedades. Fecha de publicación 5 de febrero de 2021. Fecha de consulta 9 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-feb-2021-influenza-a-usa/en/>

Actualización Epidemiológica Brote de *Cándida auris* en servicios de atención a la salud en contexto de la pandemia de COVID-19. Fecha de publicación 6 de febrero de 2021

En marzo de 2012 se reportó el primer brote en la región de las Américas de *Cándida auris*, en Venezuela. Desde entonces, diferentes países han publicado brotes y casos asociados en el continente americano, entre ellos Colombia en 2015, Estados Unidos de América en 2016, Panamá y Canadá en 2017 y Chile y Costa Rica en 2019. Tanto en Colombia (2016) como Estados Unidos de América (2018) *C. auris* es un microorganismo notificable, lo que ha permitido conocer datos estadísticos de ocurrencia y diseminación de la infección, así mismo, ayuda a conocer las tendencias, rastrear y controlar el brote. Al respecto los CDC han comunicado un aumento del 318 % de los casos notificados durante el 2018 en comparación con el número promedio de casos notificados entre 2015 y 2017.

En contexto de la pandemia *C. auris* y SARS-CoV-2 se ha presentado un gran desafío para los sistemas de salud causando sobrecarga de éstos. Los servicios de cuidado intensivos han sido los más afectados y en estos se encuentran los pacientes con mayores factores de riesgo para infección por *C. auris*. Para el segundo semestre de 2020, siete países han documentado casos de *C. auris* en su mayoría en pacientes con antecedentes de infección por COVID-19: Brasil, Guatemala, México, Perú, Panamá, Colombia y Estados Unidos de América; resaltando que los primeros cuatro países no habían notificado aislamientos de dicha levadura previo a este periodo.

En Brasil la Agencia nacional de Vigilancia Sanitaria emitió una alerta el 7 de diciembre de 2020 por el primer aislamiento de *C. auris* del país, aislado en la punta de catéter de un paciente internado en unidad de cuidados intensivos (UCI) por complicaciones de COVID-19. Las investigaciones evidenciaron una extensa colonización de pacientes y contaminación ambiental por *C. auris*. En Guatemala en diciembre de 2020 se aisló *C. auris* en un paciente con diagnóstico de osteomielitis aguda en tibia derecha. En mayo de 2020 México identifico su primer aislamiento de *C. auris* en hemocultivos en una paciente con endometriosis sin COVID-19, tres meses después y durante la transición del hospital de una atención general a un área exclusiva para pacientes con COVID-19 se identificaron 34 colonizaciones y un brote que involucró 10 pacientes de la UCI por complicaciones de COVID-19. A semana epidemiológica 47 de 2020 el Instituto Nacional de Salud de Perú notifico la identificación y confirmación de *C. auris* en dos pacientes en un hospital público de Lima, ambos pacientes con antecedente respiratorios (tuberculosis latente en el primer caso y COVID-19 en el segundo). En Panamá desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad se han aislado 124 *C. auris* de los cuales 108 corresponden a pacientes diagnosticados con COVID-19. Colombia ha notificado un total de 340 casos, varios de los cuales se presentan en pacientes hospitalizados por COVID-19. En Estados Unidos, el Departamento de salud del estado de La Florida fue alertado por un brote de *C. auris* en julio de 2020 en cuatro pacientes internados por COVID-19. Se realizó una investigación para identificar pacientes colonizados, de los 67 pacientes admitidos en la unidad COVID-19, 35 (52 %) tuvo cultivo positivo, 6 (17 %) de los pacientes colonizados desarrollaron infección por *C. auris*.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recuerda a los Estados Miembros que continúan vigentes las orientaciones publicadas en la Alerta Epidemiológica del 3 de octubre de 2016 sobre Brotes de *Cándida auris* en servicios de atención a la salud (disponible en: <https://bit.ly/3jhLKAQ> (<https://bit.ly/3jhLKAQ>)) a la que se suman algunas recomendaciones disponibles en esta actualización.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Brote de *Cándida auris* en servicios de atención a la salud en contexto de la pandemia de COVID-19. Fecha de publicación 6 de febrero de 2021. Fecha de consulta 9 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-brotes-candida-auris-servicios-atencion-salud-contexto-pandemia> (<https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-brotes-candida-auris-servicios-atencion-salud-contexto-pandemia>)

Enfermedad por el Virus del Ébola – República Democrática del Congo. Noticias sobre brotes de enfermedades. Fecha de publicación 10 de febrero de 2021 Organización Mundial de la Salud (OMS)

El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo declaró un brote de enfermedad por el virus de Ébola (EVE) tras la confirmación de laboratorio de un caso en Butembo provincia de Kivu del Norte. El caso era una mujer de 42 años que vivía en el área de salud de Masoya, Zona de Salud, era esposa de un sobreviviente de EVE, a quien se le hizo seguimiento y cuyas muestras biológicas dieron negativo desde el 28 de septiembre de 2020.

El 25 de enero de 2021 el caso presentó sangrado nasal. Según los informes, del 25 de enero al 1 de febrero recibió atención ambulatoria en el centro de salud de Ngubi. Del 1 al 3 de febrero ingresó en el centro de salud de Masoya con signos de debilidad física, mareos, dolor articular, dolor epigástrico, heces líquidas, dolor de cabeza y dificultad para respirar. El 3 de febrero, se tomó una muestra de sangre para la prueba de EVE debido a su vínculo epidemiológico con un sobreviviente de EVE. Ese mismo día fue remitida al Hospital Matanda, en la Zona de Salud de Katwa, luego del deterioro de su condición. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos el mismo día y murió el 4 de febrero. El 5 de febrero, el cuerpo fue enterrado en la zona sanitaria de Musienene, sin prácticas de entierro seguras. El 6 de febrero, el laboratorio de Butembo confirmó el caso positivo de EVE por GeneXpert. El 7 de febrero, la muestra se envió al laboratorio de Goma y GeneXpert dio positivo para EVE el 8 de febrero. Al 8 de febrero de 2021, se han identificado un total de 117 contactos y se encuentran en seguimiento. Las investigaciones y las actividades de respuesta están en curso.

La respuesta en salud pública por parte del Ministerio de Salud inicio con una reunión urgente el 8 de febrero y el despliegue de un equipo dirigido por el Ministro de Salud provincial de Kivu del Norte el cual fue enviado a Butembo para organizar actividades de respuesta inmediata. Se están realizando investigaciones en las zonas sanitarias de Katwa, Biena y Musienene para identificar la fuente de transmisión, identificar contactos y realizar una búsqueda activa de casos. La OMS está brindando apoyo continuo a las autoridades nacionales a través del personal presente en el territorio de Butembo, preparando el envío de dosis de vacunas a Butembo y apoyando el envío de equipos de cadena de frío al territorio de Butembo.

La OMS, para reducir el riesgo de una posible transmisión por persistencia del virus en algunos fluidos corporales de los sobrevivientes, recomienda brindar atención médica, apoyo psicológico y pruebas biológicas (hasta dos pruebas negativas consecutivas) a través de un programa de atención para sobrevivientes de EVE. La OMS no recomienda el aislamiento de pacientes convalecientes cuya muestra haya resultado negativa para el virus del Ébola.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el Virus del Ébola – República Democrática del Congo. Noticias sobre brotes de enfermedades. Fecha de publicación 10 de febrero de 2021. Fecha de consulta 11 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/10-february-2021-ebola-drc/en/> (<https://www.who.int/csr/don/10-february-2021-ebola-drc/en/>)

Alertas nacionales

Brote de Varicela, en Población Privada de la Libertad-PPL, Palmira, Valle del Cauca, 23 de enero de 2021

Brote por virus de varicela en PPL, en Centro Penitenciario del municipio de Palmira, notificado por la Secretaría de Salud Departamental el 23 de enero de 2021. Caso índice con inicio de síntomas el 11 de enero y el último caso el 29 de enero de 2021, a la fecha se han identificado 8 casos, tasa de ataque del 1,5 % (8/540); los casos corresponden a masculinos entre 25 y 58 años. No hubo hospitalizados ni fallecidos. Los afectados pertenecen al patio 2, todos fueron aislados de los demás compañeros de celda, con sus respectivos elementos de bioseguridad, esto basado en el protocolo de COVID-19 para PPL. Las acciones implementadas incluyeron la búsqueda activa de casos, fortalecimiento en aspectos como: lavado frecuente de manos, no compartir objetos personales, cigarrillos o comida, usar un pañuelo o barrera para estornudar o toser, uso de tapabocas de alta eficiencia, desinfección del material contaminado con secreciones nasofaríngeas, aislamiento de los trabajadores de la salud y dragoneantes que sean susceptibles a la varicela y hayan tenido contacto directo con un caso.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca, enero 2021.

Brote de Varicela, en Centro de Salud Mental, Distrito de Cartagena, 21 de enero de 2021

El 11 de febrero se notificó un brote de varicela en la sede hospitalaria de un centro de atención de salud mental para menores de edad en el Distrito de Cartagena; el caso índice corresponde a menor de 16 años con fecha de inicio de síntomas el 21 de enero y nexo epidemiológico con sus dos hermanos; a la fecha se han identificado 7 casos; como medidas de control se realizó aislamiento de los casos, inicio de tratamiento, limpieza y desinfección de la unidad, socialización del protocolo y medidas de autocuidado. Situación en seguimiento.

Fuente: Secretaría de Salud Distrital de Cartagena, enero 2021.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana 05 no se reportaron casos o alertas de cólera, enfermedad por el virus de 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

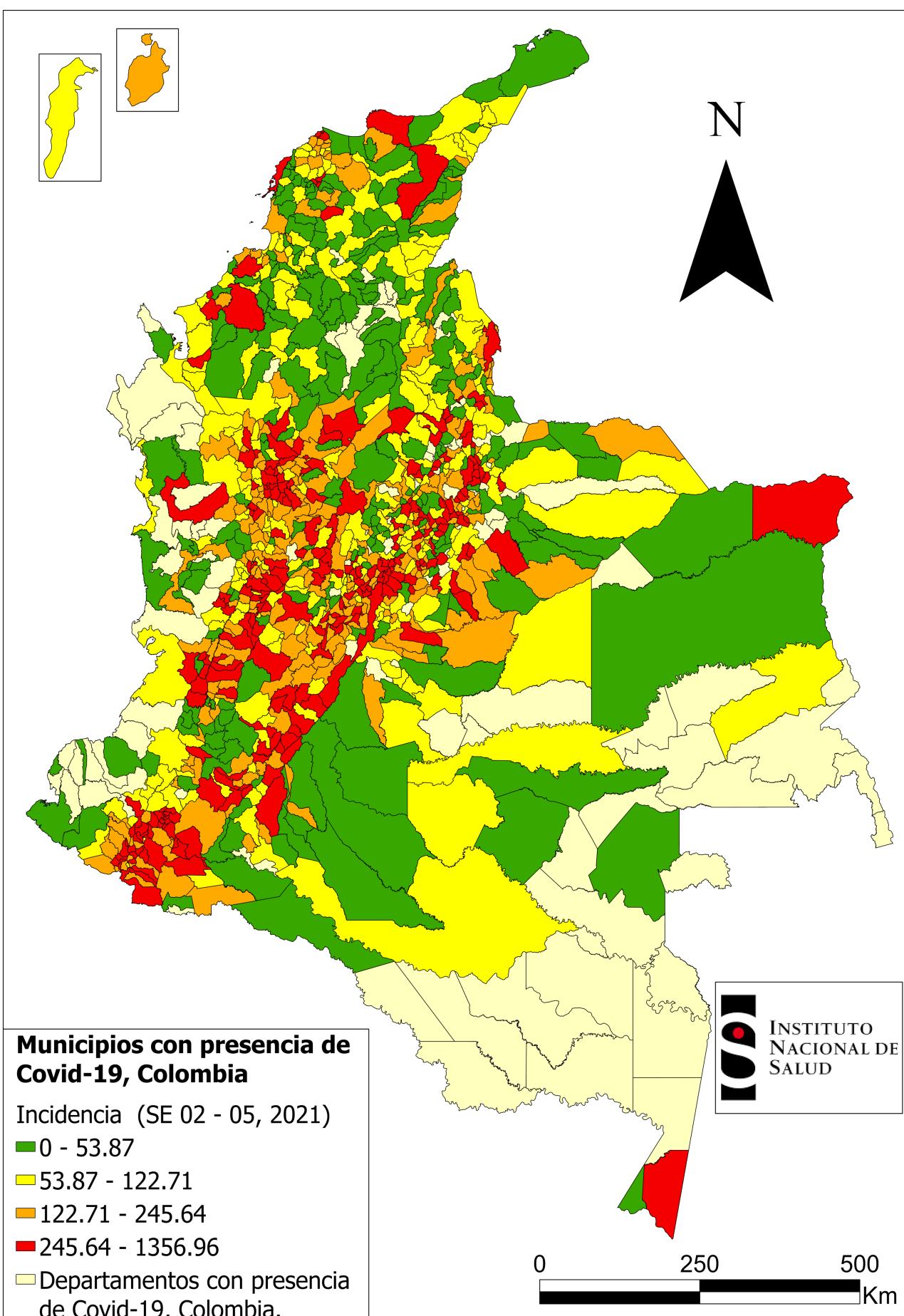
Hasta el 11 de febrero de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 179 641 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 111 municipios. La incidencia acumulada es de 4 327,05 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha el 2,3 % (51 082) de los casos se encuentra activo, procedentes principalmente de Bogotá con el 37,2 % (19 019), Antioquia con el 13,4 % (6 849), Valle del Cauca con el 10,1 % (5 167), Cundinamarca con el 5,4 % (2 783) y Santander con el 5,0 % (2 539). A nivel municipal, el 57,8 % (29 500) de los casos activos se encuentra principalmente en Bogotá D.C. (19 019), Medellín – Antioquia (3 810), Cali (3 603), Bucaramanga-Santander (963), Barranquilla (839), Manizales - Caldas (661) y Soacha - Cundinamarca (605),

La incidencia nacional de casos activos es de 110,41 casos por 100 000 habitantes, 120 municipios registran incidencias superiores a la incidencia nacional dentro de los cuales se encuentran: Tenza – Boyacá (523,42), La Capilla – Boyacá (483,09), Covarachía – Boyacá (444,12), Cómbita – Boyacá (353,92), Sibundoy y Mocoa – Putumayo (290,83 y 281,65 respectivamente), Leticia – Amazonas (259,36), Filandia – Quindío (252,88) y Bogotá D.C (245,6).

De los casos activos, el 50,6 % (25 835) se reportó en mujeres y según grupo de edad, el 84,3 % (43 066) se presenta en personas entre los 20 y los 79 años. De acuerdo con la ubicación, el 63,9 % (32 658) de los casos activos se encuentra en casa, el 30,6 % (15 648) hospitalizado en sala general y el 5,4 % (2 776) hospitalizado en UCI.

Figura 17.

Incidencia de casos confirmados de COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 02 a 05, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_17_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_17_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png)

Descargar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_17_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_17_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

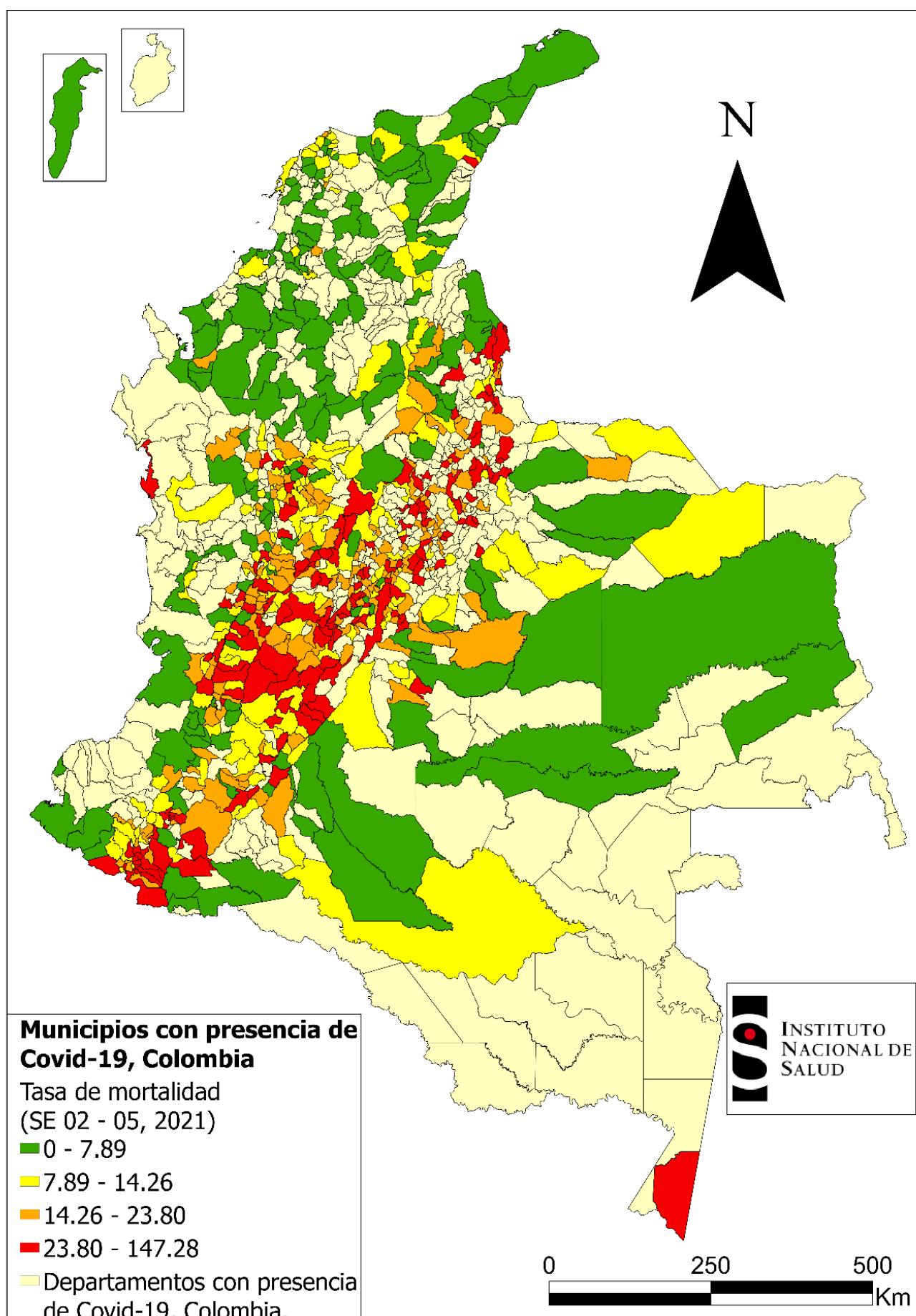
Entre el 10 de enero y el 06 de febrero de 2021, se reportaron 199 170 casos de COVID-19, para una incidencia de 411,34 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superan la incidencia de periodo nacional son: Bogotá, D.C. (1 054,82), Amazonas (648,03), Cali (642,29), Boyacá (475,26), Antioquia (442,08), Barranquilla (440,32), Caldas (423,02), Huila (422,21) y Quindío (412,90). Las entidades territoriales de Amazonas, Guainía y Vichada presentaron un aumento de la incidencia COVID-19 respecto al periodo anterior en 1,4; 1,3 y 1,2 veces, respectivamente.

Durante este periodo el 91,4 % (1 016) de los municipios con confirmación de COVID-19 tiene casos activos, el 22,4 % (228) de los municipios con casos activos presenta un incremento significativo de la incidencia con respecto al periodo anterior, observándose las mayores variaciones en: La Capilla – Boyacá (Δ 17,0), Jesús María – Santander (Δ 8,0), Chalán – Sucre, Herrán – Norte de Santander, Puerto Lleras - Meta (Δ 7,0 cada uno), Purísima de la Concepción – Córdoba (Δ 6,7), Zambrano – Bolívar (Δ 6,0) y Canalete – Córdoba (Δ 5,5).

Se han reportado hasta este corte 56 983 muertes por COVID-19, notificadas en 38 entidades territoriales (departamentos y distritos). El 72,8 % (41 475) de las muertes se registró en: Bogotá (3 277), Antioquia (6 212), Valle del Cauca (5 859), Santander (3 108), Cundinamarca (2 536), Norte de Santander (2 628), Barranquilla (2 165), Tolima (2 001), Córdoba (1 767) y Atlántico (1 760).

Figura 18.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 02 a 05, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_18_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_18_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png)

Descargar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_18_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_18_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_05_2021.png)

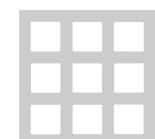
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 10 de enero y el 06 de febrero de 2021, se reportaron 8 820 muertes, la tasa de mortalidad fue de 17,55 muertes por 100 000 habitantes. Los municipios que presentaron un aumento significativo de la tasa de mortalidad con respecto al periodo anterior (SE 51 de 2020 a SE 01 de 2021) y el mayor valor de este indicador son: Suarez – Tolima (133,12), Villa de Leyva - Boyacá (94,41), Honda – Tolima (89,98), Agua de Dios – Cundinamarca (73,34), San Andrés – Santander (69,93), El Dovio – Valle del Cauca (69,91), Espinal – Tolima (69,24), Tena – Cundinamarca (66,60), Tipacoque - Boyacá (60,98) y Girardot – Cundinamarca (60,35).

Durante el periodo analizado (SE 02 a 05 de 2021) el 57,1 % (634) de los municipios con casos de COVID-19 registró fallecimientos por esta causa; por grupos de edad, el 4,7 % (415) de los fallecidos tenía entre 15 y 44 años y el 81,1 % (7 150) era personas mayores de 60 años.

Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la semana epidemiológica SE 02 a 05 de 2021 con respecto al periodo anterior (SE 51 de 2020 a SE 01 de 2021), el 53,3 % (338) de los municipios que reportó muertes por COVID-19 presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y la letalidad. Los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Villa de Leyva – Boyacá, Natagaima – Tolima, Quibdó – Chocó, San Pedro de los Milagros – Antioquia, Ventaquemada – Boyacá, Patía – Cauca, Cáqueza – Cundinamarca, Tena – Cundinamarca y Puente Nacional - Santander. Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Cáqueza – Cundinamarca, Villa de Leyva – Boyacá, Chaparral- Tolima, Inzá – Cauca, Tena – Cundinamarca, Sopó – Cundinamarca, La Vega – Cundinamarca y Natagaima - Tolima.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 05 / 31 de enero al 6 de febrero de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/120/Cuadro_de_mando_BES_05_2021.pdf)

SOBRE ESTE BOLETÍN

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

Publicación en línea: ISSN 2357.6189 2018

Directivos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

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

Dra. Diana Marcela Walteros Acero

Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Diseño y diagramación

Alexander Casas Castro - acasas@ins.gov.co

Autores temáticos

Situación Nacional

Grupo Sivigila - sivigila@ins.gov.co

Eventos trazadores - Mortalidad

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

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

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

Eventos trazadores – Morbilidad

Andrea Jineth Rodríguez Reyes- arodriguezr@ins.gov.co

Sandra Milena Aparicio Fuentes: saparicio@ins.gov.co

Carolina Ferro Mendez – cferro@ins.gov.co

Brotes

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

Tablas de mando

Yudy Silva Lizarazo - ysilva@ins.gov.co

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

Índice

Figuras

Tablas

Evento central

Situación nacional

Eventos trazadores

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

Tablas de mando

Sobre esta publicación

Figura 7. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf_1_05.png)

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2021

Tabla 3. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2021



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