

EVENTO CENTRAL



Morbilidad Materna Extrema

Fuente: https://www.freepik.es/foto-gratis/doctor-realizando-ecografia-su-paciente-embarazada_9501376.htm#page=2&query=embarazo&position=1

Análisis

La morbilidad materna extrema (MME) es considerada una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la gestante y requiere una intervención médica urgente, con el fin de prevenir la muerte (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la vigilancia de la MME como una estrategia transversal para la reducción de desenlaces fatales, porque proporciona evidencia sobre las causas y factores sociales contribuyentes; estructuras, procesos y resultados de la calidad de la atención que reorientan las acciones en salud pública.

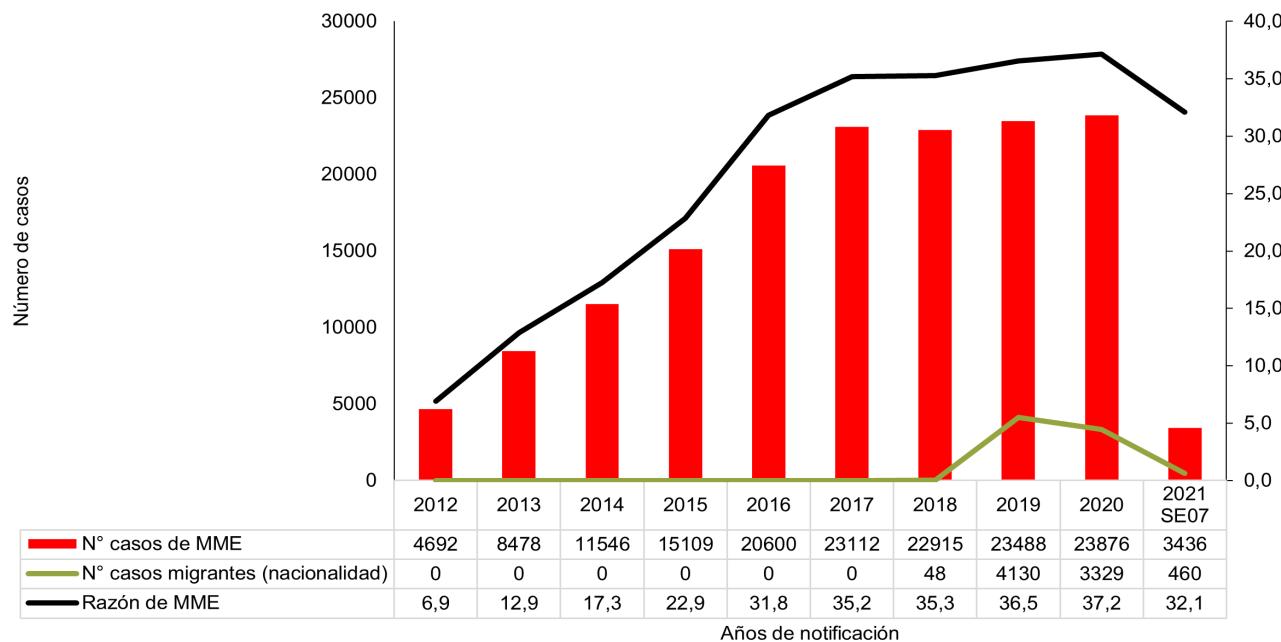
Teniendo en cuenta lo anterior, Colombia inicia la vigilancia de la MME en el 2012 bajo la definición de caso de MME establecida por la OMS. En el 2015 se realizan ajustes a los criterios de inclusión de MME y el propósito de vigilancia que se establece desde entonces es 1) determinar las características del evento respecto a las variables demográficas de las mujeres con complicaciones obstétricas severas e 2) identificar las condiciones y situaciones que conllevan a la ocurrencia de dichas morbilidades maternas extremas.

De esta forma, los países que han implementado la vigilancia de la MME reportan que la tasa de MME oscila entre 0,14 % y 0,75 % en países de ingresos altos, y entre 1,5 % y 7,7 % de ingresos medios. Estudios realizados en países en desarrollo muestran una tendencia y varían de entre 15 y 40 por 1 000 nacidos vivos (4).

Para el 2020 se notificaron al sistema de vigilancia (Sivigila) 23 876 casos con un incremento del 1,6 % en la notificación comparada con el año anterior. La razón de morbilidad materna extrema para el 2020 es de 37,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos, con respecto al 2019 de 36,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Hasta semana epidemiológica 07 de 2021 se han notificado 3 438 casos con una razón de 32,1

casos por cada 1 000 nacidos vivos. El número de casos de morbilidad materna extrema que ocurrió durante el 2020 en población extranjera según nacionalidad fue 3 329, con un descenso del 19,3 % con respecto a la notificación del 2019 para esta misma población (4 130 casos de morbilidad materna extrema) (figura 1).

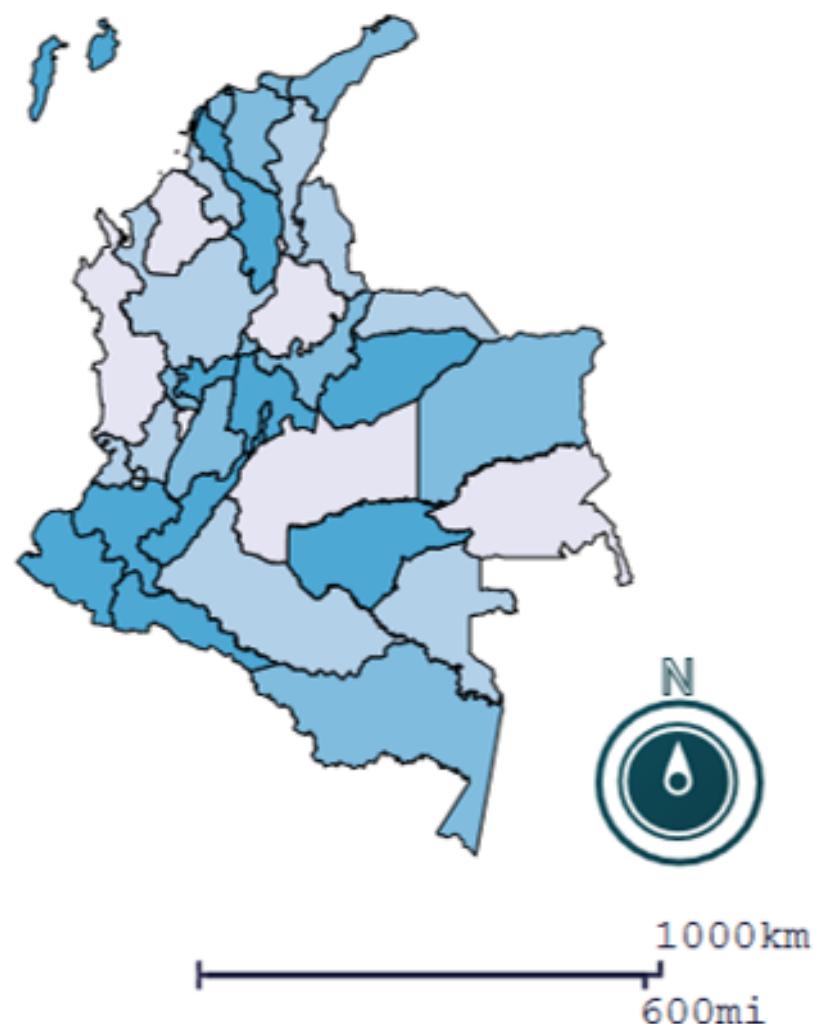
Figura 1. Razón de morbilidad materna extrema, Colombia, 2012 a 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2021- DANE, Estadísticas Vitales: 2012-2020p.

De acuerdo con la tendencia de la razón de morbilidad materna extrema según entidades territoriales de residencia se observa que del 2015 al 2020 Bogotá, Cartagena, Cauca, Huila, Putumayo y Santa Marta concentraron las razones más altas. Específicamente para el 2020, Santa Marta (75,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos), Caldas (61,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos), Bogotá (61,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos), Putumayo (55,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos) y Huila (52,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos) reportaron las razones más altas (figura 2).

Figura 2. Razón de morbilidad materna extrema según entidad territorial de residencia, Colombia, 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020- DANE, Estadísticas Vitales: 2019.

Al realizar el análisis de comportamientos inusuales de morbilidad materna extrema, para esta semana se comparó lo observado en la semana epidemiológica 07 de 2021, basándose en la suma de los casos observados en un periodo epidemiológico (de esta semana y las 3 semanas previas), con el resultado del promedio de 15 periodos históricos alrededor de esa semana de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los 5 años previos al año de análisis (2016 a 2020). En lo observado para la semana 07 se presenta un aumento de los casos residentes en Cali, Tolima, Caldas, Barranquilla, Atlántico y Antioquia en comparación con lo notificado entre 2015 y 2019. Lo anterior podría estar relacionado con el fortalecimiento de la vigilancia en Tolima y Barranquilla, mientras que en Cali, Caldas, Atlántico y Antioquia se reporta un incremento de la letalidad con respecto al 2019.

Con respecto a las características sociales y demográficas de los casos de morbilidad materna extrema para Colombia se observa según grupos de edad que las razones más altas se ubican en las mujeres de 40 años y más (2020: 80,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos). Según área de residencia, la cabecera municipal y el centro poblado, para el 2020 las razones fueron de 39,7 y 40,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos, respectivamente. El tipo de seguridad social con la mayor razón para el 2020 fue el no afiliado con 43,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos. De acuerdo con la pertenencia étnica, en la población indígena para el 2020 se reportó una razón de 30,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos (tabla 1).

Tabla 1. Características sociales y demográficas de la morbilidad materna extrema, Colombia, 2019 a 2020

Características sociales y demográficas	2019		2020		
	Casos de MME	Razón de MME	Casos de MME	Razón de MME	
Grupos de edad	Casos	%	Casos	%	
10 a 14 años	183	0,8	38,2	184	0,8
15 a 19 años	3884	16,5	32,9	3821	15,7
20 a 24 años	5666	24,1	30,6	5978	24,6
25 a 29 años	5311	22,6	33,9	5520	22,7
30 a 34 años	4321	18,4	41,1	4495	18,5
35 a 39 años	2994	12,7	53,1	3071	12,6

40 y más años	1129	4,8	74,8	1213	5,0	80,4
Área de residencia						
Cabecera municipal	19035	81,0	38,5	19635	80,9	39,7
Centro poblado	1712	7,3	37,7	1836	7,6	40,5
Rural disperso	2741	11,7	30,2	2811	11,6	31,0
Tipo de seguridad social en salud						
Contributivo	9673	41,2	42,0	9060	37,3	39,3
Subsidiado	11541	49,1	34,7	11136	45,9	33,5
Excepción	9	0,0	---	163	0,7	---
Especial	171	0,7	---	261	1,1	---
No afiliado	2094	8,9	31,4	2920	12,0	43,9
Pertenencia étnica						
Indígena	732	3,1	28,6	771	3,2	30,1
ROM (Gitano)	67	0,3	---	54	0,2	---
Raizal	14	0,1	---	22	0,1	---
Palenquero	5	0,0	---	3	0,0	---
Afrocolombiano	748	3,2	29,7	506	2,1	20,1
Otros	21922	93,3	37,1	22926	94,4	38,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019- 2020- DANE, Estadísticas Vitales: 2019.

Según el criterio de notificación de morbilidad materna extrema se observa que durante el 2020 las razones más altas se ubicaron en la falla cardiovascular con 7,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos (grupo de falla de órgano), preeclampsia severa con 26,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos y hemorragia obstétrica severa con 6,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos (grupo de enfermedades específicas). Por grupos de edad y criterio de morbilidad materna extrema, las razones más altas de ubican en las mujeres de 40 años y más.

Con relación a la causa agrupada de morbilidad materna, la tendencia permite identificar que los trastornos hipertensivos concentran las razones más altas (2016 con 21,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos al 2020 con 38,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos), seguido de complicaciones hemorrágicas (2016 con 4,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos a 2020 con 5,0 casos por cada 1 000 nacidos vivos) y sepsis de origen obstétrico (2016 con 0,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos a 2020 con 1,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos). Por grupos de edad y causa agrupada de la morbilidad materna extrema, las razones más altas de ubican en las mujeres de 40 años y más.

El índice de letalidad para el 2020 fue de 1,7 %. Las entidades territoriales de Guainía (18,8 %), Chocó (11,4 %), Amazonas (5,9 %), Vichada (5,4 %), Caquetá y Vaupés (5,3 %) reportaron los índices más altos para el país. Adicionalmente, el índice de letalidad en población indígena para el 2020 fue de 6,7 % y en población extranjera según la nacionalidad fue de 1,5 %.

El índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) para el 2020 fue de 4,7 %. Las entidades territoriales de Guainía (30,8 %), San Andrés (20,0 %), Córdoba (10,2 %), Buenaventura (9,9 %) y Guaviare (9,1 %) reportaron los índices más altos para el país.

Es importante mencionar que el comportamiento de los índices de letalidad y de MPNT en morbilidad materna extrema pueden estar relacionados con los determinantes sociales de la salud de dichos territorios, las necesidades básicas insatisfechas y la alta proporción de pobreza multidimensional, lo que limita la intervención continua e integrada de la exposición diferencial a los riesgos y posibilita la ocurrencia de la enfermedad y de los desenlaces fatales.

Referencias

- Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case control study. BMJ. 2001; 322:1089-94.
- Nair M, Kurinczuk JJ, Knight M. Establishing a National maternal morbidity outcome indicator in England: a population-based study using routine hospital data. PLoS ONE. 2016; 11:e0153370.
- Knight MNM, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Brocklehurst P, Kurinczuk JJ. Saving Lives, Improving Mothers' Care—Surveillance of Maternal Deaths in the UK 2012–14 and Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14. Oxford: University of Oxford; 2016. p.35-36.

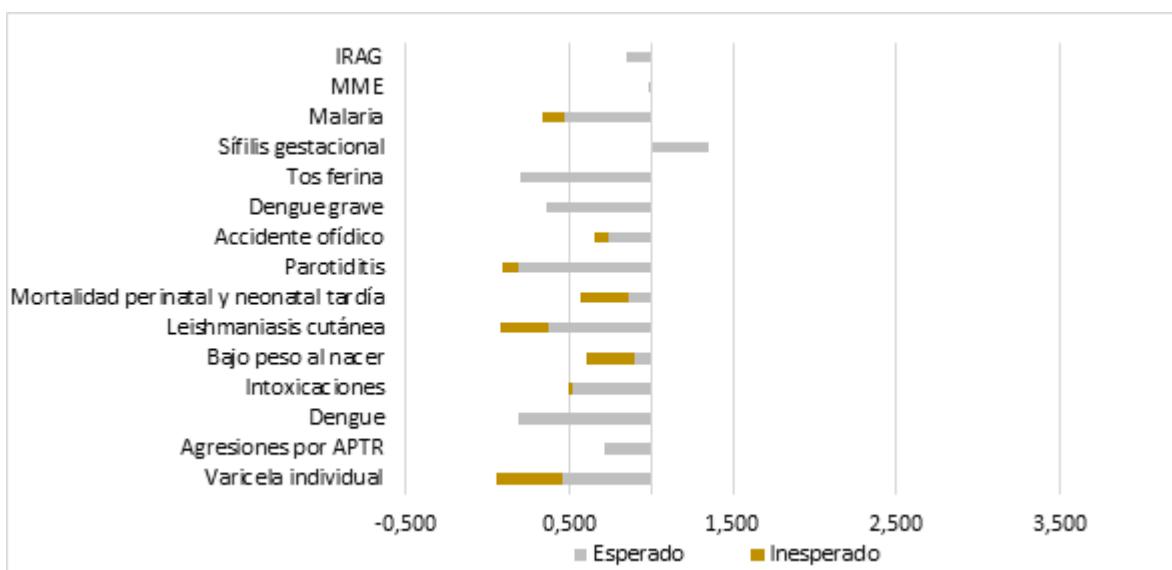
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

Se identifica que en la semana epidemiológica 08, los eventos de malaria, accidente ofídico, parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer, intoxicaciones y varicela se encuentran por debajo de lo esperado, los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/alta%20frecuencia_08_1.jpg)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/alta%20frecuencia_08_1.jpg)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Tabla 2.

Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021

Evento	Observado	Esperado	Poisson
Sífilis congénita	20	18	0,00
Sarampión	11	24	0,00
Leptospirosis	11	27	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	8	0,00
Mortalidad por dengue	2	3	0,01
Lepra	5	9	0,01

Rubeola	3	13	0,03
EAV	64	12	0,10
Tuberculosis farmacorresistente	2	9	0,10
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	3	0,11
Mortalidad por IRA	9	10	0,12
Mortalidad materna	12	8	0,15
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,30

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

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

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

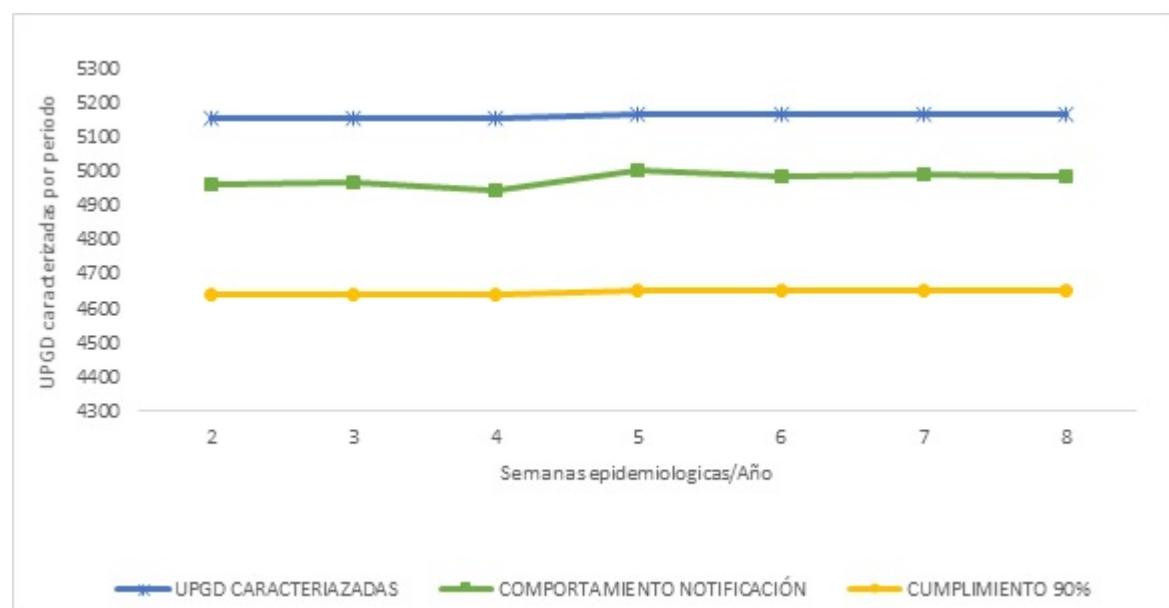
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 100 % (1 117 / 1 117 UNM), permaneció igual 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 96,5 % (4 987 / 5 168 UPGD); disminuyó 0,1 % comparándolo con la semana anterior y 1,6 % con respecto a la misma semana de 2020. Para esta semana las entidades territoriales de San Andrés con el 78 % y Vaupés con el 88 % no cumplieron con la meta para UPGD.

Figura 4.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 02 a 08 de 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar](#)
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/cumplimiento_08_01.jpg\)](#)

[Descargar](#)
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/cumplimiento_08_01.jpg\)](#)

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 08 de 2021 se notificaron 916 casos probables de dengue: 413 casos de esta semana y 503 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 5 822 casos, 2 906 (49,9 %) sin signos de alarma, 2 812 (48,3 %) con signos de alarma y 104 (1,8 %) de dengue grave.

Tabla 3.
Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	1234	21,6	20	19,2	1254	21,5
Cartagena	426	7,5	14	13,5	440	7,6
Valle del Cauca	433	7,6	4	3,8	437	7,5
Putumayo	282	4,9	2	1,9	284	4,9
Barranquilla	259	4,5	5	4,8	264	4,5

Tolima	251	4,4	4	3,8	255	4,4
Huila	247	4,3	4	3,8	251	4,3
Antioquia	230	4,0	5	4,8	235	4,0
Cundinamarca	211	3,7	1	1,0	212	3,6
Meta	188	3,3	4	3,8	192	3,3
Atlántico	185	3,2	4	3,8	189	3,2
Bolívar	167	2,9	2	1,9	169	2,9
Norte de Santander	158	2,8	4	3,8	162	2,8
Cesar	152	2,7	5	4,8	157	2,7
Santander	136	2,4	1	1,0	137	2,4
Magdalena	123	2,2	7	6,7	130	2,2
Sucre	113	2,0	2	1,9	115	2,0
Santa Marta	103	1,8	4	3,8	107	1,8
Córdoba	100	1,7	0	0,0	100	1,7
Cauca	92	1,6	0	0,0	92	1,6
Nariño	72	1,3	3	2,9	75	1,3
Caquetá	73	1,3	2	1,9	75	1,3
Boyacá	66	1,2	1	1,0	67	1,2
Casanare	61	1,1	0	0,0	61	1,0
Quindío	58	1,0	1	1,0	59	1,0
Chocó	55	1,0	0	0,0	55	0,9
Caldas	42	0,7	0	0,0	42	0,7
Risaralda	40	0,7	0	0,0	40	0,7
Buenaventura	34	0,6	0	0,0	34	0,6
Amazonas	33	0,6	0	0,0	33	0,6
La Guajira	21	0,4	4	3,8	25	0,4
Arauca	23	0,4	0	0,0	23	0,4
Archipiélago de San Andrés	17	0,3	0	0,0	17	0,3
Exterior	10	0,2	1	1,0	11	0,2
Vichada	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Guaviare	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Guainía	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Total	5 718	100	104	100	5 822	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

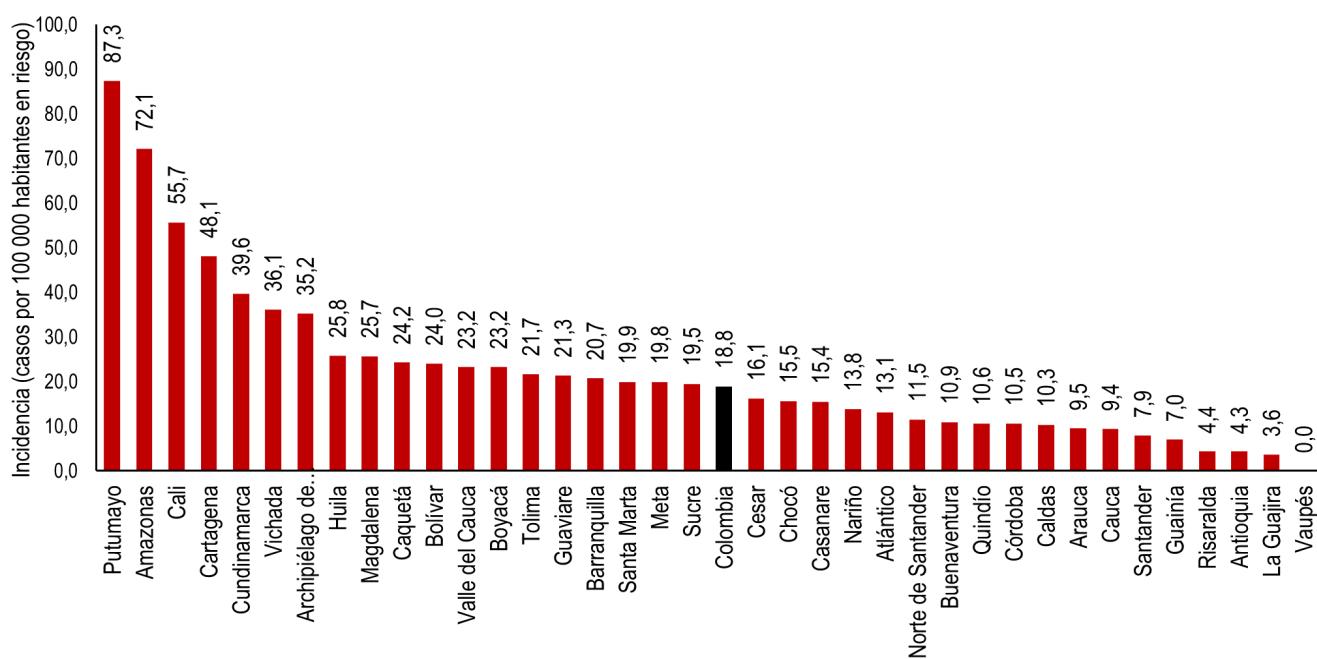
En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 481 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Cartagena, Valle del Cauca, Putumayo, Barranquilla, Tolima, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Meta y Atlántico aportan el 68,9 % (4 013) de los casos a nivel nacional.

El 57,4 % (3 344) de los casos de dengue se reportó en 27 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 21,5 % (1 254); Cartagena, con el 7,6 % (440); Barranquilla, con 4,5 % (264); Orito, con el 2,3 % (132); Santa Marta, con el 1,8 % (107); Cúcuta, con el 1,5 % (87); Villavicencio y Neiva, con el 1,4 % (80); Ibagué, con el 1,1 % (62); Yumbo (61), Soledad (59) y Montería (57), con el 1,0 % cada uno.

Se hospitalizó el 74,6 % (2 098) de los casos de dengue con signos de alarma y el 84,6 % (88) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Bolívar, Cauca, Buenaventura, Chocó, y Vichada; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Santa Marta, Meta, Magdalena, Cartagena, Antioquia, La Guajira, Cundinamarca y Quindío.

A semana 08 se ha confirmado el 34,9 % (982) 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 43,3 % (45) de los casos de dengue grave y la entidad con el 100,0 % de los casos confirmados es Caquetá.

Figura 5.
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_5_incidencia_dengue_Colombia_BE)

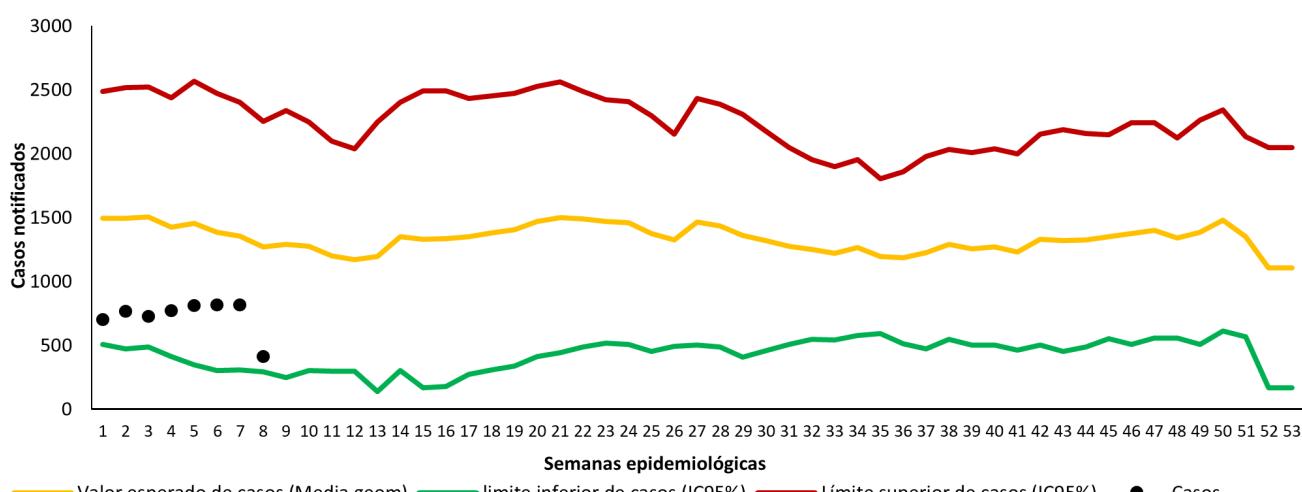
Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_5_incidencia_dengue_Colombia_BE)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 18,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para las entidades de Putumayo, Amazonas, Cali, Cartagena, Cundinamarca, Vichada y Archipiélago de San Andrés y Providencia, se estiman tasas de incidencia superiores a 35,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 6.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 08, 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_6_canal_endémico_BES_Colombia_

[Descargar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_6_canal_endémico_BES_Colombia_

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 08 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 05 a 07 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial		
Por debajo de lo esperado	Antioquia	Tolima	
	Atlántico	Arauca	Boyacá
	Buenaventura	Cundinamarca	Casanare
	Guainía	Caldas	Córdoba
Dentro del número esperado de casos	La Guajira	Cesar	Huila
	Quindío	Guaviare	Norte de Santander
	Santander	Meta	Vaupés
	Sucre	Risaralda	Vichada
	Amazonas	Barranquilla	Cauca
	Bolívar	Cali	Magdalena
Situación de alerta	Santa Marta	Caquetá	Putumayo
	Nariño	Valle del Cauca	
	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, 21 entidades se encuentran dentro de lo esperado, 12 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 25 muertes probables por dengue, procedentes de: Cartagena y Magdalena, con 4 casos cada uno; Cali y Tolima, con 2 casos cada uno; y Atlántico, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Barranquilla, Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Meta, Nariño, Santander, Valle del Cauca y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología:

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

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

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

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Tabla 5.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 08	2021 a semana 08	Variación
Consultas externas y urgencias	1 022 919	616 409	39,7 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	31 538	35 932	13,9 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	3 280	12 795	290,1 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

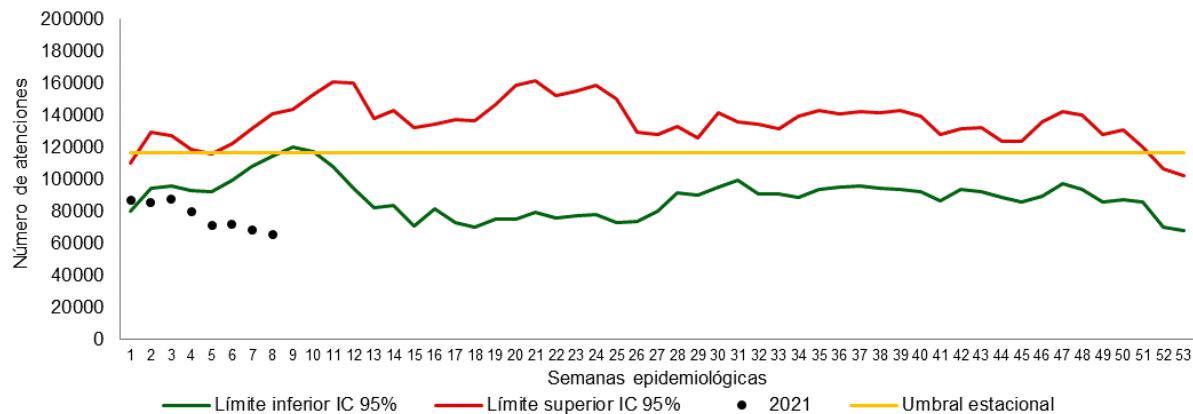
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 08 de 2021, en Colombia se han notificado 616 409 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 39,7 % comparado con 2020, 30,6 % frente a 2019 y 32,9 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 27 entidades territoriales; Córdoba y Santa Marta presentan incremento; Amazonas, Arauca, Bolívar, Guainía, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Santander y Vichada no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 32,1 % (198 091), seguido por el de 40 a 59 años con el 21,7 % (134 040). 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 7,7 %, seguido por los de 1 año con el 7,6 %.

Figura 7.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT08.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT08.png\)](#)

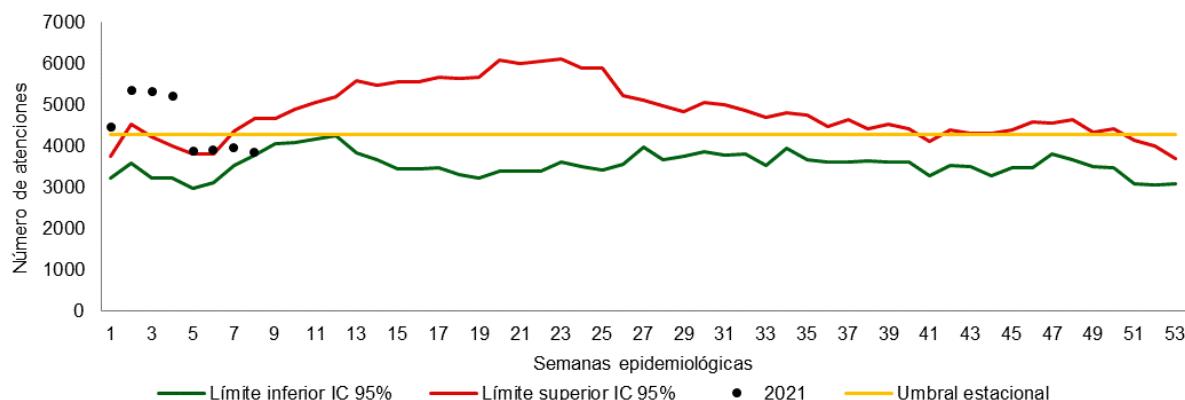
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Se notificaron 35 932 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 13,9 % frente a 2020, 24,7 % comparado con 2019 y 14,4 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 20 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Quindío, Caquetá, Chocó, Atlántico, Caldas, Norte de Santander, Cauca, Guainía y Arauca; e incremento en 8 entidades territoriales resaltando Amazonas, Huila, Cundinamarca y Barranquilla; no presentan comportamientos inusuales 10 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 41,1 % (14 783), seguido por los de 40 a 59 años con el 21,4 % (7 697). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 14,2 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,2 %.

Figura 8.
Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP08.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP08.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

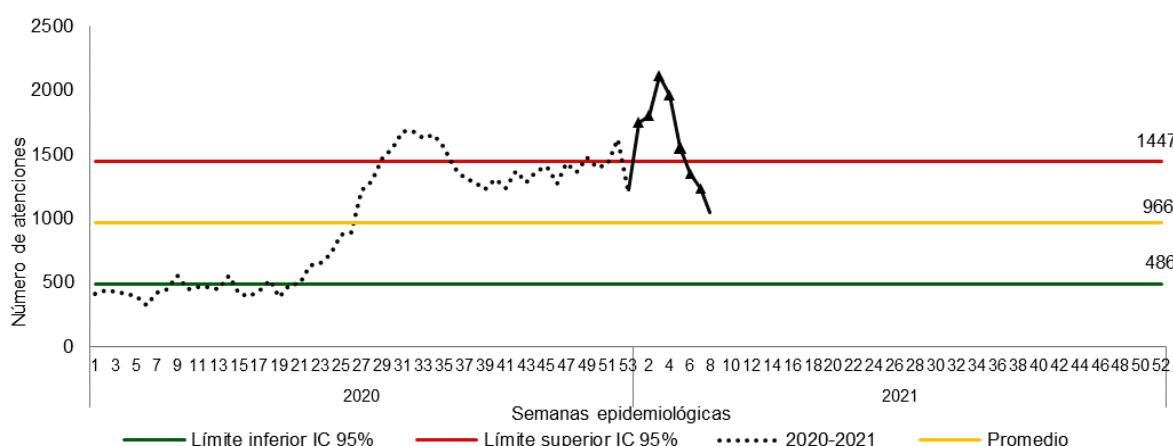
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional y del límite superior histórico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

Se notificaron 12 795 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 290,1 % frente a 2020, 367,0 % comparado con 2019 y 376,7 % frente a 2018. Se presenta incremento en 30 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Valle del Cauca, Nariño, Cundinamarca, Antioquia y Huila; Arauca y Córdoba presentan disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Atlántico, Chocó, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 57,0 % (7 296), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,4 % (3 365) y los de 20 a 39 años con el 7,8 % (992). 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 33,2 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 30,7 %.

Figura 9.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI08.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI08.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Hasta la semana 05 las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se observa un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso en las últimas cinco semanas; para las semanas 06 a 08 se encuentran por debajo del límite superior.

Metodología:

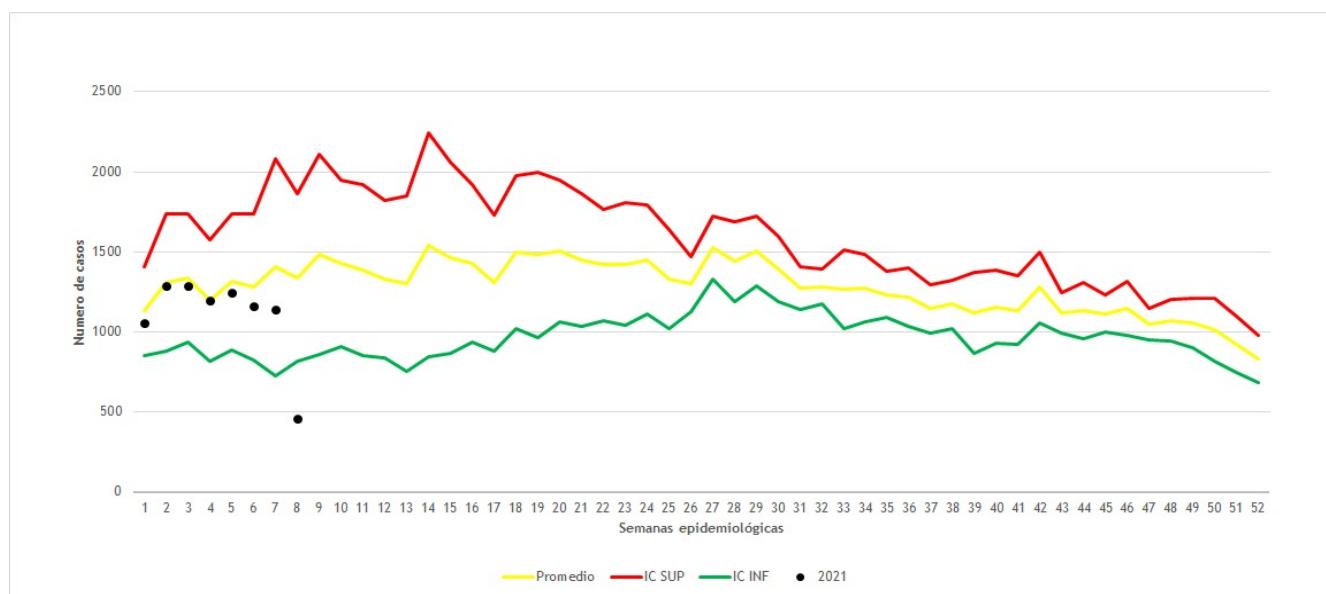
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 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 08 se notificaron 1 222 casos de malaria, teniendo un acumulado de 8 872 casos, de los cuales 8 689 son de malaria no complicada y 183 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 51,5 % (4 568), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 47,8 % (4 245) e infección mixta con 0,7 % (59).

Figura 10.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 08, 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 \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%208.png\)](#)[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%208.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (29,6 %), Nariño (22,4 %), Córdoba (14,2 %) Antioquia (10,6 %) y Guainía (4,6) aportan el 81,4 % de los casos de malaria no complicada.

Tabla 6.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	18	1362	0	1194	2574	29,60
Nariño	12	1719	0	213	1944	22,40
Córdoba	2	224	0	1012	1238	14,20
Antioquia	5	257	0	657	919	10,60
Guainía	1	23	0	375	399	4,60
Cauca	0	308	0	6	314	3,60
Vichada	3	62	0	167	232	2,70
Buenaventura	0	143	0	25	168	1,90
Norte de Santander	0	0	0	161	161	1,90
Guaviare	1	33	0	123	157	1,80
Bolívar	7	11	0	130	148	1,70
Risaralda	0	3	0	118	121	1,40
Meta	0	12	0	86	98	1,10
Amazonas	2	4	0	81	87	1,00
Casanare	0	0	0	41	41	0,50
Exterior	0	7	0	13	20	0,23
Cali	1	7	0	3	11	0,10
Vaupés	0	0	0	11	11	0,10
Valle del Cauca	0	4	0	2	6	0,10
Sucre	0	0	0	6	6	0,10
Santander	1	1	0	3	5	0,10
Putumayo	0	0	0	5	5	0,10
Cartagena	0	0	0	3	3	0,00
Cesar	0	0	0	3	3	0,00
Arauca	0	0	0	3	3	0,00
Desconocido	0	1	0	2	3	0,03
La Guajira	0	0	0	3	3	0,00
Caldas	0	2	0	0	2	0,00
Huila	0	1	0	1	2	0,00
Quindío	0	1	0	0	1	0,00

Cauca	0	0	0	1	1	0,00
Total	53	4185	0	4451	8689	100

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

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

Análisis de la tabla

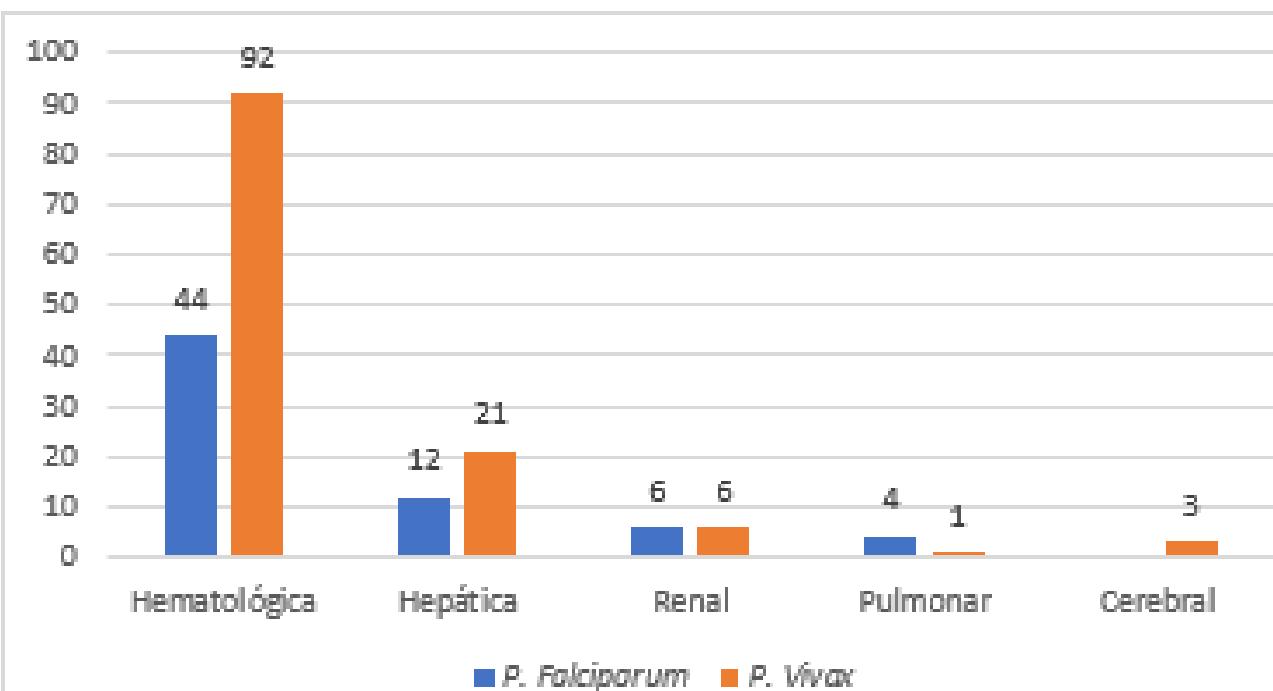
ANÁLISIS DE LA TABLA

Malaria complicada

Se notificaron 183 casos de malaria complicada, que proceden de 21 entidades territoriales y un caso procedente del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Meta y Risaralda notifican el 62,8 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 57,9 % (106) corresponde a hombres. El 31,2 % (57) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 26,2 % (48) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 48,6 % (89) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 69,4 % (127) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 11.
Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 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/Complicaciones%20se%208.PNG)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Complicaciones%20se%208.PNG)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 141 presentaron complicaciones hematológicas, 35 complicaciones hepáticas, 12 complicaciones renales, 5 complicaciones pulmonares y 3 casos de malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 08, 2 departamentos están por encima del número esperado de casos y 7 departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 7.
Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
Menor al comportamiento histórico	Amazonas	Arauca	Atlántico
	La Guajira	Quindío	Caldas
	Caquetá	Sucre	Magdalena
	Huila	Chocó	Santander
	Cesar	Risaralda	Bolívar
En el comportamiento histórico	Antioquia	Vichada	Putumayo
	Valle del Cauca	Cauca	Guainía
	Córdoba	Nariño	Guaviare
Situación de alerta	Risaralda	Norte de Santander	
	Meta	Casanare	
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 08, 19 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó (Chocó), El Charco (Nariño), Bojayá (Chocó).

Tabla 8.
Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 08 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	528	96	261
Nariño	El Charco	257	85	143
Chocó	Bojayá	209	45	124
Nariño	Mosquera	189	57	126
Nariño	Maguí	167	76	104
Chocó	Carmen del Darién	105	34	58
Antioquia	Murindó	99	11	51
Nariño	Santa Bárbara	81	24	31

Nariño	La Tola	75	15	42
Guaviare	El Retorno	71	19	47
Antioquia	Anorí	52	10	36
Meta	Mapiripán	47	6	16
Meta	Puerto Gaitán	32	5	13
Antioquia	Nechí	31	11	15
Bolívar	Arenal	23	5	13
Nariño	Policarpa	15	3	10
Casanare	Hato Corozal	11	1	7
Norte de Santander	El Tarra	10	6	7
Meta	Puerto Concordia	8	2	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 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 19 muertes en menores de 5 años: 9 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 8 a desnutrición y 2 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 9 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 6 correspondientes a esta semana y 3 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 13 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Boyacá, Guainía y Huila en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 08 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 8 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menor de 5 años, todas correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Barranquilla, Cauca, La Guajira y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 08 entre 2014 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, 1 correspondiente a esta semana y 1 de la semana anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2020 no se notificaron casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Quindío, Tolima y Vichada, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 08 entre 2014 a 2020, mientras que, en 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 08 de 2021 se notificaron 83 muertes maternas, 71 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 8 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 4 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.
Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 08, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	54	23	7	84
2020	46	20	5	71
2021	71	8	4	83

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 54,3 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 07 es de 48,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.
Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Guaviare	1	307,7
Magdalena	5	155,4
Bolívar	4	109,9
Meta	4	108,2
Buenaventura	1	96,9
Santa Marta	2	92,7
Putumayo	1	92,2
Cali	5	86,0
Tolima	3	78,5
Chocó	1	78,4
Córdoba	4	68,6

Valle del Cauca	3	66,2
Barranquilla	3	60,8
La Guajira	3	60,3
Norte de Santander	3	53,9
Cartagena	2	52,8
Caldas	1	50,4
Colombia	71	48,3
Huila	2	48,0
Antioquia	8	46,0
Risaralda	1	43,3
Cesar	2	37,6
Sucre	1	31,2
Santander	2	30,8
Bogotá	6	29,8
Cundinamarca	2	24,0
Atlántico	1	22,8

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

DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2020.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de Guaviare, Magdalena, Bolívar y Meta.

Para la semana epidemiológica 08 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Bolívar, Guaviare, Huila, Meta, Putumayo, Valle del Cauca y Cali y disminución en la entidad territorial de Nariño.

Tabla 11.
Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	8	4	0,030
Bolívar	4	1	0,015
Guaviare	1	0	0,000
Huila	2	0	0,000
Meta	4	1	0,015
Nariño	0	4	0,018
Putumayo	1	0	0,000
Valle del Cauca	3	0	0,000
Cali	5	2	0,036

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

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 9,9 % corresponde a causas directas y el 11,3 % a causas indirectas. El 78,9 % de los casos se encuentra en estudio.

Tabla 12.**Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2021**

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	7	9,9
Sepsis relacionada con el embarazo	3	4,2
Hemorragia obstétrica	2	2,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	2	2,8
Evento tromboembólico como causa básica	1	1,4
Otras causas directas	1	1,4
INDIRECTA	8	11,3
Otras causas indirectas	4	5,6
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	2	2,8
Sepsis no obstétrica	1	1,4
Sepsis no obstétrica: Neumonía	1	1,4
EN ESTUDIO	56	78,9

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología:

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

Mortalidad perinatal y neonatal

A semana epidemiológica 08 de 2021, se han notificado 1 195 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 17 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 166 casos, 116 corresponden a esta semana y 50 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 08 de 2021**

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Guainía	5	35,7
Vichada	7	31,7
Chocó	22	26,3
Arauca	14	21,8
La Guajira	63	19,0
Buenaventura	13	19,0
Barranquilla	61	18,2
Putumayo	12	16,7
Bolívar	40	16,1
Quindío	14	15,9
Risaralda	24	15,8
Córdoba	60	15,1
Sucre	31	14,4

Casanare	13	13,7
Boyacá	29	13,5
Vaupés	1	13,3
Caquetá	13	13,1
Amazonas	2	13,0
Antioquia	142	12,4
Cundinamarca	66	12,0
Caldas	16	11,9
Colombia	1178	11,8
Cauca	32	11,6
Huila	32	11,6
Cesar	41	11,5
Nariño	29	11,4
Cartagena	29	11,3
Valle del Cauca	33	11,2
Tolima	27	10,7
Meta	26	10,5
Cali	39	10,2
Atlántico	30	10,1
Magdalena	20	9,3
Bogotá	114	8,5
Norte de Santander	30	8,5
Santander	36	8,4
Santa Marta	11	7,7
Guaviare	1	4,6
San Andrés y Providencia	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos febrero 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 11,8 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 21 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (35,7), Vichada (31,7), Chocó (26,3), Arauca (21,8) y La Guajira (19,0).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,2 % (568), seguido de neonatales tempranas con 27,8 % (328), neonatales tardías con 13,8 % (162) y perinatales intraparto con 10,2 % (120).

Figura 12.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 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%20placentarios)

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,3 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 24,0 % 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 Bogotá, Cali, Cauca, Cesar, Chocó, Santander y Vichada. Comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social-RUAF.

Metodología:

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

Dado que el evento tiene una alta frecuencia en notificación y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años, se realiza el análisis de los comportamientos inusuales a través del método: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). Este se basa en la comparación del comportamiento actual del evento en el último periodo epidemiológico (valor observado) con el resultado del promedio de 15 períodos históricos alrededor de ese periodo de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los cinco años previos al año de análisis (Coutin

G, Borges J, Batista R, Feal P, Suárez B. Método para el análisis del comportamiento observado de enfermedades seleccionadas con relación al comportamiento histórico. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000;38(3):157-66).

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 29 de febrero de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Se presentó un aumento del 7 % en comparación con la semana anterior con 2,6 millones de casos nuevos notificados. El aumento mundial de casos fue impulsado principalmente por el Mediterráneo Oriental (14 %), Sudeste de Asia (9 %), Europa (9%) y América (6 %) posiblemente por la propagación de variantes más transmisibles (COV). La mortalidad disminuyó cerca del 6 % con 63 000 nuevas muertes reportadas en la última semana. Las nuevas muertes disminuyeron en cuatro regiones, Europa, África, el Pacífico Occidental y las Américas (en un 15 %, 19 %, 35 % y 1 %, respectivamente), y aumentaron en un 47 % en la Región de Asia Sudoriental.

En la última semana, los cinco países que notificaron el mayor número de casos nuevos son Estados Unidos de América (472 904 casos nuevos, una disminución del 2%), Brasil (373 954 casos, un aumento del 18%), Francia (149 959 casos, un aumento del 14%), Italia (112 029 casos, un aumento del 32%) e India (105 080 casos nuevos, un aumento del 21%).

La evidencia sugiere que algunas variantes de preocupación recientemente identificadas pueden haber aumentado la transmisibilidad en comparación con las variantes que circulaban anteriormente. Es probable que sigan existiendo riesgos elevados de exportación e importación de casos entre países a través de viajes internacionales, incluidos los casos de las nuevas variantes de interés. El impacto en los países dependerá de múltiples factores, incluida su situación epidemiológica, la capacidad de sus sistemas de salud y la implementación de otras medidas sociales y de salud pública. Las medidas impuestas para prevenir la importación de variantes preocupantes del SARS-CoV-2 deben tener un límite de tiempo y tener fundamento en evaluaciones exhaustivas del riesgo.

En un informe actualizado sobre el SARS-CoV-2 el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) destaca que, si bien varios países europeos han informado una disminución de la incidencia de COVID-19, probablemente debido a una fuerte combinación de medidas sociales y de salud pública, la mayoría de los países de Europa continúa experimentando tasas de notificación altas o en aumento entre los grupos de mayor edad, así como tasas altas de mortalidad. Entre las muestras analizadas en Europa mediante cribado basado en PCR y secuenciación del genoma completo, la proporción de casos infectados con VOC 202012/01 ha aumentado en las últimas semanas, lo que indica una transmisión comunitaria en varios países.

Región de África. Por quinta semana consecutiva se notifica disminución tanto para casos y muertes, se reportaron alrededor 50 000 nuevos casos y 1 500 nuevas muertes con una disminución del 24 % y del 19 % respectivamente frente a la semana anterior. La mayor incidencia por cada 100 000 habitantes fue Sudáfrica (16,6 casos nuevos por 100 000 habitantes), Etiopía (5,4 casos nuevos por 100 000) y Nigeria (1,9 casos nuevos por 100 000). Los mismos países notificaron el mayor número de muertes en la última semana: Sudáfrica (1,7 nuevas muertes por 100 000, Etiopía (0,1 nuevas muertes por 100 000) y Nigeria (<0,1 nuevas muertes por 100 000).

Región de las Américas. Esta semana se notificaron más de 1,1 millones de casos nuevos y poco menos de 34 000 nuevas muertes con un aumento del 6 % y una disminución del 1 %, respectivamente en comparación con la semana anterior. Esto representa el primer aumento de casos nuevos desde la semana que finalizó el 10 de enero. Esta semana, los casos nuevos aumentaron en 22 de 56 países (39 %) y cayeron en 24 de 56 (43 %). Esta semana, las nuevas muertes aumentaron en 11 de 56 países (20 %) y disminuyeron en 20 de 56 (36 %). El mayor número de casos nuevos y muertes se notificó en los Estados Unidos de América con 142,9 casos nuevos por 100 000 habitantes) y 4,5 nuevas muertes por 100 000.

Región del Mediterráneo Oriental. En la última semana, la Región del Mediterráneo Oriental notificó más de 207 000 casos nuevos, un aumento del 14 % en comparación con la semana pasada. La región reportó poco más de 2.500 nuevas muertes, un aumento del 5 %. En toda la región, 14 de 22 (64 %) países informaron aumentos en los casos nuevos y 8 de 22 (36 %) disminuyeron esta semana. Las nuevas muertes aumentaron en 13 de 22 países (59 %) y disminuyeron en 7 de 22 (32 %). Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos esta semana fueron la República Islámica de Irán (68 casos nuevos por 100 000 habitantes), Irak (68,3 casos nuevos por 100 000) y Jordania (261,5 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes esta semana se ha informado en la República Islámica de Irán (0,7 nuevas muertes por 100 000 habitantes), Líbano (5,2 nuevas muertes por 100 000) y Egipto (0,3 nuevas muertes/ 100 000).

Región Europea. Fueron notificados más de 1 millón de casos nuevos (aumento del 9 %) y más de 21 000 (disminución del 15 %). Esto representa el primer aumento de casos nuevos desde la semana que finalizó el 10 de enero y revierte las disminuciones de las dos semanas anteriores. Los casos nuevos aumentaron en 36 de 61 países (59 %) y cayeron en 22 de 61 (36 %), mientras que las nuevas muertes aumentaron en 16 de 61 países (26 %) y cayeron en 30 de 61 (49 %). Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos fueron Francia (229,7 casos nuevos por 100 000) Italia (185,3 casos nuevos por 100 000) y Chequia (768,7 casos nuevos por 100 000). El mayor número de muertes se registró en la Federación de Rusia (1,9 nuevas muertes por 100 000), el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (3,4 nuevas muertes por 100 000) y Alemania (2,6 nuevas muertes por 100 000).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana, la región del Sudeste Asiático notificó más de 171 000 nuevos casos, un aumento del 9 % en comparación con la semana pasada, mientras que la región notificó más de 3 200 nuevas muertes, un aumento del 47 %. En toda la región, la mitad de los países (5/10; 50 %) notificaron un aumento de nuevos casos y la otra mitad un descenso esta semana. Las nuevas muertes aumentaron en 3 de 10 países (30 %) y disminuyeron en 5 de 10 (50 %). Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos fueron India (7,6 casos nuevos por cada 100 000) Indonesia (21,2 casos nuevos /100 000) y Sri Lanka (15,9 casos nuevos /100 000). Los tres países que comunicaron el mayor número de nuevas muertes esta semana fueron Indonesia (0,6 nuevas muertes por 100 000), India (0,1 nuevas muertes por 100 000) y Nepal (2,4 nuevas muertes por 100 000).

Región del Pacífico Occidental. Comparado con la semana anterior, se notificaron 2 % menos casos (44 000 nuevos casos) y se reportaron 35 % menos muertes (800 nuevas muertes). De los 22 países de la región, el número de casos nuevos aumentó en 6 (27 %) esta semana, mientras que disminuyó en 10 de los 22 (45 %). El número de nuevas muertes aumentó en 1 de 22 países (14 %) y disminuyó en 5 de 22 (23 %) esta semana. Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos en la región esta semana fueron Malasia (55,7 casos nuevos por cada 100 000), Filipinas (13,7 casos nuevos por cada 100 000 y Japón (5,7 casos nuevos por cada 100 000). Los tres países que comunicaron el mayor número de nuevas muertes esta semana fueron Japón (0,4 nuevas muertes por cada 100 000), Filipinas (0,2 nuevas muertes por cada 100 000) y Malasia (0,2 nuevas muertes por cada 100 000).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 28 de febrero de 2021. Fecha de consulta 04 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---2-march-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---2-march-2021>)

Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana 09 Epidemiológico.
Fecha de publicación 28 de febrero de 2021 - Organización Mundial de la Salud (OMS)

Guinea

El brote del virus del ébola (EVE) declarado en guinea el 14 de febrero de 2021 continua, con un caso nuevo confirmado reportado en N'Zerekore on 28 February 2021, en una muerte comunitaria (contactos desconocidos). Al 28 de febrero de 2021 se han confirmado en total 17 casos (13 confirmados y cuadros probables) y siete muertes con una tasa de letalidad del 41.2%. Actualmente solo un distrito de salud esta activo (reportando al menos un caso confirmado y seis distritos sanitarios están en alerta (al menos con un contacto) de 38. Un total de 495 (99%) contactos de 498 han recibido seguimiento. En el momento hay una búsqueda en curso de tres contactos que se han perdido del seguimiento.

La respuesta en salud publica incluye el inicio de la vacunación con un total acumulado 1 097 personas vacunadas incluidas 164 contactos de alto riesgo y 758 contactos de contactos y 175 probables contactos incluidos 314 trabajadores de la salud. Un caso confirmado ha sido dado de alta como recuperado

posterior a dos pruebas de control negativo, ocho confirmados y un sospecho actualmente se encuentran hospitalizados en el Centro de Enfermedades Epidémicas en N'Zerekore.

República Democrática del Congo

El brote del virus del Ébola (EVE) declarado el 7 de febrero de 2021 continua en Butembo, sin embargo, no se han presentado nuevos casos confirmados hasta el 27 de febrero de 2021, cinco días desde que el último fue caso reportado en el área de salud e Masoya. Hasta el 27 de febrero de 2021 se han confirmado ocho casos confirmados y cuatro fallecidos con una letalidad del 50,0%. En los últimos 21 días, ocho casos han sido confirmados, tres en las zonas de salud de Biena, Katwa y Musienene. No se han presentado nuevos contactos desde el 27 de febrero de 2021. Al 27 de febrero un total de 785 contactos han sido identificados de los cuales 701 han recibido seguimiento (89,3%). Los 84 contactos restantes no han recibido seguimiento de los cuales 27 no han sido encontrados, 37 se han perdido del seguimiento y 18 no han sido vistos en las últimas 24 horas y dos contactos están desaparecidos.

Un total de 216 alertas se han reportado al 27 de febrero de 2021, incluidos 11 muertes, en siete zonas de salud. De las 260 alertas a la fecha 217 han sido investigadas, 67 (30,8%) validadas y 63 (94%) requirieron toma de muestra. Un total de 799 personas han sido vacunadas. Desde la confirmación del brote el 7 de febrero se han analizado 661 muestras de laboratorio. Al 27 de febrero hubo nueve alertas en la comunidad con ocho cuerpos muestreados y solo cuatro entierros seguros y dignos realizados, las alertas de muestra de la comunidad vinieron de todas las zonas sanitarias afectadas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana 09 Epidemiológico. Fecha de publicación 28 de febrero de 2021. Fecha de consulta 04 de marzo de 2021 Disponible en: <https://www.afro.who.int/health-topics/disease-outbreaks/outbreaks-and-other-emergencies-updates> (<https://www.afro.who.int/health-topics/disease-outbreaks/outbreaks-and-other-emergencies-updates>)

Actualización epidemiológica sarampión. Fecha de publicación 1 de marzo de 2021. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 06 del 2021 un país y un territorio en la región de las Américas han notificado casos confirmados de sarampión: Brasil con 54 casos confirmados y la Guayana francesa con dos casos confirmados. Actualmente solo Brasil notifica brotes activos de sarampión, lo que constituye una amenaza para otros países y territorios de la Región de las Américas.

En 2020, un total de nueve países de la Región de las Américas notificaron 8.726 casos confirmados de sarampión, incluidas 11 defunciones: Argentina (61 casos, incluida una defunción), Bolivia (dos casos), Brasil (8.448 casos, incluidas 10 defunciones), Canadá (un caso), Chile (dos casos), Colombia (un caso), Estados Unidos de América (13 casos), México (196 casos) y Uruguay (un caso).

Durante el periodo de 2016 a 2020 se cumplieron tres de los seis indicadores internacionales para la vigilancia integrada de sarampión y rubeola (porcentaje de casos con muestras de sangre adecuadas, el porcentaje de muestras con resultado de laboratorio en menos en cuatro días o menos y el porcentaje de casos con investigaciones adecuadas). Por lo tanto, considerando las brechas entre los indicadores, la baja cobertura de la primera y segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1 y SRP2) en muchos países de la Región, no se puede descartar la aparición de nuevos brotes de diversa magnitud en la Región de las Américas.

Posterior a la declaración de la OMS de la COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), la cobertura de vacunación de 2020 en comparación con la 2019 se confirmó una disminución del número de dosis de SRP1 administradas desde marzo hasta junio de 2020. Desde abril de 2020 la OPS/OMS ha realizado un total de seis encuestas nacionales en la región con el fin de conocer el funcionamiento de los servicios de inmunización y diseñar un plan de respuesta basado en las necesidades. La vacunación volvió poco a poco a un funcionamiento normal entre mayo y agosto de 2020, los servicios suspendidos parcial o totalmente disminuyeron del 43% al 16%. La misma tendencia se observó en el impacto sobre la demanda de vacunación con el 80% de la demanda afectada en mayo la cual disminuyó al 51% en agosto.

El 27 de septiembre de 2016, la Región de las Américas fue la primera en el mundo en ser declarada libre de sarampión, como un esfuerzo de 22 años que involucró una amplia administración de la vacuna contra el sarampión paperas y la rubeola en el continente. La eliminación del sarampión y la rubeola en la Región de las Américas ha constituido un hito muy importante por lo que la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a seguir las recomendaciones de la XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre

Enfermedades Prevenibles por Vacunación de 2019 las cuales están sujetas a justos en contexto de la pandemia por COVID-19, con el objetivo de re validar la eliminación de sarampión y la rubeola en la Región de las Américas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
 Actualización epidemiológica sarampión. Fecha de publicación 1 de marzo de 2021. Fecha de consulta 4 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-1-marzo-2021> (<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-1-marzo-2021>)

Actualización epidemiológica Difteria en la isla La Española. Fecha de publicación 2 de marzo de 2021. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

En 2021, entre la semana epidemióloga (SE) 1 y la SE7, dos países han notificado casos confirmados: Haití con seis casos incluida una defunción y la República Dominicana con cinco casos fatales. El 2020 se notificaron 80 casos confirmados de difteria incluidas 21 defunciones en 5 países de la Región de las Américas: Brasil (2 casos), República Dominicana (3 casos, incluidas 2 defunciones), Haití (66 casos, incluidas 16 defunciones), Perú (4 casos, incluida una defunción) y la República Bolivariana de Venezuela (5 casos, incluidas 2 defunciones).

En los últimos años, en América Latina se ha registrado una disminución de la cobertura con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y pertusis (DPT3) en los menores de 1 año. Entre el 2010 y el 2019, la cobertura en la Región se redujo 10 puntos porcentuales, de 95% a 85%, el resultado de esta disminución es más de 2,1 millones de niños no vacunados en 2019. Desde el 11 de marzo del 2020, cuando la OMS declaró a la COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), la OPS/OMS. La cobertura de vacunación de 2020 comparado con la del 2019 se confirmó una disminución del número de dosis de la DPT3 administradas entre marzo y junio del 2020.

La Española es la segunda isla más grande del Caribe, que acoge a dos países: Haití y la República Dominicana. En 2019 en Haití solo el 35% de la población tenía acceso a saneamiento básico y el 65% tenía acceso a agua potable. En la República Dominicana 84% de la población tenía acceso a saneamiento básico y 97% tenía acceso a agua potable. Respecto a las coberturas de vacunación contra la difteria, en 2019, la cobertura de DPT3 en Haití fue de 79% y solo 15% de las comunas contaban con cobertura de DPT3 mayor o igual a 95%.

En Haití, entre la SE 32 de 2014 y la SE 6 de 2021 se notificaron 1 211 casos sospechosos de difteria, incluidas 145 defunciones; de los cuales 394 casos fueron confirmados (380 por laboratorio y 14 por nexo epidemiológico) incluidas 79 defunciones confirmadas. Considerando la prolongada transmisión de la enfermedad, la difteria es considerada endémica en Haití. Entre la SE 1 a la SE 6 de 2021, de los 40 casos sospechosos notificados, seis fueron confirmados por laboratorio, incluida una defunción. De los seis casos confirmados, tres se presentaron en el grupo de edad de 6 a 14 años, dos en el grupo de edad de 1 a 5 años y uno en el de 15 y más años. Respecto a la defunción, esta ocurrió en el grupo de 1 a 5 años. Entre la SE 1 a la SE 6 de 2021, la tasa de letalidad entre los casos confirmados es 17%. El esquema de vacunación antidifláctica de Haití incluye 3 dosis en menores de 1 año, y 1 refuerzo, el cual es administrado entre los 12 y 23 meses de edad. El país no cumple la meta de cobertura de 95% establecida en el plan de acción regional de inmunización. El país no cuenta con una política nacional de vacunación del personal de salud.

En República Dominicana, entre la SE 01 y la SE 7 de 2021 se notificaron cinco casos confirmados de difteria, de los cuales todos fallecieron. No se identificó nexo epidemiológico entre estos casos. En las muestras de los cinco casos se aisló *Corynebacterium diphtheriae* por cultivo. En cuatro de las muestras, los resultados fueron confirmados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). En 2020, se notificaron tres casos confirmados de difteria, incluyendo 2 fallecidos. No se identificó nexo epidemiológico entre estos casos. El esquema de vacunación de República Dominicana incluye 3 dosis en los menores de 1 año, y 2 refuerzos, los cuales son administrados a los 18 meses y 4 años. El país cuenta con una política nacional de vacunación del personal de salud. El país no cumple la meta de 95% establecida en el plan de acción regional de inmunización.

La OPS/OMS reitera a los Estados Miembros la recomendación de garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria (3 dosis) y refuerzos (3 dosis). Este esquema de vacunación brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente

más). La OPS/OMS recuerda que las cepas toxigénicas del *Corynebacterium diphtheriae* siguen circulando en todas partes del mundo y la enfermedad puede volver a aparecer si disminuye la protección general de la población, sin embargo, puede prevenirse a través de la vacunación.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OPS) Actualización epidemiológica Difteria en la isla La Española. Fecha de publicación 2 de marzo de 2021. Fecha de consulta 4 de marzo de 2021. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-difteria-isla-espanola-2-marzo-2021>
<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-difteria-isla-espanola-2-marzo-2021>

Alertas nacionales

Brote de varicela Comunidad Indígena, (Seyumake), Valledupar, Cesar

Se han confirmado 8 casos de 230 expuestos (tasa de ataque: 3,48 %), con síntomas caracterizados por malestar general, rash papulovesicular y prurito, fecha de notificación 25/02/2021, fecha de IEC: 26/02/2021. Hipótesis: transmisión de persona a persona. Acciones de control: limpieza y desinfección, uso de EPP, BAC, seguimiento a menores de 5 años y gestantes, baños tradicionales y manejo ambulatorio. Información preliminar.

Fuente: Informe secretaría departamental de Salud, Cesar marzo 2021.

Brote de varicela Población Especial, Santa Marta

Se confirma 1 caso confirmado adicional para SARS CoV2 de 205 expuestos, (tasa de ataque: 0,5%). El caso presentó cuadro clínico caracterizado por dolor de cabeza, fiebre, malestar general y erupciones en la piel. Fecha de notificación 24/02/2021, fecha de IEC: 25/02/2021. Hipótesis: transmisión de persona a persona. Acciones de control: aislamiento de casos y contactos por 21 días, restricción de visitas y permisos de contactos, limpieza y desinfección, valoración diaria al personal, uso de EPP. Información preliminar.

Fuente: Informe secretaría departamental de Salud, Santa Marta, marzo 2021.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

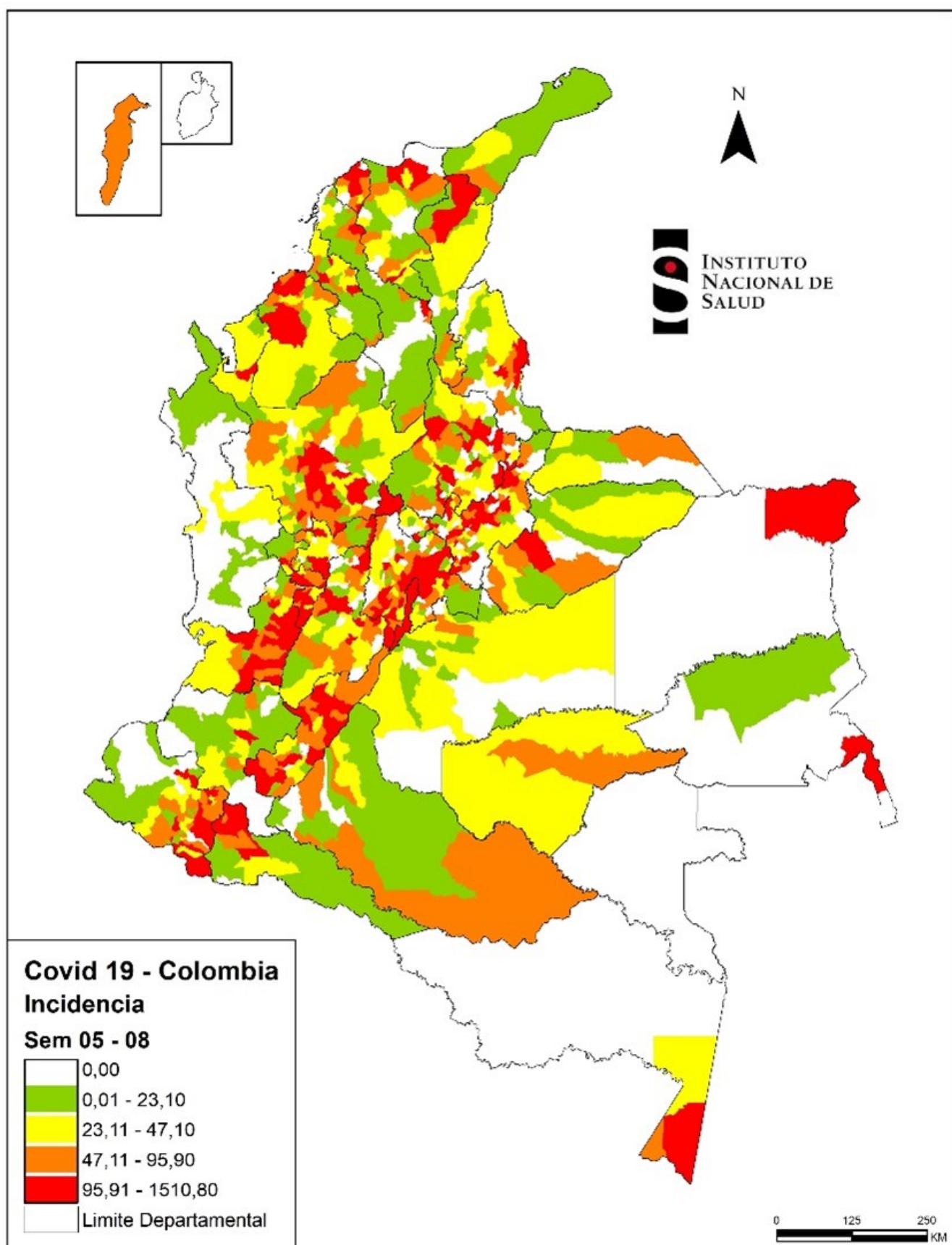
Situación COVID-19

Con corte a 4 de marzo de 2021, se confirmaron por laboratorio 2 266 611 casos de COVID-19 en Colombia en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 112 municipios. La incidencia acumulada es de 4 498,91 casos por cada 100 000 habitantes. Se encuentran activos 34 426 casos, el 50,2 % (22 740) se reportan en 20 municipios y 3 distritos: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Bucaramanga, Montería, Pereira, Manizales, Bello, Soacha, Pasto, Valledupar, Armenia, Cartagena, Ibagué, Villavicencio, Tunja, Envigado, Yopal, Neiva, Popayán y Florencia.

La mayor incidencia de casos activos por 100 000 habitantes (población DANE urbana y rural), se presenta en los municipios de: La Uvita - Boyacá (366,3), Leticia - Amazonas (295,55), Pueblo Viejo - Magdalena (282,71), Mocoa - Putumayo (240,93), Ciénaga - Magdalena (234,84), Sativanorte - Boyacá (232,23), Covarachía - Boyacá (222,06), Zapayán - Magdalena (207,29), Málaga - Santander (203,03), Quípama - Boyacá (200,72) (ver mapa 1).

La edad promedio de los casos activos es 52,1 años, el 41,7 % (14 328) se presenta en personas entre 15 a 44 años. De acuerdo con la ubicación de los casos, el 55,7 % (19 176) de los casos activos se encuentra en casa, el 38,6 % (13 304) hospitalizados y el 5,6 % (1 946) hospitalizados en UCI.

Figura 13.

Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 05 – 08, 2021

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_13_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_08_2021.jpg)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_13_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_08_2021.jpg)

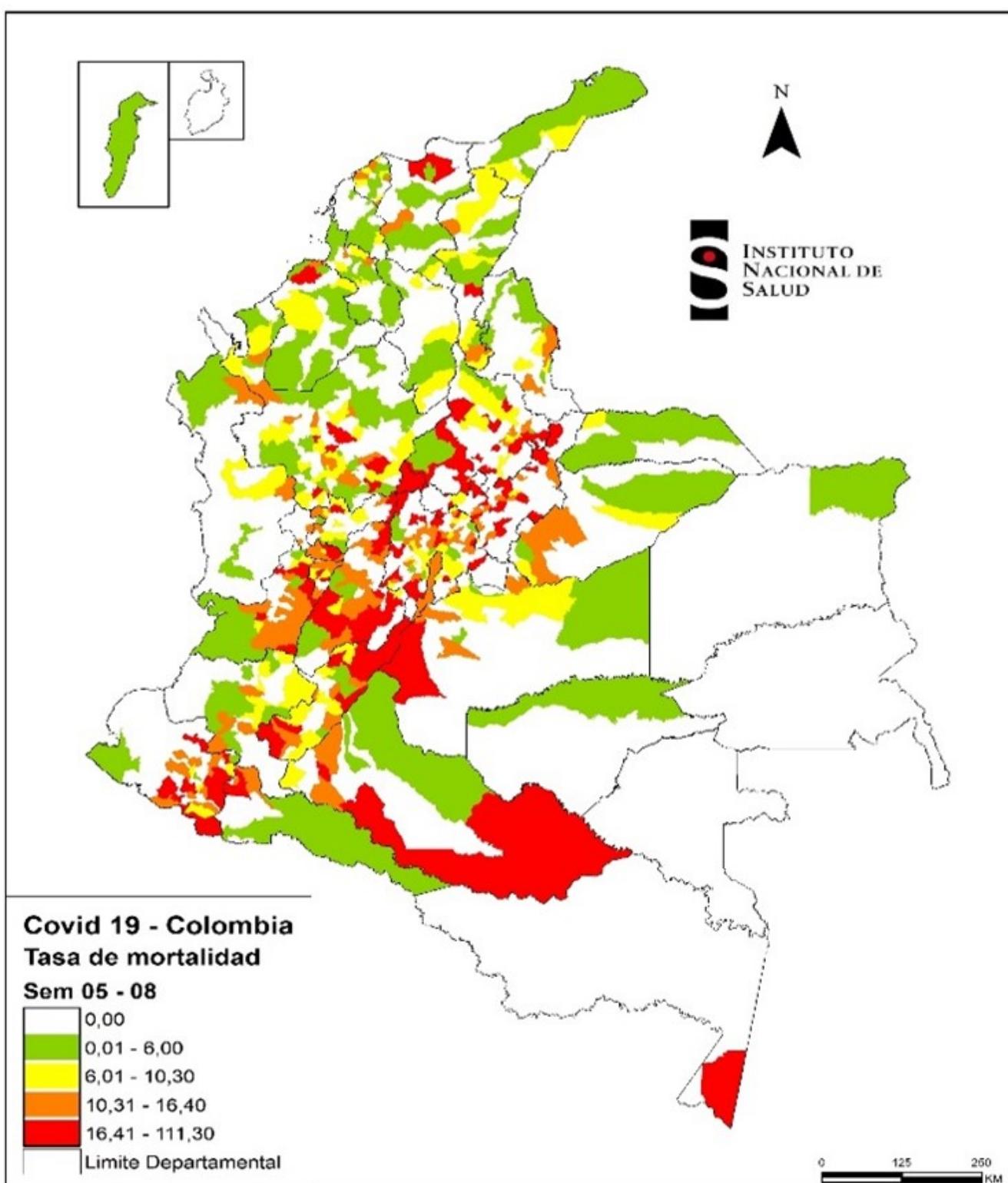
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 31 de enero al 27 de febrero, se reportaron 76 788 casos de COVID-19, para una incidencia de 159,31 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superan la incidencia de periodo nacional son Amazonas (931,8), Bogotá (391,55), Cali (244,83), Barranquilla (206,26), Santa Marta (200,20), Quindío (189,56), Antioquia (187,03) y Boyacá (161,52). No se presentó un aumento de la incidencia respecto al periodo anterior, por el contrario, las entidades territoriales de Amazonas, Magdalena y Córdoba, registraron un descenso de la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior en 0,80, 0,70, 0.50 veces, respectivamente.

Durante este periodo, el 81,9 % (910) de los municipios con confirmación de COVID-19 tienen casos activos, el 5,38 % (49) de los municipios con casos activos presentan un incremento significativo de la incidencia con respecto al periodo anterior, observándose las mayores variaciones: Cabrera – Cundinamarca (Δ 7,0) , San Zenón - Magdalena (Δ 6,0) , Puebloviejo - Magdalena (Δ 5,3), Regidor - Bolívar (Δ 4,0), San Andrés de Sotavento - Córdoba (Δ 3,4), La Capilla - Boyacá (Δ 3,3), El Guacamayo - Santander (Δ 3,0).

Se han reportado hasta este corte 59 660 muertes, notificadas en 37 entidades territoriales (departamentos y distritos). El 59,2 % de las muertes se registraron en Bogotá, (23,2 %), Antioquia, (10,9 %) Cali (6,5 %), Santander (5,54%), Cundinamarca (4,83%), Norte de Santander (4,53%) y Barranquilla (3,7%).

Figura 14.
Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 05 – 08, 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar](#)
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_08_2021.jpg\)]((/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_08_2021.jpg))

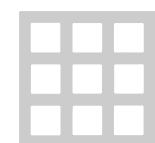
[Descargar](#)
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_08_2021.jpg\)]((/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_08_2021.jpg))

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 31 de enero al 27 de febrero, la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes (población DANE urbana y rural), es 9,80 y se concentra en los siguientes municipios de: Boyacá - Almeida (111,3), Boyacá - La Uvita (110,4), Boyacá – Boavita (83,8), Santander – Contratación (81,4), Amazonas – Leticia (74,5), Boyacá – El Espino (65,7), Boyacá – Tununguá (63,6), Valle del Cauca – El Dovio (58,26), Nariño – Aldana (54,53), Nariño – Belén (47,76).

Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la SE 05 a 08,2021 con respecto al periodo anterior (SE 1 a 4), se observó que de los 540 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 29,81 % (161) presentaron incremento significativo en la tasa de mortalidad y la letalidad. Los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Boavita – Boyacá, Aldana – Nariño, Santiago – Putumayo, Paipa –Boyacá, y Miraflores –Boyacá. Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Pailitas – Cesar, Aldana - Nariño, Puerto Santander – Norte de Santander y Magangue – Bolívar.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 08 / 21 al 27 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/123/Cuadro_de_mando_BES_08_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 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/alta%20frecuencia_08_1.jpg)

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2021

Tabla 3. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2021



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