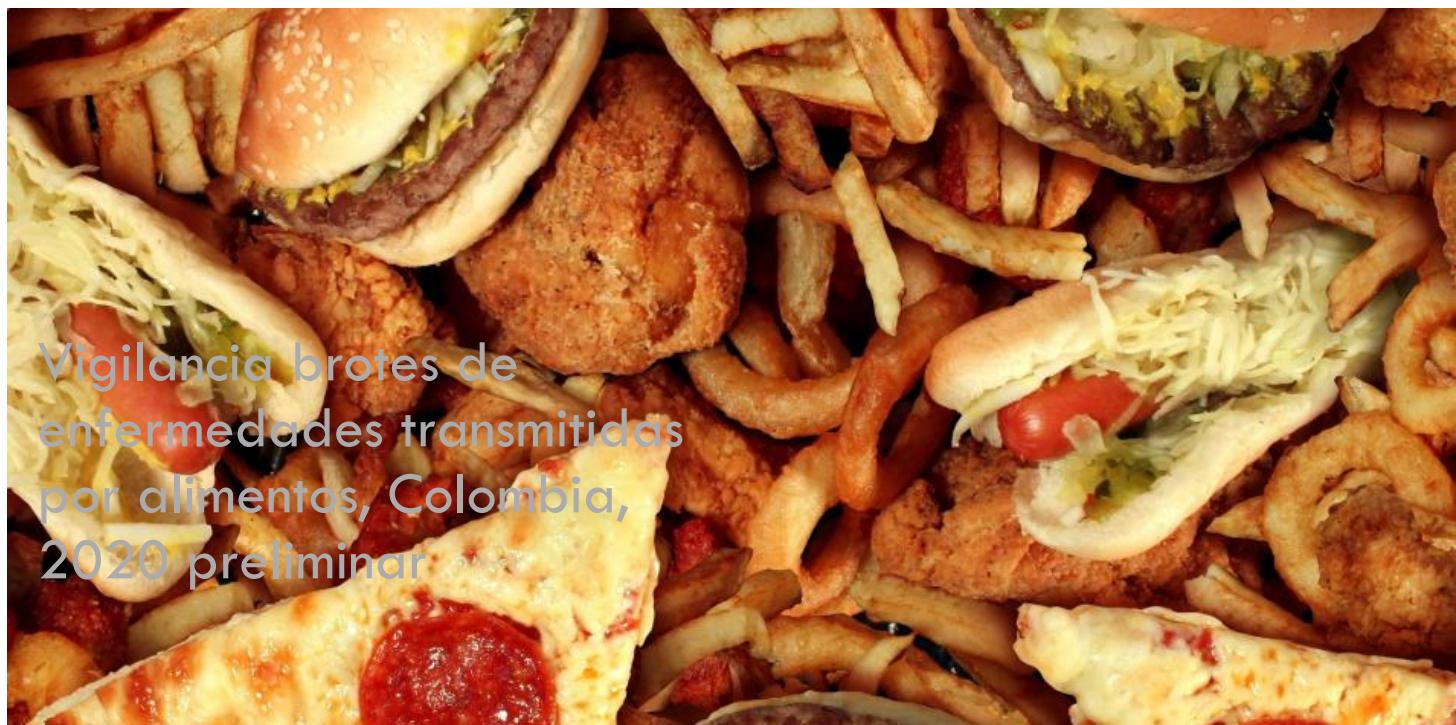


BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**

Semana epidemiológica 04 / 24 a 30 de enero de 2021

EVENTO CENTRAL

Vigilancia brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, 2020 preliminar

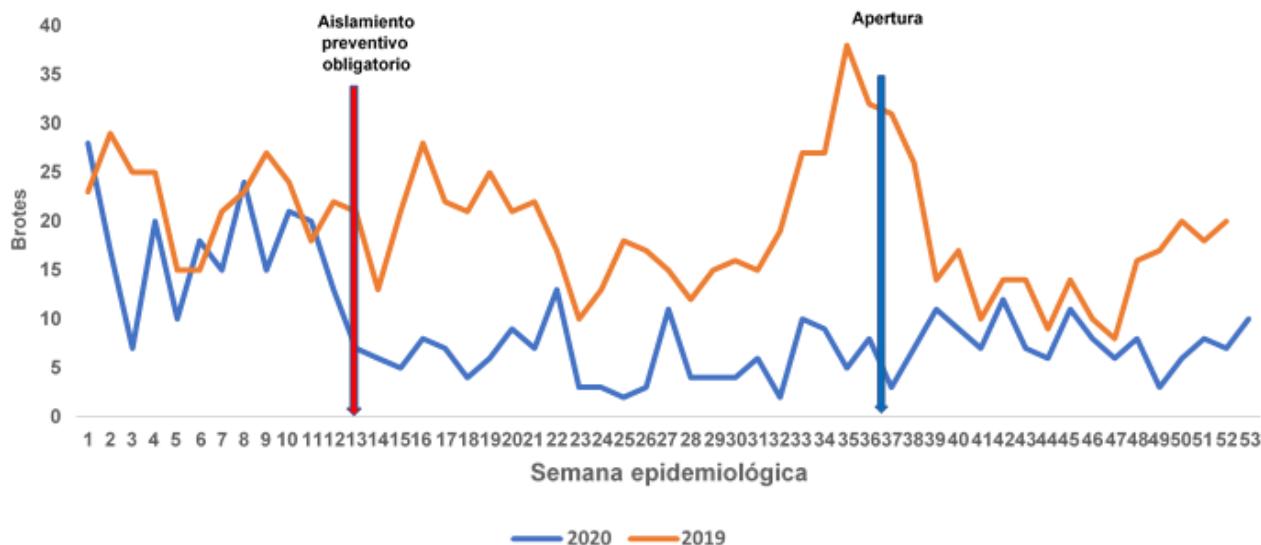
Fuente: .

Análisis

Vigilancia brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, 2020 preliminar**Comportamiento del evento**

A semana epidemiológica 53 se reportaron 483 brotes que involucran 4 550 casos, presentando una disminución del 52,1 % con relación al año inmediatamente anterior; situación que probablemente puede estar explicada por el cierre de restaurantes, instituciones educativas y ventas ambulantes; así como la no asistencia a las instituciones de salud por síntomas gastrointestinales, el lavado de manos frecuente también pudo incidir en la inocuidad de los alimentos preparados en los hogares. El promedio de brotes por semana epidemiológica fue de 9 (Figura 1).

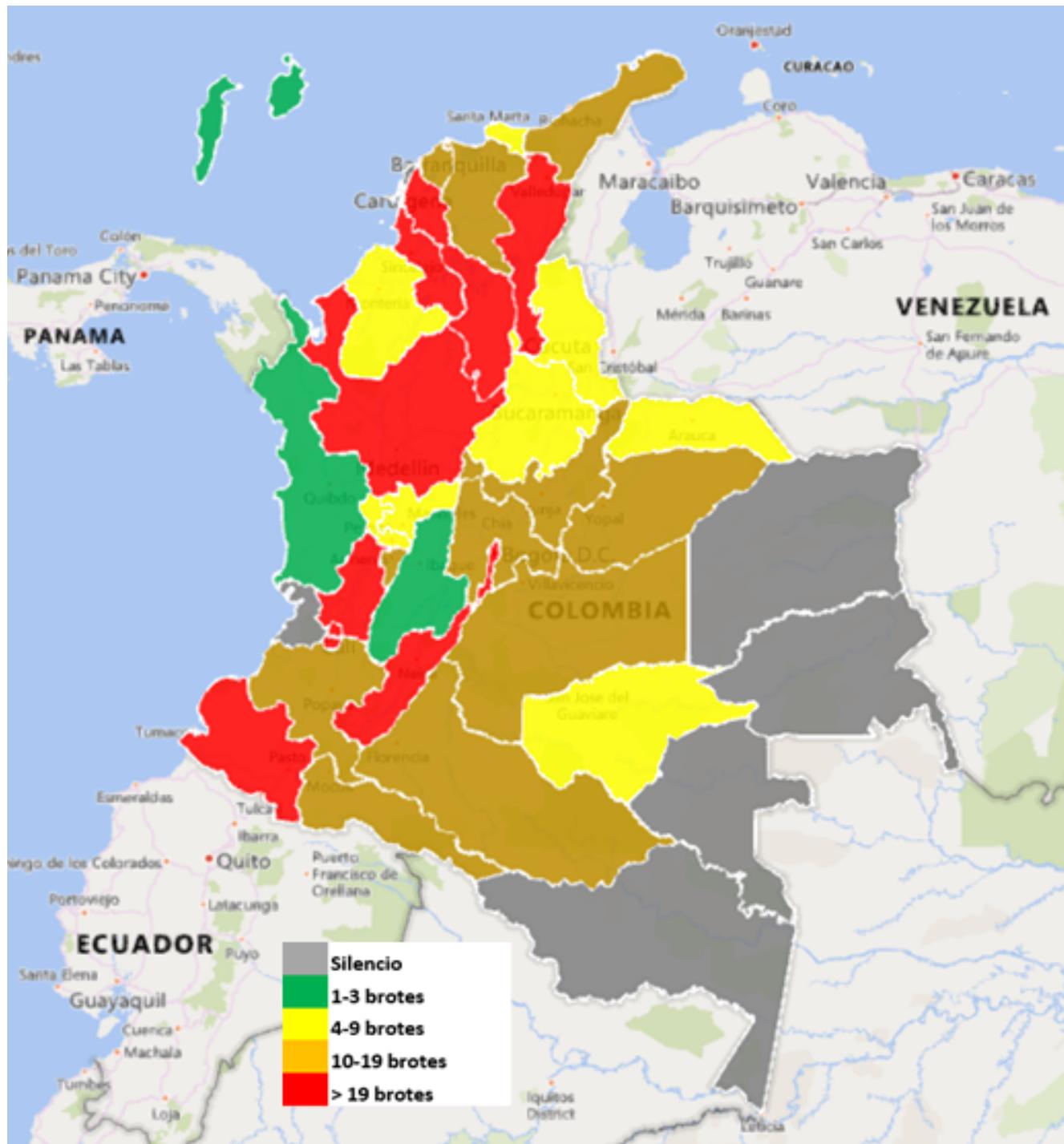
Figura 1. Comportamiento brotes enfermedades transmitidas por alimentos en Colombia 2019 a 2020 * preliminar



Fuente: Sivigila.

El 84,2 % (32) de las entidades territoriales notificaron brotes de ETA; siendo Antioquia, Cali, Bolívar y Bogotá las entidades territoriales con el mayor número de brotes (141). Amazonas, Buenaventura, Cartagena, Guainía, Vichada y Vaupés estuvieron en silencio epidemiológico durante el periodo de tiempo analizado (figura 2).

Figura 2. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos notificados según entidad territorial de procedencia, Colombia, 2020 * preliminar



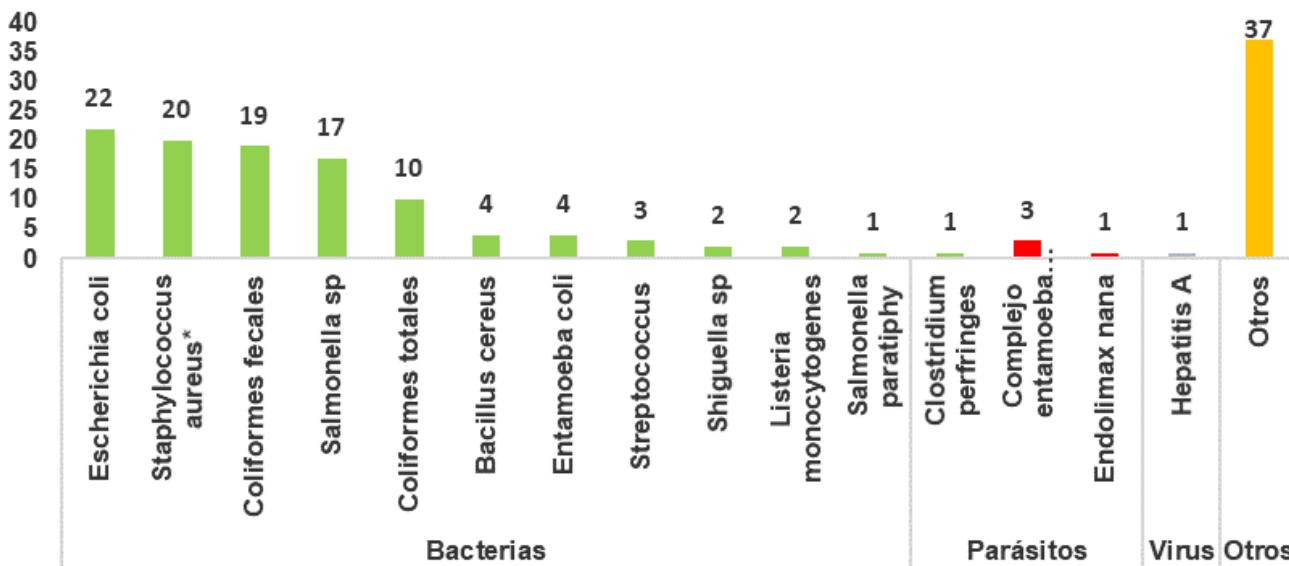
Fuente: Sivigila.

Del total de casos registrados, el 61,2 % corresponde al sexo masculino; el grupo de edad más frecuente fue el de 20 a 49 años seguido de los grupos de 10 a 19 y 5 a 9 años, con 49,4 % (2 249), 25,3 % (1 154) y 8,6 % (391) respectivamente.

Con relación a los principales lugares de consumo o manipulación de alimentos, el 57,1 % de los brotes ocurrió en hogares, el 13,0 % en restaurantes (276 y 63 respectivamente); mientras que el mayor número de casos se presentó por consumo de alimentos en el hogar, centros carcelarios e instituciones educativas con 29,4 %, 17,8 % y 10,9 % (1 337, 811 y 499 respectivamente); es importante resaltar la ocurrencia de 11 brotes por consumo de alimentos comprados en ventas ambulante con 53 casos involucrados.

En el 64,5 % de los brotes se recolectó muestras de alimentos, agua, superficies vivas o inertes; con identificación de uno o más agentes etiológicos en el 35,2 % de los brotes; el principal agente etiológico identificado fue *Escherichia coli* (22 brotes), seguido de *Staphylococcus aureus* (20 brotes), Coliformes fecales (19 brotes) y *Salmonella* spp (17 brotes) (figura 3).

Figura 3. Agentes etiológicos identificados en brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, 2020 * preliminar



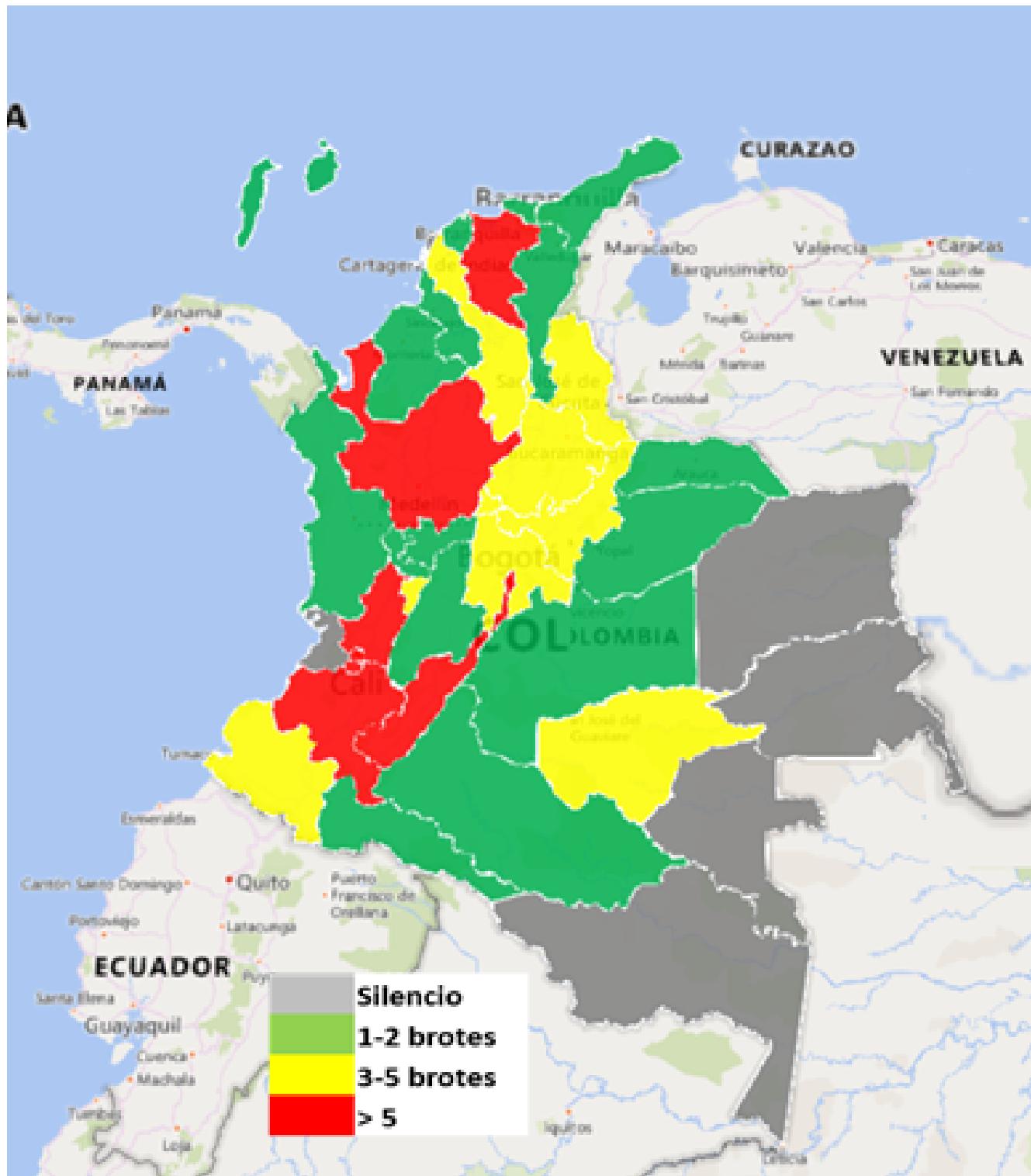
Fuente: Sivigila

*Toxina.

Brotes de notificación inmediata

Durante el 2020 se reportaron 128 brotes con criterios de notificación inmediata en 30 entidades territoriales de salud, con 2 204 casos involucrados, siendo Antioquia, Cali y Bogotá quienes aportaron el mayor número de brotes (figura 4).

Figura 4. Brotes de notificación inmediata según entidad territorial de procedencia, Colombia, 2020 * preliminar



Fuente: Sivigila.

Con relación a los lugares donde se presentaron los brotes, el lugar implicado en mayor proporción fue los restaurantes seguido de instituciones educativas, población privada de la libertad y Fuerzas Militares; mientras que el mayor número de casos se presentó en los brotes de población privada de la libertad, instituciones educativas y restaurantes (se incluyen los domicilios).

Tabla 1. Brotes de notificación inmediata según lugar de ocurrencia, Colombia, 2020 * preliminar

Lugar	Brotes	%	casos	%
Restaurantes	63	49,2	367	16,7
Instituciones educativas	13	10,2	499	22,6
PPL	13	10,2	742	33,7
FFMM	12	9,4	324	14,7
Ventas ambulantes	11	8,6	53	2,4
Casinos	10	7,8	98	4,4
Hoteles	3	2,3	93	4,2
Hogar geriátrico	3	2,3	28	1,3
Total	128	100,0	2204	100,0

Fuente: Sivigila.

La vigilancia de ETA tiene cinco indicadores que permiten evaluar la gestión y cumplimiento de las actividades de vigilancia a nivel departamental, distrital y nacional; estos se miden en tres categorías según indicador. Con el objetivo de mejorar los indicadores se realizarán asistencias técnicas virtuales y presenciales a las entidades territoriales con los indicadores más bajos.

Indicadores Nacionales

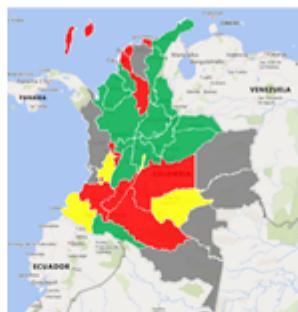
1. Porcentaje de brotes de ETA de notificación inmediata notificados oportunamente: 68,9 % Meta: mayor a 80 %
2. Porcentaje de brotes de ETA con caracterización social y demográfica: 58,6 %. Meta: mayor a 80 %
3. Porcentaje de brotes de ETA con identificación de agente etiológico: 15,6 %. Meta: mayor a 70 %
4. Porcentaje de brotes de ETA a los que se les detectó modo de transmisión: 99,2 %. Meta: mayor a 50 %
5. Porcentaje de brotes de ETA a los que se les detectó fuente de transmisión: 97,9 %. Meta: mayor a 50 %

Figura 5. Indicadores nacionales brotes de enfermedades transmitidas por alimentos , Colombia, 2020 * preliminar

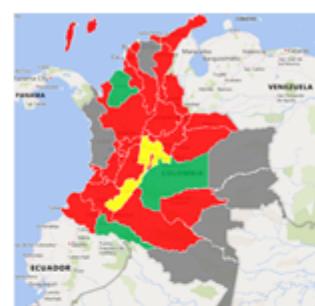
% brotes notificados oportunamente



% brotes con caracterización social y demográfica



% brotes con identificación de agente etiológico



% brotes con identificación de fuente de transmisión



% brotes con identificación de modo de transmisión



Fuente: Sivigila.

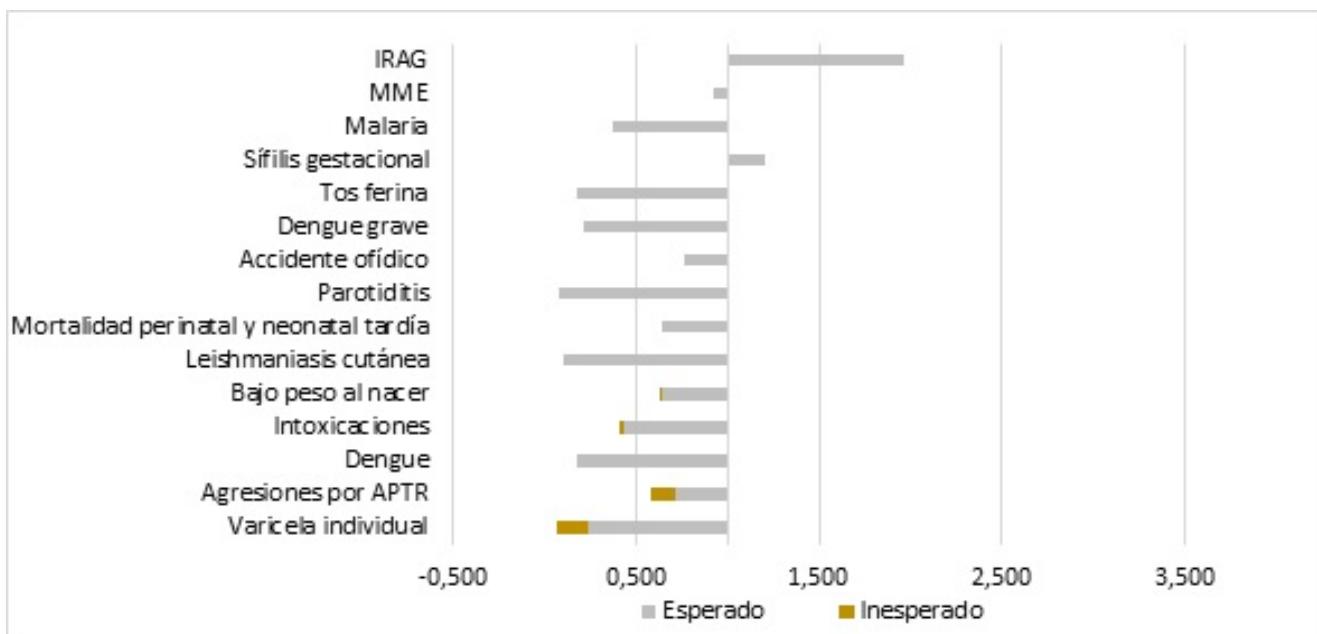
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

Se identifica que en la semana epidemiológica 04, los eventos de 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 6.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf1.jpg)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf1.jpg)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Los eventos de sífilis congénita y mortalidad materna se encuentran por encima de los valores esperados, mientras que los eventos de sarampión, leptospirosis, tuberculosis farmacorresistente y lepra 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 04 de 2021

Evento	Observado	Esperado	Poisson
Sífilis congénita	25	18	0,00
Mortalidad materna	12	9	0,04
Sarampión	7	18	0,00
Leptospirosis	13	40	0,00

Tuberculosis farmacorresistente	1	7	0,01
Lepra	7	6	0,03
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	6	0,06
ESAVI	6	16	0,06
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,11
Rubeola	1	12	0,11
Mortalidad por IRA	11	7	0,14
Mortalidad por dengue	3	3	0,18
Mortalidad por EDA 0-4 Años	7	3	0,19

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

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

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

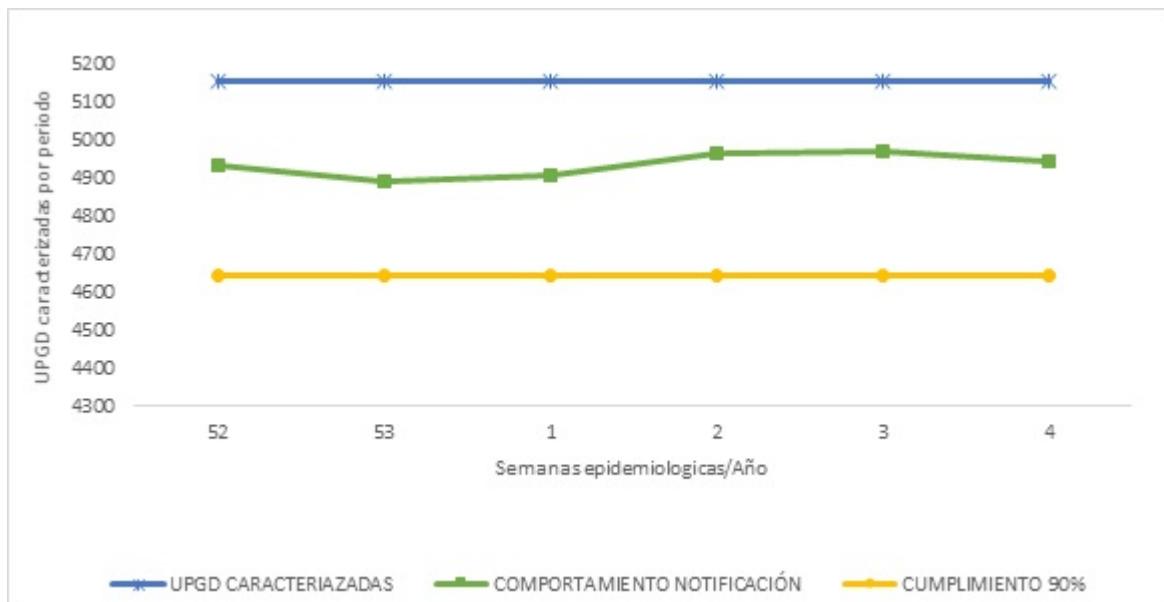
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 99,8 % (1 115/ 1 117 UNM), disminuyó 0,2 % comparándolo con la semana anterior y también con respecto a la misma semana de 2020. Para esta semana el municipio de González del departamento de Cesar y Salento de Quindío, presentaron silencio epidemiológico por inoportunidad en la notificación. A pesar de esto 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 95,8 % (4 945 / 5 159 UPGD); disminuyó 0,5 % comparándolo con la semana anterior y 1,8 % con respecto a la misma semana de 2020. Para esta semana el departamento de Cauca no cumplió con la meta establecida de un total de 140 UPGD caracterizadas, realizaron la notificación 120 UPGD, para un cumplimiento del 86 %.

Figura 7.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 52 de 2020 a 04 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf2.jpg)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf2.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 5 159 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 04 de 2021 se notificaron 707 casos probables de dengue: 312 casos de esta semana y 395 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 2 505 casos, 1 263 (50,4 %) sin signos de alarma, 1 201 (47,9 %) con signos de alarma y 41 (1,6 %) de dengue grave.

Tabla 3.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	422	17,1	2	4,9	424	16,9
Cartagena	215	8,7	7	17,1	222	8,9
Valle del Cauca	202	8,2	1	2,4	203	8,1
Barranquilla	147	6,0	0	0,0	147	5,9
Tolima	113	4,6	6	14,6	119	4,8
Putumayo	111	4,5	0	0,0	111	4,4
Antioquia	101	4,1	0	0,0	101	4,0
Huila	97	3,9	1	2,4	98	3,9
Cundinamarca	97	3,9	0	0,0	97	3,9
Atlántico	95	3,9	1	2,4	96	3,8
Bolívar	87	3,5	2	4,9	89	3,6
Meta	79	3,2	1	2,4	80	3,2
Santander	75	3,0	3	7,3	78	3,1
Cesar	71	2,9	2	4,9	73	2,9
Norte de Santander	56	2,3	3	7,3	59	2,4
Santa Marta	56	2,3	2	4,9	58	2,3
Magdalena	49	2,0	4	9,8	53	2,1
Sucre	48	1,9	1	2,4	49	2,0
Córdoba	42	1,7	0	0,0	42	1,7
Caquetá	35	1,4	0	0,0	35	1,4
Nariño	33	1,3	1	2,4	34	1,4
Boyacá	34	1,4	0	0,0	34	1,4
Casanare	33	1,3	0	0,0	33	1,3
Cauca	30	1,2	1	2,4	31	1,2
Quindío	24	1,0	1	2,4	25	1,0
Caldas	20	0,8	0	0,0	20	0,8
Risaralda	18	0,7	0	0,0	18	0,7
Chocó	17	0,7	0	0,0	17	0,7
Arauca	14	0,6	0	0,0	14	0,6
La Guajira	9	0,4	2	4,9	11	0,4
Buenaventura	10	0,4	0	0,0	10	0,4

Amazonas	7	0,3	0	0,0	7	0,3
Archipiélago de San Andrés	6	0,2	0	0,0	6	0,2
Guaviare	5	0,2	0	0,0	5	0,2
Exterior	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Vichada	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Guainía	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	2 464	100	41	100	2 505	100

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

Análisis de la tabla

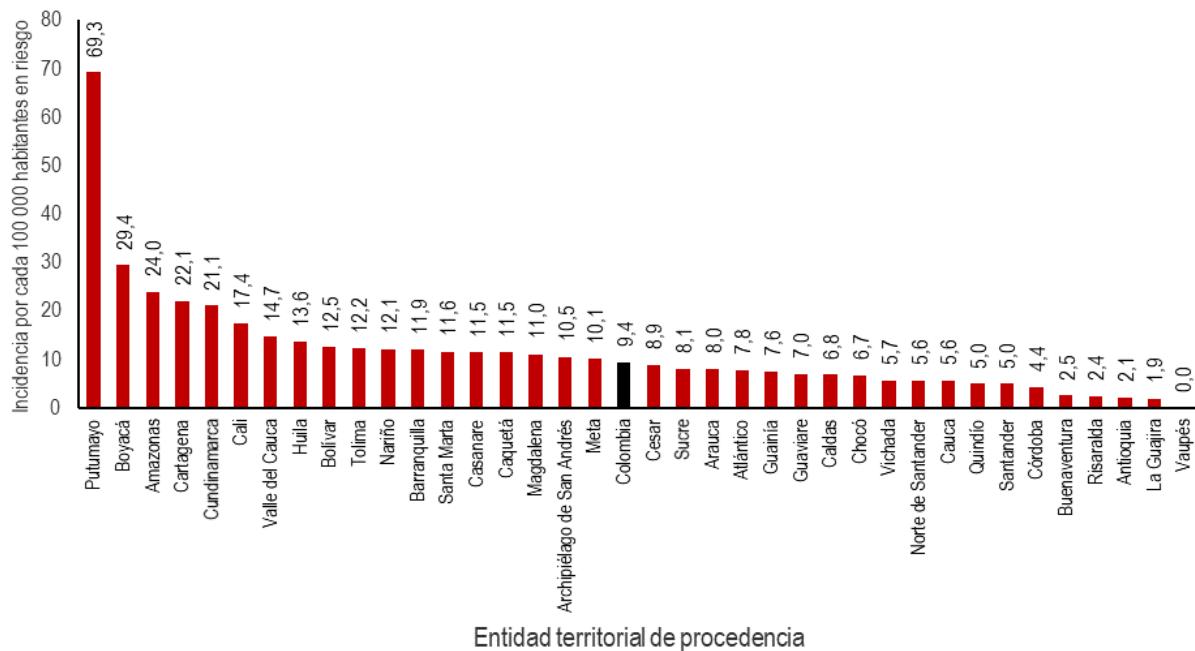
ANÁLISIS DE LA TABLA

Los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 377 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Cartagena, Valle del Cauca, Barranquilla, Tolima, Putumayo, Antioquia, Huila, Cundinamarca, Atlántico y Bolívar aportan 68,1 % (1 707) de los casos a nivel nacional.

El 52,8 % (1 322) de los casos de dengue se reportó en 22 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 16,9 % (424); Cartagena, con el 8,9 % (222); Barranquilla, con 5,9 % (147); Santa Marta, con el 2,3 % (58); Orito, con el 2,0 % (50); Villavicencio, con el 1,4 % (35); Neiva (30), Ibagué (30) y Buga (29), con 1,2 % cada uno; Yumbo (28) y Malambo (27), con 1,1 % cada uno; Cúcuta (26), Florida (24), Soledad (24) y Florencia (24), con el 1,0 % cada uno.

Figura 8.

Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia04.png\)](#)

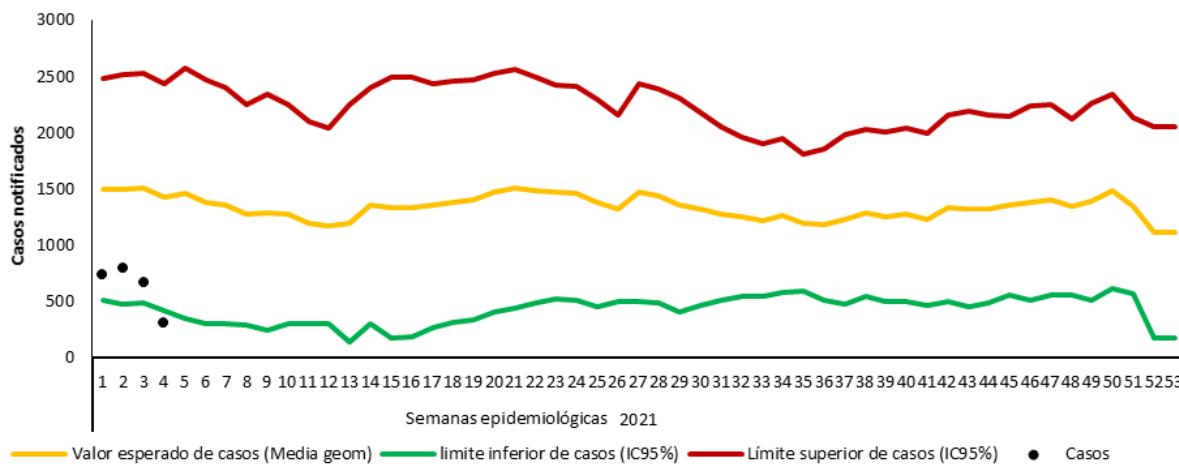
[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia04.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 9,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para los departamentos de Putumayo, Boyacá, Amazonas, Cartagena y Cundinamarca se estiman tasas de incidencia superiores a 20,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 9.

Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 04, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal04.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal04.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 04 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 01 a 03 de 2021

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

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

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

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

De acuerdo con la situación epidemiológica según canal endémico, 1 entidad territorial presentó un comportamiento por debajo de lo esperado, 24 entidades se encuentran dentro de lo esperado, 10 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 12 muertes probables por dengue, procedentes de: Cartagena, Magdalena y Tolima, con 2 casos cada uno; y Atlántico, Barranquilla, Cali, Cauca, 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 04, 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 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 04, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 04	2021 a semana 04	Variación
Consultas externas y urgencias	498 010	334 905	32,8 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	16 251	19 430	19,6 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	1 694	7 160	322,7 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

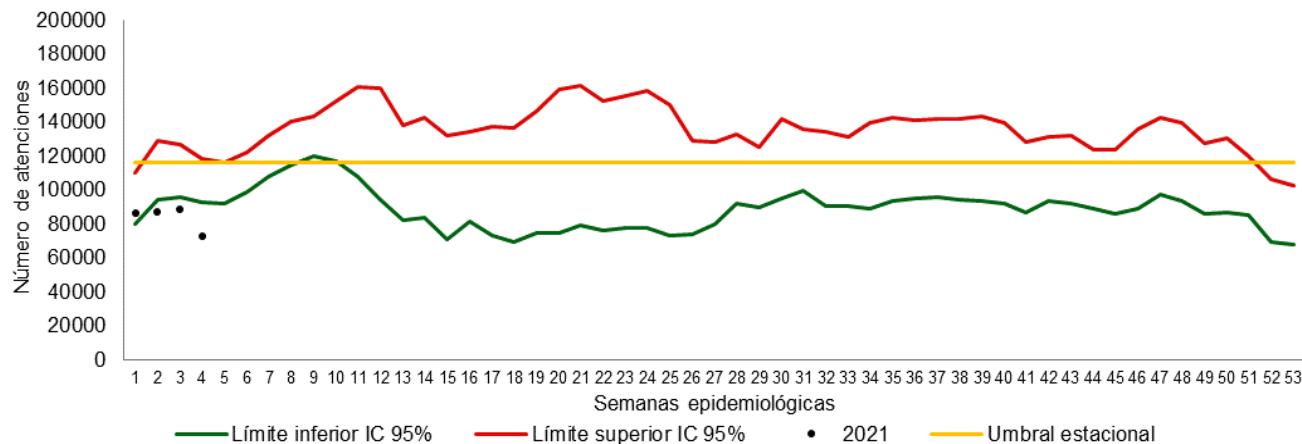
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 04 de 2021, en Colombia se han notificado 334 905 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 32,8 % comparado con 2020, 23,3 % frente a 2019 y 21,7 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 17 entidades territoriales; Amazonas y Santa Marta presentan incremento; Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, 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 33,3 % (111 654), seguido por el de 40 a 59 años con el 22,4 % (75 009). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 8,7 %, seguido por los menores de 1 año con el 8,1 %.

Figura 10.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

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

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

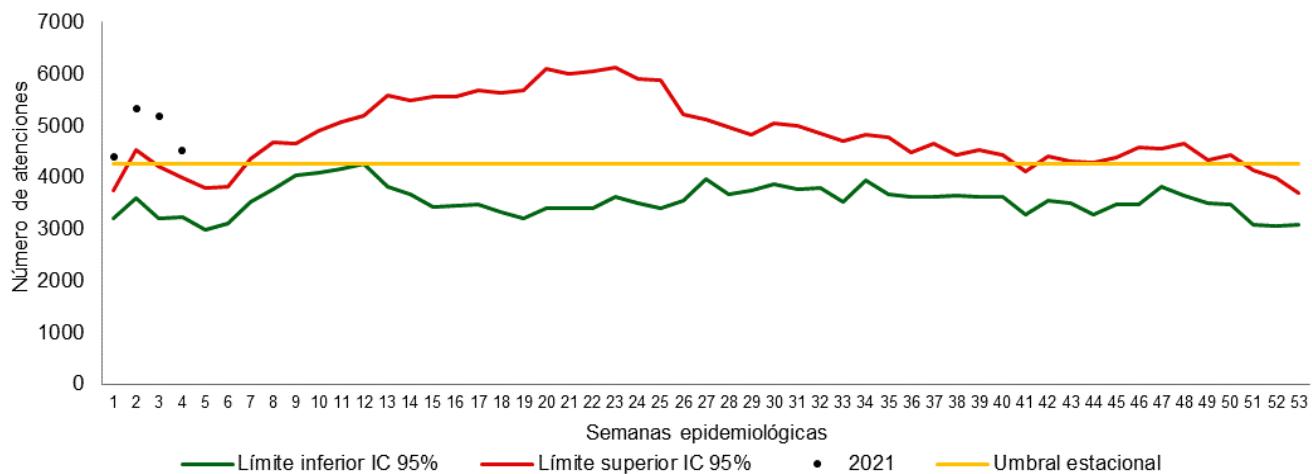
En el canal endémico, las consultas externas y urgencias por IRA para las cuatro semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional y en las semanas 2 a 4 por debajo del límite inferior.

Se notificaron 19 430 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 19,6 % frente a 2020, 29,1 % comparado con 2019 y 26,2 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 11 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, San Andrés, Chocó, Quindío, Guaviare, Atlántico y Cali e incremento en 12 entidades territoriales resaltando Huila, Meta, Cundinamarca, Tolima, Valle del Cauca y Santander; no presentan comportamientos inusuales 15 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 43,7 % (8 497), seguido por los de 40 a 59 años con el 22,2 % (4 315). 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 15,1 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 13,4 %.

Figura 11.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP04.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP04.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubican por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional.

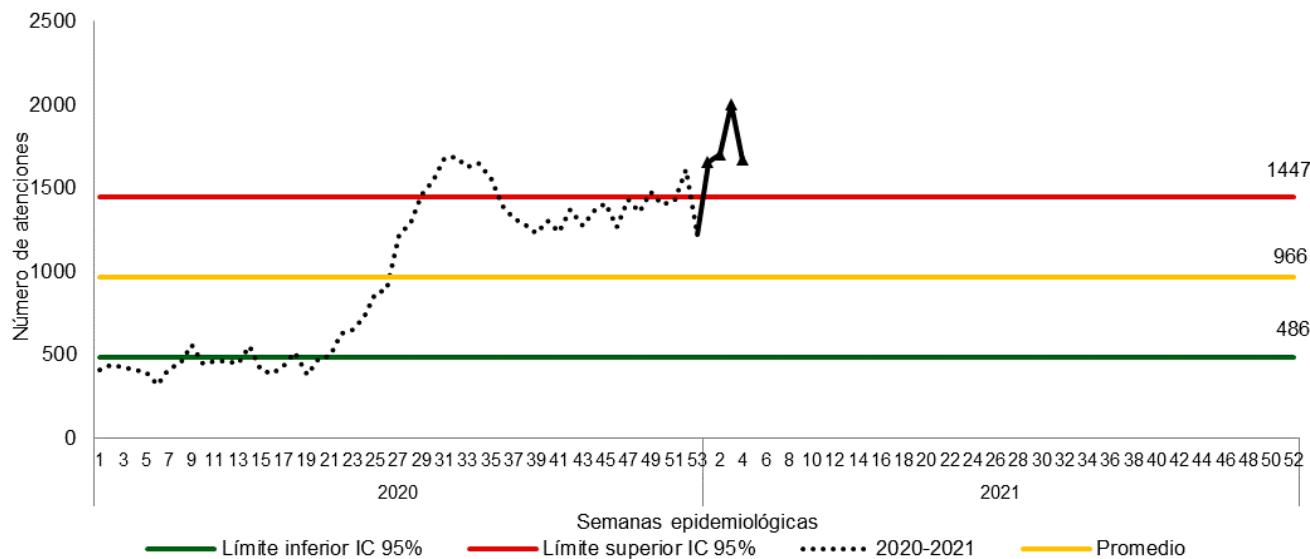
Se notificaron 7 160 hospitalizaciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos - UCI e intermedios, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 322,7 % frente a 2020, 392,8 % comparado con 2019 y 459,4 % frente a 2018. Se presenta incremento en 31 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Valle del Cauca, Cundinamarca, Nariño, Antioquia y Boyacá; las entidades que presentan disminución son Arauca y Córdoba; no presentan comportamientos inusuales Amazonas, Chocó, Guaviare, San Andrés y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 57,8 % (4 135), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,8 % (1 916) y los de 20 a 39 años con el 7,9 % (563). 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 35,4 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 33,5 %.

Figura 12.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar ([/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI04.png](#))

Descargar ([/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI04.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 para esta última.

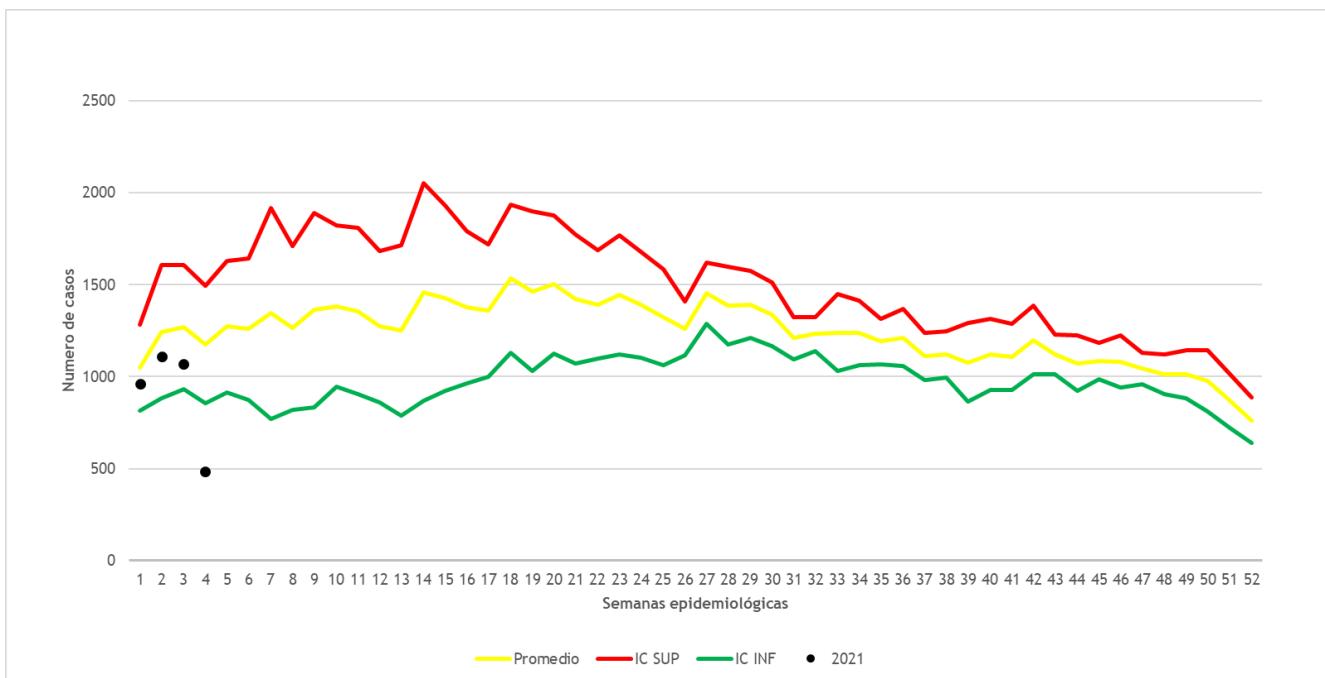
Metodología:

Vigilancia morbilidad por IRA: los canales endémicos 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 2019 y su intervalo de confianza.

Malaria

En la semana epidemiológica 04 se notificaron 1 312 casos de malaria, teniendo un acumulado de 3 649 casos, de los cuales 3 586 son de malaria no complicada y 63 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 52,6 % (1 921), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 46,5 % (1 695), e infección mixta con 0,9 % (33).

Figura 13.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 04, 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_endémico_malaria_SE_04_21.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal_endémico_malaria_SE_04_21.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 (28,6 %), Nariño (21,8 %), Córdoba (14,8 %) y Antioquia (10,9 %) aportan el 76,1 % 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 04 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	8	540	0	478	1026	28,60
Nariño	12	700	0	71	783	21,80
Córdoba	1	88	0	442	531	14,80
Antioquia	6	92	0	293	391	10,90
Guainía	0	6	0	132	138	3,80
Cauca	0	115	0	2	117	3,30
Vichada	0	24	0	79	103	2,90
Norte de Santander	0	0	0	101	101	2,80
Buenaventura	0	66	0	11	77	2,10
Bolívar	3	4	0	69	76	2,10
Meta	0	7	0	55	62	1,70
Risaralda	0	0	0	56	56	1,60
Guaviare	0	13	0	27	40	1,10
Amazonas	0	2	0	29	31	0,90
Exterior	0	4	0	7	11	0,31
Cali	0	3	0	7	10	0,30
Casanare	0	0	0	5	5	0,10
Vaupés	0	0	0	5	5	0,10
Valle del Cauca	0	4	0	1	5	0,10
Santander	1	1	0	2	4	0,10
Putumayo	0	0	0	3	3	0,10
Cartagena	0	0	0	2	2	0,10
Caldas	0	2	0	0	2	0,10
Cesar	0	0	0	1	1	0,00
Desconocido	0	0	0	1	1	0,03

Arauca	0	0	0	1	1	0,03
Sucre	0	0	0	1	1	0,03
Caquetá	0	0	0	1	1	0,03
Quindío	0	1	0	0	1	0,03
Barranquilla	0	0	0	1	1	0,03
Total	31	1672	0	1883	3586	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

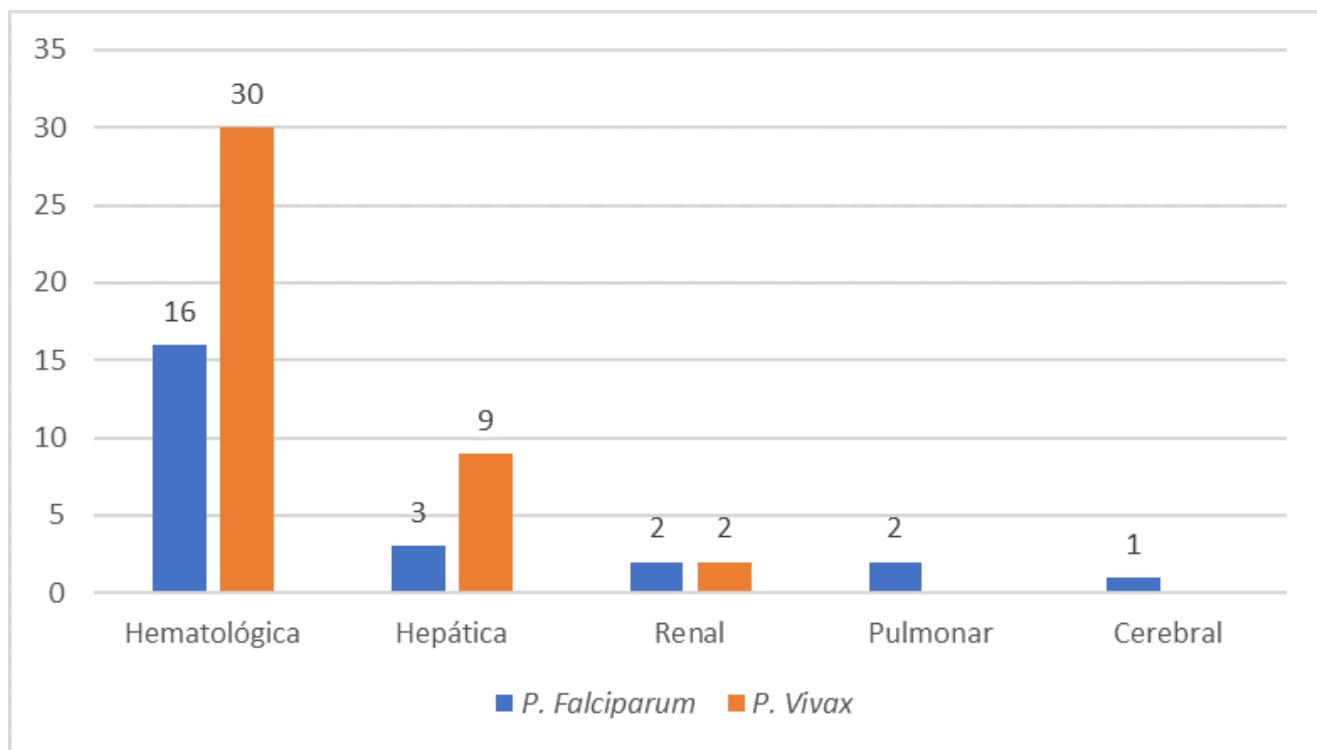
Malaria complicada

Se notificaron 63 casos de malaria complicada, que proceden de 14 entidades territoriales; Nariño, Antioquia, Córdoba y Vichada presentan los mayores casos.

De los casos de malaria complicada el 55,6 % (35) corresponde a hombres. El 30,2 % (19) se presenta en personas de 20 a 24 años y el 19,0 % (12) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 57,2 % (36) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 65,1 % (41) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 14.

Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2021



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

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

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

Descargar

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 47 presentaron complicaciones hematológicas, 13 complicaciones hepáticas y 4 complicaciones renales.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 04, 3 departamentos están por encima del número esperado de casos y 6 departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 7.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021

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

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 04, 11 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Cumaribo (Vichada), Puerto Libertador (Córdoba).

Tabla 8.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 04 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Vichada	Cumaribo	103	51	93
Córdoba	Puerto Libertador	108	49	104
Chocó	Bojayá	83	28	65
Nariño	Santa Bárbara	43	16	42
Antioquia	Murindó	43	9	39
Nariño	La Tola	34	7	26
Meta	Mapiripán	28	4	25
Meta	Puerto Gaitán	18	3	17
Meta	Puerto Rico	7	1	7
Casanare	Hato Corozal	5	0	3

Risaralda

Mistrató

3

1

2

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 04 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 20 muertes en menores de 5 años: 11 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 2 a desnutrición y 7 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 11 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 5 del periodo correspondiente a esta semana y 6 de períodos anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 10 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en los departamentos de Atlántico, Boyacá, Cesar, Huila y Risaralda en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 04 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia y Chocó, se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Para esta semana se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menor de 5 años, correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 11 casos.

Para esta semana se observó aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 04 entre 2014 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 7 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, 5 correspondientes a esta semana y 2 de períodos anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Bolívar, Cauca, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander, Quindío y Risaralda, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 04 entre 2014 a 2020. 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 04 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 $p \leq 0,05$ para identificar las entidades territoriales que presentan variaciones estadísticamente significativas.

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 04 de 2021 se notificaron 37 muertes maternas, 36 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación) y una corresponde a mortalidad materna por lesión de causa externa.

Tabla 9.

Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 04, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	28	12	3	43
2020	29	11	2	42
2021	36	0	1	37

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 24,1 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 04 es de 67,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Tolima	3	219,0
Valle del Cauca	3	188,4
Meta	2	161,3
Bolívar	2	147,5
La Guajira	2	107,0
Norte de Santander	2	101,5
Cali	2	97,0
Córdoba	2	95,7
Barranquilla	2	92,9
Magdalena	1	87,8
Antioquia	5	79,9
Nariño	1	76,6
Sucre	1	74,6
Cundinamarca	2	69,4
Colombia	36	67,3
Huila	1	66,4
Cartagena	1	61,1
Cesar	1	52,7
Santander	1	41,5
Bogotá	2	27,4

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

DANE, Estadísticas Vitales **preliminar 2019.**

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 Tolima, Valle del Cauca, Meta, Bolívar, La Guajira y Norte de Santander.

Para la semana epidemiológica 04 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Cartagena, Huila, Meta, Norte de Santander, Santander y Cali.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	5	1	0,003
Cartagena	1	0	0,000
Huila	1	0	0,000
Meta	2	0	0,000
Norte de Santander	2	0	0,000
Santander	1	0	0,000
Cali	2	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 04 de 2021, se han notificado 563 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 8 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 148 casos, 104 corresponden a esta semana y 44 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 04 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
Arauca	9	27,1
Vaupés	1	21,7
Putumayo	8	21,3
Chocó	9	19,5
Barranquilla	35	19,3

La Guajira	34	19,0
Casanare	9	18,0
Risaralda	14	17,2
Caldas	11	15,8
Bolívar	17	12,8
Cesar	24	12,4
Sucre	14	12,1
Nariño	16	12,1
Amazonas	1	11,5
Antioquia	69	11,4
Cundinamarca	32	11,2
Quindío	5	11,2
Buenaventura	4	10,8
Boyacá	12	10,7
Colombia	555	10,6
Córdoba	22	10,5
Santa Marta	8	10,3
Cali	20	9,8
Valle del Cauca	14	9,4
Huila	13	9,3
Guaviare	1	8,9
Atlántico	14	8,7
Bogotá	60	8,6
Tolima	10	7,9
Caquetá	4	7,8
Cauca	11	7,7
Santander	16	7,3
Meta	9	7,0
Norte de Santander	9	5,0
Cartagena	7	4,9
Magdalena	4	3,6
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 10,6 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 Vichada (54,5), Guainía (38,5), Arauca (27,1), Vaupés (21,7) y Putumayo (21,3).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 51,7 % (287), seguido de neonatales tempranas con 25,4 % (141), neonatales tardías con 13,0 % (72) y perinatales intraparto con 9,9 % (55).

Figura 15.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal%20en%20Colombia%20semanas%2001%20al%2004%20de%202021)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal%20en%20Colombia%20semanas%2001%20al%2004%20de%202021)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 25,9 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 23,2 % y asfixia y causas

relacionadas 20,4 %.

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2016 y 2020, se presenta un incremento en la notificación en Casanare. Este comportamiento podría estar explicado por las acciones de búsqueda activa institucional que realizan los equipos de vigilancia territorial. Por otra parte, se presenta un decremento en la notificación en Cauca, 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

Coronavirus causante del síndrome respiratorio del Oriente Medio (MERS-CoV), Reino de Arabia Saudita. Fecha de publicación 1 de febrero de 2021 Organización Mundial de la Salud (OMS)

Entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2020, el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Arabia Saudita informó cuatro casos adicionales de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) con una muerte asociada. Los casos se notificaron en las regiones de Riad (dos casos), Taif (un caso) y Al-Ahsaa (un caso). Desde 2012 hasta el 31 de diciembre de 2020, se notificaron a la OMS en todo el mundo un total de 2 566 casos confirmados por laboratorio de MERS-CoV y 882 muertes asociadas en virtud de las normas sanitarias internacionales (RSI 2005). El número total de muertes incluye las muertes que la

OMS conoce hasta la fecha mediante el seguimiento con los estados miembros afectados. La infección por MERS-CoV puede causar una enfermedad grave que resulte en una alta mortalidad. Los seres humanos se infectan con MERS-CoV por contacto directo o indirecto con dromedarios. MERS-CoV ha demostrado la capacidad de transmisión entre humanos. Hasta ahora, la transmisión no sostenida observada de persona a persona se ha producido principalmente en entornos de atención médica.

La notificación de casos adicionales no cambia la evaluación general del riesgo. Sin embargo, con la pandemia actual de COVID-19, la capacidad de prueba del MERS-CoV se ha visto gravemente afectada en muchos países, ya que la mayoría de los recursos se han redirigido hacia el SARS-CoV-2. El Ministerio de Salud de Arabia Saudita está trabajando para aumentar las capacidades de prueba para una mejor detección de infecciones por MERS-CoV. La OMS espera que se notifiquen casos adicionales de infección por MERS-CoV desde el Medio Oriente, y que los casos continúen siendo exportados a otros países por personas que podrían adquirir la infección después de la exposición a dromedarios, productos animales (por ejemplo, consumo de camello), leche cruda), o humanos (por ejemplo, en un entorno de atención médica o contactos domésticos).

La OMS sigue vigilando la situación epidemiológica y realiza una evaluación de riesgos basada en la última información disponible. Sobre la base de la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos los Estados Miembros a que continúen con la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, incluido el MERS-CoV, y a que revisen cuidadosamente cualquier patrón inusual. Dadas las capacidades limitadas de los países para realizar pruebas, la OMS recomienda que los países analicen todos los casos sospechosos de MERS-CoV y un subconjunto de muestras de infecciones respiratorias agudas graves para detectar MERS-CoV. Los trabajadores de la salud siempre deben aplicar las precauciones estándar de manera consistente con todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico. Las precauciones contra las gotitas deben agregarse a las precauciones estándar al brindar atención a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; se deben agregar precauciones de contacto y protección para los ojos cuando se atiende a casos probables o confirmados de infección por MERS-CoV; se deben tomar precauciones contra la transmisión aérea al realizar procedimientos de generación de aerosoles.

La identificación temprana, la gestión de casos y el aislamiento, junto con las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones, pueden prevenir la transmisión de MERS-CoV de persona a persona. En personas con enfermedades crónicas como diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica e inmunodeprimidas la enfermedad puede presentarse en forma grave, por lo que se debe disminuir el riesgo en esta población. La OMS no recomienda un examen especial en los puntos de entrada con respecto a este evento ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones comerciales o de viaje.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Coronavirus causante del síndrome respiratorio del Oriente Medio (MERS-CoV), Reino de Arabia Saudita. Fecha de publicación 1 de febrero de 2021. Fecha de consulta 2 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/01-february-2021-mers-saudi-arabia/en/> (<https://www.who.int/csr/don/01-february-2021-mers-saudi-arabia/en/>)

Actualización Epidemiológica Sarampión y Difteria 1 de febrero de 2021. Región de las Américas. Fecha de publicación 1 de febrero de 2021

En la región de las Américas existen diversos factores que contribuyen a los brotes de sarampión y difteria, incluyendo las coberturas de vacunación, situación que se incrementó con el inicio de la pandemia. En el 2020, entre la Semana Epidemiológica (SE) 1 y 53, se notificaron en 9 países de la región un total de 8 726 casos confirmados de sarampión, incluidas 11 defunciones: Argentina (61 casos,

incluida una defunción), Bolivia (2 casos), Brasil (8 448 casos, incluidas 10 defunciones), Canadá (1 caso), Chile (2 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos de América (13 casos), México (196 casos) y Uruguay (2 casos). El 97 % de los casos fueron notificados por Brasil, único en la región con brotes activos.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 53 de 2020, se notificaron 16 836 casos sospechosos, de los cuales 8 448 (50 %) fueron confirmados, incluidas 10 defunciones, 7 975 fueron descartados y 413 continúan en investigación. Durante el mismo periodo, un total de 21 unidades federales notificaron casos de sarampión y las unidades federales que continúan con brotes activos son: Pará, Rio de Janeiro, São Paulo y Amapá. En 2020, entre la SE 1 y la SE 11 de 2020, se observa un promedio de 1 039 casos notificados por semana epidemiológica, a partir de la SE 11 se observa un descenso progresivo en la notificación de casos sospechosos que coincide con el inicio de la pandemia por COVID-19 y la priorización de acciones de salud pública en ese contexto. En las últimas 6 semanas (SE 48 a la SE 53), el promedio de casos notificados por semana epidemiológica fue de 30 casos. El 58 % no estaba vacunado, el 21 % tenía vacunación y el 21 % no se obtuvo información. Las unidades federales con mayor tasa de incidencia acumulada de casos confirmados de sarampión son: Pará, Amapá, Maranhão y Rio de Janeiro. Continúan con brotes activos: Pará con 5 385 casos confirmados incluyendo 8 fallecidos y con mayor incidencia en menores de 1 año seguido de 15 a 19 años, adicionalmente el 12 % no estaba vacunado, Rio de Janeiro con 1 348 casos confirmados incluido un fallecido, el 38 % no estaba vacunado; Sao Paulo con 867 casos confirmados incluidos un fallecido y Amapá con 191 casos confirmados. El genotipo identificado en el 2020 fue el D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16/.

Difteria

En 2020, entre la SE 1 a la SE 53, un total de 5 países notificaron 80 casos confirmados de difteria, incluidas 21 defunciones en la región de las Américas: Brasil (2 casos confirmados), República Dominicana (3 casos confirmados, incluidas 2 defunciones), Haití (66 casos confirmados, incluidas 16 defunciones), Perú (4 confirmados, incluida 1 defunción) y la República Bolivariana de Venezuela (5 casos confirmados, incluidas 2 defunciones).

En **Haití**, entre la SE 32 de 2014 y la SE 53 de 2020 se notificaron 1 171 casos sospechosos de difteria, incluidas 78 defunciones; de los cuales 388 casos fueron confirmados (374 por laboratorio y 14 por nexo epidemiológico). El número de casos sospechosos notificados entre la SE 1 y la SE 53 en 2020 (194 casos) es inferior al número de casos notificados en el mismo periodo en 2018 (375 casos) y 2019 (195 casos). Considerando la prolongada transmisión de la enfermedad, la difteria es considerada endémica en Haití. De los 194 casos sospechosos notificados en 2020, 66 casos fueron confirmados, incluidas 16 defunciones. De los 66 casos confirmados, 61 casos fueron confirmados por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Las tasas de letalidad entre los casos confirmados fueron de 23 % en 2015, 39 % en 2016, 8 % en 2017, 13 % en 2018, 22 % en 2019 y 24 % en 2020.

Entre la SE 1 y la SE 53 de 2020, de los 66 casos confirmados, el 56 % se presentó en el grupo de edad de 6 a 14 años y 23 % en el de 1 a 5 años. Respecto a las defunciones, 9 ocurrieron en el grupo de 6 a 14 años, 4 en el grupo de 1 a 5 años y 3 en el grupo de 15 años y más. El país no cuenta con una política nacional de vacunación del personal de salud, ni cumple con la meta establecida en el plan de acción regional de inmunización.

La OPS/OMS recuerda a los Estados Miembros que continúan vigentes las mismas orientaciones publicadas en la Actualización Epidemiológica de difteria y sarampión; recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia y la capacidad de diagnóstico laboratorial de difteria. El diagnóstico de laboratorio se realiza por cultivo del microorganismo en medios selectivos, pruebas bioquímicas y la prueba de Elek que confirma la producción de la toxina diftérica. La Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) detecta la presencia del gen de la toxina diftérica (tox) y es útil para detectar la presencia de la bacteria,

especialmente en muestras que han tenido dificultades en la obtención, manipulación, o transporte o en casos que han iniciado tratamiento antimicrobiano previo a la obtención de la muestra. La OPS/OMS recomienda realizar la prueba de Elek para confirmar la producción de la toxina, principalmente en casos esporádicos y en países con brotes activos que notifican casos en nuevas localidades o que presentan casos sin nexo epidemiológico directo con un caso confirmado.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización Epidemiológica Sarampión y Difteria 1 de febrero de 2021. Región de las Américas. Fecha de publicación 1 de febrero de 2021. Fecha de publicación 1 de febrero de 2021. Fecha de consulta 2 de febrero de 2021. Disponible en: - <https://www.who.int/csr/don/01-february-2021-mers-saudi-arabia/en/> (<https://www.who.int/csr/don/01-february-2021-mers-saudi-arabia/en/>)

Alertas nacionales

Brote de ETA en comunidad en Rionegro Antioquia, 29 de enero de 2021

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en una empresa con fecha de ocurrencia 20 de enero, con 33 personas afectadas de un total de 74 personas expuestas (Tasa de ataque de 45 %). Los alimentos consumidos fueron burrito de pollo (consistente de verduras, pollo, salsas) y jugo natural. Los síntomas presentados fueron dolor abdominal, deposiciones líquidas, náuseas y vómito. No hubo hospitalizados ni muertos. Entre las medidas de control estuvieron: atención médica inmediata en la empresa y búsqueda de personas sintomáticas. Información preliminar sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud, enero 2021.

Brote de Enfermedad Diarreica Aguda en comunidad general Ipiales, Nariño, 30 de enero de 2021

El 29 de enero se notificó probable brote de EDA en el municipio de Ipiales, Nariño. El 27 de enero se observó un incremento en las consultas de pacientes con vómito y diarrea, en las UPGD principales. La hipótesis inicial define una posible contaminación hídrica. Se reportan desde el 27 de enero a la fecha 319 casos, de estos 45 notificados el 1 de febrero y 30 el 2 de febrero. Los grupos etarios más afectados fueron de 1 a 4 años con 37 casos, y 25 a 29 años con 49 casos. El total de casos fueron ambulatorios. Los principales síntomas fueron vómito y diarrea reportados en su mayoría por tres instituciones prestadoras de salud. Dentro de las acciones implementadas se intensificó la vigilancia y monitoreo permanente, búsqueda activa institucional, caracterización de la población, revisión del esquema de vacunación, realización de pruebas COVID-19 al 10 % de la población, medidas de comunicación del riesgo a la población, fortalecimiento de la vigilancia en los puntos de abastecimiento de agua en el municipio y verificación del cloro residual en la empresa de acueducto. Pendientes resultados de muestras de agua y biológicas de pacientes afectados. Información preliminar sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud, enero 2021.

Brote enfermedad transmitida por alimentos, Santa Marta, 3 febrero de 2021

El 2 de febrero de 2021 se recibió la notificación de un brote de ETA por parte de la Secretaría de Salud de Antioquia procedente de Santa Marta. El Instituto Nacional de Salud notifica a la Secretaría de Salud de Santa Marta y se inicia la investigación epidemiológica de campo con los afectados, los alimentos posiblemente implicados fueron ceviche de camarón y pollo consumidos en un sector turístico, el cuadro clínico presentado fue diarrea, vómito y dolor abdominal con un periodo de incubación de 10 horas. La tasa de ataque fue del 100 % (4/4), con un fallecimiento, está pendiente realizar unidad de análisis de la mortalidad para establecer la causa de muerte y probable asociación con el brote. Información preliminar sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, enero 2021.

Caso probable leishmaniasis visceral en menor de 1 año, Ovejas, Sucre, 05 de febrero de 2021

Caso probable de leishmaniasis visceral en menor de 1 año procedente de Ovejas, Sucre, ingresó a IPS de Sincelejo por cuadro de 15 días de fiebre persistente de predominio nocturno e ictericia. Al ingreso presenta bicitopenia e hiperbilirrubinemia. Con reporte de IgM negativa para dengue y leptospirosis. En la evolución presentó hepato y esplenomegalia con hepatitis A, B y prueba rápida para leishmaniasis negativas. En espera de serología para iniciar tratamiento. Información preliminar sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud, febrero 2021.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

Situación COVID-19

Hasta el 04 de febrero de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 135 412 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 111 municipios. La incidencia acumulada es de 4 239,25 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha el 3,4 % (73 045) de los casos se encuentra activo, procedente de Bogotá con el 39,5 % (28 840), Antioquia con el 12,5 % (9 099), Valle del Cauca con el 10,0 % (7 276), Cundinamarca (3 464) y Santander (3 462) con el 4,7 %, y Boyacá con el 2,7 % (1 995). A nivel municipal, el 62,2 % (45 442) de los casos activos se encuentra principalmente en Bogotá (28 840), Cali (5 349), Medellín (5 092), Barranquilla (1 158), Manizales (943), Ibagué (919), Cúcuta (719), Pereira (689) y Pasto (661).

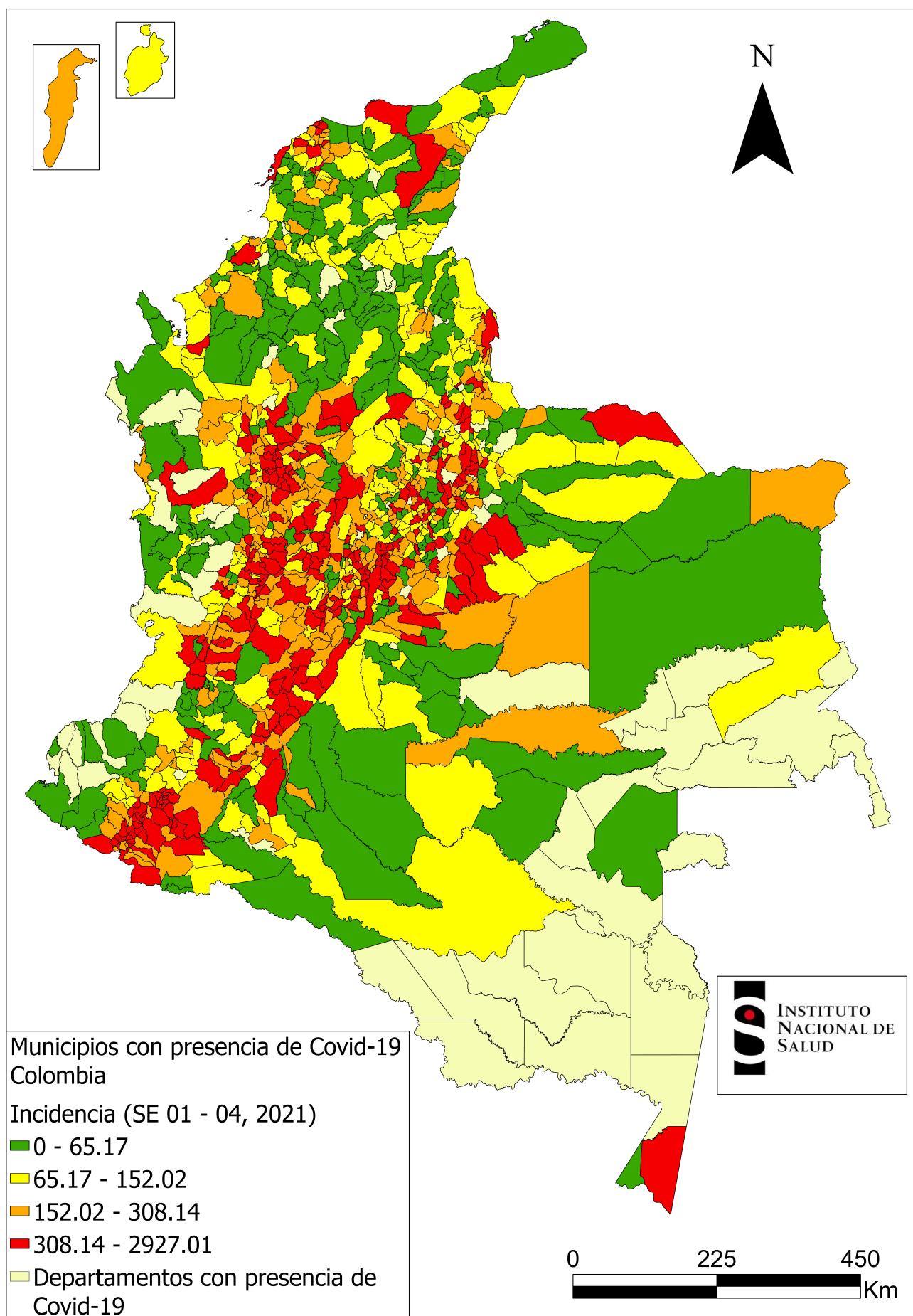
La incidencia nacional de casos activos es de 145,01 casos por 100 000 habitantes, 115 municipios registran incidencias superiores a la incidencia nacional dentro de los cuales se encuentran: Cómbita – Boyacá (549,70), Tutazá – Boyacá (593,48), Tenza – Boyacá (523,42), Tenerife – Magdalena (511,00), Vegachí - Antioquia (8 473,46), Colón – Nariño (456,95) y Covarachía – Boyacá (444,12).

De los casos activos, el 51,1 % (37 312) se reportó en mujeres y según grupo de edad, el 85,4 % (62 373) se presenta en personas entre los 20 a 79 años. De acuerdo con la ubicación, el 70,2 % (51 303) de los casos activos se encuentra en casa, el 25,5 % (18 591) hospitalizado en sala general y el 4,3 % (3 151)

hospitalizado en UCI.

Figura 16.

Incidencia de casos confirmados de COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 01 – 04, 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia_COVID-19_SE_04_21.jpg\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia_COVID-19_SE_04_21.jpg)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia_COVID-19_SE_04_21.jpg\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia_COVID-19_SE_04_21.jpg)

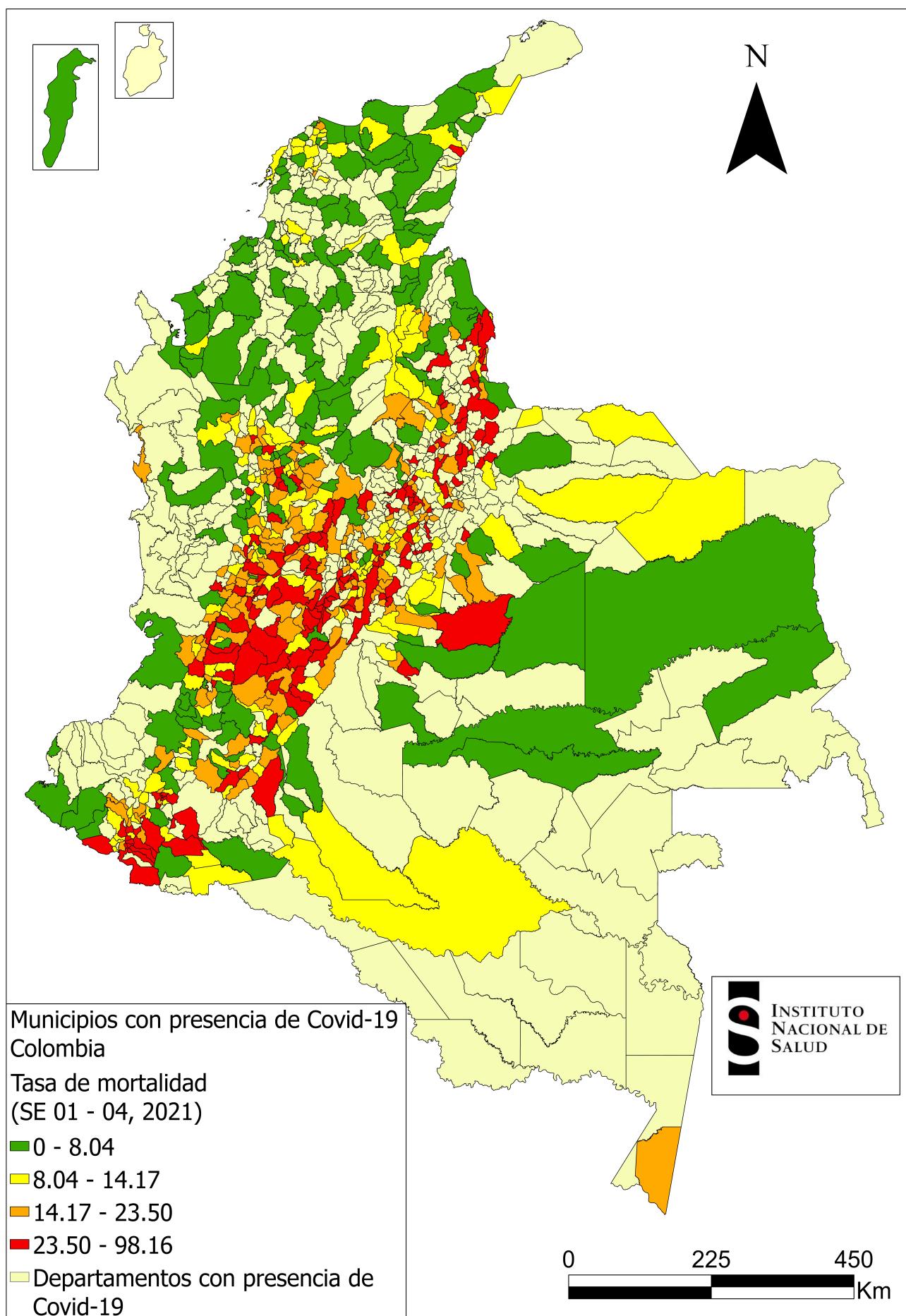
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 3 y el 30 de enero de 2021, se reportaron 271 029 casos de COVID-19, para una incidencia de 538,25 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superan la incidencia de periodo nacional son: Bogotá, D.C. (1 372,18), Cali (744,44), Caldas (710,05), Tolima (659,86), Quindío (643,41), Boyacá (642,17), Huila (623,85), Barranquilla (602,76) y Antioquia (601,23). Las entidades territoriales de Córdoba, Chocó, Arauca, Amazonas y Guainía presentaron un aumento de la incidencia COVID-19 respecto al periodo anterior en 1,23; 1,45; 1,09; 1,08 y 1,57 veces, respectivamente.

Durante este periodo el 93,8 % (1 042) de los municipios con confirmación de COVID-19 tiene casos activos, el 35,3 % (368) de los municipios con casos activos presenta un incremento significativo de la incidencia con respecto al periodo anterior, observándose las mayores variaciones en: Zapayán – Magdalena (Δ 32,0), San Juan de Urabá – Antioquia (Δ 17,0), Santa María – Boyacá (Δ 13,3), Tutazá – Boyacá (Δ 13,30), Florencia – Cauca (Δ 12,5), Purísima de La Concepción – Córdoba (Δ 12,0), Chaguaní – Cundinamarca (Δ 11,00), Úmbita – Boyacá (Δ 9,0) y Galeras - Sucre (Δ 9,0).

Se han reportado hasta este corte 55 131 muertes por COVID-19, notificadas en 38 entidades territoriales (departamentos y distritos). El 72,9 % (40 202) de las muertes se registraron en: Bogotá (12 896), Antioquia (6 063), Valle del Cauca (5 601), Santander (2 999), Norte de Santander (2 572), Cundinamarca (2 536), Barranquilla (2 139), Tolima (1 934), Córdoba (1 735), y Atlántico (1 727).

Figura 17.**Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 01 – 04, 2021**



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/mortalidad_COVID-19_SE_04_21.jpg\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/mortalidad_COVID-19_SE_04_21.jpg\)](#)

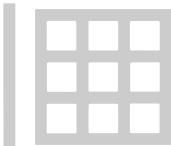
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 3 y el 30 de enero de 2021, se reportaron 8 984 muertes, la tasa de mortalidad fue de 17,87 muertes por 100 000 habitantes. Los municipios con la mayor tasa de mortalidad son: Honda – Tolima (98,16), Villa de Leyva - Boyacá (88,51), Suarez – Tolima (79,87), La Uvita – Boyacá (73,64), San Andrés – Santander (69,93), Espinal – Tolima (67,82), Tena – Cundinamarca (66,60), Girardot – Cundinamarca (65,83) y Agua de Dios – Cundinamarca (65,19).

Durante el periodo analizado (SE 01 a 04 de 2021) el 59,2 % (617) de los municipios con casos de COVID-19 registró fallecimientos por esta causa; por grupos de edad, el 4,8 % (430) de los fallecidos tenía entre 15 y 44 años y el 81,4 % (7 314) era personas mayores de 60 años.

Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la semana epidemiológica SE 01 a 04 de 2021 con respecto al periodo anterior (SE 50 a 53), el 16,9 % (104) 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 Apartadó – Antioquia, Túquerres – Nariño, Galapa – Atlántico, Santander de Quilichao – Cauca, Villa de Leyva – Boyacá, Puerto Tejada – Cauca, La Calera – Cundinamarca y Villanueva – Casanare. Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Rioblanco – Tolima, La Calera – Cundinamarca, Galapa – Atlántico, Túquerres – Nariño, Toro - Valle del Cauca y Puerto López – Meta.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a
Semana epidemiológica 04 / 24 a 30 de enero de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/119/Cuadro_de_mando_BES_04_2021.pdf)

SOBRE ESTE BOLETÍN

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

Publicación en línea: ISSN 2357.6189 2018

Directivos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

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

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

Editor

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

Diseño y diagramación

Alexander Casas Castro - acasas@ins.gov.co

Autores temáticos

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

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

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

Brotes

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

Tablas de mando

Yudy Silva Lizarazo - ysilva@ins.gov.co

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

Índice

Figuras

Tablas

Evento central

Situación nacional

Eventos trazadores

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

Tablas de mando

Sobre esta publicación

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/graf1.jpg)

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 04 de 2021

Tabla 3. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2021



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