

BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**

Semana epidemiológica 31 / 1 al 7 de agosto de 2021

EVENTO CENTRAL

Fuente: .

Análisis

Bajo peso al nacer; desnutrición aguda moderada y severa y vigilancia integrada de la mortalidad por IRA, EDA o DNT

El Sivigila realiza la vigilancia de tres eventos de interés en salud pública que tienen conexidad con la seguridad alimentaria como factor determinante de su ocurrencia y que un número importante de casos tiene relación entre sí. Se considera un factor determinante porque el momento más crucial para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño es durante los 1 000 días desde el embarazo de la madre hasta el segundo cumpleaños del niño. Datos de 54 países de ingresos bajos medios indican que las deficiencias de crecimiento comienzan durante el embarazo y continúan hasta aproximadamente los 24 meses de edad.

En este sentido, las madres desnutridas tienen mayor probabilidad de dar a luz niños con bajo peso al nacer que las madres nutritas de manera adecuada. El bajo peso al nacer a su vez es un predictor indiscutible de la desnutrición en la niñez (1, 2)

Bajo peso al nacer a término

La vigilancia del evento de bajo peso al nacer a término define caso confirmado al recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea $\leq 2\ 499$ g. Pero en el caso de nacimiento domiciliario o diferente a institucional, durante la atención médica en el primer mes de nacido, el profesional, mediante criterios clínicos definirá si el niño o niña cumple la definición de caso para su notificación obligatoria (3).

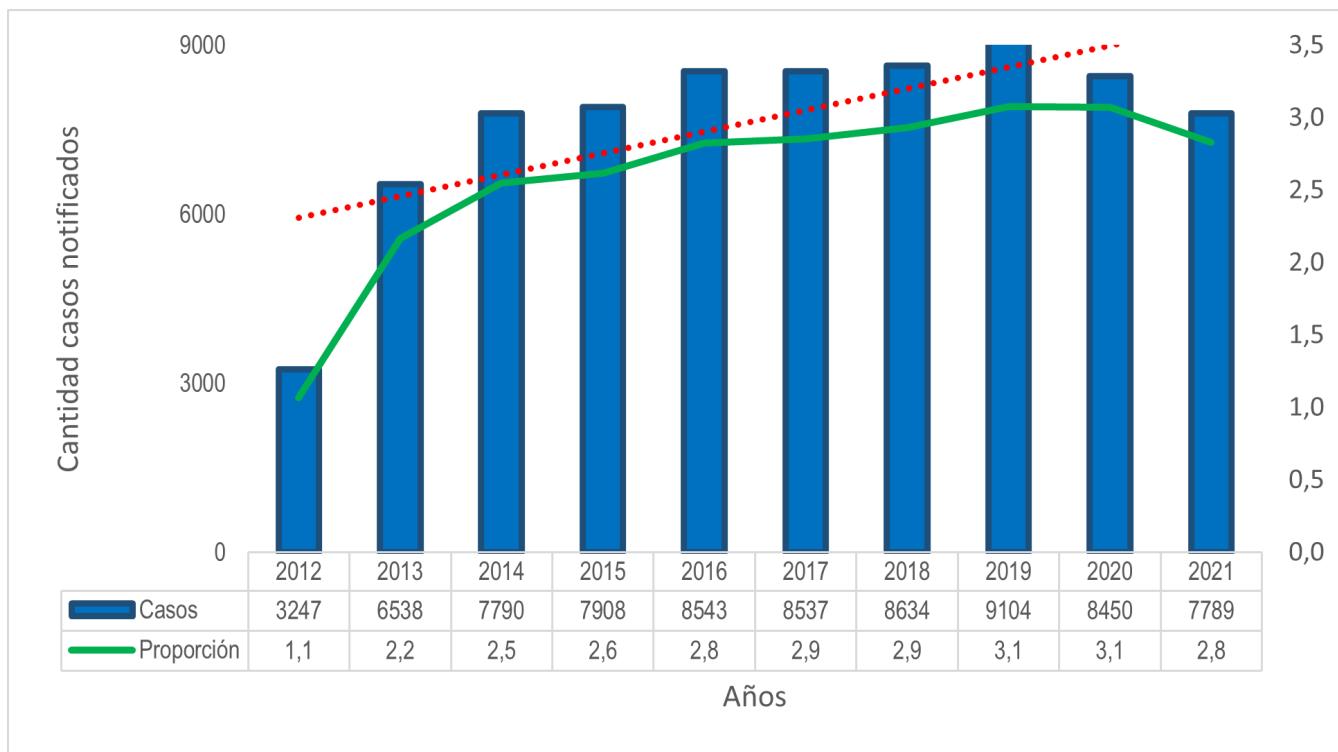
Desde 1919 se ha relacionado el bajo peso al nacer (BPN) con la sobrevivencia de los recién nacidos (RN), sin embargo, hasta 1960 la Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que los RN de cualquier edad gestacional (EG) y con un peso menor de 2 500 g, se definen como bajo peso al nacer, de ellos denomina "prematuros" aquellos que tengan EG de 36 semanas o menos. En el 2012 la OMS enuncia que nacen más de 20 millones de niños y niñas con bajo peso al nacer y lo establece como un problema de salud pública. Determina una meta de reducir en un 30 % el BPN para el 2025, y se incluyen acciones en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, razón por la cual en los países se generan actividades en este sentido.

En Colombia la meta es no aumentar el BPN del 10 %, según DANE de 2017 a 2019, este evento presentó un aumento en la proporción del 9 % al 9,4 %, y de acuerdo con las notificaciones al Sivigila de 2019 hay 2,9 % de Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT). Esta vigilancia se realiza debido que los recién nacidos con BPN generan a corto plazo más riesgo de morir, a mediano plazo dificultades en el aprendizaje y a largo plazo de presentar enfermedades crónicas (cardiovasculares y diabetes) en la edad adulta.

Este evento de BPNT presenta dos situaciones, de una parte, para intervenir a los RN con bajo peso y evitar el riesgo de morir y de presentar enfermedades crónicas; de otra parte, la posibilidad de incidir en los factores que lo causan y evitar casos en el futuro de este evento; el país actualmente utiliza los RIAS de la ruta materno-perinatal, promoción y mantenimiento de la Salud y Atención integral a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

El comportamiento del BPNT, desde el 2012 hasta periodo VI de 2021, tanto en casos absolutos como en proporción, se observa tendencia al aumento, con excepción del 2020 y 2021 donde hay un ligero descenso; así mismo se refirió el comportamiento de la proporción de BPNT en 2021 por entidad territorial, donde las ET con mayor proporción son: Bogotá, Vaupés y Boyacá, presentan valores por encima de 4 por 100 nacidos vivos (NV) y con proporción menor a 1,5 por 100 NV: Amazonas y Vichada.

Figura 1. Comportamiento epidemiológico de bajo peso al nacer a término, a periodo VI, años 2012 - 2021, Colombia

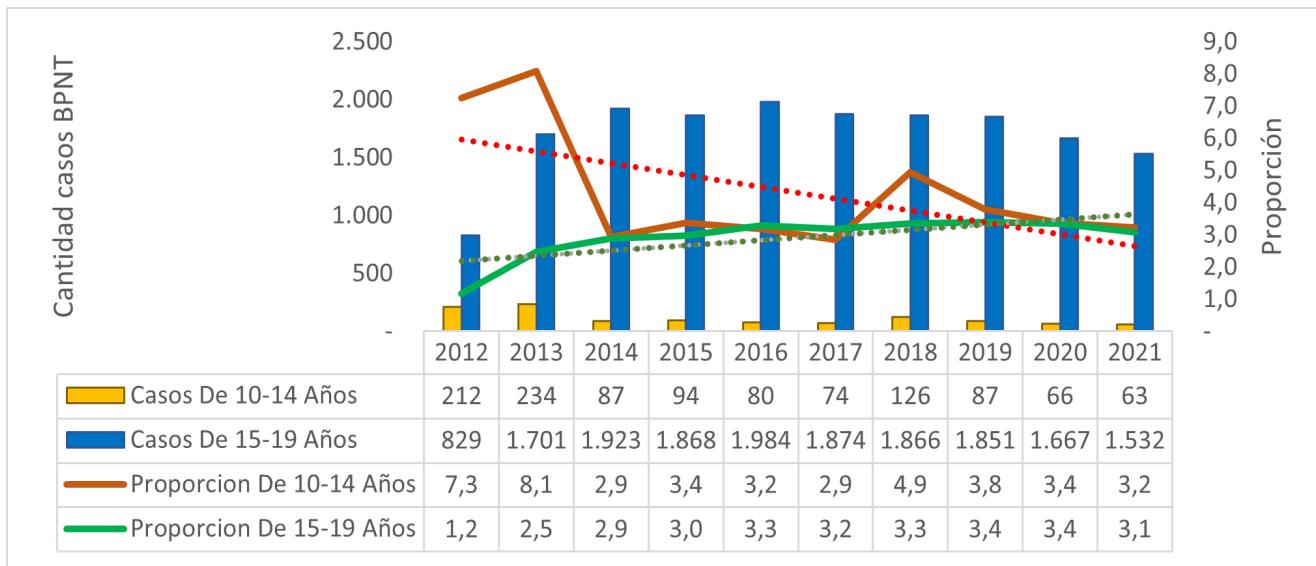


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Con referencia a la edad de las madres a periodo VI de 2021, se observa que el grupo de edad de 50 a 54 años presentó mayor proporción con un 6,7 por 100 NV. El análisis a periodo VI de 2012 a 2021, muestra que en el grupo de 10 a 14 años ha disminuido el número de casos absolutos y una tendencia a la disminución; los grupos de 15 a 19 años y de 40 a 44 años, aunque han disminuido los casos absolutos, la tendencia de la proporción es al aumento; en el grupo de 45 a 49 años se mantiene la proporción estable y el grupo de 50 a 54 años muestra picos en la proporción, sin embargo, la tendencia es a la disminución (figuras 2 y 3).

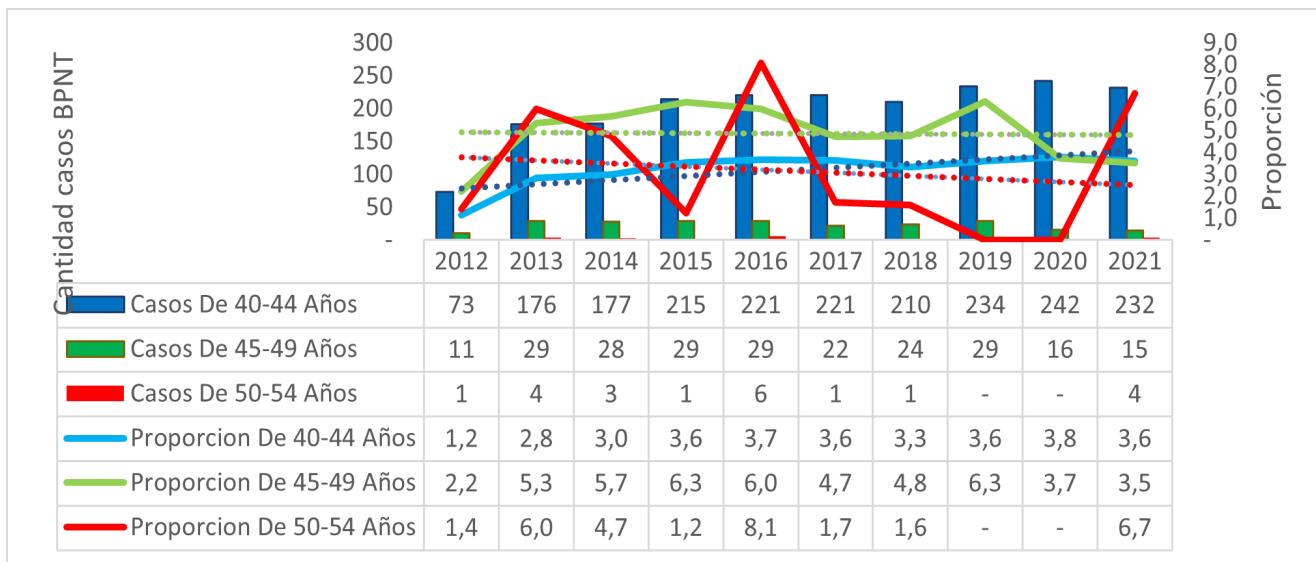
Con relación al tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud a periodo VI de 2021, aunque todos presentaron disminución de los casos absolutos, los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y no asegurados muestra una tendencia al aumento de la proporción de BPNT y los afiliados a los regímenes especiales y de excepción se mantienen estables.

Figura 2. Distribución de casos según grupo de edad de la madre menores de 19 años, Colombia, periodo VI 2012 – 2021



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

Figura 3. Distribución de casos según grupo de edad de la madre mayores de 40 años, Colombia, periodo VI 2012 – 2021

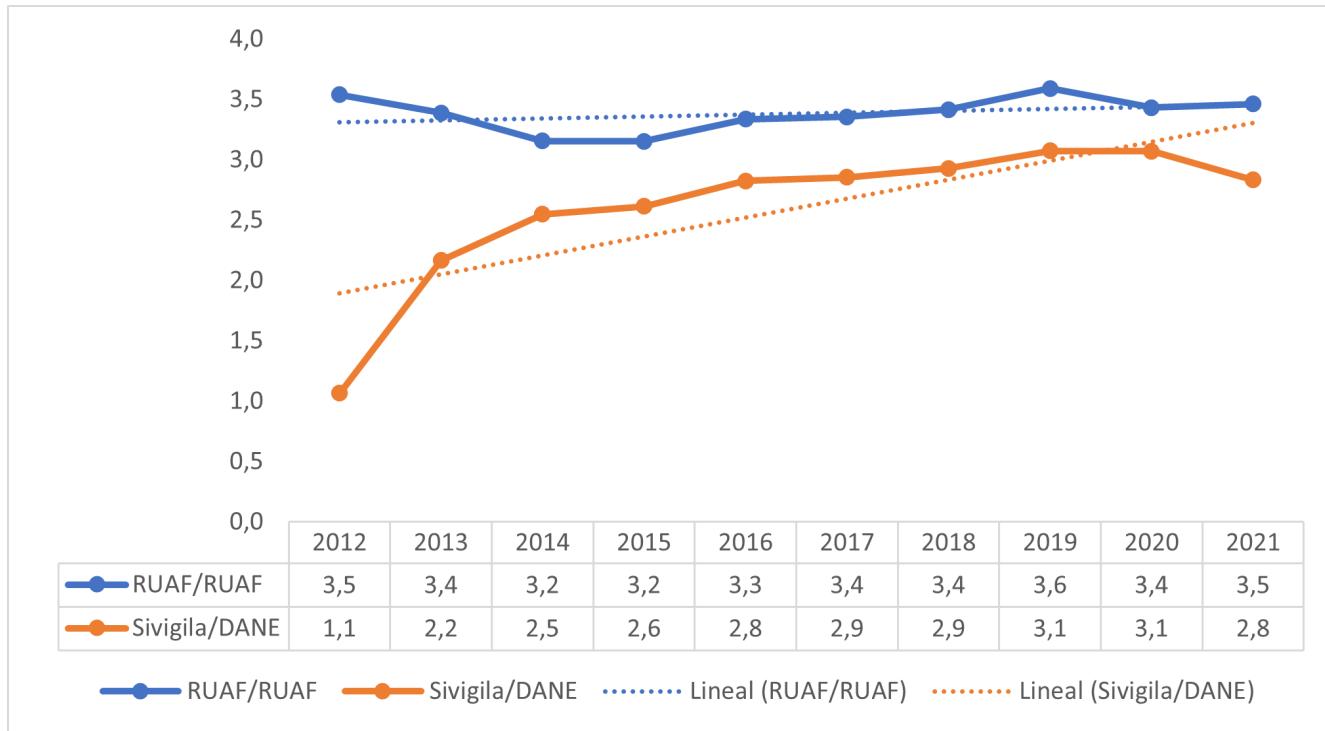


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Se describe la comparación de la proporción de acuerdo con los registros encontrados en la base de Sivigila y a los registros en RUAf que cumplen definición de caso de BPNT, donde se recuerda que el RUAf puede incluir registros hasta 6 meses o más después de concluir el año calendario y que el Sivigila permite notificar casos máximo 60 días de diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de notificación, por ello, se muestra en RUAf/RUAf una mayor proporción que Sivigila/DANE; sin embargo, en ambos análisis refleja una tendencia al aumento de proporción. Así mismo, se muestra la comparación por entidad territorial de la proporción de RUAf/RUAf y Sivigila/DANE, donde en RUAf/RUAf, las entidades con mayor proporción fueron: Bogotá, San Andrés, Boyacá, Cundinamarca, Caldas y La Guajira, y con menor proporción: Vichada, Caquetá Amazonas y Guaviare. Las entidades territoriales con una concordancia entre 90 % y el 100 % fueron: Putumayo, Caldas, Casanare, Tolima,

Huila, Quindío y Boyacá, y las entidades territoriales por debajo del 60%: La Guajira, Amazonas, Sucre, Barranquilla, Cesar, Cartagena, Cali, Chocó, Buenaventura, los que se encuentran por encima de 100 % muestran que existen más registros en Sivigila que en el RUAFA (figura 4).

Figura 4. Comportamiento RUAFA y Sivigila de bajo peso al nacer a término, años 2012-2020 y periodo VI de 2021, Colombia



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

Colombia a periodo VI de 2021 muestra una proporción en Sivigila de 2,8 por 100 NV y en RUAFA de 2,5 por 100 NV. La concordancia es de 82 %, así mismo la oportunidad de notificación al Sivigila es alta con un 90 %, al analizar el rango de días de registro en RUAFA muestra un rango para bajo peso al nacer entre 0 a 176 días y de BPNT de 0 a 127 días.

Frente a las variables de interés, se encontró la mayor proporción en niñas (3,3 x 100 NV), en la zona rural y dispersa (2,9 x 100 NV), en mujeres afiliadas al régimen contributivo (3,0 X 100 NV), el nivel educativo de las madres presentó un 60 % con secundaria.

Con relación a las poblaciones especiales, a periodo VI de 2021 los indígenas presentaron una proporción de 2,4 casos por 100 NV, con 249 casos, la mayoría de estos se presentaron en las etnias wayuu, embera chami, nasa, embera, sikuani, notificados principalmente por los departamentos de La Guajira, Antioquia, Arauca, Cauca y Guainía.

Con referencia a población de nacionalidad extranjera, se notificaron 843 casos, de ellos 786 con residencia en Colombia y 57 en otros países y 828 corresponden a madres de Venezuela, notificados principalmente de las entidades territoriales de: Bogotá, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca y Santander, y de acuerdo con los datos preliminares de DANE 2020, con una proporción de 18,6 por 100 NV.

Se concluye que: la vigilancia de bajo peso al nacer a término contribuye al seguimiento del cumplimiento de la meta mundial (reducir el bajo peso al nacer en un 30 % al 2025).

El comportamiento nacional de la proporción del bajo peso al nacer a término mantiene una tendencia al aumento. Las entidades territoriales con mayor proporción de bajo peso a periodo 2021 son Bogotá, Vaupés y Boyacá. El grupo de edad de menores de 14 años presenta una tendencia a disminución de la proporción del bajo peso al nacer a término. Colombia mantiene la proporción de bajo peso al nacer (BPN) por debajo de la meta establecida, el bajo peso al nacer a término (BPNT) de estos corresponde aproximadamente a la tercera parte. La proporción de BPNT aumenta en mujeres en edades comprendidas en el grupo de más de 50 años.

Las entidades territoriales con alta concordancia entre Sivigila y RUAf son Putumayo, Caldas, Casanare y Tolima. Con relación al RUAf, la notificación oportuna al Sivigila es alta. En los grupos étnicos, los indígenas son quienes presenta mayor proporción de bajo peso al nacer a término, de ellos, los principales grupos indígenas afectados son: wayuu, embera chami y nasa, ubicados principalmente en La Guajira, Cauca, Guainía, Antioquia y Arauca. El principal grupo de población de nacionalidad extranjera es de Venezuela, distribuidos en Bogotá, Antioquia, Norte de Santander, Barranquilla y Cundinamarca.

Se sugiere continuar trabajando en: fortalecer capacidades territoriales, para la correcta y oportuna notificación en Sivigila y en el RUAf y continuar con la revisión sistemática de la concordancia entre las bases de Sivigila y RUAf. Mejorar la articulación y análisis en los territorios, para intervenir oportunamente a los recién nacidos con bajo peso al nacer a término y fortalecer las intervenciones para la detección, monitoreo y control de los factores de riesgo en las poblaciones vulnerables para impactar en la disminución del bajo peso al nacer.

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Este evento tiene como punto de partida los Objetivos de Desarrollo Sostenible de los que el objetivo 4 apunta al hambre 0 en la población mundial. Lo que se busca con este, es terminar con todas las formas de hambre y desnutrición para 2030 y velar por el acceso de todas las personas, en especial los niños, a una alimentación suficiente y nutritiva durante todo el año. A nivel país, el objetivo es a 2030 reducir las muertes por desnutrición infantil a 5 por cada 100 000 niños menores de 5 años y para el mismo año reducir la prevalencia de desnutrición aguda a 0,9 % por cada 100 menores de 5 años.

Como definiciones importantes para los casos que se notifican al evento se tiene que: por antropometría se debe notificar a todo menor de 5 años que presente un indicador peso / talla (P/T) por debajo de -2 desviaciones estándar (DE), (según patrones de crecimiento de la OMS que en Colombia se reglamentan por la resolución 2465/2016), esta desnutrición debe presentarse por una etiología primaria, es decir menores que lleguen a este déficit nutricional por temas de alimentación, y no aplica para el evento menores con patologías de base que hagan que su estado nutricional se pueda ver alterado, como enfermedades genéticas, cáncer, entre otros (4).

Por clínica, el marasmo es un tipo de desnutrición que se caracteriza por un consumo deficiente de calorías y se acompaña normalmente por la atrofia severa de la masa muscular y grasa y se ve un niño como típicamente se dice "forrado en los huesos". Es más frecuente en menores de 1 año y puede darse por prácticas inadecuadas de lactancia materna o inadecuada introducción a la alimentación complementaria.

El kwashiorkor que es un tipo de desnutrición dado principalmente por déficit en la ingesta proteica y se caracteriza por presencia de edema bilateral, son menores en los cuales hay presencia de edema y es más frecuente en mayores de 1 año a diferencia del marasmo.

Kwashiorkor marasmático en el cual se encuentran características de los anteriores, donde el menor puede presentar edema en miembros y también se observa atrofia de masa muscular y grasa en algunas áreas de su cuerpo como puede ser el tronco (4).

Finalmente tenemos para este evento una medida que se toma en todos los mayores de 6 meses y que es importante pues es muy buen predictor de riesgo de mortalidad por desnutrición en estos menores y es el perímetro braquial o también llamada circunferencia media del brazo. El punto de corte para esta medida actualmente manejada es 11,5 cm, es decir que cuando los menores presentan esta medida se activa el sistema de alerta temprana teniendo en cuenta que deben ser menores priorizados en atención para la patología. Actualmente, se está realizando alerta semanal del evento a las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y entidades territoriales donde se presenta un pequeño resumen de lo sucedido con este sistema para así visibilizar más la priorización que requieren estos casos en su atención.

Situación epidemiológica mundial

En cuanto a la situación epidemiológica mundial de la desnutrición aguda según el informe anual de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación FAO, por sus siglas en inglés, sobre el estado de la seguridad alimentaria y nutricional en el mundo, para el 2017, más de 90 millones de niños presentaban un peso peligrosamente bajo y de estos 51 millones presentan emaciación. Aproximadamente la mitad viven en el Asia sudoriental y una cuarta parte en el África subsahariana.

En 2017, 50,5 millones de niños menores de 5 años se vieron afectados por la emaciación y dos regiones, Asia y Oceanía, tuvieron casi uno de cada diez niños afectados, en comparación con solo uno de cada 100 en América Latina y el Caribe. La mayor parte de la carga se concentra en Asia, donde siete de cada diez niños en el mundo con emaciación residen en esta región.

El informe menciona que una evaluación preliminar sugiere que la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) puede añadir entre 83 y 132 millones de personas al número total de personas subalimentadas en el mundo en 2020, en función de la hipótesis de crecimiento económico.

También menciona que teniendo en cuenta el número total de personas afectadas por la inseguridad alimentaria moderada o grave, se estima que unos 2 000 millones de personas en el mundo no disponían de acceso regular a alimentos inocuos, nutritivos y suficientes en 2019. El mundo no está en vías de lograr el objetivo del hambre cero para 2030. Si continúan las tendencias recientes, el número de personas afectadas por el hambre superará los 840 millones para 2030.

A escala mundial, la carga de la malnutrición en todas sus formas sigue constituyendo un desafío. Según las estimaciones actuales, en 2019 el 21,3 % (144,0 millones) de los niños menores de cinco años sufría retraso del crecimiento, el 6,9 % (47,0 millones) padecía emaciación (desnutrición aguda) y el 5,6 % (38,3 millones) tenía sobrepeso.

Situación epidemiológica regional

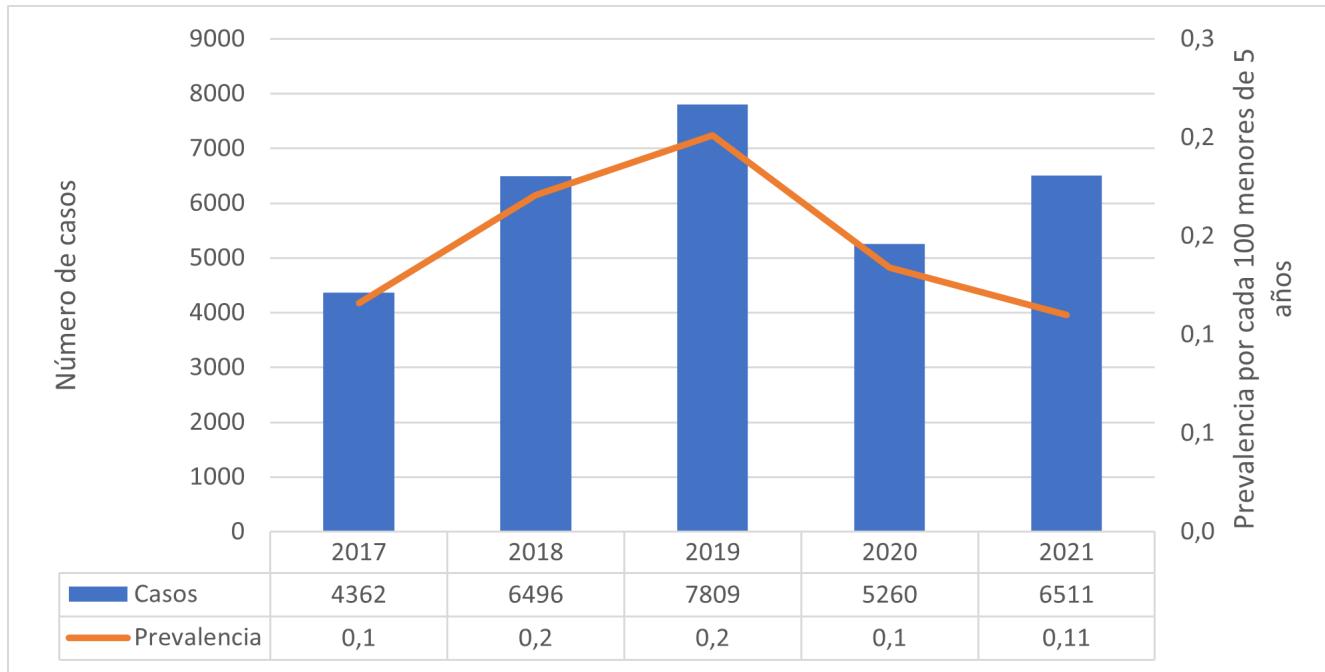
En cuanto a la situación epidemiológica regional tenemos que en los países de América Latina y el Caribe las prevalencias rondan entre el 1 y el 4 %, sin embargo, hay algunos países que se encuentran más afectados como Haití, Guatemala y Honduras con prevalencias superiores al 10 %. En Colombia acorde a la última cifra de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN la prevalencia se encontraba en 1,6 %.

Situación epidemiológica nacional

Con corte a semana epidemiológica 24 del presente año, se evidencia que la prevalencia entre el 2017 y el 2020 con corte a semana 24 ha sido entre el 0,1 y 0,2 % por cada 100 menores de 5 años en el país (figura 5). Sin embargo, es importante aclarar que para el 2020 la disminución fue importante debido a la

emergencia sanitaria en la que nos encontramos actualmente lo cual ocasionó menos asistencia a los servicios de salud y por tanto una disminución significativa en la notificación del evento, pero para este año, nuevamente comenzó a aumentar la notificación de los casos pese a la emergencia actual. Se resalta que en algunas regiones de frontera, con mayor cantidad de población rural, se presentan más casos de desnutrición aguda tales como La Guajira, Vaupés, Guaviare y Vichada.

Figura 5. Prevalencia de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años, Colombia 2017 - 2021

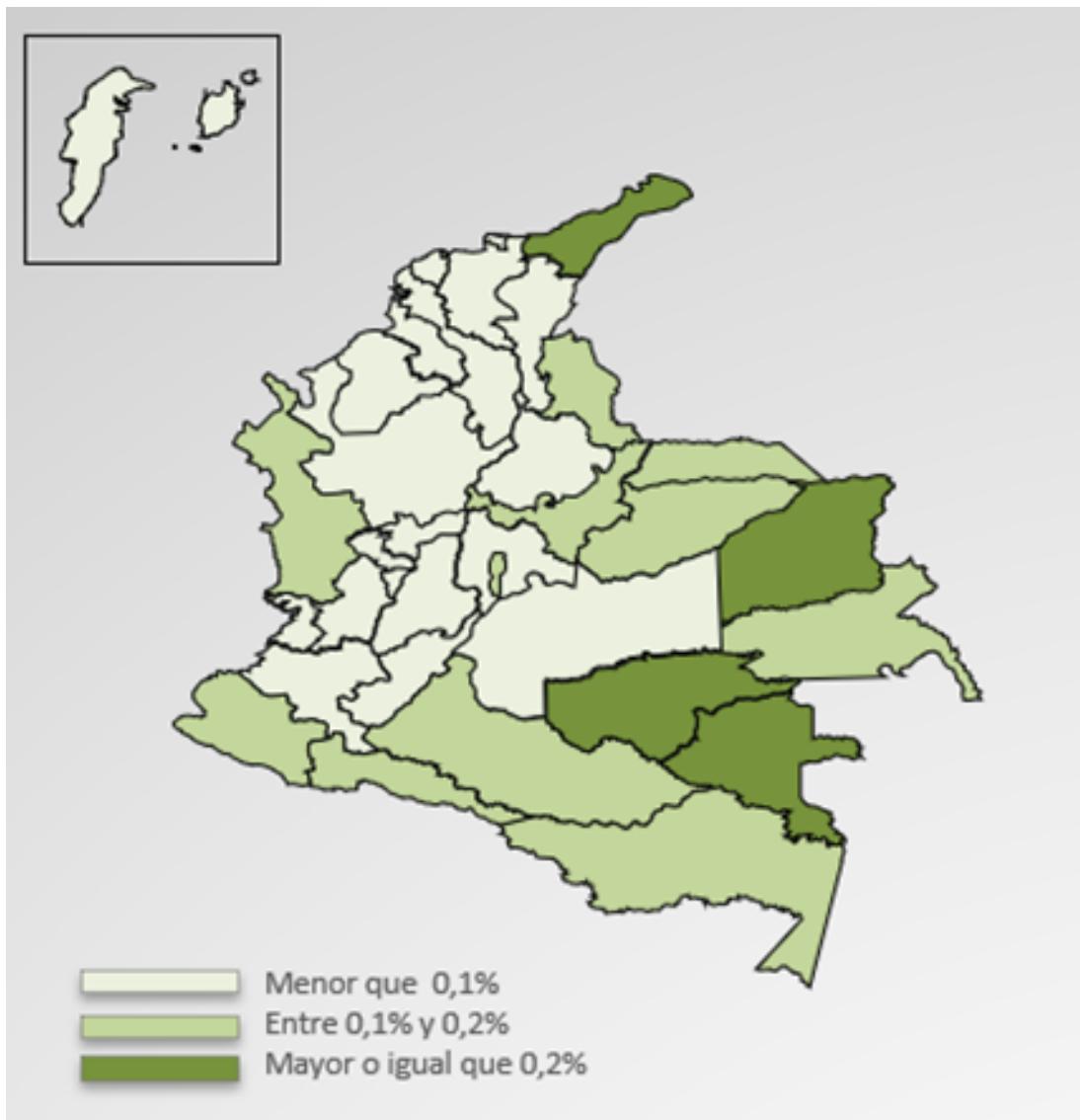


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

En términos de lugar, para el 2021, se han capturado un total de 6 511 casos de desnutrición (DNT) aguda, moderada y severa en el país de los cuales 1 044, es decir un 16,0 % pertenece a población indígena.

Los departamentos con mayor prevalencia de desnutrición son: Vichada, Vaupés, Guaviare, La Guajira, Arauca, que a su vez son departamentos que presentan gran cantidad de población indígena, rural y se encuentran en zonas de frontera. También se encuentra que en entidades como Vichada, Vaupés, Guainía y La Guajira hay un alto porcentaje de la notificación que se da por poblaciones indígenas (superiores al 60 % de la notificación total de la entidad territorial) y en el caso de población migrante entidades territoriales como Norte de Santander, Guainía, Vaupés y Vichada presentan notificación superior al 20 % con estas poblaciones (figura 6).

Figura 6. Prevalencia de la desnutrición aguda por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2021



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

En términos de persona encontramos que, por edad, el 17,1 % de los casos notificados son menores de 6 meses, el 19,2 % menores de 6 a 12 meses, el 63,7 % mayores de 1 año hasta 5 años y un 5,5 % son casos de residentes extranjeros.

Frente al comportamiento de las variables de interés, se tiene que el 53,7 % de los menores es de sexo hombre, el 46,3 % sexo mujer, un 75,7 % presentó desnutrición aguda moderada, 24,3 % DNT aguda severa, el 16 % pertenece a población indígena, un 23,4 % de los casos reside en áreas rurales, el 66,4 % tiene como régimen de afiliación a salud el régimen subsidiado y el 74,2 % asiste a programa de crecimiento y desarrollo.

En cuanto a identificación de antecedentes de estos menores encontramos que el 25,6 % de los casos notificados requirió manejo hospitalario, la mediana de edad gestacional al nacimiento fue 38 semanas, 2 700 g de peso al nacer y un 11,9 % de los casos presentó un perímetro braquial inferior a 11,5 cm en los menores de 6 a 59 meses.

En los menores notificados en el 2021, se debe tener en cuenta que los signos clínicos pueden presentarse en los casos de desnutrición definida por clínica, es decir, el marasmo y el kwashiorkor. Se presenta tabla con los porcentajes de presentación de cada uno de los signos clínicos y se evidencia de una forma clara

como en las poblaciones indígenas hay porcentajes más altos de la presentación de los signos clínicos de la desnutrición lo cual indica que son estos menores quienes hacen con mayor frecuencia las presentaciones más graves de la desnutrición (tabla 1).

Tabla 1. Signos clínicos de menores con desnutrición aguda, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2021

Signos clínicos	% población general	% población indígena
Delgadez	28,5	32,9
Palidez	11,2	17,9
Cambios cabello	10,9	22,8
Hipo o Hiperpigmentación en piel	6,4	12,6
Edema	2,9	4,6
Piel reseca	1,3	23,5

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

Con corte a semana epidemiológica (SE) 24 del 2021 los grupos indígenas que presentaron mayor cantidad de casos de desnutrición son los wayuu con un 32,8 % de la notificación de los casos de población indígena notificada. En general se observa que gran parte de los casos de desnutrición en población indígena se concentra en La Guajira, Chocó, Vichada, Risaralda, Cesar y Córdoba.

En cuanto a ruralidad y desnutrición aguda, se han presentado 1 526 casos en lo que va corrido en del año en área rural lo cual corresponde al 23,4 % de la notificación. Cabe resaltar que de este total de casos el 44,7 % pertenece a población indígena y también se encuentra que un 5,0 % de estas poblaciones residentes de área rural y con desnutrición es población afrodescendiente. En cuanto a las entidades territoriales (ET) que presentan mayor prevalencia de casos con desnutrición aguda en áreas rurales se encuentra La Guajira, Chocó, Boyacá y Cundinamarca con prevalencias superiores al 5 %.

Plan ni I +

Ni 1+ es el programa contra la desnutrición de la presidencia liderado por la primera dama. Esta planteado para ser ejecutado entre el 2019 y el 2022 y tiene por objetivo disminuir las muertes de niños y niñas menores de cinco años por y asociadas a desnutrición, contribuyendo al logro de las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si bien se inició con 7 departamentos priorizados en la mesa de trabajo, en la actualidad se cuenta con 14 departamentos priorizados en la mesa que son: Arauca, Atlántico, Bolívar, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada.

En cuanto a los avances del 2021, el INS aporta trabajo a dos objetivos de este plan los cuales son:

Fortalecer la identificación y captación de niños y niñas con desnutrición.

Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades en la identificación, atención y seguimiento de niños y niñas con desnutrición.

En el marco del cumplimiento de dichos objetivos el INS se encuentra caracterizando como unidades informadoras para que entren a hacer parte del sistema de vigilancia algunas modalidades de atención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (1 000 días, unidades móviles y unidades de búsqueda activa (UBA)), trabajo que se viene desarrollando desde 2019 y en este año se ha realizado el trabajo con La Guajira, Cesar, Chocó, Valle del Cauca, quedan ya solo 4 entidades territoriales para finalizar este proceso de caracterización.

Sobre la notificación de los centros de recuperación nutricional del país y el peso que estos tienen sobre la notificación de cada una de las entidades territoriales, se encuentra que en algunas entidades como Vaupés estas unidades representan el 80 % de la notificación del evento. Lo mismo sucede con las unidades especiales, es decir, 1000 días, UBA y unidades móviles que en departamentos como Vichada captan el 25 % del total de la notificación del departamento.

De ahí la importancia del trabajo realizado con ICBF para capturar más información de esta población suscrita a ICBF.

Conclusiones:

Para el 2021, la desnutrición aguda en menores de cinco años presenta mayor prevalencia en las ET de Vichada, Vaupés, Guaviare, La Guajira y Arauca. El comportamiento del evento es similar a las cifras de años anteriores. Se evidencia un aumento en el número de casos notificados comparado con el 2020, el cual fue reducido por la pandemia.

Los menores de cinco años con desnutrición aguda en su mayoría nacen a término, con adecuado peso al nacer, por tanto, los factores que podrían influir la desnutrición son los relacionados a la inseguridad alimentaria y nutricional de las familias, tales como una baja duración de lactancia materna, inicio precoz e inadecuado de la alimentación complementaria y condiciones socioeconómicas. En adición, factores como vivir en ruralidad y pertenecer a las poblaciones indígenas presentan mayores prevalencias las cuales son características comunes de las entidades con mayores prevalencias.

Vigilancia integrada de las muertes en menores de 5 años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición

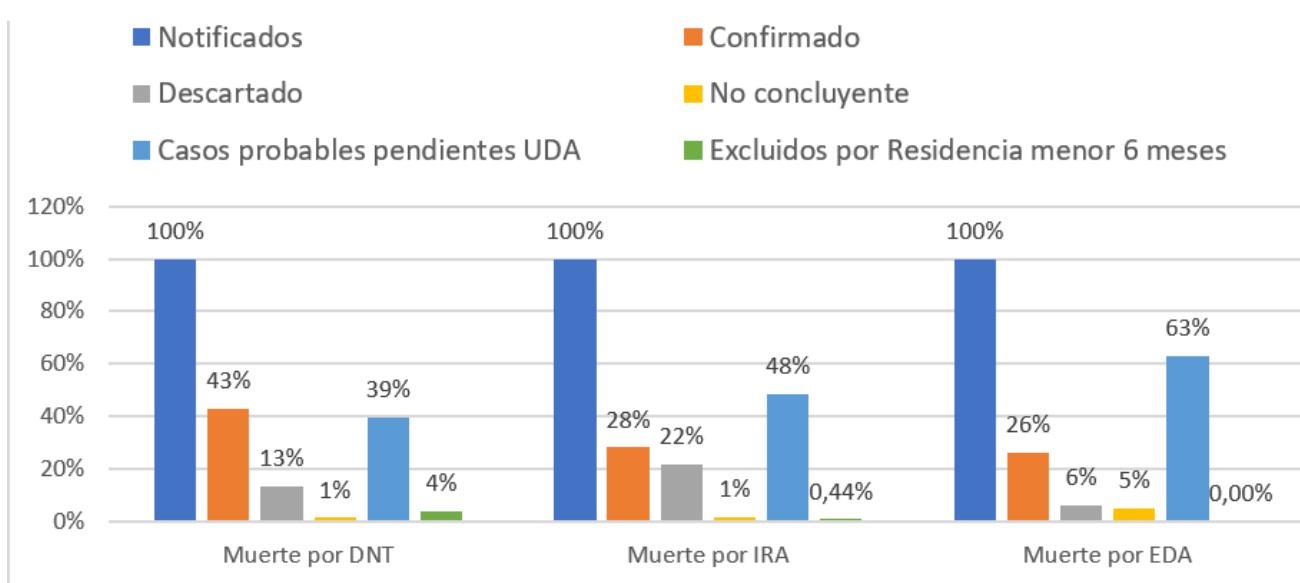
A semana 26 de 2021 se han notificado 374 casos en total asociados a muerte en menor de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) o desnutrición, que representan 20 % menos que los casos de la misma semana de 2020.

De este total notificado se han analizado para desnutrición el 57 %, para infección respiratoria aguda el 51 % y para enfermedad diarreica aguda el 37 %. En desnutrición se han confirmado 36 casos, en IRA 63 y en EDA 17 casos. Están 183 casos pendientes de unidades de análisis (UA) y se han excluido 4 casos por residencia menor de 6 meses.

El evento que ha tenido mejor desempeño de análisis ha sido desnutrición, tiene pendiente el 39 % de UA, mientras IRA tiene el 48 % y EDA el 63 %. En cuanto a los casos no concluyentes el porcentaje es mayor en los casos de EDA con un 5 % del total (figura 7).

El índice de positividad significa del total de casos analizados que porcentaje se confirma para el evento. En desnutrición se confirma el 75 % de los casos, el 23 % se descarta por diagnósticos como defectos congénitos mayores, muerte neonatal y broncoaspiración. En IRA se confirma el 55 %, se descartan muchos más casos que en desnutrición, a semana 26 se han descartado 49 casos. En EDA, es del 71 %, se ha descartado el 17 %.

Figura 7. Comportamiento de los eventos vigilados 591 según estado del análisis, Colombia, semana 26 de 2021



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

En Comportamientos Inusuales de muertes por desnutrición para esta semana se observó un aumento en el número de casos en la entidad territorial de Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 26 entre 2014 a 2020. Sin variaciones significativas en las demás entidades (figura 8).

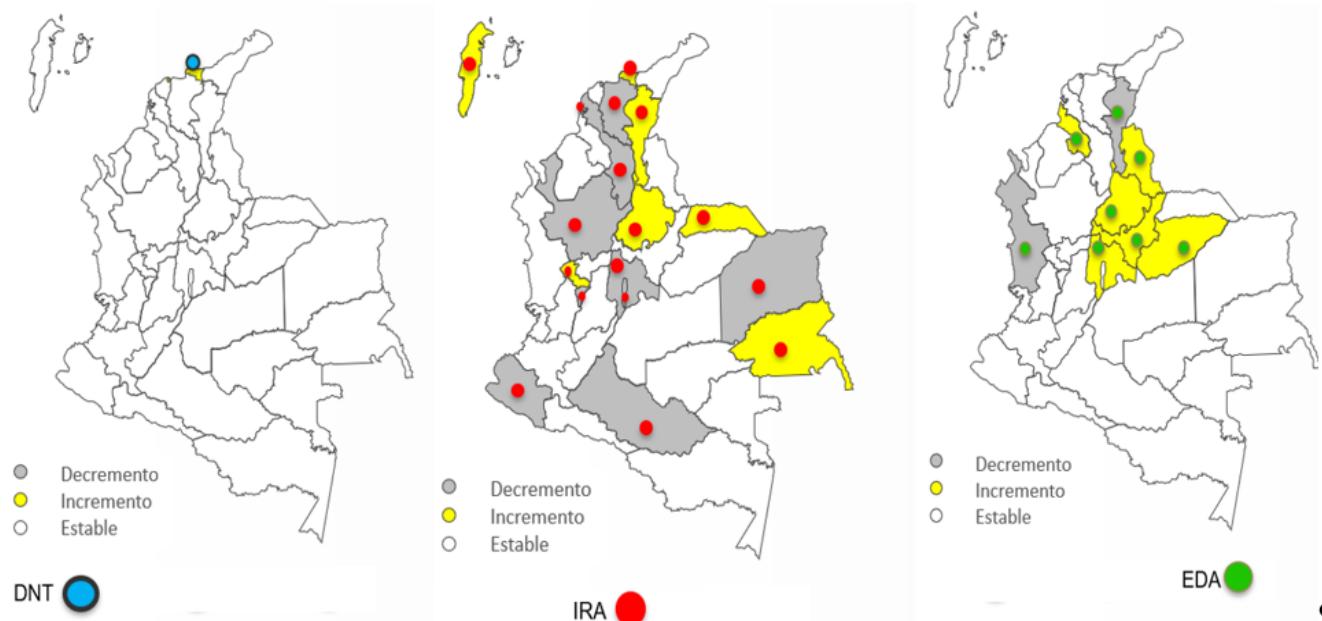
En IRA, para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca, Cesar, Guainía, Risaralda, San Andrés, Santander y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 26 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia, Bogotá, Bolívar, Cali, Caquetá, Cartagena, Cundinamarca, Magdalena, Nariño, Quindío y Vichada se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones (figura 8).

En EDA, para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 26 entre 2014 a 2020, mientras que, en Cesar y Chocó se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones (figura 8).

En cuanto a la distribución de los casos notificados por sexo y edad, el 55 % es de sexo hombre que se relaciona con el comportamiento demográfico de este grupo de edad y mayor prevalencia del evento en el menor de un año.

En las características del aseguramiento, el 70 % está afiliado al régimen subsidiado. Es importante mencionar que el 13 % no está asegurado más el 1 % que el Sivigila identifica como indeterminado o pendiente, situación problemática importante para el evento, puesto que la interrelación de las muertes por IRA y EDA con desnutrición implica que estos casos acuden a los servicios de salud en situación crítica. Este grupo está representado para el 51 % por población migrante, el 70 % es residente en zona rural, el 75 % es menor de un año y el 9 % de madre menor de 18 años.

Figura 8. Comportamiento inusuales, muertes en menores de 5 años por DNT, IRA y EDA, Colombia, semana 26, 2021

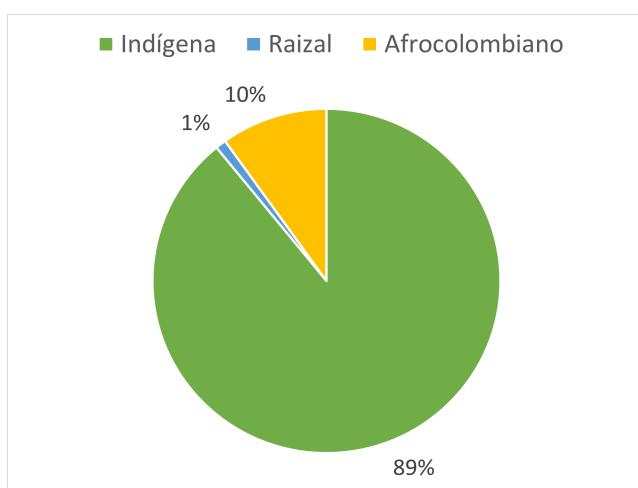


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Sobre la distribución de los casos notificados pertenecientes a grupos étnicos, a semana 26, el 33 % de los casos pertenece a alguno de los tres grupos étnicos reconocidos por nuestra constitución. El 89 % es población indígena, el 10 % afrocolombiano y el 1 % es raizal. Esto indica lo que vimos en el evento anterior, que hay un impacto desproporcionado. Los grupos étnicos representan el 11,5 % de la población nacional (figura 9).

Para los casos en población migrante, el 16 % de los casos correspondió a este grupo poblacional, y fueron reportados por el 62 % de las ET, con país expulsor Venezuela para el 96 %. El porcentaje restante corresponde a 1 caso de Surinam y 1 caso de Brasil. Otras entidades territoriales, además de los fronterizos con Venezuela, que hacen parte de los que concentran el 57 % de los casos son Chocó, Antioquia y Bogotá con La Guajira, Norte de Santander y Cesar.

Figura 9. Distribución porcentual de los casos notificados evento 591 pertenecientes a grupos étnicos, Colombia, semana 26 de 2021



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

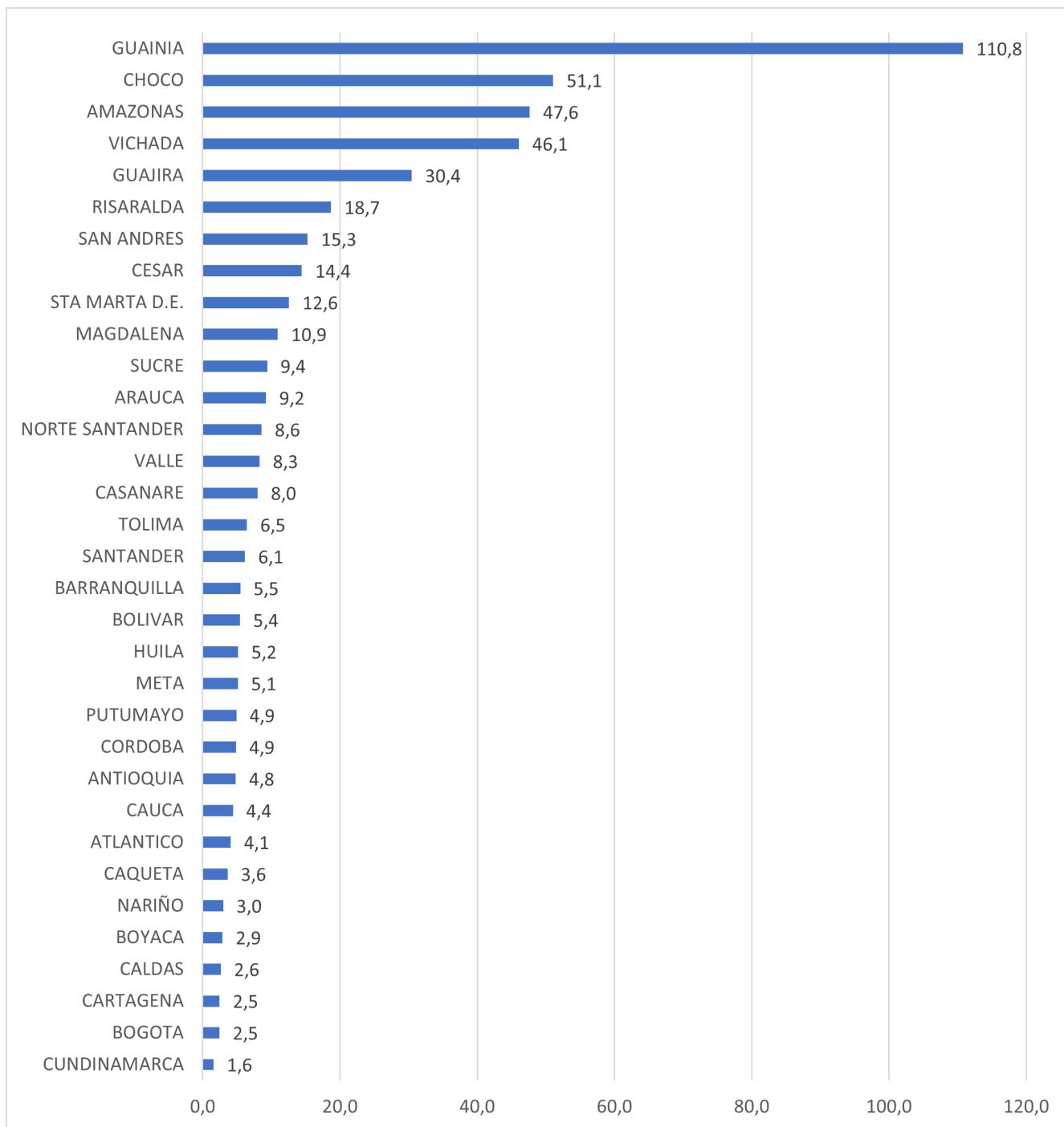
En cuanto a las tasas de mortalidad por las tres enfermedades, desnutrición, IRA o EDA, los departamentos con las tasas más altas son Guainía, Chocó, Amazonas, Vichada y La Guajira. (figura 10).

En la tasa de mortalidad por DNT los departamentos por encima de la tasa promedio nacional son Guainía, Vichada y La Guajira.

En tasa de mortalidad por IRA, los departamentos por encima de la tasa promedio nacional son Guainía, Chocó, Amazonas, San Andrés y Cesar. En la tasa de mortalidad por EDA Vichada, Guainía, Choco, Risaralda y La Guajira.

En cuanto a los problemas reportados en el tablero de problemas para este evento a semana 08, los factores en orden de mayor a menor porcentaje son Acciones de Promoción y mantenimiento de la salud 19 %, Conocimientos, actitudes y prácticas 19 %, Factores asociados a pobreza y desigualdad 16 %, Prestación de servicios individuales 14 % y gestión del aseguramiento 14 %.

Figura 10. Tasas de mortalidad por DNT, IRA o EDA, en menores de 5 años, según departamento de residencia, Colombia, semana 26 de 2021 (x 100.000 menores de 5 años)



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

En los dos primeros factores, el de acciones de promoción y mantenimiento de la salud las situaciones problemáticas más frecuentes fueron incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente, seguida de las acciones de demanda inducida. En cuanto al segundo factor en frecuencia, la situación problemática más importante es baja percepción del riesgo en salud, seguida de desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del cuidador o paciente, inoportunidad en la toma de decisiones para acceder al servicio, desconocimiento de derechos y deberes y finalmente, las prácticas inadecuadas o inseguras para la salud son las cinco más importantes situaciones problemáticas dentro de este factor.

Se propone como temas para fortalecer la acción institucional aspectos como:

Consolidar la elaboración de tableros de problemas derivados de las unidades de análisis en todas las entidades territoriales.

Promover la difusión intersectorial del consolidado departamental del tablero de problemas.

Fortalecer el aseguramiento que afecta con mayor importancia a menores de zona rural y menores de un año.

Mejorar las dificultades de aseguramiento de la población migrante.

Mantener y reforzar las estrategias de adecuación intercultural.

Fortalecer las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y las estrategias que incidan en los conocimientos actitudes y prácticas.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ de la Atención Integral a la Desnutrición Aguda. Bogotá D.C.; 2016. p. 5.
2. UNICEF. Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. New York; 2013. p. 13.
3. Instituto Nacional de Salud. Bajo peso al nacer a término, código 110. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2020. p. 15.
4. Instituto Nacional de Salud. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2020. p. 12.

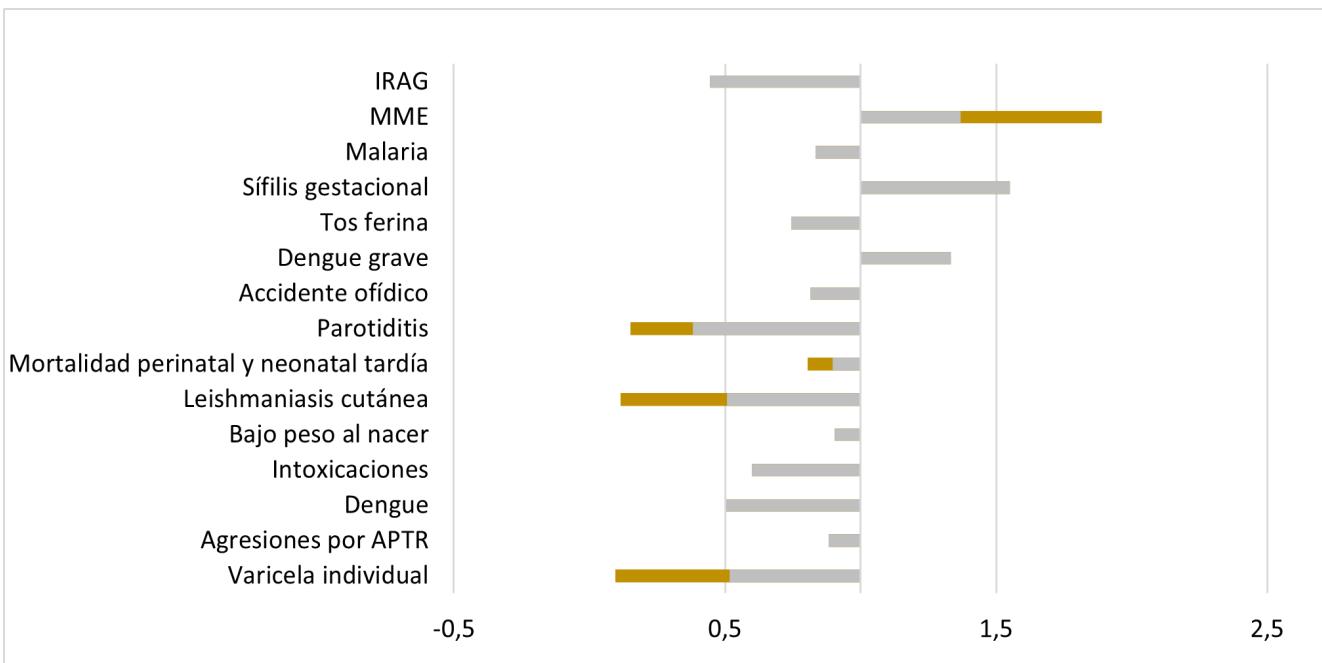
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Así se identifica que en la semana epidemiológica 31 el evento morbilidad materna extrema (MME) se encuentra por encima de lo esperado. Parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea y varicela individual se encuentran por debajo de lo esperado. Los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 11.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2021



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

[Análisis de la gráfica](#)

[Ampliar](#)

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

[Descargar](#)

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 31, el evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV) y la mortalidad materna presentan aumento significativo respecto a los valores esperados; los eventos de leptospirosis, sarampión, rubeola, fiebre tifoidea presentan 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, a semana epidemiológica 31 de 2021

Evento	Observado	Esperado	p
EAPV	42	11,8	0,00
Mortalidad materna	15	7,4	0,01
Leptospirosis	14	56,6	0,00
Sarampión	8	47,6	0,00
Rubeola	1	14,4	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	6	0,00
Tuberculosis farmacorresistente	4	8,2	0,05
Lepra	6	10	0,06
Mortalidad por IRA	13	9,8	0,07
Sífilis congénita	24	23,8	0,08
Leishmaniasis mucosa	0	2,4	0,09
Mortalidad por dengue	3	1,4	0,11
Mortalidad por EDA 0-4 Años	1	2,6	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. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos.

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

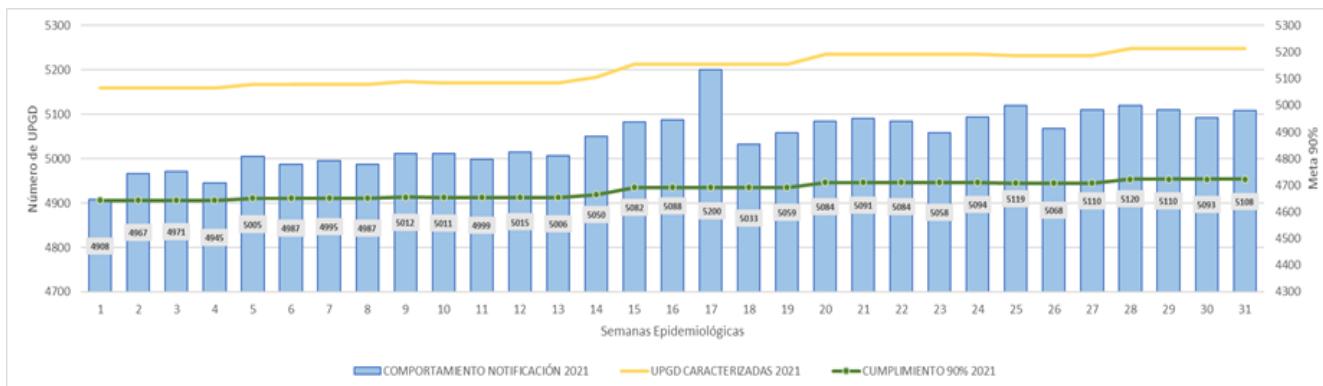
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior y aumentó 2,7 % frente a la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 117 / 1 117 UNM). Se observa igual con respecto a lo presentado en la semana 30 de 2021 y aumentó 2,6 % frente a la misma semana del 2020 (97,4 %), el país cumplió con la meta del 97 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,3 % (5 108 / 5 248 UPGD); aumentó en 0,3 % frente a la semana anterior y aumentó 2,0 % con respecto a la semana 30 de 2020. Todas las entidades territoriales cumplieron con la meta para este nivel de información. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD.

Figura 12.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_cumplimiento_notificación_UPGD_

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_cumplimiento_notificación_UPGD_

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A continuación, se muestra el comportamiento histórico de la notificación por semanas correspondiente a la vigencia 2021. Se observan las UPGD caracterizadas (línea amarilla), su comportamiento en la notificación (barras azules) y su cumplimiento

respecto a la notificación de casos (meta 90 %), (línea verde). En la semana de análisis se evidencia el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 31 de 2021 se notificaron 665 casos probables de dengue: 362 casos de esta semana y 303 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 20 325 casos, 10 508 (51,7 %) sin signos de alarma, 9 485 (46,7 %) con signos de alarma y 332 (1,5 %) de dengue grave.

Tabla 3.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	3699	18,5	47	14,2	3746	18,4
Valle del Cauca	1698	8,5	14	4,2	1712	8,4
Norte de Santander	1116	5,6	21	6,3	1137	5,6
Cartagena	983	4,9	40	12,0	1023	5,0
Tolima	999	5,0	5	1,5	1004	4,9
Meta	928	4,6	4	1,2	932	4,6
Putumayo	928	4,6	3	0,9	931	4,6
Huila	789	3,9	19	5,7	808	4,0
Cesar	773	3,9	26	7,8	799	3,9
Antioquia	695	3,5	11	3,3	706	3,5
Córdoba	619	3,1	8	2,4	627	3,1
Cundinamarca	584	2,9	1	0,3	585	2,9
Santander	528	2,6	6	1,8	534	2,6
Magdalena	497	2,5	16	4,8	513	2,5
Bolívar	482	2,4	17	5,1	499	2,5
Barranquilla	462	2,3	13	3,9	475	2,3
Cauca	441	2,2	1	0,3	442	2,2
Casanare	432	2,2	9	2,7	441	2,2
Nariño	424	2,1	5	1,5	429	2,1
Atlántico	412	2,1	13	3,9	425	2,1
Sucre	386	1,9	12	3,6	398	2,0
Caquetá	308	1,5	3	0,9	311	1,5
Chocó	287	1,4	1	0,3	288	1,4

Santa Marta	207	1,0	15	4,5	222	1,1
Boyacá	210	1,1	0	0,0	210	1,0
Amazonas	207	1,0	2	0,6	209	1,0
Buenaventura	189	0,9	2	0,6	191	0,9
Arauca	160	0,8	1	0,3	161	0,8
Quindío	131	0,7	2	0,6	133	0,7
Risaralda	105	0,5	1	0,3	106	0,5
La Guajira	66	0,3	8	2,4	74	0,4
Caldas	73	0,4	0	0,0	73	0,4
Exterior	58	0,3	3	0,9	61	0,3
Vichada	39	0,2	0	0,0	39	0,2
Archipiélago de San Andrés	37	0,2	0	0,0	37	0,2
Guainía	22	0,1	2	0,6	24	0,1
Guaviare	17	0,1	0	0,0	17	0,1
Vaupés	2	0,0	1	0,3	3	0,0
Total	19 993	100	332	100	20 325	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 652 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cartagena, Tolima, Meta, Putumayo, Huila, Cesar, Antioquia, Córdoba, Cundinamarca, Santander, Magdalena, Bolívar, Barranquilla y Cauca, aportan el 81,0 % (16 473) de los casos a nivel nacional.

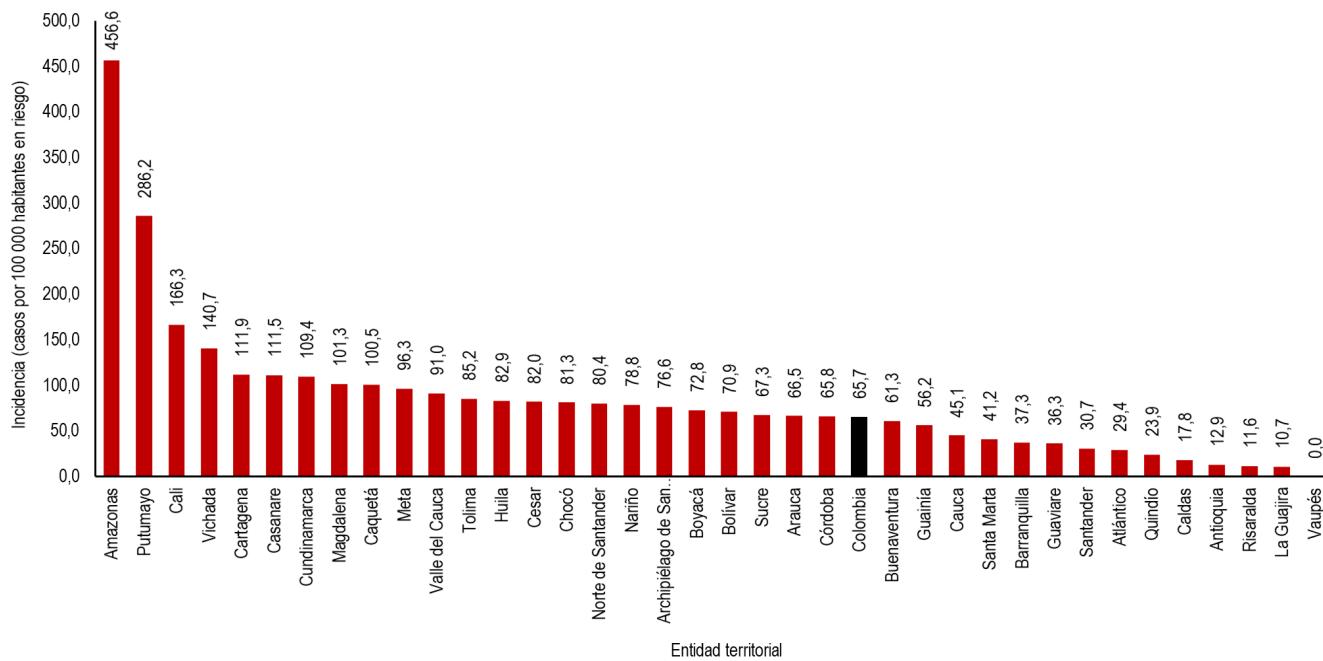
El 58,5 % (11 888) de los casos de dengue se reportó en 35 municipios, con mayor frecuencia en: Cali – Valle del Cauca, con 18,4 % (3 746); Cartagena, con el 5,0 % (1 023); Cúcuta – Norte de Santander, con el 3,8 % (763); Barranquilla, con 2,3 % (475); Montería – Córdoba (365) y Villavicencio – Meta (359), con el 1,8 % cada uno; Aguachica – Cesar (310) y Orito – Putumayo (307), con el 1,5 %; Yumbo – Valle del Cauca, con el 1,4 % (287); Fundación – Magdalena, con el 1,3 % (263); Ibagué – Tolima, con el 1,2 % (244); y Neiva (Huila) (232) y Santa Marta (222), con el 1,1 % cada uno.

Se hospitalizó el 77,2 % (7 319) de los casos de dengue con signos de alarma y el 91,3 % (303) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Cauca, Guainía, Guaviare, Bolívar, Buenaventura y Chocó; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Cesar, Huila, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Cali, Magdalena, Tolima, Valle del Cauca, Santander, La Guajira, Bolívar, Putumayo, Cundinamarca, Amazonas y Quindío.

A semana 31 se ha confirmado el 46,9 % (9 537) de los casos de dengue notificados, según clasificación se confirmó el 54,3 % (5 149) de los casos de dengue con signos de alarma y 69,3 % (230) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Buenaventura y Vichada; mientras que, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Córdoba, Cundinamarca y Risaralda, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

Figura 13.

Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 31 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia_dengue_BES_31_2021.png)

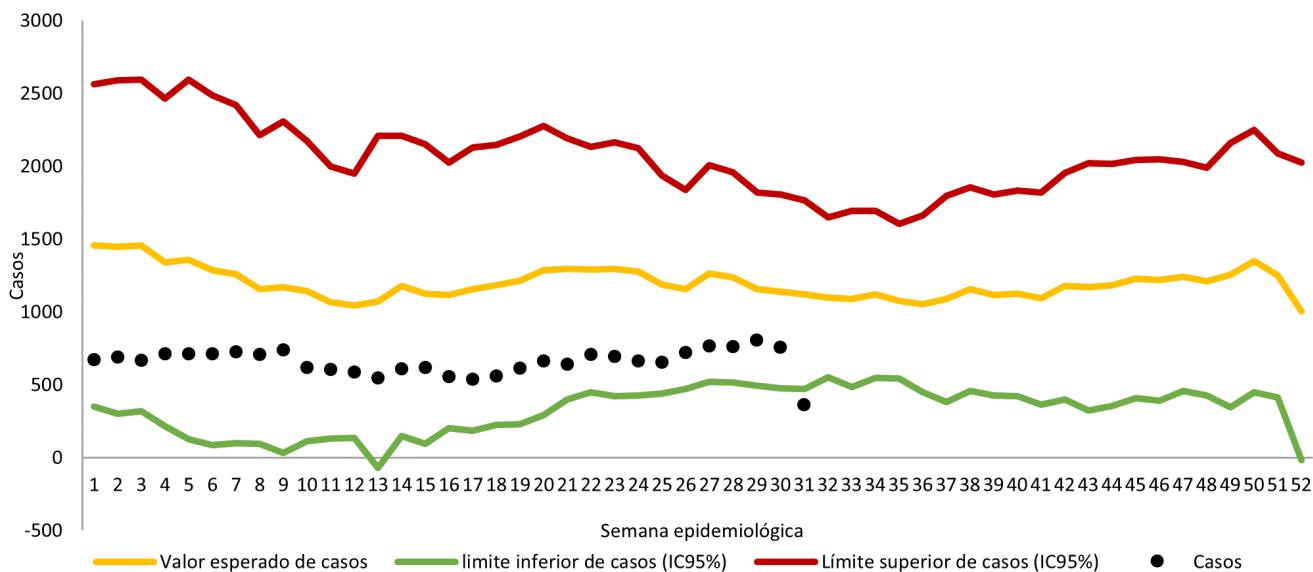
Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/incidencia_dengue_BES_31_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 65,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Putumayo, Cali, Vichada, Cartagena, Casanare, Cundinamarca, Magdalena y Caquetá, se estiman tasas de incidencia superiores a 90,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 31, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal_endemico_dengue_BES_31_2021.pdf)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal_endemico_dengue_BES_31_2021.pdf)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 31 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 4.

Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 28 a 30 de 2021

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

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

De acuerdo con la situación epidemiológica según canal endémico, 1 entidad está por debajo de lo esperado, 19 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado, 10 entidades se encuentran en situación de alerta y 7 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 85 muertes probables por dengue, de las cuales 20 han sido confirmadas, procedentes de: Cartagena, con 6 casos; Cesar y Magdalena, con 3 casos; Bolívar y Cali, con 2 casos cada uno; Atlántico, Barranquilla, Córdoba y Huila, con 1 caso cada uno. Se han descartado 19 casos y se encuentran en estudio 46 muertes procedentes de: Valle del Cauca, con 7 casos; Córdoba, con 5 casos; Cartagena y Magdalena, 4 casos; Santa Marta, con 3 casos; Antioquia, Cauca, Barranquilla, Bolívar, Guainía, La Guajira y Meta, con 2 casos cada uno; Arauca, Caquetá, Casanare, Huila, Nariño, Quindío, Tolima, Vaupés y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología:

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

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

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

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Tabla 5.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 31	2021 a semana 31	Variación
Consultas externas y urgencias	2 782 690	2 818 429	1,3 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	108 362	176 962	63,3 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	20 307	61 282	201,8 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

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

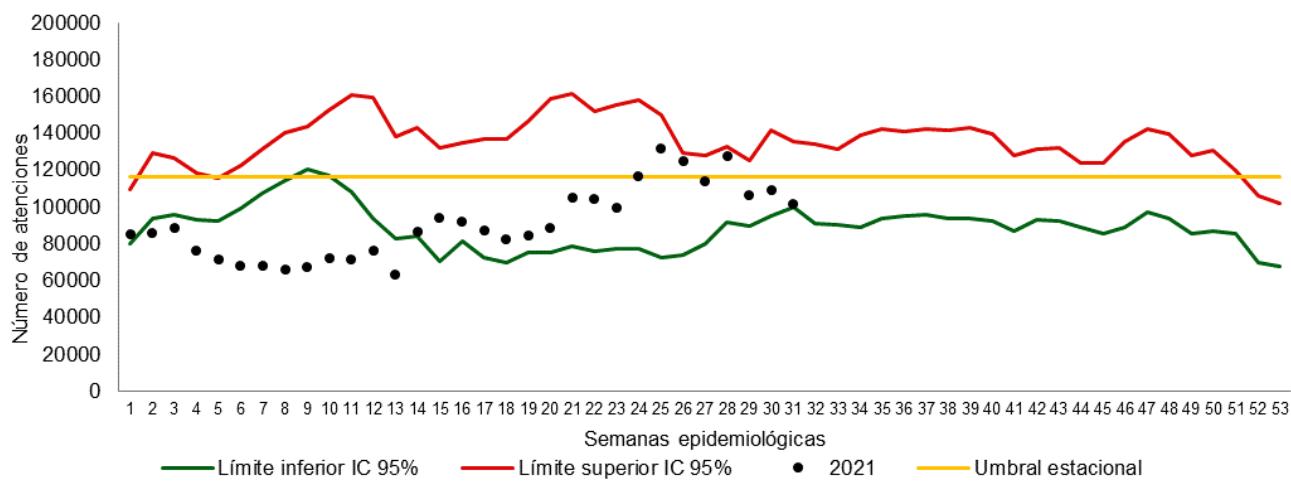
A semana epidemiológica 31 de 2021, en Colombia se han notificado 2 818 429 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 1,3 % comparado con 2020, 29,2 % frente a 2019 y 33,6 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 11 entidades territoriales; Cartagena, Córdoba, Santa Marta y Guainía presentan incremento; Antioquia,

Arauca, Bogotá, Bolívar, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,7 % (893 756), seguido por el de 40 a 59 años con el 22,5 % (634 035). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 9,4 % seguido de los menores de 1 año con el 8,8 %.

Figura 15.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CE-31.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CE-31.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

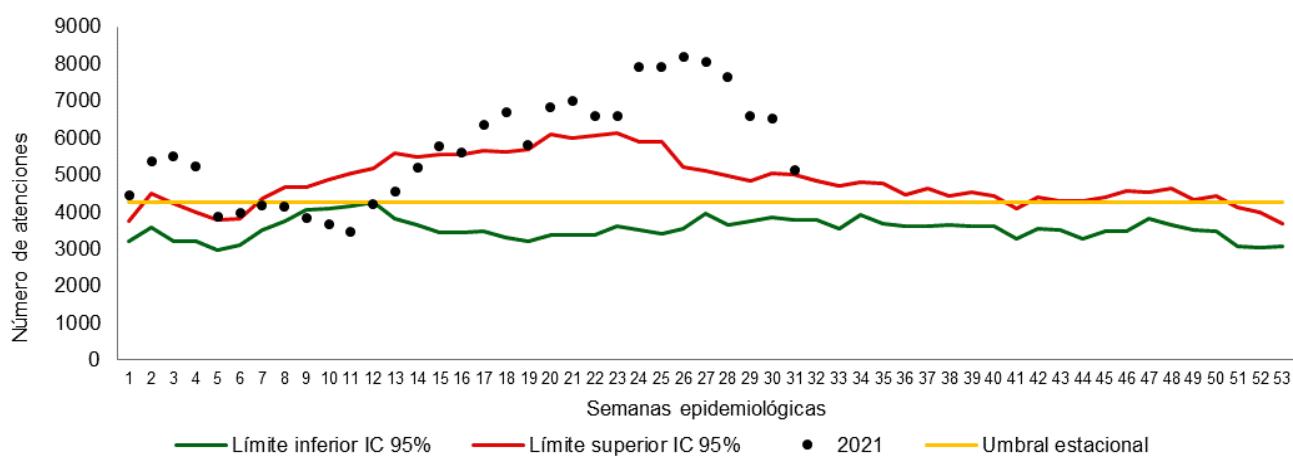
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las primeras semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional, a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior hasta la semana 13; desde la semana 14 se observan en zona de seguridad, por encima del límite inferior;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

Se notificaron 176 962 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 63,3 % frente a 2020, 25,3 % comparado con 2019 y del 15,5 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 7 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, Quindío, Chocó y Caquetá; e incremento en 14 entidades territoriales resaltando Casanare, Cauca, Huila y Meta; no presentan comportamientos inusuales 17 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 34,5 % (61 079), seguido por los de 40 a 59 años con el 25,8 % (45 629). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 18,9 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 14,6 %.

Figura 16.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP-31.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP-31.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

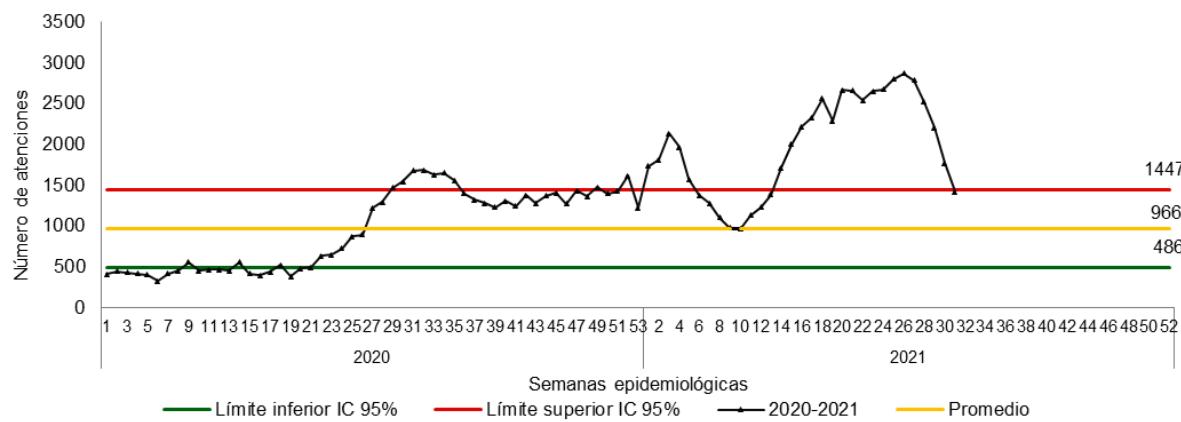
estacional, sin variación para las semanas 06 a 08; de las semanas 09 a 12 se ubican en zona de éxito, por debajo del límite interior, a partir de la semana 13 se observa un aumento por encima del umbral estacional; y a partir de la semana 15 se ubican por encima del límite superior histórico establecido; en las semanas 24 a 27 se observan los valores más altos notificados para este servicio con un promedio de 8 012 hospitalizaciones por semana; y en las últimas cuatro semanas se observa una disminución progresiva.

Se notificaron 61 282 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 201,8 % frente a 2020, 376,3 % comparado con 2019 y 348,0 % frente a 2018. Se presenta incremento en 30 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Valle del Cauca, Caquetá, San Andrés, Antioquia, Cundinamarca y Nariño; Arauca presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Chocó, Córdoba, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Por grupos de edad, los adultos de 60 años y más representan el 46,8 % (28 664), seguido por los de 40 a 59 años con el 33,8 % (20 720) y los de 20 a 39 años con el 10,1 % (6 208). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presenta en el grupo de 40 a 59 años con el 40,7 %, seguido por el de mayores de 60 años con el 34,3 %.

Figura 17.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31, entre 2020 y 2021



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

[Análisis de la gráfica](#)[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI-31.png\)](#)[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI-31.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Para las 5 primeras semanas las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se presenta un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso por siete semanas; durante las siguientes semanas se observa incremento por encima del umbral estacional y a partir de la semana 14 se supera nuevamente el límite superior histórico; en la semana 22 se observa un descenso con respecto a la semana anterior y un aumento progresivo hasta la semana 26; y disminución sostenida durante las siguientes semanas; para la semana 31 las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios se ubican por debajo del límite superior.

Metodología:

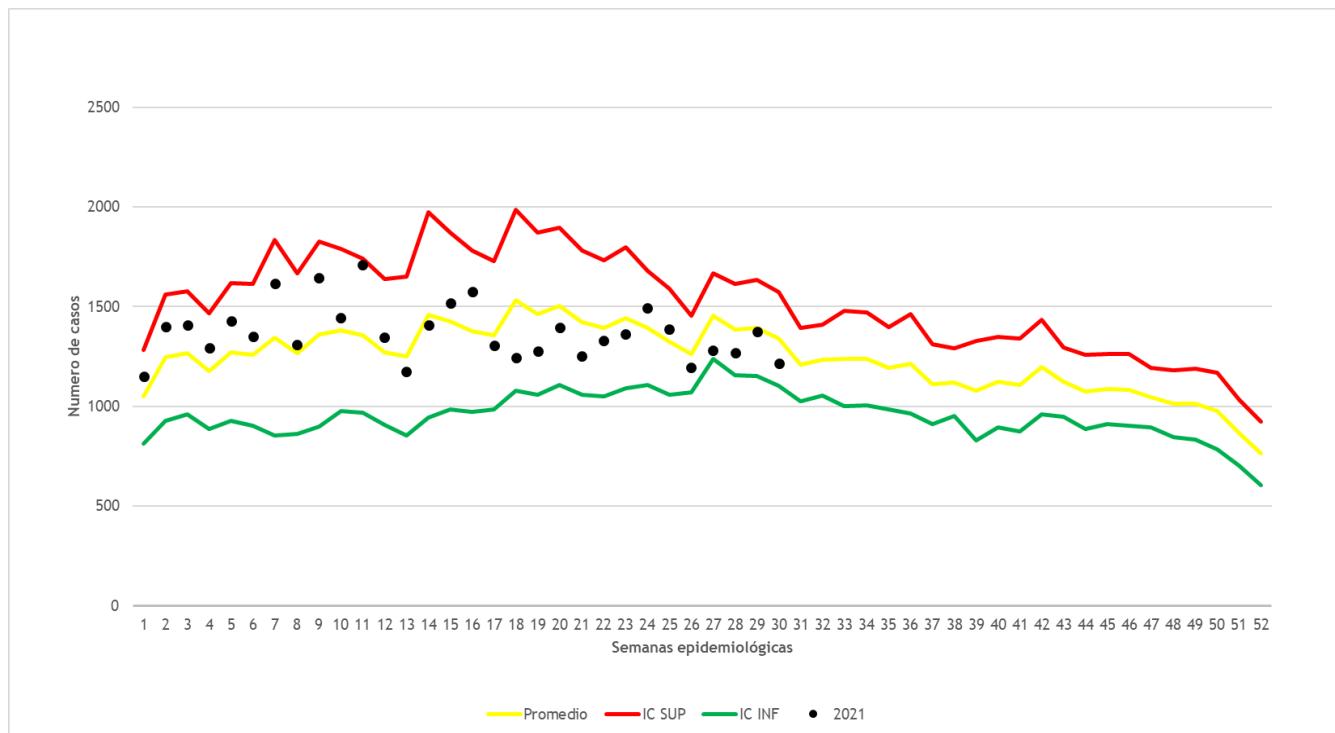
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 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 31 se notificaron 1 776 casos de malaria, teniendo un acumulado de 42 135 casos, de los cuales 41 459 son de malaria no complicada y 676 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 51,8 % (21 834), seguido de *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 47,4 % (19 976) e infección mixta con 0,8 % (325).

Figura 18.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 31, 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%2031%202021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%2031%202021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (32,4 %), Nariño (23,9 %), Córdoba (12,3 %), Antioquia (9,4 %) y Cauca (4,2 %) aportan el 82,2 % 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 31 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	140	7498	0	5786	13424	32,40
Nariño	26	8842	0	1024	9892	23,90
Córdoba	12	975	0	4101	5088	12,30
Antioquia	27	1089	0	2781	3897	9,40
Cauca	1	1731	0	28	1760	4,20
Guainía	10	118	0	1601	1729	4,20
Vichada	34	280	0	782	1096	2,60
Buenaventura	3	687	0	98	788	1,90
Norte de Santander	0	1	0	714	715	1,70
Guaviare	2	98	0	546	646	1,60
Risaralda	3	45	0	536	584	1,40
Bolívar	35	96	0	424	555	1,30
Exterior	5	35	0	337	377	0,91
Amazonas	0	11	0	357	368	0,90
Meta	0	38	0	223	261	0,60
Casanare	0	0	0	67	67	0,20
Vaupés	0	2	0	46	48	0,10
Putumayo	0	2	0	23	25	0,10
Sucre	0	5	0	16	21	0,10
Desconocido	0	7	0	12	19	0,05
Cali	0	11	0	6	17	0,00
Valle del Cauca	1	9	0	7	17	0,00
Santander	1	1	0	7	9	0,00
Arauca	0	0	0	9	9	0,00
Caquetá	1	2	0	5	8	0,00
Cartagena	0	1	0	6	7	0,00
La Guajira	0	0	0	6	6	0,00
Cesar	2	0	0	4	6	0,00
Huila	0	0	0	5	5	0,00
Caldas	0	0	0	4	4	0,00
Magdalena	0	1	0	3	4	0,00
Barranquilla	0	1	0	1	2	0,00
Santa Marta	0	1	0	1	2	0,00
Quindío	0	0	0	2	2	0,00
Atlántico	0	0	0	1	1	0,00
Total	303	21587	0	19569	41459	100

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

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

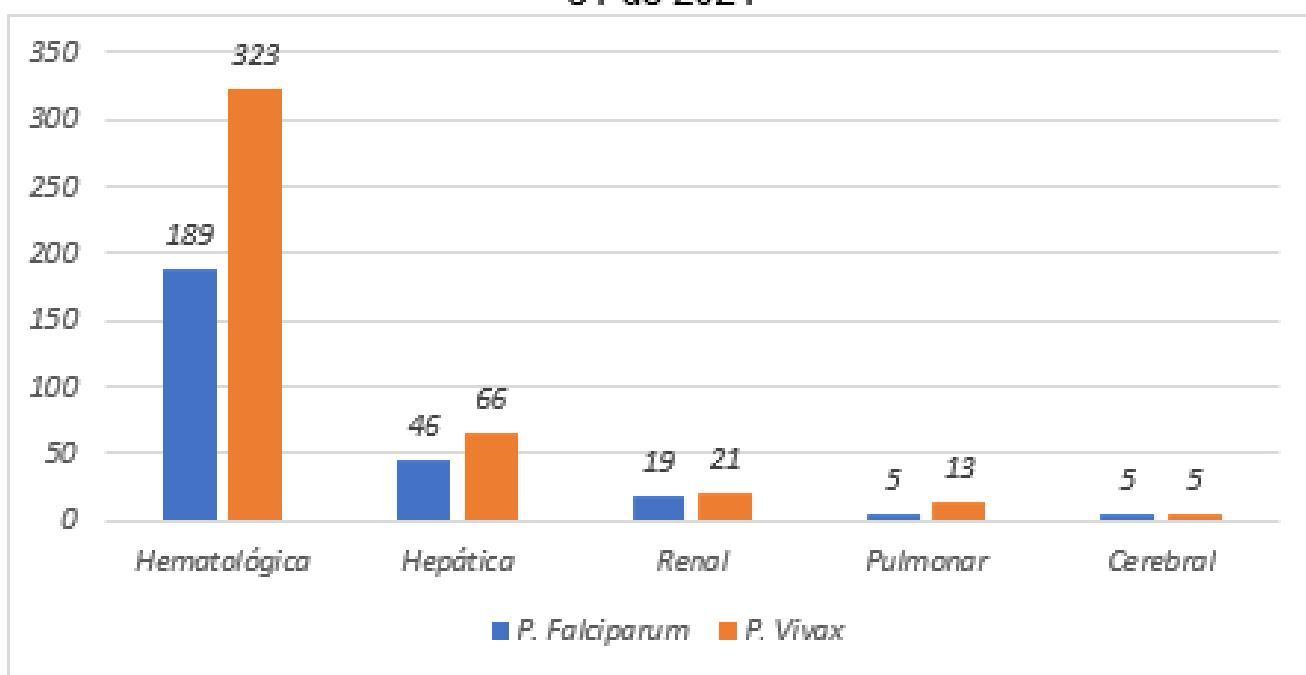
Malaria complicada

Se han notificado 676 casos de malaria complicada, que proceden de 24 entidades territoriales y 8 casos provienen del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Meta, Vichada y Cauca notifican el 78,6 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 60,1 % (406) corresponde a hombres. El 44,2 % (299) se presenta en personas de 15 a 29 años y el 23,1 % (156) ocurre en afrocolombianos. Por lugar de procedencia, el 42,9 % (290) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 67,9 % (459) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 19.

Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2021



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

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20se%2031%202021.PNG)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20se%2031%202021.PNG)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 74,0 % (512) presentó complicaciones hematológicas, el 16,2 % (112) complicaciones hepáticas, el 5,8 % (40) complicaciones renales, el 2,6 % (18) complicaciones pulmonares y el 1,4 % (10) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 31, ningún departamento se encuentra en situación de brote y 4 departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 7.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 31 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
Menor al comportamiento histórico	Amazonas	Guaviare	Bolívar
	Antioquia		
	La Guajira	Arauca	Atlántico
	Caquetá	Quindío	Caldas
En el comportamiento histórico	Huila	Sucre	Magdalena
	Cesar	Chocó	Santander
	Casanare	Vichada	Guainía
	Valle del Cauca	Putumayo	Vaupés
	Norte de Santander	Meta	
Situación de alerta	Córdoba	Risaralda	Nariño
	Cauca		
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 31, 12 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó (Chocó), Olaya Herrera (Nariño) y Puerto Libertador (Córdoba).

Tabla 8.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 31 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	2596	185	445

Nariño	Olaya Herrera	1980	222	408
Córdoba	Puerto Libertador	1270	98	164
Cauca	Guapí	797	42	92
Córdoba	Montelíbano	468	30	73
Nariño	La Tola	371	18	48
Córdoba	Valencia	370	23	135
Nariño	Francisco Pizarro	273	34	53
Chocó	Litoral de San Juan	254	17	33
Córdoba	Montería	236	4	12
Antioquia	Mutatá	141	14	38
Chocó	Riosucio	102	4	8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

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

Tabla 9.

Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 31, Colombia, 2021

Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica
Acandí	22	8	6	ninguno	Seguridad
Atrato	268	54	36	Disminución	Seguridad
Bagadó	626	151	94	Disminución	Seguridad
Juradó	25	3	1	ninguno	Seguridad
Lloró	326	87	51	Disminución	Seguridad
Medio Atrato	325	97	25	Disminución	Éxito
Quibdó	3373	524	381	ninguno	Seguridad
Río Quito	230	64	51	Disminución	Seguridad
Riosucio	102	4	8	Aumento	Brote

Unguía	14	9	2	Disminución	Seguridad
Buenaventura	801	136	93	Disminución	Seguridad
Tumaco	1152	204	76	ninguno	Seguridad

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

A semana epidemiológica 31, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, el municipio de Riosucio se encuentra en situación de brote. Se encuentran en decremento: Atrato, Bagadó, Lloró, Medio Atrato, Río Quito, Unguía y Buenaventura.

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

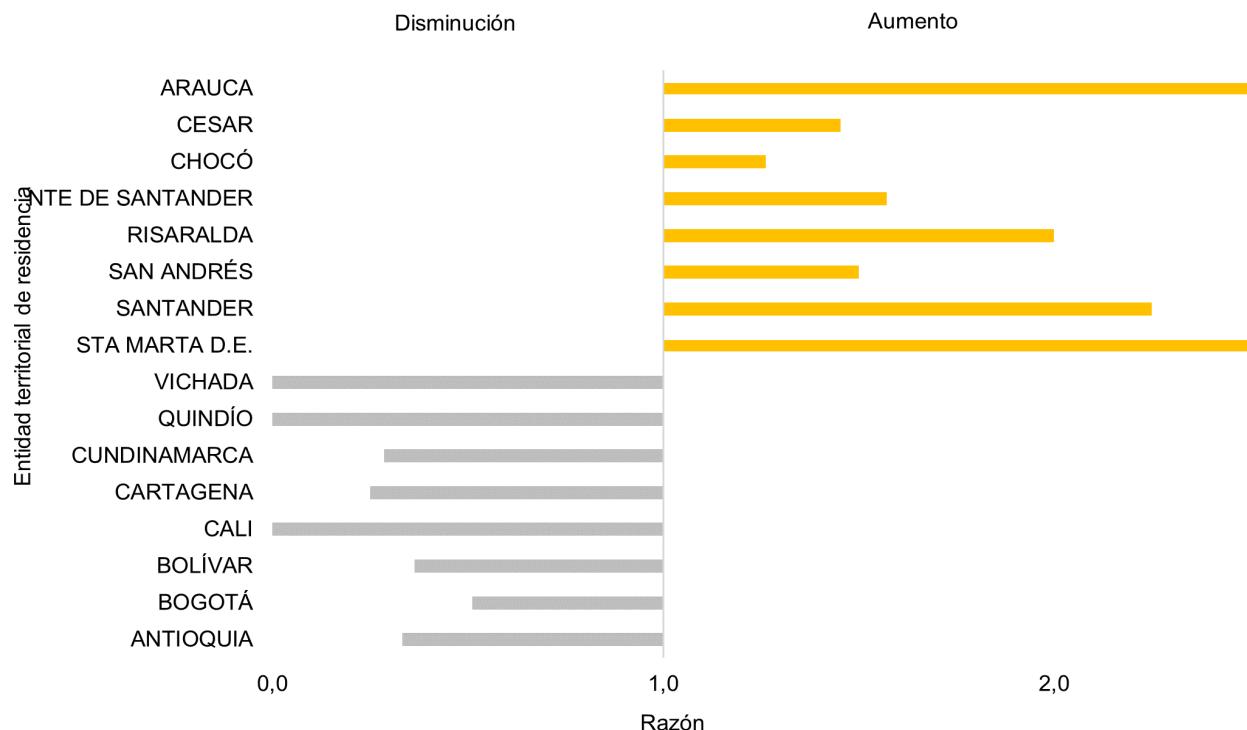
Esta semana se notificaron 20 muertes en menores de 5 años: 13 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 6 a desnutrición y 1 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 13 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 8 correspondientes a esta semana y 5 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Figura 20.

Entidades territoriales con variaciones significativas en los casos notificados por mortalidad por infección respiratoria aguda a semana epidemiológica 31 de 2021 en comparación con el histórico 2014 a 2020, Colombia



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_20_comportamiento_notificacion_m

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_20_comportamiento_notificacion_m

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca, Cesar, Chocó, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés, Santander y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 31 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia, Bogotá, Bolívar, Cali, Cartagena, Cundinamarca, Quindío y Vichada se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 6 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menores de 5 años, 4 correspondientes a esta semana y 2 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 5 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en la entidad territorial de Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 31 entre 2014 a 2020, mientras que, en Bolívar y Cundinamarca se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificó 1 muerte probablemente asociada a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, correspondiente a una 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 Amazonas, Caldas, Casanare, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 31 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia, Cesar y Magdalena 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 $p \leq 0,05$ para identificar las entidades territoriales que presentan variaciones estadísticamente significativas.

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 31 de 2021 se notificaron 435 muertes maternas, 329 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 85 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 21 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 10.
Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 31, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	180	90	43	313

2020	233	102	18	353
2021	329	85	21	435

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 41,2 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 31 es de 83,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 11.
Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 31 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Vichada	3	311,9
Santa Marta	14	244,5
Chocó	8	212,8
Magdalena	14	155,7
Casanare	6	151,1
Buenaventura	4	137,7
Meta	13	131,4
La Guajira	17	129,8
Córdoba	19	122,8
Guaviare	1	118,5
Caldas	6	114,0
Santander	18	105,2
Putumayo	3	101,8
Atlántico	11	95,6
Cesar	12	84,8
Quindío	3	84,8
Nariño	9	83,9
Norte de Santander	12	83,8
Colombia	329	83,3
Risaralda	5	80,0
Cali	12	77,1
Arauca	2	77,0
Cundinamarca	17	73,9
Valle del Cauca	9	72,4
Bolívar	7	68,4

Cartagena	7	68,0
Bogotá	36	67,8
Sucre	6	67,6
Antioquia	30	64,7
Barranquilla	8	60,7
Huila	6	54,0
Tolima	5	48,2
Boyacá	3	34,3
Caquetá	1	25,1
Cauca	2	17,3

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

Tabla 12.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 31 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	30	16	0,001
Bogotá	36	15	0,000
Caldas	6	2	0,012
Casanare	6	2	0,012
Cauca	2	6	0,045
Cesar	12	7	0,026
Córdoba	19	8	0,000
Cundinamarca	17	11	0,024
Guaviare	1	0	0,000
Huila	6	2	0,012
Magdalena	14	9	0,032
Meta	13	4	0,000
Norte de Santander	12	8	0,048
Quindío	3	0	0,000
Risaralda	5	2	0,036
Santander	18	4	0,000

Santa Marta	14	4	0,000
Valle del Cauca	9	4	0,013
Cali	12	4	0,001

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 31 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Caldas, Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Valle del Cauca y Cali y disminución en la entidad territorial de Cauca.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 26,1 % corresponde a causas directas y el 48,3 % a causas indirectas.

Tabla 13.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2021

Causa agrupada	Casos	Porcentaje
DIRECTA	86	26,1
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	38	11,6
Hemorragia obstétrica	30	9,1
Sepsis relacionada con el embarazo	9	2,7
Evento tromboembólico como causa básica	5	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	0,6
Otras causas directas	1	0,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,3
INDIRECTA	159	48,3
Otras causas indirectas: neumonía por COVID-19	107	32,5
Otras causas indirectas	19	5,8
Sepsis no obstétrica: neumonía	16	4,9
Evento tromboembólico como causa básica	6	1,8
Otras causas indirectas: cáncer	4	1,2

Sepsis no obstétrica	3	0,9
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	0,6
Otras causas indirectas: malaria	1	0,3
Otras causas indirectas: dengue	1	0,3
EN ESTUDIO	84	25,5

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Las principales causas de muerte materna directa corresponden a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 11,6 % y la hemorragia obstétrica con el 9,1 %, la principal causa de muerte indirecta es neumonía por COVID-19 con el 32,5 %.

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 31 de 2021, se han notificado 5 292 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 74 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 205 casos, 137 corresponden a esta semana y 68 a notificaciones tardías.

Tabla 14.

Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Chocó	126	33,5
Guainía	16	26,6
Vichada	22	22,9
Córdoba	318	20,6
Barranquilla	259	19,7
Vaupés	8	19,6
San Andrés y Providencia	9	19,0
Arauca	48	18,5

La Guajira	222	17,0
Magdalena	151	16,8
Bolívar	164	16,0
Sucre	138	15,6
Guaviare	13	15,4
Cauca	175	15,2
Putumayo	44	14,9
Casanare	56	14,1
Caldas	72	13,7
Nariño	146	13,6
Amazonas	9	13,3
Cesar	186	13,1
Antioquia	606	13,1
Caquetá	52	13,1
Cartagena	134	13,0
Colombia	5218	13,0
Risaralda	80	12,8
Quindío	44	12,4
Buenaventura	36	12,4
Atlántico	142	12,3
Cundinamarca	279	12,1
Cali	185	11,9
Norte de Santander	169	11,8
Santa Marta	67	11,7
Boyacá	101	11,5
Meta	113	11,4
Huila	123	11,1
Valle del Cauca	131	10,5
Tolima	109	10,5
Bogotá	511	9,6
Santander	154	9,0

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,0 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 23 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Chocó (33,5), Guainía (26,6), Vichada (22,9), Córdoba (20,6), Barranquilla (19,7).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,4 % (2 523), seguido de neonatales tempranas con 26,4 % (1 379), neonatales tardías con 14,9 % (775) y perinatales intraparto con 10,4 % (541).

Figura 21.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 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%20Col

Descargar

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,7 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 24,4 % y asfixia y causas relacionadas 21,5 %.

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2016 y 2021, se presenta un decremento en la notificación en Bogotá, Cali, Cartagena, Risaralda y Sucre. 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 sobre COVID-19. Fecha de Publicación 10 de agosto de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

El 5 de agosto el número acumulado de casos mundiales de COVID-19 superó 200 millones y justo hace seis meses se alcanzaron los 100 millones de casos. En la última semana, se presentaron 4,2 millones de nuevos casos y cerca de 65 000 nuevas muertes, un leve incremento comparado con la semana anterior. Los mayores aumentos de nuevos casos fueron notificados por la región de las Américas (14 %) y la región del Pacífico Occidental (19 %) con 1,3 millones y más de 375 000 casos nuevos notificados respectivamente. Además, se informó el aumento (46 %) del número de muertes en la región del Pacífico

Occidental. De los 228 estados miembros y territorios, 38 (17 %) notificaron un aumento de más del 50 % en nuevos casos en comparación con la semana anterior y 34 (15 %) notificaron un aumento de más del 50 % en nuevas muertes.

La mayor cantidad de casos nuevos se reportaron en los Estados Unidos (734 354 casos nuevos; incremento del 35 %), India (278 631; disminución del 2 %), República Islámica de Irán (248 102 casos nuevos; incremento del 20 %), Brasil (228 473 nuevos casos; disminución del 8 %) e Indonesia (225 635 casos nuevos 18 % de disminución).

Variantes SARS-CoV-2

A nivel mundial la variante Alfa ha sido reportada en 185 países/territorios/áreas (países asociados, tres nuevos países en la última semana), Beta en 136 países (cuatro nuevos países), Gama en 81 países (igual a la semana anterior) y Delta en 142 países (siete nuevos países).

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

Panorama regional de la OMS

Región de África. La región reportó relativamente un número de casos y muertes similar a la semana anterior con más de 181 000 nuevos casos y más de 4 700 nuevas muertes, un -1 % y un -2 % de aumento respectivamente en comparación con la semana anterior. La región ha experimentado una disminución de casos semanalmente desde mediados de julio. La mayoría de los países (31,63 %) mostraron una disminución del número de muertes reportadas. El mayor número de nuevos casos se registró en Sudáfrica (76 034 casos nuevos; disminución del 4 %), Botswana (15 884 casos nuevos; un incremento del 76 %) y Mozambique (9 771 casos nuevos; una disminución del 26 %). El mayor número de nuevas muertes fueron reportadas en, Sudáfrica (4,4 nuevas muertes por 100 000, incremento del 3 %), Zimbabwe (2,0 nuevas muertes por 100 000, disminución del 39 %) y Argelia (0,5 nuevas muertes por 100 000, incremento del 10 %).

Región de las Américas. La región de las Américas notificó un incremento del 14 % en nuevos casos comparado con la semana anterior con 1,4 millones de casos nuevos reportados. La región muestra una leve disminución del número de nuevas muertes comparado con la semana anterior con cerca de 20 000 nuevas muertes reportadas (4 % de disminución). El mayor número de casos nuevos se informó en Estados Unidos de América (734 354 casos nuevos; incremento del 35 %), Brasil (228 473 nuevos casos; disminución del 8 %) y México (114 783 nuevos casos; un aumento del 11 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Brasil (3,0 muertes por 100 000, disminución del 11 %), Estados Unidos de América (1,0 muertes por 100 000, incremento 38 %) y México (2,5 muertes por 100 000, un incremento del 31 %).

Región del Mediterráneo Oriental. La región del Mediterráneo Oriental notificó medio millón de casos nuevos y más 6 000 nuevas muertes incremento del 8 % comparado con la semana anterior. La región continúa reportando un alto número de casos semanales desde el inicio de la pandemia por segunda semana consecutiva. Casi la mitad de los países en la región (10 de 22) han informado un incremento en casos comparados con la semana anterior, principalmente por los reportes de la República Islámica de Irán (20 %) y Marruecos (31 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en República Islámica

(248 102 casos nuevos), Irak (77 764 casos nuevos, disminución del 6 %) y Marruecos (63 764 casos nuevos). El mayor número de nuevas muertes se registró en la República Islámica de Irán (3,4 nuevas muertes por 100 000; un incremento del 6 %), Túnez (8,0 nuevas muertes por 100 000; una disminución del 24 %), e Irak (1,2 nuevas muertes por 100 000; un aumento del 15 %).

Región Europea. Mientras que la región de Europa notificó una disminución del 7 % en el número de casos semanales en comparación con la semana anterior, persiste notificando un millón de casos nuevos con una tendencia creciente en varios países del sudeste Europa (Macedonia del norte, Kosovo y Albania). El número de muertes semanales aumentó en un 16 % comparado con la semana anterior con más de 9 500 nuevas muertes reportadas. El Reino Unido notificó el mayor número de casos nuevos (185 724 casos nuevos; similar a la semana anterior), Federación Rusa (159 073 casos nuevos; similar a la semana anterior) y Turquía (144 839 casos nuevos; un incremento del 4 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Federación Rusa (3,8 nuevas muertes por 100 000; similar a la semana anterior), Kazajstán (4,4 nuevas muertes por 100 000; una disminución del 25 %), y Turquía (menos 1 muerte nueva; un incremento del 43 %).

Región de Asia Sudoriental. La región de Asia Sudoriental notificó más de 799 000 casos nuevos una disminución del 5 %. Posterior a un fuerte aumento de la mortalidad en la región, esta es la primera vez en siete semanas que se reporta una disminución en el número de nuevas muertes semanales una tendencia impulsada en gran medida por los descensos en Maldivas y Myanmar esta semana. Se informaron grandes aumentos en las muertes semanales en varios países, incluidos Sri Lanka, Nepal y Tailandia (aumentos del 47 %, 35 % y 30 %, respectivamente). La mayor cantidad de casos nuevos se notificó en la India (278 631 nuevos casos; una disminución del 2 %), Indonesia (225 635 nuevos casos; una disminución del 18 %) y Tailandia (141 191 nuevos casos; un aumento del 20 %). Los números más altos de nuevas muertes se notificaron en la Indonesia (4,2 nuevas muertes por 100 000; una disminución del 9 %), India (0,3 nuevas muertes por 100 000; una disminución del 8 %) y Myanmar (3,8 nuevas muertes por 100 000; una disminución del 22 %).

Región del Pacífico Occidental. La región del Pacífico Occidental notificó más de 375 000 casos nuevos y más de 4 600 nuevas muertes, un 19 % y un 49 % de incremento respectivamente en comparación con la semana anterior. Esta tendencia creciente tanto en casos como en las muertes se ha observado durante casi dos meses y se debe en gran medida a los continuos aumentos de la incidencia de casos en Japón, Filipinas y Malasia, aunque casi la mitad de los países de la región están notificando un aumento en el número de casos (11 de 24; 46 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en Malasia (130 580 nuevos casos; un aumento del 12 %), Japón (90 958 nuevos casos; incremento 51 %) y Filipinas (60 373 nuevos casos; un incremento del 32 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Vietnam (2,0 nuevas muertes por 100 000; un aumento del 16 %), Malasia (4,2 nuevos fallecidos; un incremento del 22 %) y Filipinas (0,9 nuevos fallecidos por 100 000; un incremento del 25 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 10 de agosto de 2021. Fecha de consulta 11 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---10-august-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---10-august-2021>)

Enfermedad por virus de Marburgo – Guinea Fecha de publicación 9 de agosto de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

El Ministerio de Salud de Guinea informó el pasado 6 de agosto de 2021 a la OMS de un caso confirmado de virus de Marburg (VDM) en la prefectura de Guéckédou, región de Nzérékoré, en el suroeste de Guinea cerca a la frontera de Sierra Leona y Liberia. Este es el primer caso conocido de enfermedad por el virus de Marburg en Guinea y en África occidental. El caso es un paciente masculino, inicio síntomas de 25 de julio por síntomas de fiebre, dolor de cabeza, fatiga, dolor abdominal y hemorragia gingival. Se realizó prueba de diagnóstico rápido de malaria negativo, manejado con rehidratación, antibiótico parenteral y tratamiento para controlar los síntomas.

El 2 de agosto de 2021, muere en la comunidad y el centro de salud pública de la subprefectura envió una alerta al departamento de salud de la prefectura en Guéckédou. Tras la alerta, se desplegó un equipo de investigación compuesto por autoridades nacionales y expertos de la OMS para realizar una investigación en profundidad. El equipo recogió una muestra post-mortem de frotis oral, que se envió el mismo día al laboratorio de referencia de fiebre hemorrágica viral en Guéckédou. El 3 de agosto se realizó una PCR en tiempo real que confirmó que la muestra era positiva para la enfermedad por el virus de Marburg y negativa para enfermedad por el virus del Ébola.

La respuesta en salud pública del Ministerio de Salud en conjunto con la OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU. (CDC) y otros socios han iniciado medidas para controlar el brote y prevenir una mayor propagación. El rastreo de contactos se encuentra en curso, junto con la búsqueda activa de casos en establecimientos de salud y en la comunidad. Tres miembros de la familia y un trabajador de la salud fueron identificados como contactos cercanos de alto riesgo. A la fecha se han identificado un total de 146 contactos y se ha dado seguimiento a 145 contactos.

Al 7 de agosto, solo se ha confirmado un caso y los cuatro contactos cercanos de alto riesgo identificados, son asintomáticos. Se están realizando investigaciones para identificar la fuente de la infección y los contactos adicionales del caso índice. Las actividades de respuesta a brotes recientes como la enfermedad del virus del Ébola, la COVID-19 y la fiebre de Lassa probablemente contribuyeron a la detección temprana y la respuesta a la enfermedad por el virus de Marburg en Guinea. La clasificación del riesgo se determinó con un alto riesgo a nivel nacional, el riesgo a nivel regional alto, debido al hecho de que la prefectura de Guéckédou está bien conectada con Liberia y Sierra Leona, y el riesgo a nivel global es bajo. Con base a la evaluación de riesgos actual y la evidencia previa sobre brotes de Ébola, la OMS desaconseja cualquier restricción de viajes y comercio hacia y desde Guinea.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Noticias de brotes y enfermedades Fecha de Publicación 9 de agosto de 2021. Fecha de consulta 11 de agosto de 2021. Disponible en:
[\(https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2021-DON331\)](https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2021-DON331)

Actualización epidemiológica incremento de la variante Delta y su impacto potencial en la región de las Américas. Fecha de publicación 8 de agosto de 2021. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Hasta el 5 de agosto de 2021 se han compartido más de 2,6 millones de secuencias genómicas completas en todo el mundo. A nivel mundial, varios países han presentado un aumento del número de casos y hospitalizaciones con el surgimiento de la variante de preocupación (VOC) Delta, incluyendo estados

miembros en las Américas con alta cobertura de vacunación. En julio de 2020 fue notificado por primera vez la variante B.1.617.2 que posteriormente fue designada como VOC Delta. Desde abril de 2021 se observa un aumento exponencial de las muestras VOC Delta, la cual ha sido notificada en 135 países a nivel mundial y 24 países y territorios en la región de las Américas.

La información con respecto a las variantes debe ser evaluada con cautela ya que puede presentarse sesgos en los datos de la secuenciación genómica (GSD) del SARS-COV-2 con una mayor contribución en países de altos ingresos. Así mismo la presencia o ausencia de una variante no representa necesariamente la circulación de esta en la comunidad ya que pueden ser casos esporádicos o asociados a viajeros. Además, no todos los países comparten sus datos en el GISAID y la capacidad de secuenciación varía de un país a otro.

En la región de las Américas al 4 de agosto de 2021, 49 países/territorios han notificado casos de infección por VOC. El número países/territorios en las Américas que han notificado 46 con variante Alfa, 20 para la variante Beta, 32 para la variante Gama y 24 países han notificado variante Delta.

Ante el potencial aumento de casos y hospitalizaciones relacionados con la circulación de VOC Delta, OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a maximizar los esfuerzos para ampliar la cobertura vacunal completa, especialmente en la población de mayor riesgo, así como reforzar las medidas de prevención y protección no farmacológicas, como distanciamiento físico, uso de mascarillas individuales, uso de soluciones antisépticas. Estas medidas siguen siendo efectivas para reducir la transmisión de esta y todas las variantes.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS). Actualización epidemiológica Incremento de la variante delta y su impacto potencial en la región de las Américas. Fecha de publicación 8 de agosto de 2021. Fecha de consulta 11 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-incremento-variante-delta-su-impacto-potencial-region> (<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-incremento-variante-delta-su-impacto-potencial-region>)

Alertas nacionales

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en Fuerzas Militares, La Jagua de Ibirico – Cesar, agosto de 2021

El 11 de agosto 2021 se recibe informe de un brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) que se presentó en instalaciones militares en el departamento del Cesar y que habría iniciado el 10 de agosto. De 1 800 expuestos enfermaron hasta el momento 80 personas. Los síntomas relacionados son gastrointestinales. Los alimentos implicados fueron preparados en la cocina del lugar. Todos los enfermos fueron atendidos por el servicio médico del lugar, manejados con sales de rehidratación oral y no se reportaron complicaciones derivadas ni fallecidos. La entidad territorial desplegó un equipo de respuesta inmediata para realizar la investigación epidemiológica de campo. Estado del brote: abierto.

Fuente: Secretaría de Salud del Cesar.

Caso de Enfermedad de Chagas agudo en menor de edad, Remedios – Antioquia, agosto de 2021

El 30 de julio se notificó un caso de Chagas en fase aguda. Se trata de un menor masculino de 5 años de nacionalidad venezolana, que consulta al puesto de salud por cuatro días de evolución de fiebre no cuantificada, que no cedió con acetaminofén sin otros síntomas. Por examen de gota gruesa detectaron formas compatibles con triponastigotes de *Trypanosoma sp.*, por lo cual se remite al menor para valoración integral por medicina especializada en Medellín. El núcleo familiar del menor está conformado por cinco personas. El 04 de agosto se desplazó un equipo de respuesta inmediata del nivel departamental para realizar actividades de campo con el municipio, se documentó que la zona no es endémica para Chagas, se tomaron 48 muestras para pruebas ELISA y gota gruesa de los cuales ocho son contactos estrechos del menor y 40 son de la comunidad. Todas las pruebas ELISA IgG y 33 gotas gruesas leídas fueron negativas. No se ha identificado el vector, aunque las características de la vereda y la vivienda son vulnerables para el mismo. El menor inició tratamiento el 04 de agosto con buena tolerancia, el egreso hospitalario el 6 de agosto y se encuentra en la vivienda con su núcleo familiar. La entidad territorial continúa realizando el seguimiento a la situación.

Fuente: Secretaría de salud de Antioquia.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 31 no se reportaron casos o alertas de cólera, enfermedad por el virus Ébola, Marburgo, peste bubónica/neumónica ni carbunco; sin embargo, se continúa con el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

Situación COVID-19

Entre el 01 de enero de 2021 hasta el 12 de agosto de 2021 se han confirmado por laboratorio 3 044 799 casos y 72 163 muertes por COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 115 municipios. La incidencia 2021 (corte: 12 de agosto) es de 6 004,1 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha, el 1,4 % (44 118) de los casos se encuentran activos, procedente principalmente de Bogotá, D.C. 26,3 % (11 607), Antioquia 19,0 % (8 394), Valle del Cauca 7,7 % (3 413), Cundinamarca 5,8 % (2 587), Santander 5,7 % (2 555), Nariño 3,1 % (1 396) y Huila 3,1 % (1 394).

A nivel municipal (sin tener en cuenta distritos) el 21,7 % de los casos activos se encuentra principalmente en Medellín – Antioquia 9,7 % (4 289), Cali – Valle del Cauca 5,2 % (2 314), Bucaramanga – Santander 2,2 % (985), Bello – Antioquia 1,5 % (682), Soacha – Cundinamarca 1,5 % (659) y Pasto – Nariño 1,5 % (655).

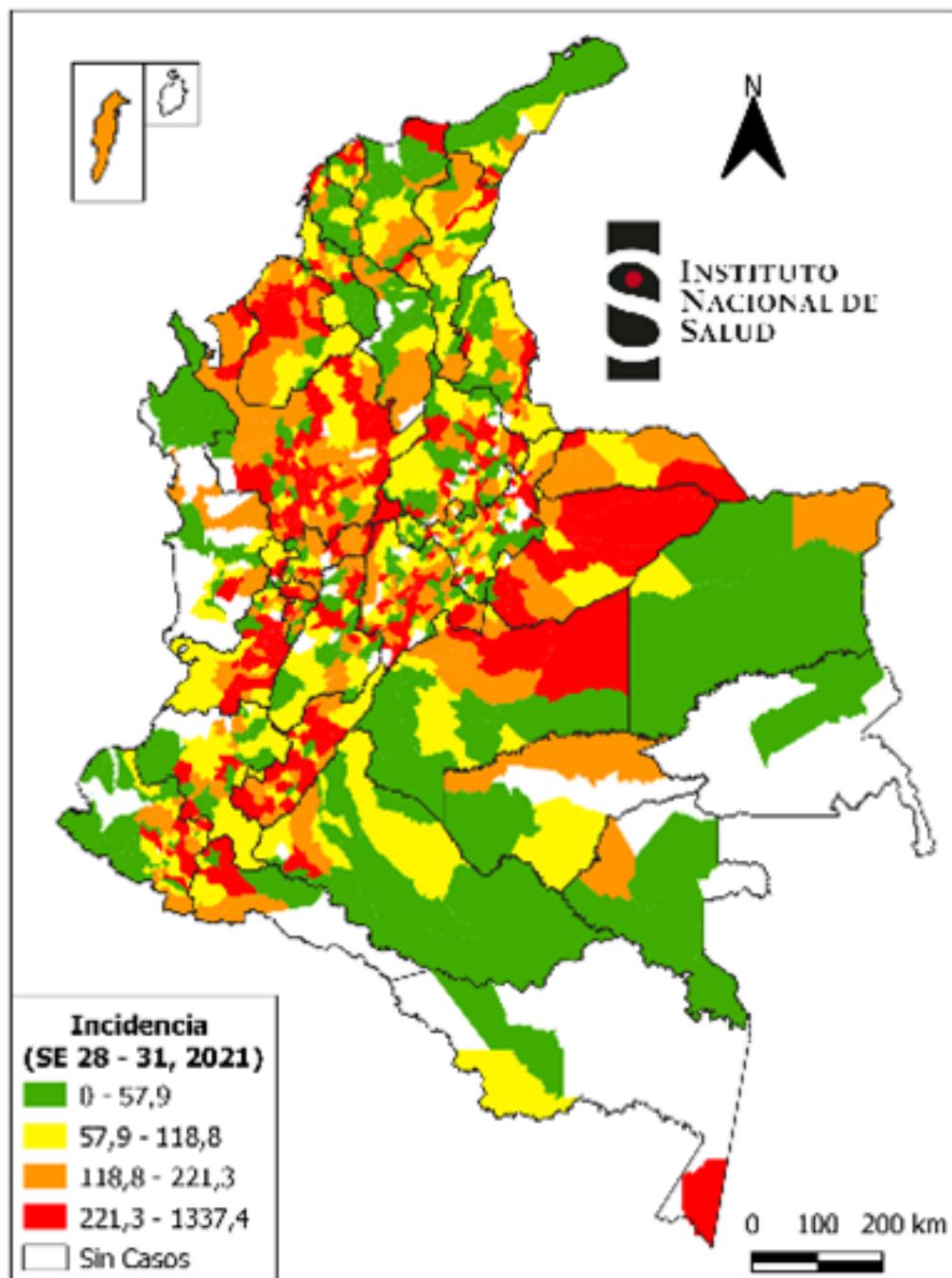
La incidencia nacional de casos activos para el 2021 (corte: 12 de agosto) es de 87,5 casos por 100 000 habitantes. Los municipios con mayor incidencia de casos activos son: Caracolí – Antioquia (375,1), Cisneros – Antioquia (322,0), Covarachía – Boyacá (296,0), Anapoima – Cundinamarca (280,1) y Pitalito – Huila (276,7). De los casos activos el 51,9 % (22 902) se presenta en mujeres y según grupo de edad el 65,6 % (28 978) se presenta en personas entre los 20 y los 59 años y el 20,1 % (8 876) en mayores de 60 años.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 28 a 31 de 2021, a nivel nacional se notificaron 164 301 casos de COVID-19 procedentes de 1 021 municipios y 8 470 muertes por COVID-19 procedentes de 710 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 354,3 casos por cada 100 000 habitantes, una tasa de mortalidad de 16,6 muertes por cada 100 000 habitantes y una letalidad de 5,2 %.

Adicionalmente, durante este periodo se observó una disminución estadísticamente significativa en la incidencia de 0,3 y de la tasa de mortalidad de 0,5 y un aumento no significativo de la letalidad de 2,0 con respecto al periodo anterior (SE 24 – 27, 2021).

Figura 22.

Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 28 a 31, 2021



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

Análisis de la gráfica

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

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (354,26) por 100 000 habitantes fueron Bogotá, D.C. (891,5), Antioquia (505,9), Cali (477,4) y Barranquilla (382,8).

◀ ▶

Para el periodo comprendido entre las SE 28 a 31 de 2021 no se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en ninguna entidad territorial. Por el contrario, 38 entidades territoriales registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior, con mayor variación en: Amazonas (0,7), Atlántico (0,4), Barranquilla (0,4), Putumayo (0,4), Antioquia (0,3), Bogotá, D.C. (0,3), Caquetá (0,3), Cauca (0,3), Huila (0,3), La Guajira (0,3), Magdalena (0,3), Santa Marta (0,3), Norte de Santander (0,3), Quindío (0,3) y Valle del Cauca (0,3).

Tabla 15.
Indicadores COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 28 a 31, 2021

Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes	Letalidad %
0-4 años	3 246	84,2	2	0,05	0,06
5 -11 años	6 621	122,3	4	0,07	0,06
12-19 años	14 725	237,8	13	0,20	0,09
20-39 años	72 456	511,1	603	3,7	0,83
40-59 años	43 091	417,5	2 431	20,7	5,6
60-69 años	12 431	348,6	1 782	45,3	14,3
70-79 años	7 226	376,8	1 875	90,2	25,9
80 años	4 505	476,1	1 760	172,1	39,0

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

Análisis de la tabla

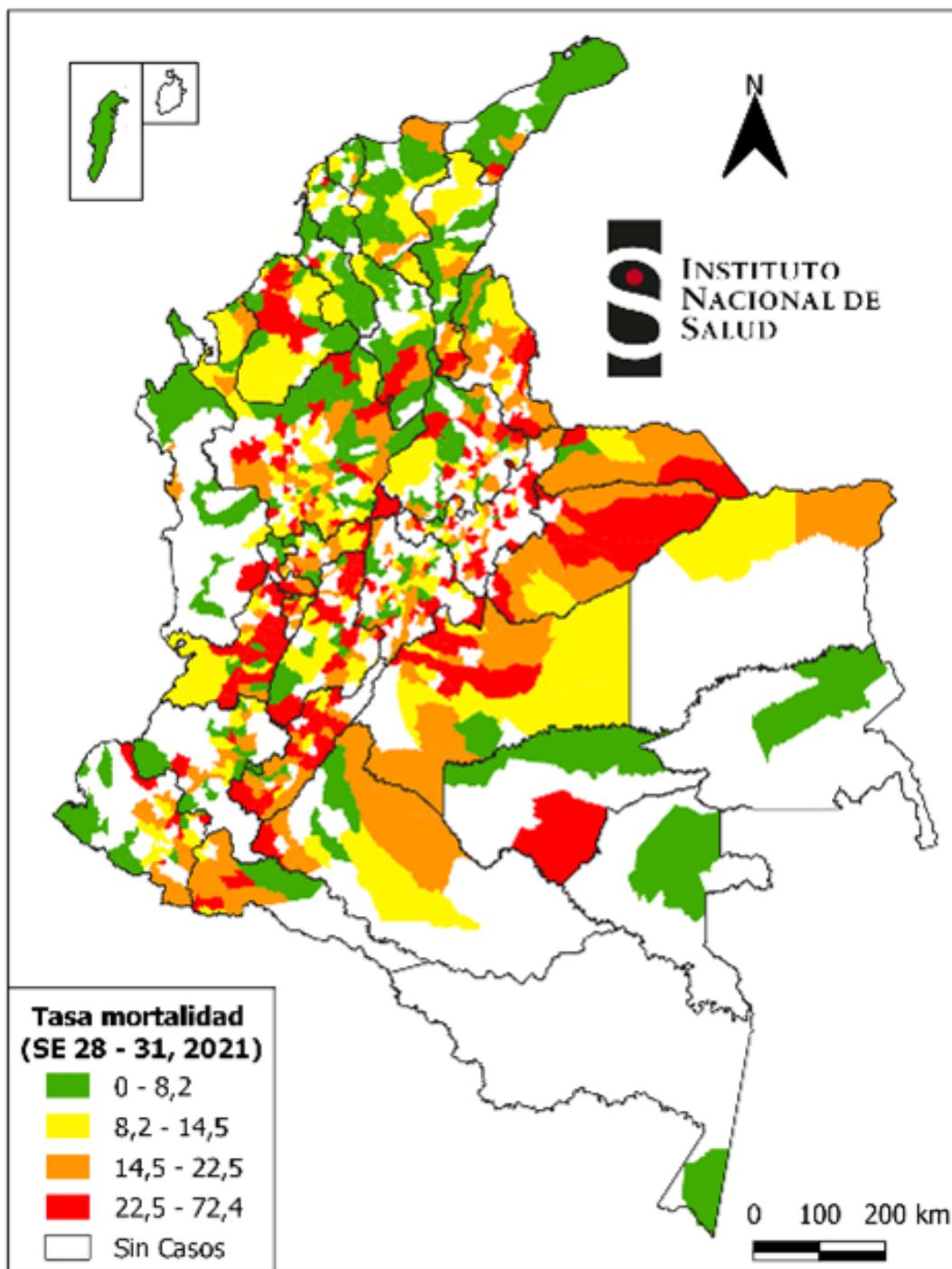
ANÁLISIS DE LA TABLA

A nivel nacional durante la SE 28 a 31 de 2021, por grupos de edad, se tiene en los indicadores COVID-19 que la mayor tasa de incidencia se presenta en las edades de 20 a 39 años (511,1 casos por cada 100 000 habitantes) y el grupo de edad que presenta la mayor tasa de mortalidad (172,1 muertes por cada 100 000 habitantes) es el de mayores de 80, al igual que la letalidad (39,0 %).

Entre la SE 28 a 31 de 2021 se notificaron 8 470 muertes por COVID-19 procedentes de 710 municipios. Las entidades con mayor registro de fallecidos durante este periodo fueron: Bogotá D.C. con 19,3 % (1 642), Antioquia con 11,8 % (1 002), Cali con 7,6 % (651) y Valle del Cauca con 6,2 % (533). Entre las semanas epidemiológicas (SE) 28 a 31 de 2021, los municipios y distritos con la mayor tasa de mortalidad por 100 000 habitantes fueron: La Salina – Casanare (72,3), Cerrito – Santander (71,3), Elías – Huila (69,2), Floresta – Boyacá (61,5) y Nátaga – Huila (60,4).

Figura 23.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 28 a 31, 2021



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

Análisis de la gráfica

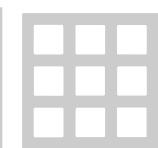
[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Mortalidad_COVID-19_BES_31_2021.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Mortalidad_COVID-19_BES_31_2021.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad y letalidad de la SE 28 a 31 de 2021 respecto al periodo anterior (SE 24 - 27, 2021), se observó que de los 710 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 24,7 % (176) presentó incremento significativo en ambos indicadores; de estos municipios los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron La Salina – Casanare (Δ 72,4), Elías – Huila (Δ 69,2), Nátaga – Huila (Δ 60,4), El Calvario – Meta (Δ 60,0) y los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad con un aumento significativo fueron Cabrera – Cundinamarca (Δ 100), Meta – El Calvario (Δ 100), Lourdes – Norte de Santander (Δ 100), Galán – Santander (Δ 100), Pinchote – Santander (Δ 100), La Salina – Casanare (Δ 100), Elías – Huila (Δ 60).

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 31 / 1 al 7 de agosto de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/147/Cuadro_de_mando_BES_31_2021.pdf)

SOBRE ESTE BOLETÍN

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

Publicación en línea: ISSN 2357.6189 2018

Directivos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez

Directora General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dra. Diana Marcela Walteros Acero

Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Diseño y diagramación

Alexander Casas Castro - acasas@ins.gov.co

Autores temáticos

Situación Nacional

Grupo Sivigila - sivigila@ins.gov.co

Eventos trazadores - Mortalidad

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

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

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

Eventos trazadores – Morbilidad

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

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

Carolina Ferro Méndez – 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 11. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2021

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_comportamiento_notificación_eventos

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2021

Tabla 3. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2021



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