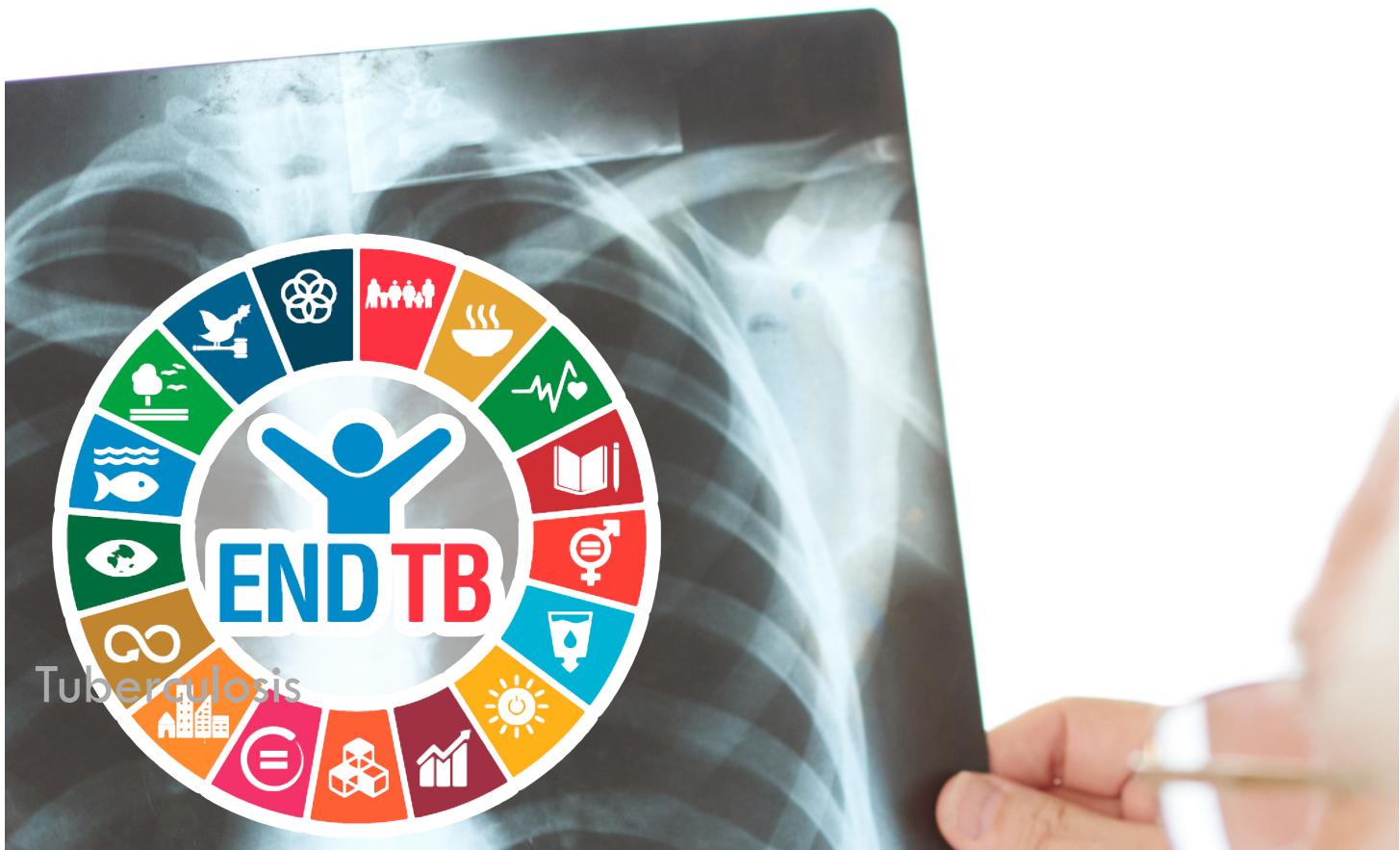


BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**

Semana epidemiológica 11 / 14 al 20 de marzo de 2021

EVENTO CENTRAL

Fuente: .

Análisis

El lema del Día Mundial de la Tuberculosis 2021 -"**El tiempo corre**"- nos da a entender que al mundo se le está acabando el tiempo para actuar según los compromisos adquiridos por los líderes mundiales para poner fin a la tuberculosis (TB). Esto es especialmente crítico en el contexto de la pandemia de COVID-19 que ha puesto en riesgo el progreso del plan estratégico: Fin de la TB y para asegurar el acceso equitativo a la prevención y la atención en línea con el impulso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr la Cobertura Sanitaria Universal.

En números absolutos, en el mundo alrededor de 10,0 millones de personas enfermaron con TB en 2019, de los cuales el 56 % era hombre, el 12 % niños (<15 años) y en general el 8,2 % de las personas con tuberculosis vivía con el VIH. Los países que ocupan los ocho primeros lugares, en términos de número

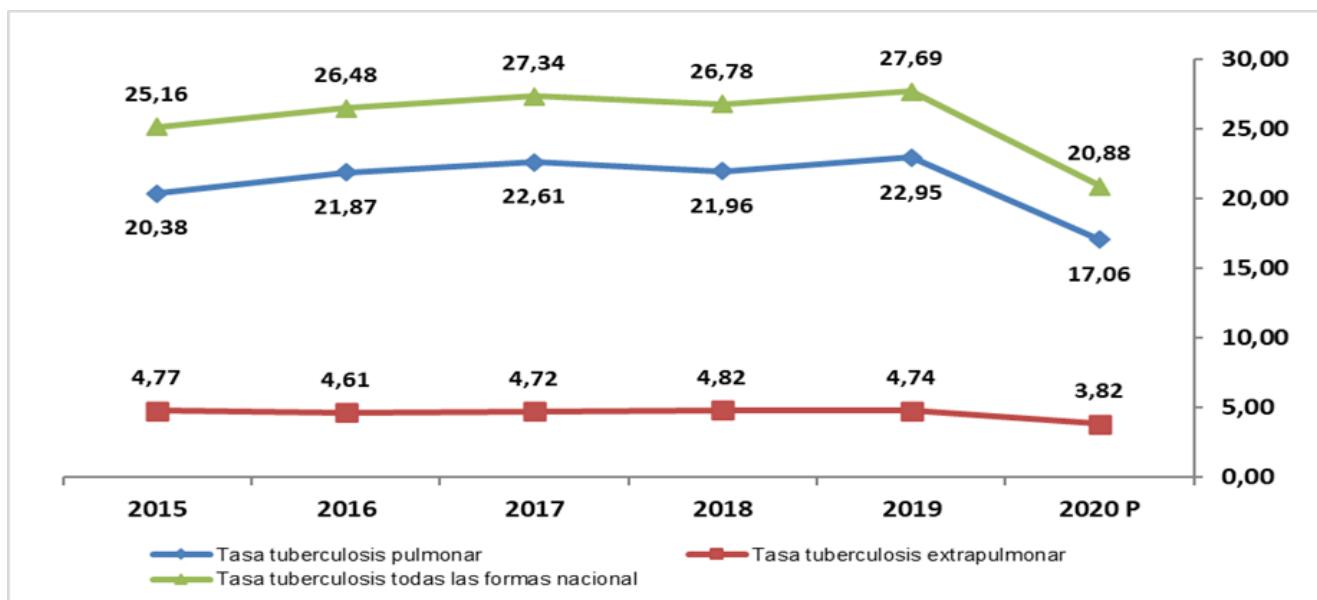
de casos mundiales en 2019 son: India, Indonesia, Filipinas, China, Nigeria, Pakistán, Sud África y Bangladesh (fuente de información: Informe mundial de tuberculosis de la OMS 2020).

En Colombia, en el 2020 se enfermaron 11 390 personas, de las cuales 10 632 fueron casos nuevos, el 65 % fue hombre, el 12,5 % menor de 15 años y el 12,8 % de las personas afectadas con tuberculosis tenía coinfección con VIH. Tenían residencia en mayor proporción, en las entidades territoriales de: Antioquia (20,4 %), Bogotá (8,6 %), Cali (7,7 %), Santander (5,0 %), Barranquilla (4,6 %) y Valle del Cauca (4,5 %). En promedio en los últimos 5 años, se han presentado 1 077 fallecidos por año a causa de tuberculosis.

Comportamiento de la Vigilancia de Tuberculosis, Colombia, 2020

Con corte a 2020 (preliminar), en el país la tasa de incidencia de tuberculosis de todas las formas está en 20,88 por 100 000 habitantes y ha presentado una reducción de 6,81 en comparación con el 2019, donde se encontraba en 27,69 por 100 000 habitantes. El tipo de tuberculosis con mayor incidencia es la pulmonar con una tasa de 17,06 por 100 000 habitantes y ha presentado una reducción de 5,89 comparado con el 2019. La tuberculosis extrapulmonar con una tasa de 3,82 por 100 000 habitantes ha presentado una reducción de 0,92 comparada con el año anterior.

Figura 1. Incidencia de tuberculosis, Colombia, 2015 a 2020*



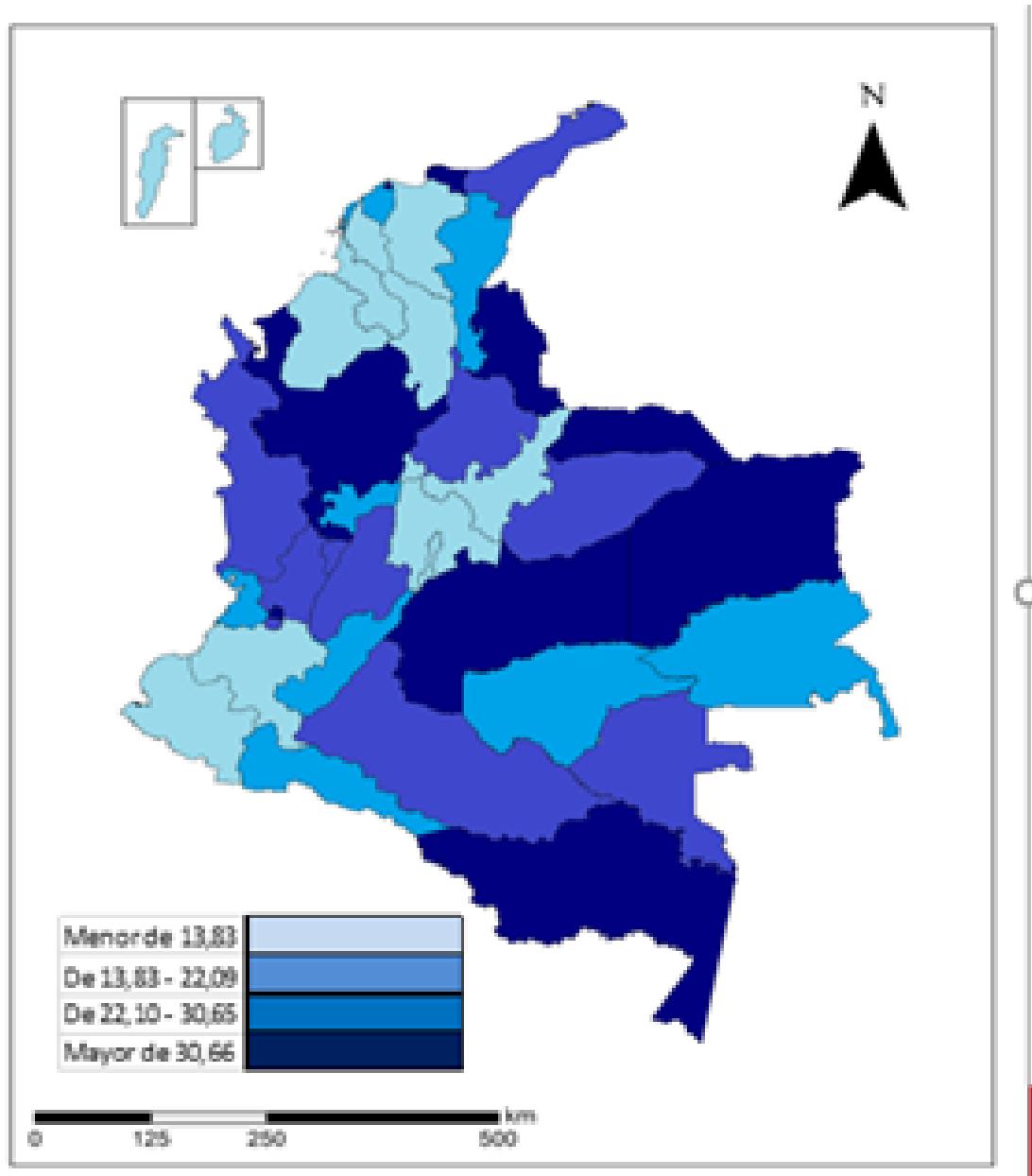
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2020P

DANE, Proyecciones de población 2005-2020

*Preliminar.

Las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia son: Arauca (43,15 por 100 000), Barranquilla (39,61 por 100 000), Meta (38,52 por 100 000), Risaralda (35,47 por 100 000) y Santa Marta (32,43 por 100 000). Las entidades territoriales con menor tasa de incidencia son Nariño (5,13 por 100 000), Boyacá (6,99 por 100 000), San Andrés (7,53 por 100 000), Sucre (8,61 por 100 000) y Bolívar (9,99 por 100 000).

Figura 2. Incidencia de tuberculosis por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020*



Fuente: Casos nuevos, Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020P

DANE, Proyecciones de población 2005-2020

* Preliminar.

Con respecto a la configuración de caso, se evidencia en el país que el 74 % de los casos fue confirmado por laboratorio, el 25 % fue confirmado por clínica y el 1 % fue confirmado por nexo epidemiológico. En cuanto a la clasificación de la historia de tratamiento, se evidencia que el 90,9 % de los casos era nuevo y el 9,1 % casos previamente tratados. En cuanto a la localización de la tuberculosis, se presentó en forma pulmonar en el 82,3 % de los casos y en el 17,7 % en la forma extrapulmonar, siendo las más frecuentes la tuberculosis pleural, meníngea, ganglionar y peritoneal.

En cuanto al diagnóstico se evidencia que se realizó con mayor frecuencia la baciloscopía con el 84,6 %, seguida del cultivo 58,3 % y en tercer lugar la prueba molecular 26,0 % (a un solo caso se le puede realizar una o varias pruebas de las mencionadas). Las ayudas diagnósticas utilizadas fueron: tuberculina con un 4,7 %, ADA con un 8,3 % y radiografía en 66,7 % de los casos.

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se presentó una incidencia de 27,36 por 100 000 habitantes para el sexo masculino y una incidencia de 14,56 por 100 000 para el sexo femenino. Se presenta con mayor frecuencia en el área urbana con 86 % y en el área rural con 14 %. En cuanto a la distribución por grupos de edad, se presenta mayor tasa de incidencia (47,80 por 100 000) en el grupo de 65 años y más, seguido del grupo de 55 a 64 años (tasa de 29,94 por 100 000) y en el tercer lugar el grupo de 25 a 34 años (tasa de 29,59 por 100 000).

En cuanto a las poblaciones vulnerables y de riesgo, se evidenció que el 7,0 % de los casos es población privada de la libertad (PPL), el 3,9 % es indígena, el 3,3 % es afrocolombiano, el 3,1 % es habitante de calle, el 2,1 % es trabajador de la salud y el 1,4 % es procedente del exterior.

Las comorbilidades que se presentaron con mayor frecuencia en los casos notificados son desnutrición (DNT) con un 15,1 %, coinfección TB/VIH con un 12,8 %, diabetes con un 8,8 %, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 6,9 %, enfermedad renal con un 3,3 % y cáncer con un 2,7 %.

El indicador de proporción de coinfección TB/VIH, se encuentra en un 12,8 %. Las entidades territoriales con mayor coinfección TB/VIH son Bogotá (21,3 %), Cartagena (20,1 %), Casanare (20,0 %), Risaralda (19,8 %) y Quindío (19,6 %) y las entidades territoriales con menor coinfección TB/VIH son Vichada, San Andrés y Guainía (0 % cada una), Putumayo (2,7 %) y Guaviare (3,6 %). Es fundamental articular la gestión colaborativa entre los programas de TB y VIH para lograr el abordaje y el manejo integral de las dos enfermedades.

En cuanto al indicador de porcentaje de hospitalización con un 58,4 % para el país, se evidencia un incremento comparado con el año anterior. Las entidades territoriales con mayor porcentaje son: Amazonas (82,1 %), Vaupés (81,8 %), Sucre (75,6 %), Cesar (74,7 %) y Cartagena (71,9 %) y las entidades territoriales con menor porcentaje son: San Andrés (0 %), Buenaventura (34,6 %), Chocó (39,5 %), Meta (41,6 %) y Putumayo (45,3 %).

La comorbilidad tuberculosis / COVID-19 tiene un 4 % de ocurrencia en el país, las entidades territoriales con mayores porcentajes son: Amazonas (18 %), Caquetá (7 %), Cali (7 %), Cesar (6 %) y Meta (6 %). Las entidades territoriales con menor porcentaje son: Arauca (2 %), Putumayo (1 %), Risaralda (1 %), Bolívar (1 %) y Caldas (1 %). Las entidades territoriales sin comorbilidad son: Córdoba, Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés y Vichada.

La tasa de mortalidad para el país ha tenido entre el 2015 y el 2019 una tendencia al incremento, en el 2015 se presentó una tasa de 2,21 por cada 100 000 habitantes y en el 2019 se presentó una tasa de 2,24 por cada 100 000 habitantes. Teniendo en cuenta los que, al finalizar el análisis de los algoritmos en la cascada de las causas de defunción, cerraron con causa básica tuberculosis (incluye todos los diagnósticos agrupados) y publicados por el DANE.

En el 2019, la tasa de mortalidad del país fue de 2,24 por 100 000 habitantes; las entidades territoriales (ET) con mayores tasas en orden descendente son: Guainía (6,06), La Guajira (5,39), Caquetá (3,94) y Vichada (3,62). Las ET con menores tasas de mortalidad son: San Andrés (0), Sucre (0,65), Córdoba (1,00), Nariño (1,10) y Bogotá (1,21).

En el 2020 (preliminar con información con corte a octubre), la tasa de mortalidad del país fue de 1,31 por 100 000 habitantes. Las ET con mayores tasas en orden descendente son: Amazonas (6,33), Vichada (2,66), Meta (2,54) La Guajira (2,38) y Atlántico (2,17). Las ET con menores tasas de mortalidad son:

Vaupés (0), San Andrés (0) y Guainía (0), seguidos de Sucre (0,53), Bogotá (0,53) y Casanare (0,59).

Conclusiones

Se presenta reducción en la incidencia de tuberculosis y el número de casos a nivel nacional para el 2020 comparado con el año anterior.

Los indicadores de proporción de coinfección TB/VIH y proporción de casos con hospitalización, han presentado en 2020 un incremento con respecto al año anterior.

Las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia son: Arauca, Barranquilla, Meta, Risaralda y Santa Marta. Las entidades territoriales con menor tasa de incidencia son Nariño, Boyacá, San Andrés, Sucre y Bolívar. Las entidades territoriales con mayor número de casos son: Antioquia, Bogotá, Cali, Santander, Barranquilla y Valle del Cauca.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta la disminución en la incidencia y el número de casos de tuberculosis, comparando el 2020 (preliminar) con el 2019; se debe fortalecer la correspondencia de los casos con las fuentes de información principales como son: los laboratorios de salud pública, el programa de prevención y control de tuberculosis territorial, el Sivigila y el RUAf; para lograr la notificación con calidad de los casos detectados con tuberculosis sensible y farmacorresistente.

La búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis es la principal estrategia para la identificación de casos nuevos de tuberculosis, se debe realizar en el entorno laboral, hogar, educativo, comunitario e institucional; es una actividad bajo la responsabilidad de las entidades territoriales del orden municipal y distrital, en el marco de las acciones de vigilancia en salud pública durante la investigación epidemiológica de campo y de las intervenciones colectivas a cargo del Programa de Tuberculosis; esta debe ser coordinada con las EAPB y los prestadores de servicios de salud para asegurar la canalización efectiva de sintomáticos respiratorios para garantizar la oportunidad en los diagnósticos microbiológicos.

Se plantea para el análisis de la mortalidad en el país, el reto de implementar en las entidades territoriales, en primer lugar, el uso de tableros de control para monitorear la tendencia de casos, la tendencia de las tasas de mortalidad y la diferencia de tasas de mortalidad, para establecer un análisis de cada territorio, y en segundo lugar, caracterizar las posibles causas que llevaron a la muerte, a través del tablero de problemas de unidades de análisis. Por último, con estos análisis la ET debe garantizar la gestión de manera articulada con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) según las responsabilidades establecidas en la Resolución 227 de 2020 y a nivel intersectorial para impactar positivamente el cambio y la intervención en las causas con enfoque de determinantes sociales de la salud.

Retos en la Implementación de las Pruebas Moleculares en Colombia, en el marco de la Resolución 227 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social

En el mundo se ha generado un proceso de transición de los métodos de diagnóstico de tuberculosis más usados denominados convencionales a los basados en reacción en cadena de las polimerasas (PCR) que son las técnicas moleculares. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud ha recomendado el uso de varias de estas técnicas con el fin de favorecer el diagnóstico de tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente, lo ideal es que sean pruebas que se usen como diagnóstico inicial desde las muestras complementarias a las convencionales como el cultivo y que permitan desde el inicio del tratamiento que el paciente tome medicamentos efectivos.

Dentro de las necesidades diagnósticas tenemos que hace muchos años la identificación de un caso se hacía en la red a través de la baciloscopy, se solicitaba cultivo en medio sólido y las pruebas de sensibilidad se hacían en un Laboratorio de Referencia, contando con reportes entre las 10 y 14 semanas posterior al inicio del esquema de tratamiento, posteriormente con la incorporación del medio líquido para pruebas de sensibilidad los tiempos se acortaron pero fueron aún muy extensos, al considerar el uso de pruebas moleculares se espera que a través de la capacidad técnica que tiene la red de laboratorios se cuente con reportes oportunos generados en las instituciones prestadoras, que realizarán estas pruebas desde las muestras directas favoreciendo la obtención de resultados en tiempos inferiores a las 48 horas.

Los Lineamientos del Laboratorio Nacional de Referencia en el marco de la Resolución 227 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, son claros al establecer que los métodos de elección a nivel microbiológico son las técnicas moleculares y cultivo en medio líquido por su sensibilidad, especificidad y rapidez, que las pruebas que se debe usar son aquellas que tienen sensibilidad alta y que aportan a la detección de casos por encima de la baciloscopy, utilizándose en las muestras definidas por los insertos comerciales y en concordancia con el cultivo en medio líquido que es el estándar de oro en detección, adicionalmente se establece un algoritmo diagnóstico en el cual se indica que se debe realizar al 100 % de pacientes previamente tratados y con factores de riesgo de farmacorresistencia PCR que ofrezcan resultados a rifampicina o rifampicina/isoniacida y que el cultivo en medio líquido será complementario cuando la prueba molecular presente resultados negativos o no interpretables, en especial cuando se tienen una alta sospecha de resistencia, adicionalmente debemos considerar que el país espera para finales de 2022 hacer la transición completa de uso de prueba molecular ante la presencia de cualquier personas con signos y síntomas de tuberculosis en remplazo de la baciloscopy.

Dentro de las ventajas que tienen las pruebas comerciales disponibles en el país tenemos: mayor sensibilidad y rapidez, algunas solo requieren de un área para poner el equipo, varias funcionan como sistemas abiertos permitiendo el procesamiento de PCR comerciales y caseras, la capacidad de trabajo de los laboratorios puede variar (baja, media o alta), el volumen de muestras, algunas son semiautomatizadas o automatizadas y pueden hacerse todos los pasos en un mismo equipo pasando por la inactivación, extracción, amplificación y detección, los laboratorios que las han incorporado en su mayoría cuenta con áreas de microbiología fortalecidas (CSB, presión negativa, personal entrenado) y por ser plataformas son útiles para el estudio de otras patologías bien sea de interés en salud pública o por oferta a la demanda como carga viral, VIH, VPH, paneles virales respiratorios, bacterianos, parasitarios, factores genéticos, entre otros.

Sus desventajas son menos y están más ligadas a la necesidad de equipos complementarios para hacer la extracción y a que su uso como plataforma requiere que se conozcan los algoritmos diagnósticos de tuberculosis y de las otras enfermedades, de forma que al implementarse sea posible validar la capacidad de la red de laboratorios para transporte de muestras, el tiempo de obtención de resultados, la conectividad y oportunidad, algo que debe ser previo a definir la utilización de uno de estos equipos.

Los retos que actualmente se tienen son:

Que haya acceso real por parte del aseguramiento a pruebas moleculares, todo está en el plan obligatorio de salud y en la resolución 227 de 2020, por lo cual las aseguradoras deben garantizar la contratación de laboratorios con capacidad sin fraccionar esta contratación entre pruebas.

Solicitud de las pruebas de diagnóstico por parte de los médicos acorde con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), para esto es fundamental capacitar a los clínicos en estos códigos y que comprendan que si están allí estos procedimientos deben solicitarse acorde con los algoritmos diagnósticos nacionales.

Capacidad de la red de laboratorios de tuberculosis, en la actualidad con los nuevos algoritmos se ha mejorado la oferta de cultivo en medio líquido y pruebas de sensibilidad por métodos moleculares, sin embargo, se espera que los laboratorios que hoy tienen capacidad para COVID-19, entren a fortalecer la red de tuberculosis, usando este tipo de plataformas.

Comprendión de las fases de análisis de una muestra, esto es muy importante en términos de que el clínico solicite correctamente las pruebas, el paciente entienda que le solicitaron y haga la recolección adecuada, que los procesos de conservación y transporte sean perfectos para que al llegar al laboratorio sea aprovechada la muestra y se realicen las pruebas acorde con los algoritmos diagnósticos actuales, que al emitirse un reporte sea en los tiempos definidos y que sea claro para el personal de salud que está tratando el caso.

Responsabilidades de los agentes del sistema de salud frente al cumplimiento de los algoritmos diagnósticos, es clave el rol que tienen las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud que deben incluir y priorizar en los planes territoriales de salud, metas y recursos financieros, para el cumplimiento de las acciones del programa de tuberculosis, vigilar y garantizar que toda su población tenga acceso a las tecnologías de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis, vigilar que todas las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas, realicen las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; en caso de que se evidencien poblaciones sin acceso establecer ruta de procesamiento y seguimiento con las empresas administradoras de planes de beneficio para la mejora respectiva, realizar visitas de asistencia técnica y desarrollo de capacidades a la red de referencia de la prestación de servicios de sus territorios, entre otras.

Los laboratorios de salud pública tienen ocho funciones pero se debe resaltar su labor desde el punto de vista de mantener la vigilancia de las micobacterias con el laboratorio nacional de referencia mediante el envío de cultivos de los casos de tuberculosis resistente a isoniacida y/o rifampicina y para la vigilancia de las micobacterias no tuberculosas, además continuar con los programas de garantía de la calidad a la red, realizar la triangulación de información de forma regular en conjunto con los referentes del programa y el Sivigila.

Por parte del Instituto Nacional de Salud como Laboratorio Nacional de Referencia mantener actualizada la información relacionada con los métodos de diagnóstico utilizados en el país, realizar las pruebas definidas como vigilancia por su alta complejidad y riesgo biológico, participar en el desarrollo y coordinación de acciones de vigilancia de las micobacterias en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, apoyar le mejoramiento del sistema de información de la vigilancia en salud pública de la tuberculosis generando capacidad de análisis en los territorios y mantener las acciones de asistencia técnica y capacitación con la red.

En cuanto al sistema de información, las mayores dificultades se encuentran en la notificación oportuna y real acorde con las metodologías utilizadas para diagnóstico de tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente, la calidad del dato entre las diferentes fuentes de información y retroalimentación a unidades primarias generadoras de dato, las fuentes actuales dependen de diferentes actores, entre otros por lo que se hace necesario que se generen estrategias que permitan entender la dinámica de la red de laboratorios en el sistema de referencia y contra referencia de muestras entre entidades.

Comportamiento del tablero de problemas de unidades de análisis de mortalidad por tuberculosis

El grupo de unidad de análisis ha definido categorías de problemas asociadas a la mortalidad en el marco de las Resoluciones 3280 de 2016, 3202 de 2016, 2626 de 2019 y 489 de 2019. En este contexto como resultado de las unidades de análisis individuales realizadas a los pacientes de mortalidad por coinfección

TB/VIH en población con edad menor o igual a 49 años, se identificaron siete categorías de problemas relacionadas a continuación.

Tabla 1. Categorías de problemas identificadas en unidades de análisis tuberculosis, Colombia, consolidado 2019, 2020*

Prestación de servicios individuales	315	37,4
Acciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud	160	19,0
Gestión del aseguramiento	155	18,4
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	124	14,7
Factores sociales y económicos asociados a situaciones de pobreza y desigualdad	45	5,3
Vigilancia en Salud Pública	29	3,4
Barreras para el acceso a los servicios de salud	15	2
Total general	843	100

Fuente: Tablero de problemas de unidades de análisis 2019, 2020* preliminar.

Garantizar la adecuada atención de los casos en términos de calidad y oportunidad en las instituciones prestadoras de salud es prioritario para disminuir el riesgo de mortalidad. Dentro de los problemas identificados en esta categoría de prestación de servicios individuales con el 37,4 %, el problema de mayor impacto es el incumplimiento a guías de atención clínica.

La segunda categoría representa el 19,0 %, asociada a los problemas de promoción y mantenimiento de la salud, relacionados con las estrategias de demanda inducida y detección temprana, allí se incluyen el incumplimiento de las actividades colaborativas TB/VIH.

La tercera categoría con el 18,4 %; gestión del aseguramiento; incluye problemas como; la debilidad en el trabajo articulado entre la aseguradora, Institución Prestadora de Servicios (IPS) y entidad territorial para el abordaje de tratamiento y seguimiento de población vulnerable, problemas, ausencia de remisión necesaria a otro nivel de atención o servicio especializado, barreras administrativas para acceder a la atención, por falta de autorización de servicios entre otros.

En la cuarta categoría denominada “conocimientos, prácticas y actitudes en salud”, se encuentran problemas como la baja percepción del riesgo para el acceso a la atención médica oportuna.

Las categorías quinta y séptima aportan respectivamente el 5,3 % y 2 % de los problemas y se definen como “factores sociales y económicos asociados a situaciones de pobreza y desigualdad y las barreras para el acceso a los servicios de salud. Estas dos categorías se asocian a los determinantes estructurales condicionantes de vulnerabilidad, reflejado en las poblaciones clave con menor acceso a los servicios diagnósticos, mayor riesgo de enfermar y morir como los habitantes de calle, población privada de la libertad, migrantes, desempleados y consumo de sustancias psicoactivas. Estos problemas requieren de un abordaje intersectorial.

La sexta categoría es la de vigilancia en salud pública con un 3,4 % y se relaciona principalmente con el incumplimiento al protocolo del evento.

De acuerdo con el análisis se identificó como actores responsables de los problemas, en orden de importancia a la prestadora 63,5 %, entidad administradora de planes de beneficio (EAPB) 18 %, entidad territorial 10,5 %, barreras a los servicios de salud 8,0 %. Para el abordaje de los problemas las entidades

territoriales deben identificar el actor relacionado y el área responsable desde la secretaría de salud (aseguramiento, prestación de servicios, vigilancia y control, vigilancia epidemiológica) para hacer seguimiento al plan de acción y el cumplimiento por parte de las IPS y EAPB.

Adicionalmente se identifican problemas relacionados a factores sociales y económicos, situaciones de pobreza, desigualdad y barreras para el acceso a los servicios de salud, que requieren la intervención de otros sectores, para lo cual se debe realizar divulgación del tablero de problemas con otras secretarías y organizaciones que conforman la administración municipal de la entidad territorial, personería, defensoría del pueblo, procuraduría, consejo territorial de seguridad social en salud (CTSSS), organizaciones de sociedad civil, observatorio social de tuberculosis, consejos departamentales y municipales de alimentación y nutrición, veedurías departamentales, municipales, distritales y locales, OIM-INPEC, USPEC, fiduprevisora, departamento de prosperidad social, entre otras instituciones.

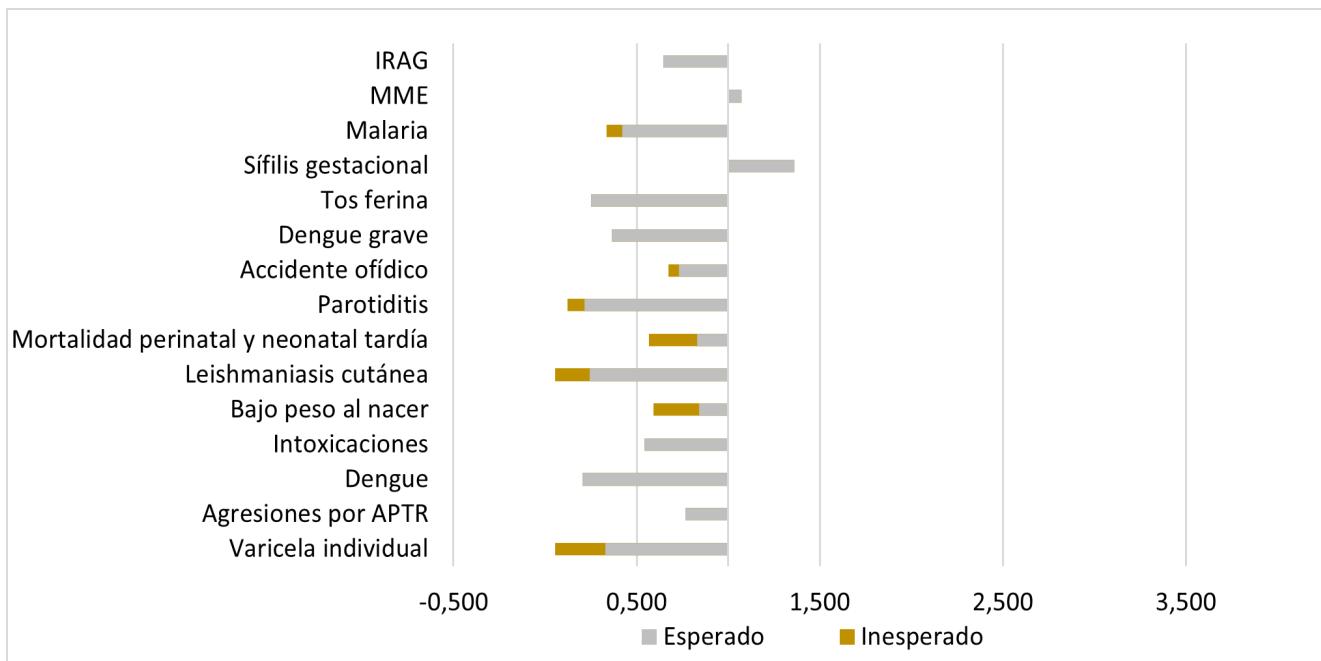
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

Se identifica que en la semana epidemiológica 11, los eventos de malaria, accidente ofídico, parotiditis, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer y varicela se encuentran por debajo de lo esperado, los demás eventos están dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 11 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_1_comportamiento_eventos_alta_frecuencia.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_1_comportamiento_eventos_alta_frecuencia.pdf)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El evento de sarampión, leptospirosis, sífilis congénita, rubeola y mortalidad por dengue presentan una disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 2.

Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 11 de 2021

Evento	Observado	Esperado	Poisson
Sarampión	4	39	0,00
Leptospirosis	8	32	0,00
Sífilis congénita	17	24	0,02
Rubeola	2	17	0,02
Mortalidad por dengue	2	3	0,03
EAV	52	15	0,08
Mortalidad materna	6	12	0,08
Mortalidad por IRA	15	10	0,08
Tuberculosis farmacorresistente	2	9	0,09
Lepra	4	9	0,09
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0,17
Mortalidad por EDA 0-4 Años	0	4	0,19
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,24

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

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

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

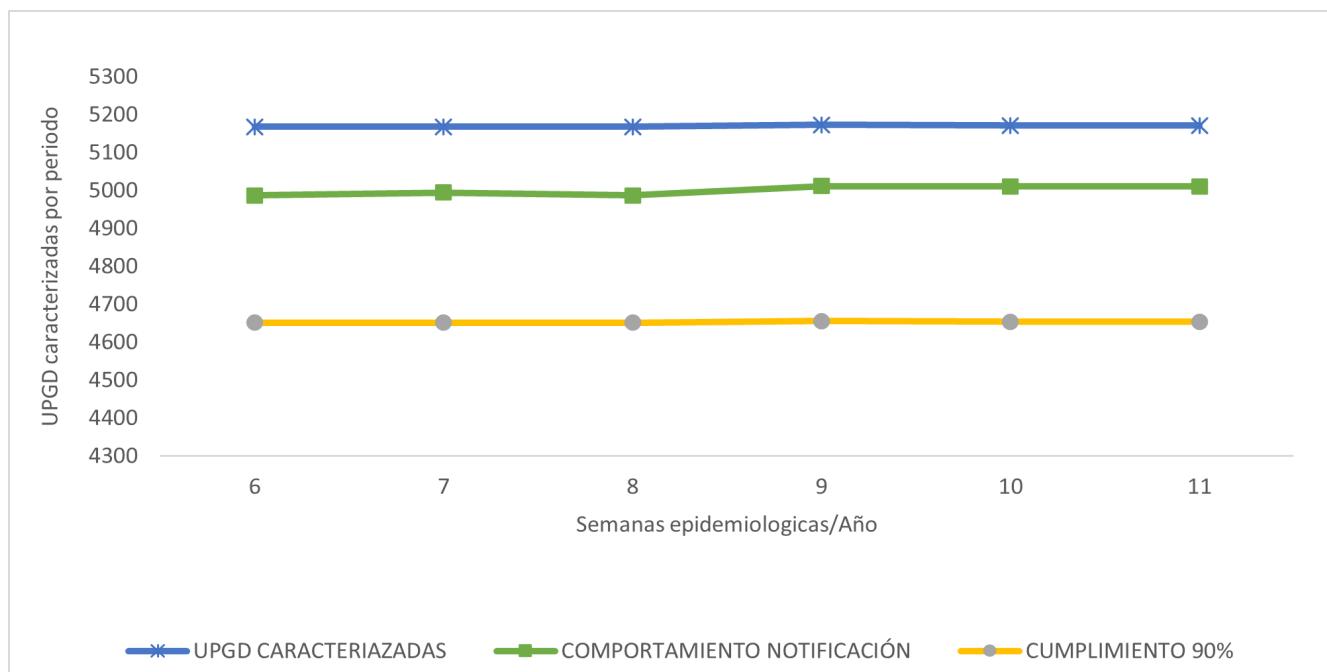
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

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

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 96,9 % (5 011 / 5 171 UPGD); permaneció igual comparándolo con la semana anterior y disminuyó 1,0 % con respecto a la misma semana de 2020.

Figura 4.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 06 a 11 de 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_2_cumplimiento_notificación_UPGI

[Descargar](#)

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/figura_2_cumplimiento_notificación_UPGI

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD, en la gráfica se refleja con la línea verde que es el porcentaje de notificación de la presente semana; la línea amarilla representa el número mínimo de UPGD que debe notificar (meta 90 %) y la línea azul evidencia la red actual, un total de 5 171 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 11 de 2021 se notificaron 692 casos probables de dengue: 327 casos de esta semana y 365 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 7 939 casos, 3 933 (49,5%) sin signos de alarma, 3 869 (48,7 %) con signos de alarma y 137 (1,7 %) de dengue grave.

Tabla 3.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	1684	21,6	21	15,3	1705	21,5
Valle del Cauca	592	7,6	6	4,4	598	7,5
Cartagena	528	6,8	21	15,3	549	6,9
Putumayo	436	5,6	2	1,5	438	5,5
Huila	362	4,6	8	5,8	370	4,7
Tolima	341	4,4	5	3,6	346	4,4
Antioquia	329	4,2	4	2,9	333	4,2
Barranquilla	316	4,1	5	3,6	321	4,0
Cundinamarca	266	3,4	1	0,7	267	3,4
Meta	252	3,2	3	2,2	255	3,2
Norte de Santander	244	3,1	6	4,4	250	3,1
Cesar	228	2,9	11	8,0	239	3,0
Atlántico	228	2,9	4	2,9	232	2,9
Bolívar	206	2,6	4	2,9	210	2,6
Santander	184	2,4	1	0,7	185	2,3
Magdalena	172	2,2	8	5,8	180	2,3
Sucre	162	2,1	3	2,2	165	2,1
Córdoba	151	1,9	1	0,7	152	1,9
Santa Marta	122	1,6	4	2,9	126	1,6
Cauca	121	1,6	1	0,7	122	1,5
Nariño	105	1,3	4	2,9	109	1,4
Caquetá	102	1,3	2	1,5	104	1,3
Chocó	90	1,2	1	0,7	91	1,1
Boyacá	90	1,2	1	0,7	91	1,1
Casanare	89	1,1	0	0,0	89	1,1
Quindío	61	0,8	2	1,5	63	0,8
Amazonas	60	0,8	0	0,0	60	0,8
Buenaventura	51	0,7	1	0,7	52	0,7
Caldas	46	0,6	0	0,0	46	0,6
Risaralda	45	0,6	0	0,0	45	0,6
Arauca	38	0,5	0	0,0	38	0,5
La Guajira	31	0,4	5	3,6	36	0,5
Archipiélago de San Andrés	25	0,3	0	0,0	25	0,3
Guaviare	17	0,2	0	0,0	17	0,2
Exterior	15	0,2	2	1,5	17	0,2
Vichada	10	0,1	0	0,0	10	0,1
Guainía	3	0,0	0	0,0	3	0,0

Total	7 802	100	137	100	7 939	100
--------------	--------------	------------	------------	------------	--------------	------------

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 536 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Huila, Tolima, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Cesar aportan el 71,4 % (5 671) de los casos a nivel nacional.

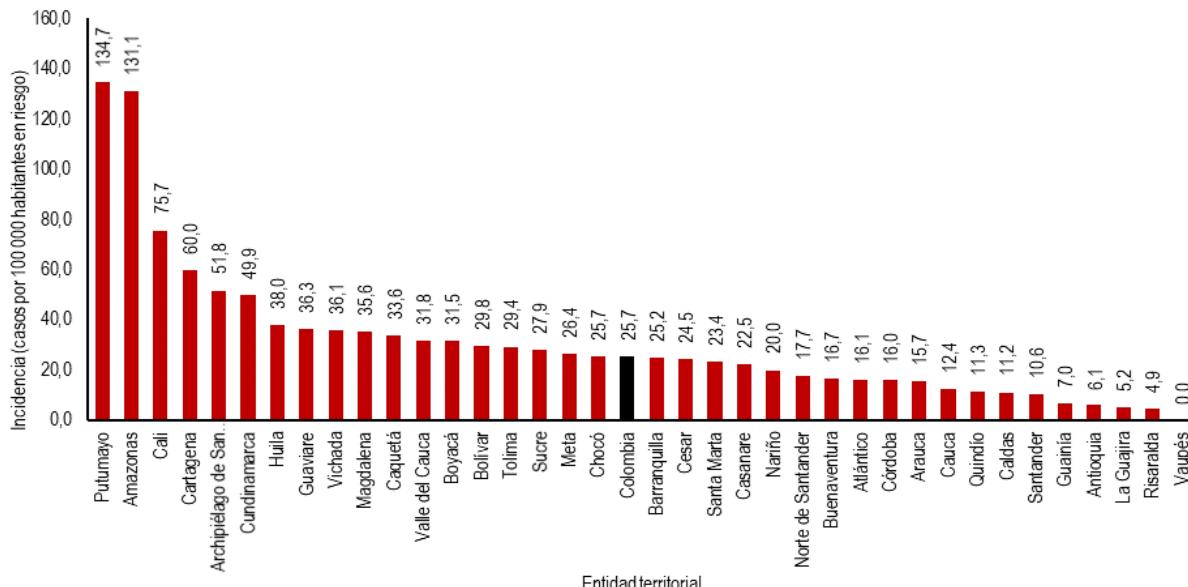
El 52,8 % (4 194) de los casos de dengue se reportó en 21 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 21,5 % (1 705); Cartagena, con el 6,9 % (549); Barranquilla, con 4,0 % (321); Orito, con el 2,2 % (173); Cúcuta, con el 1,8 % (145); Santa Marta, con el 1,6 % (126); Neiva, con el 1,4 % (111); Villavicencio (99), Ibagué (99) y Aguachica (98), con el 1,2 % cada uno; Montería (82), Yumbo (81) y Malambo (81), con el 1,1 % cada uno.

Se hospitalizó el 75,8 % (2 934) de los casos de dengue con signos de alarma y el 86,9 % (119) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Valle del Cauca, Cauca, Bolívar, Buenaventura, Chocó y Vichada; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Santa Marta, Magdalena, Cartagena, Antioquia, Sucre, Meta, La Guajira, Chocó, Cundinamarca y Quindío.

A semana 11 se ha confirmado el 41,2 % (1 595) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 49,6 % (68) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Atlántico, Buenaventura, Caquetá, Chocó y Córdoba.

Figura 5.

Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 11 de 2021



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

Análisis de la gráfica

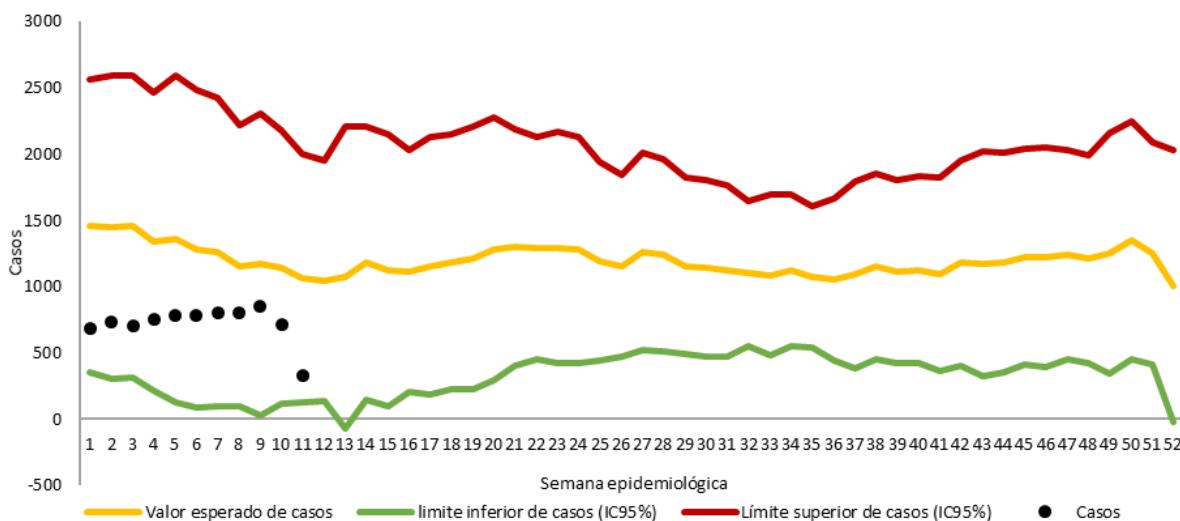
[Ampliar](#)
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Inciden...\)](#)

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 25,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Putumayo, Amazonas, Cali, Cartagena, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Cundinamarca, se estiman tasas de incidencia superiores a 49,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 6.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 11, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE11.jpg.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE11.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 11 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 4.

Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico, por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 08 a 10 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial			
Dentro del número esperado de casos	Antioquia	Arauca	Casanare	
	Caldas	Caquetá	Cundinamarca	
	Cesar	Córdoba	Huila	
	Guainía	Guaviare	Norte de Santander	
	La Guajira	Meta	Sucre	

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

Quindío	Santander	Tolima
Risaralda	Vaupés	Vichada
Amazonas	Atlántico	Bolívar
Boyacá	Buenaventura	Cali
Cauca	Nariño	Santa Marta
Valle del Cauca	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	
Barranquilla	Cartagena	Chocó
Magdalena	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, 21 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado, 11 entidades se encuentran en situación de alerta y 5 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 32 muertes probables por dengue, de las cuales 5 han sido confirmadas, procedentes de: Cartagena, con 3 casos; Barranquilla y Córdoba, con 1 caso cada uno. Se han descartado 5 casos y se encuentran en estudio 22 muertes procedentes de: Magdalena, con 4 casos; Cali, Cesar y Valle del Cauca, con 3 casos cada uno; y Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Huila, Nariño, Quindío 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 11, 2020 y 2021**

Tipo de servicio	2020 a semana 11	2021 a semana 11	Variación
Consultas externas y urgencias	1 531 687	834 783	45,5 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	45 330	46 858	3,4 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	4 754	15 793	232,2 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

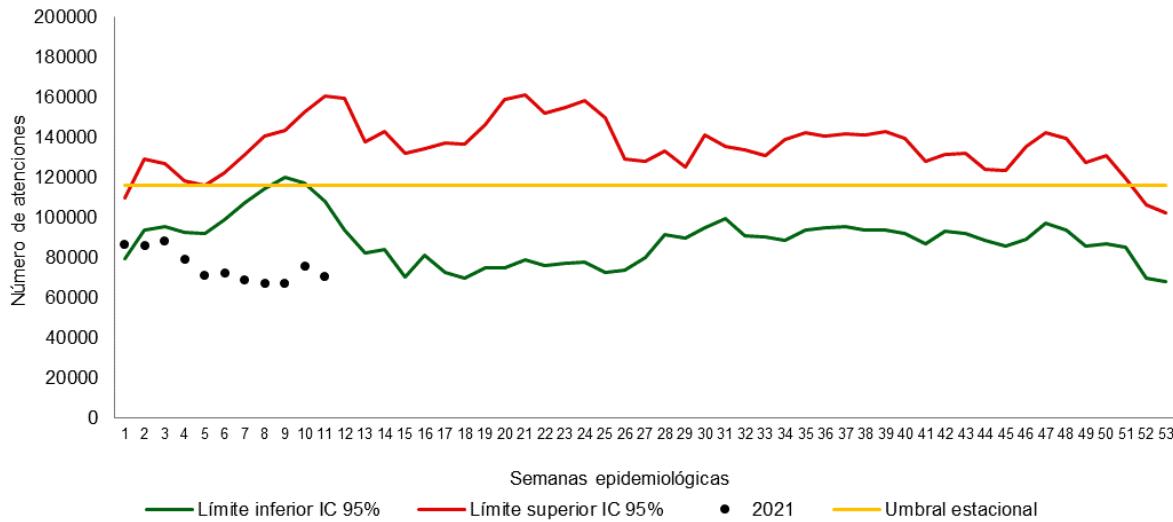
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 11 de 2021, en Colombia se han notificado 834 783 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 45,5 % comparado con 2020, 34,6 % frente a 2019 y 37,9 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 27 entidades territoriales; Córdoba y Santa Marta presentan incremento; Arauca, Bolívar, Guainía, La Guajira, Magdalena, Santander, Sucre, Vaupés y Vichada no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,6 % (263 907), seguido por el de 40 a 59 años con el 21,1 % (175 855). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 8,0 % seguido de los menores de 1 año con el 7,8 %.

Figura 7.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT_11.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT_11.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

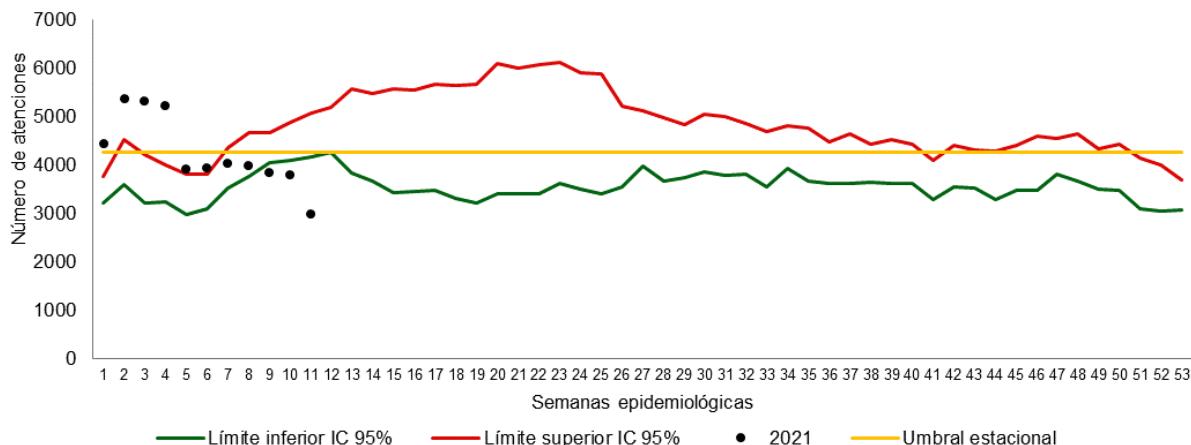
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA para las once semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional y a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior.

Se notificaron 46 858 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 3,4 % frente a 2020, 13,8 % comparado con 2019 y 1,8 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 19 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Quindío, Chocó, San Andrés, Cauca, Arauca, Caldas y Nariño; e incremento en 5 entidades territoriales resaltando Amazonas, Barranquilla y Santander; no presentan comportamientos inusuales 14 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 39,4 % (18 458), seguido por los de 40 a 59 años con el 20,6 % (9 676). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 14,5 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 11,9 %.

Figura 8.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11, 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_11.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOSP_11.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

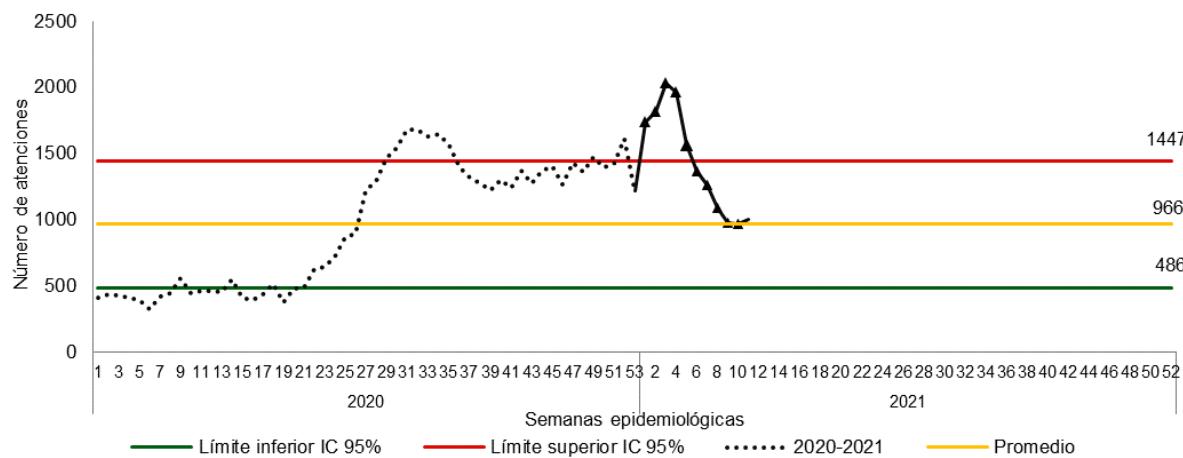
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional y del límite superior histórico,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

Se notificaron 15 793 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 232,2 % frente a 2020, 310,5 % comparado con 2019 y 300,9 % frente a 2018. Se presenta incremento en 29 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Valle del Cauca, Nariño, Antioquia y Cundinamarca; San Andrés presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Arauca, Cartagena, Chocó, Córdoba, Guaviare, Magdalena y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 55,7 % (8 799), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,1 % (4 120) y los de 20 a 39 años con el 7,9 % (1 252). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presenta en el grupo de mayores de 60 años con el 28,4 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 26,1 %.

Figura 9.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11, 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_11.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI_11.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Hasta la semana 05 las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se observa un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso por siete semanas; para la semana 11 se observa un aumento del 4,1 % con respecto a la semana anterior.

Metodología:

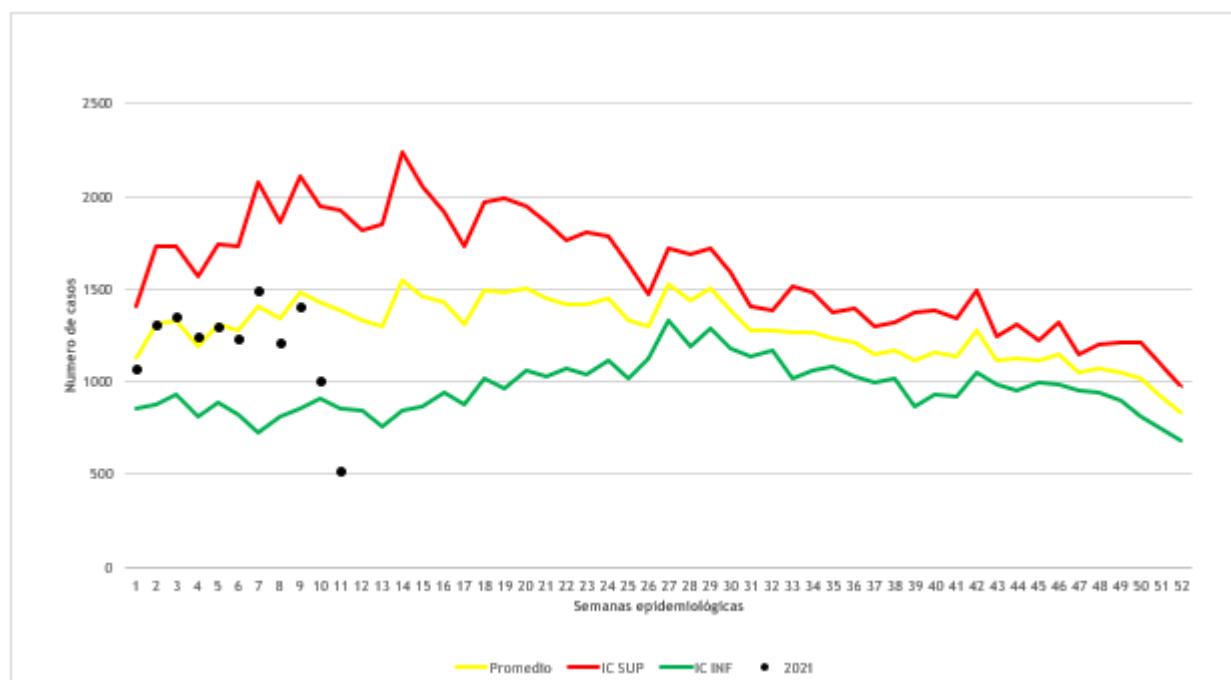
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 y el intervalo de confianza.

Para las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedio se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio, la desviación estándar y el intervalo de confianza del año anterior.

Malaria

En la semana epidemiológica 11 se notificaron 1 625 casos de malaria, teniendo un acumulado de 13 324 casos, de los cuales 13 059 son de malaria no complicada y 265 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 50,8 % (6 768), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 48,5 % (6 466) e infección mixta con 0,7 % (90).

Figura 10.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 11, 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%202011.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%202011.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (29,8 %), Nariño (22,7 %), Córdoba (14,1 %), Antioquia (10,4 %) y Guainía (4,8) aportan el 81,8 % de los casos de malaria no complicada.

Tabla 6.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	31	2047	0	1820	3898	29,80
Nariño	14	2635	0	317	2966	22,70
Córdoba	6	363	0	1470	1839	14,10
Antioquia	7	436	0	920	1363	10,40
Guainía	1	44	0	586	631	4,80
Cauca	1	448	0	7	456	3,50
Norte de Santander	0	0	0	318	318	2,40
Vichada	4	76	0	225	305	2,30
Buenaventura	1	212	0	40	253	1,90
Guaviare	2	37	0	183	222	1,70
Risaralda	1	7	0	182	190	1,50
Bolívar	10	15	0	161	186	1,40
Amazonas	2	10	0	132	144	1,10
Meta	0	16	0	111	127	1,00

Casanare	0	0	0	53	53	0,40
Exterior	0	8	0	19	27	0,21
Vaupés	0	0	0	14	14	0,10
Cali	1	7	0	6	14	0,10
Sucre	0	1	0	6	7	0,10
Putumayo	0	0	0	6	6	0,00
Desconocido	0	2	0	4	6	0,05
Cesar	1	1	0	4	6	0,00
Valle del Cauca	0	4	0	1	5	0,00
Santander	1	1	0	3	5	0,00
Cartagena	0	0	0	4	4	0,00
La Guajira	0	0	0	4	4	0,00
Arauca	0	0	0	3	3	0,00
Huila	0	1	0	2	3	0,00
Barranquilla	1	0	0	1	2	0,00
Caquetá	0	0	0	1	1	0,00
Atlántico	0	0	0	1	1	0,00
Total	84	6371	0	6604	13059	100

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

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

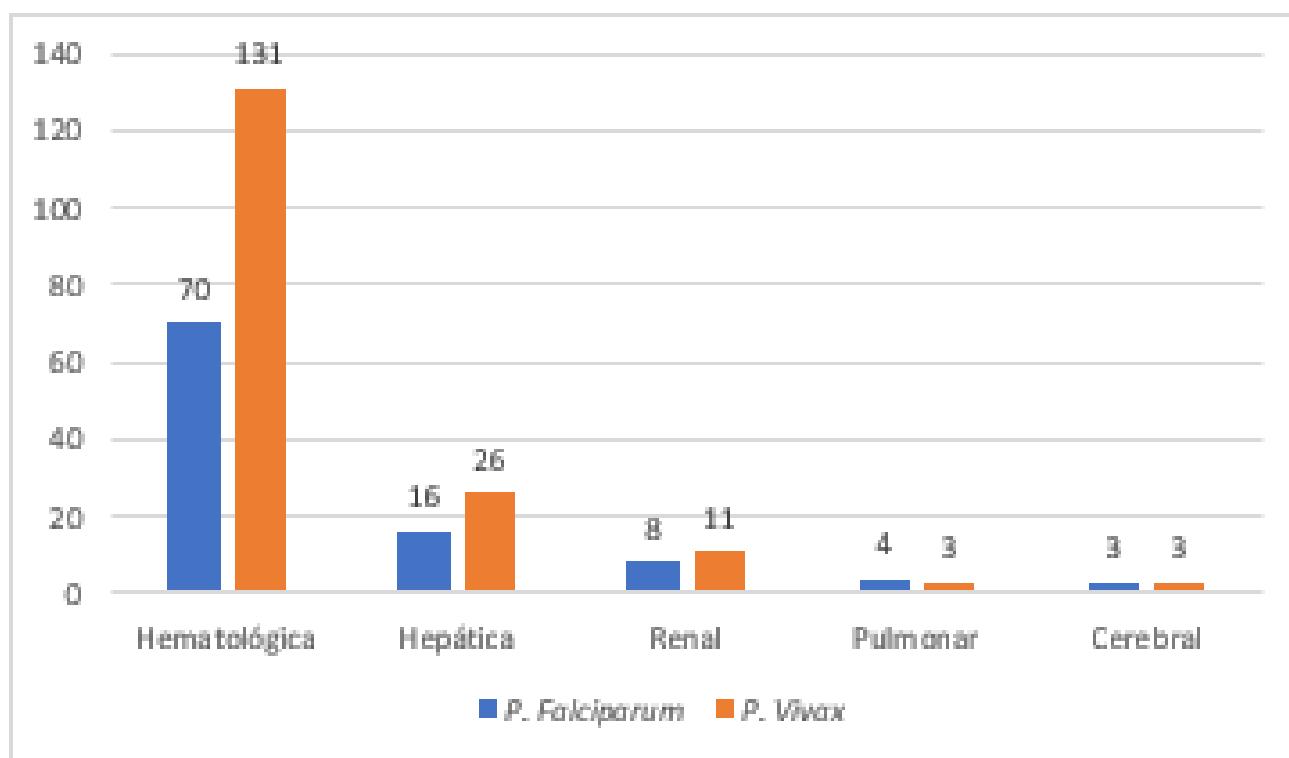
Malaria complicada

Se notificaron 265 casos de malaria complicada, que proceden de 22 entidades territoriales y un caso procedente del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Meta y Vichada notifican el 70,2 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 57,4 % (152) corresponde a hombres. El 30,2 % (80) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 20,4 % (54) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 44,5 % (118) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 68,7 % (182) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 11.

Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2021



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

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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20se%2011.PNG)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20se%2011.PNG)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 77,7 % (206) presentó complicaciones hematológicas, el 16,6 % (44) complicaciones hepáticas, el 7,2 % (19) complicaciones renales, el 2,6 % (7) complicaciones pulmonares y 2,3 % (6) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 11, tres departamentos están por encima del número esperado de casos y cuatro departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 7.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 11 de 2021

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021 Colombia

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

A semana epidemiológica 11, 12 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bojayá (Chocó), Mosquera y Maguí (Nariño) y Pueblo Rico (Risaralda).

Tabla 8.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 11 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bojayá	368	68	691
Nariño	Mosquera	307	41	490
Nariño	Maguí	256	91	830
Risaralda	Pueblo Rico	193	32	441
Chocó	Carmen del Darién	144	26	243
Antioquia	Murindó	130	17	147
Nariño	La Tola	104	27	224

Meta	Mapiripán	61	1	26
Meta	Puerto Gaitán	39	3	40
Casanare	Paz de Ariporo	33	0	1
Casanare	Hato Corozal	18	0	4
Meta	Puerto Concordia	10	2	13

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.

A semana epidemiológica 11, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, se encuentra en incremento el distrito de Buenaventura y el municipio de Riosucio y en situación de seguridad según el análisis de canales endémicos. Se encuentran en decrecimiento: Acandí, Atrato, Bagadó, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Rioquito y Unguía, ninguno se encuentra en situación de brote.

Tabla 9.

Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 11, Colombia, 2021

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	ep
Chocó	Acandí	7	9	1	Disminución	Éxito
	Atrato	82	68	32	Disminución	Éxito
	Bagadó	156	129	80	Disminución	Segu
	Juradó	4	4	3	Ninguno	Segu
	Lloró	102	136	38	Disminución	Éxito
	Medio Atrato	122	88	73	Disminución	Segu
	Quibdó	827	630	235	Disminución	Éxito
	Rioquito	50	77	22	Disminución	Éxito
	Ríosucio	55	9	19	Aumento	Segu
Buenaventura	Unguía	3	10	3	Disminución	Segu
	Buenaventura	259	78	107	Aumento	Segu
	Nariño	414	232	167	Ninguno	Segu

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología:

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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años

Esta semana se notificaron 20 muertes en menores de 5 años: 15 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda y 5 a desnutrición. No se notificaron casos por enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 15 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 9 correspondientes a esta semana y 6 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 6 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca, Boyacá, Guainía y Santander en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 11 entre 2014 a 2020, mientras que, en Sucre se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Para esta semana se notificaron 5 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menor de 5 años, 4 correspondientes a esta semana y 1 de una semana anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 4 casos.

Para esta semana se observó aumento en el número de casos en las entidades territoriales de La Guajira, Santa Marta y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 11 entre 2014 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

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

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Meta, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 11 entre 2014 a 2020. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Metodología:

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

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 11 de 2021 se notificaron 98 muertes maternas, 82 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 12 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 4 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 10.

Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 11, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	68	33	15	116
2020	63	36	7	106
2021	82	12	4	98

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 30,1 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 11 es de 55,8 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 11.

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

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Guaviare	1	307,7
Magdalena	6	186,5
Santa Marta	4	185,4
Chocó	2	156,7
Meta	5	135,2
Bolívar	4	109,9
Buenaventura	1	96,9
Putumayo	1	92,2
Risaralda	2	86,7
Cali	5	86,0
Córdoba	5	85,8
La Guajira	4	80,5
Valle del Cauca	3	66,2
Barranquilla	3	60,8
Colombia	82	55,8
Norte de Santander	3	53,9
Cartagena	2	52,8
Tolima	2	52,3
Antioquia	9	51,7
Caldas	1	50,4
Huila	2	48,0
Cesar	2	37,6
Cundinamarca	3	35,9
Bogotá	7	34,8
Sucre	1	31,2
Santander	2	30,8
Nariño	1	25,6
Atlántico	1	22,8

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

DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2020.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

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

Tabla 12.

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

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Bolívar	4	1	0,015
Guaviare	1	0	0,000
Huila	2	0	0,000
Meta	4	2	0,036
Nariño	1	5	0,034
Santa Marta	4	1	0,015
Cali	5	2	0,036

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 11 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Bolívar, Guaviare, Huila, Meta, Santa Marta y Cali y disminución en la entidad territorial de Nariño.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 22,0 % corresponde a causas directas y el 20,7 % a causas indirectas.

Tabla 13.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	18	22,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	6	7,3
Sepsis relacionada con el embarazo	4	4,9
Hemorragia obstétrica	4	4,9
Evento tromboembolico como causa básica	3	3,7
Otras causas directas	1	1,2
INDIRECTA	17	20,7
Otras causas indirectas	8	9,8
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	4	4,9

Sepsis no obstétrica: Neumonía	4	4,9
Sepsis no obstétrica	1	1,2
EN ESTUDIO	47	57,3

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Las principales causas de muerte materna directa corresponden a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 7,3% y con el 4,9% la sepsis relacionada con el embarazo y la hemorragia obstétrica.

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 11 de 2021, se han notificado 1 662 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 25 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 155 casos, 97 corresponden a esta semana y 58 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 11 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Guainía	8	35,7
Vichada	9	26,9
Chocó	30	23,5
Arauca	20	20,7
Barranquilla	84	17,0
Amazonas	4	16,7
Córdoba	95	16,3
Bolívar	58	15,9
La Guajira	78	15,7
Sucre	47	14,7
Buenaventura	15	14,5
Putumayo	15	13,8

Quindío	18	13,7
Nariño	50	12,8
Caldas	25	12,6
Risaralda	29	12,6
Caquetá	19	12,5
Cauca	49	11,8
Cartagena	44	11,6
Antioquia	195	11,2
Atlántico	49	11,2
Cundinamarca	92	11,0
Colombia	1637	11,0
Cesar	58	10,9
Boyacá	34	10,6
Tolima	39	10,2
Valle del Cauca	45	9,9
Huila	41	9,8
Casanare	14	9,8
Magdalena	30	9,3
Cali	54	9,3
Meta	34	9,2
Vaupés	1	8,1
Santa Marta	17	7,9
Bogotá	154	7,7
Santander	44	6,8
Norte de Santander	37	6,7
San Andrés y Providencia	1	5,6
Guaviare	1	3,1

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 11,0 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 22 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (35,7), Vichada (26,9), Chocó (23,5), Arauca (20,7) y Barranquilla (17,0).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,1 % (787), seguido de neonatales tempranas con 27,7 % (453), neonatales tardías con 14,4 % (235) y perinatales intraparto con 9,9 % (162).

Figura 12.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

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

Descargar

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,1 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmaturidad 24,3 % y asfixia y causas relacionadas 21,1 %.

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

Metodología:

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

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

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 21 de marzo de 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Los casos confirmados de COVID-19 continuaron aumentando con poco menos de 3,3 millones nuevos casos notificados en la última semana, se reportan 60 000 nuevas muertes, se evidenció un aumento en las notificaciones en el sudeste de Asia, el Pacífico occidental, Europa y el Este. El mayor número de casos nuevos se notificó en Brasil (508 010 casos nuevos; aumento del 3 %), Estados Unidos de América (374 369 casos nuevos; disminución del 19 %), India (240 082 casos nuevos; aumento del 62 %), Francia (204 840 casos nuevos; 27 % de aumento) e Italia (154 493 nuevos casos; similar a la semana anterior)

La variante VOC 202012/01 se ha detectado en 125 países, esta se ha asociado con un mayor riesgo de hospitalización, gravedad y mortalidad; la variante 501Y.V2 se ha detectado en 75 países, se ha encontrado en varias áreas dentro de la Región de África, con un riesgo de mortalidad intrahospitalaria en

aumentó; la variante P.1 se ha detectado en 41 países la cual es 2,5 veces más transmisible (IC del 95 %: 2,3-2,8) en comparación con la variante que circulaba anteriormente, mientras que la probabilidad de reinfección es baja, es decir, 6,4 % (IC: 5,7-7,1%).

Región africana: esta semana notificaron casi 51 000 casos nuevos y más de 1 400 nuevas muertes, una disminución del 3 % y un aumento del 10 %, respectivamente. Se notificaron el mayor número de casos nuevos en Etiopía (10,1 casos nuevos por 100 000 habitantes), Sudáfrica (14,1 casos nuevos por 100 000) y Kenia (13,7 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes se registraron en Sudáfrica (1,4 nuevas muertes por 100 000), Etiopía (0,1 nuevas muertes por 100 000) y Kenia (0,1 nuevas muertes por 100 000).

Región de las Américas: se notificaron casi 1,2 millones de casos nuevos y poco más 31 000 nuevas muertes, una disminución del 5 % y un aumento del 2 %, respectivamente. El mayor número de casos nuevos fue notificado desde Brasil (239 casos nuevos por 100 000), los Estados Unidos de América (113,1 casos nuevos por 100 000 y Perú (148,7 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes se registró en Brasil (7,2 nuevas muertes por 100 000), los Estados Unidos de América (2,3 nuevas muertes por 100 000), y México (2,6 nuevas muertes por 100 000).

Región del Mediterráneo Oriental: notificó casi 264 000 casos nuevos y apenas más de 3 200 nuevas muertes, un 8 % y un 12 % de aumento respectivamente en comparación con la semana pasada. El mayor número de casos nuevos fueron notificados por Jordania (2 casos nuevos por 100 000 habitantes), la República Islámica de Irán (64,8 casos nuevos por 100 000) e Irak (87,2 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes se registró en la República Islámica de Irán (0,7 nuevas muertes por 100 000), Jordania (4,9 nuevas muertes por 100 000) y Líbano (5,6 nuevas muertes por 100 000).

Región europea: notificó más de 1,4 millones de casos nuevos y casi 22 000 nuevas muertes, un aumento del 13 % y del 1 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. Francia notificó el mayor número de casos nuevos (313,8 casos nuevos por 100 000), Italia (255,5 nuevos casos por 100 000) y Polonia (401,4 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes se registró en la Federación de Rusia (2 nuevas muertes por 100 000), Italia (4,6 nuevas muertes por 100 000) y Polonia (5,6 nuevas muertes por 100 000).

Región de Asia Sudoriental: notificó más de 298 000 casos nuevos y más de 2 400 nuevas muertes, un 49 % y un 14 % de aumento respectivamente en comparación con la semana anterior. El 80 % de todos los casos nuevos fueron notificados en la India (17,4 casos nuevos por 100 000), Indonesia (15,0 casos nuevos por 100 000) y Bangladesh (7,6 casos nuevos por 100 000). Los mismos países reportaron el mayor número de nuevas muertes en la región, India (0,1 nuevas muertes por 100 000), Indonesia (0,4 nuevas muertes por 100 000) y Bangladesh (0,1 nuevas muertes por 100 000).

Región del Pacífico Occidental: esta semana notificó casi 64 000 casos nuevos y casi 500 nuevas muertes, un aumento del 29 % y una disminución del 33 % respectivamente en comparación con la semana anterior. Aunque el número de casos nuevos en la región ha aumentado por tercera semana consecutiva, el número de nuevas muertes semanales continúa disminuyendo. Filipinas notificó el mayor número de casos nuevos (36 casos nuevos por 100 000), Malasia (28,7 nuevos casos por 100 000) y Japón (6,9 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes se registró en Japón (0,2 nuevas muertes por 100 000), Filipinas (0,1 nuevas muertes por 100 000) y la República de Corea (0,1 nuevas muertes por 100 000), Japón y Filipinas reportaron el 86 % de las nuevas muertes semanales en la Región.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 21 de marzo de 2021. Fecha de consulta 25 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---23-march-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---23-march-2021>)

Actualización epidemiológica Variantes de SARS-CoV-2 en las Américas.

Fecha de publicación 24 de marzo 2021. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

A la fecha, 141 países/territorios han detectado casos de infección por alguna de las tres variantes de preocupación (VOC por su acrónimo en inglés) reconocidas actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Del total 32 países/territorios corresponden a la región de las Américas.

La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, este virus se ha dividido en diferentes grupos genéticos o clados. A nivel global, se observa un cambio constante de la proporción de clados predominante desde el inicio de la pandemia hasta ahora. Al 5 de junio de 2020 el 49 % de las muestras disponibles en el GISAID se asociaba al clado GR la cual aumento al 53 % al 22 de agosto de 2020, disminuyendo al 37 % al 7 de noviembre de 2020, por otro lado, se observa que el clado GH ha mantenido una tendencia estable aportando el 35 % al total de las secuencias al 6 de diciembre de 2020 y 30 % al 21 de marzo de 2021.

En cuanto a la caracterización genómica del SARS-CoV-2 desde la identificación hasta el 22 de marzo de 2021 se han compartido a nivel mundial, más de 845 000 secuencias genómicas completas. La capacidad de monitoreo de la evolución viral casi en tiempo real tiene un impacto directo en la respuesta en salud pública de la pandemia de COVID-19, permitiendo identificar cambios de los patrones epidemiológicos o en la virulencia.

Las variantes de preocupación (VOC) de SARS-CoV-2 a la fecha se han identificado tres variantes (B.1.1.7, B.1.351 y B.1.1.28.1) que han sido clasificados por la OMS. Los factores para la definición operativa para las VOC son el aumento de la transmisibilidad el daño causado por el cambio en la epidemiología de la COVID-19; aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad o la disminución de la eficacia de las medidas de distanciamiento social y de salud pública o de los diagnósticos, vacunas y terapias disponibles. Las definiciones operativas serán revisadas periódicamente y actualizadas según sea necesario.

Con relación a las Américas, hasta el 23 de marzo de 2021, 32 países/territorios han notificado la detección de casos de infección por las VOC, lo que representa un incremento de un nuevo territorio en comparación con la última publicación por la OPS/OMS del 11 de marzo de 2021. Las tres VOC se han notificado en Aruba, Canadá, Los Estados Unidos de América, Martinica y San Martín.

Las variantes de interés en salud pública (VOI por su acrónimo en inglés) de SARS-CoV-2 las cuales han sido definidas por la OMS como los cambios fenotípicos en comparación con un aislado de referencia o la presencia de genomas con mutaciones que conducen a cambios de aminoácidos asociados con implicaciones fenotípicas establecidas o sospechosas y se han identificado que causa transmisión comunitaria/múltiples casos/ conglomerados de los casos de COVID-19, o se han detectado en varios países o si es evaluada por la OMS como una VOI con el grupo de trabajo de la OMS sobre la evolución del SARS-CoV-2.

Hasta el 2 de marzo de 2021 la OMS ha clasificado como VOI las siguientes variantes: B.1.525, B.1.427/B.1.429 y B.1.1.28.2, alias P.2. Algunos países de Latinoamérica que han notificado VOI, son Brasil y los Estados Unidos de América. En Brasil se ha notificado la variante P.2, la cual se ha destacado por el incremento observado en la proporción de esta variante en el país entre septiembre de 2020 (0,7 %) y febrero de 2021 (45 %). Esta variante también ha sido notificada en las Américas en Argentina, Chile, Estados Unidos de América, México, Sint Maarten, Uruguay y Venezuela. En Estados Unidos de América

se han notificado dos VOI las cuales fueron detectadas en Nueva York B.1.526 y B.1.525 se caracterizan porque presentan una reducción potencial de la neutralización por tratamientos con anticuerpos monoclonales y una reducción potencial de la neutralización por sueros de convalecientes y post vacunación. Así mismo, dos fueron detectadas por primera vez en California, B.1.427 y B.1.429 observado algunos atributos similares a las de Nueva York, como es la reducción moderada de la neutralización utilizando sueros de convalecencia y post vacunación, además de un 20 % más de transmisibilidad y un impacto significativo en la neutralización de algunas terapias usadas en el país.

En las Américas, hasta la fecha, se ha notificado la detección de las siguientes variantes: en Aruba las variantes B.1.526, B.1.427/B.1.429; en Chile, las variantes B.1.525 y B.1.427/B.1.429; en Costa Rica, las variantes B.1.427/B.1.429 y B.1.525; en México, la variante B.1.427/B.1.429; en San Martín, las variantes B.1.427/B.1.429 y B.1.526 y en Sint Maarten la variante B.1.427/B.1.429 y B.1.526.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Actualización epidemiológica variantes de SARS-CoV-2. Fecha de publicación 24 de marzo de 2021. Fecha de consulta 25 de marzo de 2021. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-variantes-sars-cov-2-americas-24-marzo-2021> (<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-variantes-sars-cov-2-americas-24-marzo-2021>)

Alertas nacionales

Situación movilización de población procedente de Venezuela a municipio de Arauquita – Arauca. Marzo 25 de 2021

Se recibió información desde la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, indicando que el 22 de marzo en horas de la madruga se inició un ataque armado en área rural del país fronterizo de Venezuela lo que generó un desplazamiento forzado de la población hacia el municipio de Arauquita. A la fecha, se han caracterizado 15 centros de recepción con un total de 791 familias, 477 niños menores de 5 años, 183 adultos mayores de 60 años, 16 gestantes y 66 lactantes, para un total de 3 280 personas. No se han encontrado personas con sintomatología febril.

La entidad territorial realizó toma de muestras para detección de SARS-CoV-2 en población de tres centros de recepción, se realizó articulación con la IPS Sikuaso para la toma de muestras en la población indígena Macaguanares.

El 24 de marzo se realizó Sala de Análisis de Riesgo con la Entidad Territorial, se insiste desde el INS en mantener la vigilancia en los eventos de interés público que incluyen COVID-19, ETA, violencia intrafamiliar, dengue, EDA, IRA, sífilis gestacional y congénita, mortalidad por IRA y tuberculosis. Desde el nivel nacional se indica que se realizará desplazamiento de un ERI, de igual manera, se orienta sobre la toma de muestras para el diagnóstico tanto por PCR como por Ag.

Fuente: SITREP 5. Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca. Marzo 25 de 2021.

Evaluación de situaciones ambientales de respuesta inmediata en salud pública por aumento de precipitaciones en los departamentos de Huila y Valle del Cauca. Semana epidemiológica 11 de 2021

Se han reportado precipitaciones en el territorio nacional desde el 1 de enero al 12 de marzo del 2021, generando 289 situaciones de emergencia, entre ellas, 146 movimientos en masa, 45 inundaciones, 34 vendavales, 32 crecientes súbitas, 24 vendavales con fuertes lluvias, 4 avenidas torrenciales, 3 granizadas y 1 tormenta eléctrica, en 176 municipios de 23 departamentos. Se decidió priorizar los departamentos de Huila y Valle del Cauca para el seguimiento de la situación por posibles repercusiones en salud.

El departamento del Huila ha presentado afectaciones en viviendas e infraestructura, dejando 2 110 personas damnificadas en al menos 26 municipios, tres fallecidos, una persona desaparecida, dos heridos, ocho viviendas destruidas, 113 viviendas averiadas y 117 vías afectadas y pérdida de la carpeta asfáltica en el corredor vial de Santana – Mocoa – Neiva, por creciente del río Timaná.

Se estableció alerta naranja por crecientes súbitas en el Alto Magdalena y sus afluentes, alerta roja en el alto Magdalena por crecientes súbitas en los niveles de los ríos Timaná y Tobo, a la altura del municipio de Pitalito y Elías. Se tiene reporte de información concerniente a las condiciones ambientales afectadas por las altas precipitaciones con afectación en cuerpos de agua y suelo, no se han presentado problemáticas en fauna, flora o afectaciones en salud.

Desde el nivel central, se intensificó la vigilancia epidemiológica de los siguientes eventos en salud pública: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), dengue, malaria, leishmaniasis, leptospirosis y accidente ofídico. Los eventos EDA, dengue, leishmaniasis y leptospirosis se encuentran por debajo de lo esperado; por otro lado, los eventos de IRA, accidente ofídico y malaria se encuentran en el valor esperado, se reforzará el seguimiento para eventos relacionados a temporada de lluvias

El departamento del Valle del Cauca ha sido afectado por fuertes precipitaciones, que se han incrementado por encima de los valores históricos y han afectado al menos 70 % de los municipios del Valle del Cauca. Se tiene un total de 21 municipios en alerta hidrológica y alerta por desplazamientos. Los municipios de Bugalagrande y Yumbo decretaron la calamidad pública debido a las afectaciones de los últimos días. Existe la alta probabilidad de presentar incremento de enfermedades de transmisión por vectores, accidentes ofídicos, EDA e IRA, enfermedades de la piel y otras. De acuerdo con la valoración del riesgo estimada a través del Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud se está en riesgo bajo (verde). Los eventos EDA, dengue y leishmaniasis se encuentran por debajo de lo esperado; por otro lado, los eventos de IRA, accidente ofídico, leptospirosis y malaria se encuentran en el valor esperado, se reforzará el seguimiento para eventos relacionados a temporada de lluvias

Se continua el monitoreo de riesgo evaluado por la herramienta (MASSAES) debido al aumento y perduración del evento en el territorio nacional. Se establecerán programas y alertas tempranas que permitan informar a la comunidad sobre la prevención de enfermedades transmitidas por agua, por el uso consumo de aguas estancadas y producto de inundaciones, se activarán cadenas de articulación entre el área encargada de atención de emergencias en salud pública.

Fuente: SITREP 5. Concepto de evaluación de riesgo ambiental No. 1. Marzo 25 de 2021.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

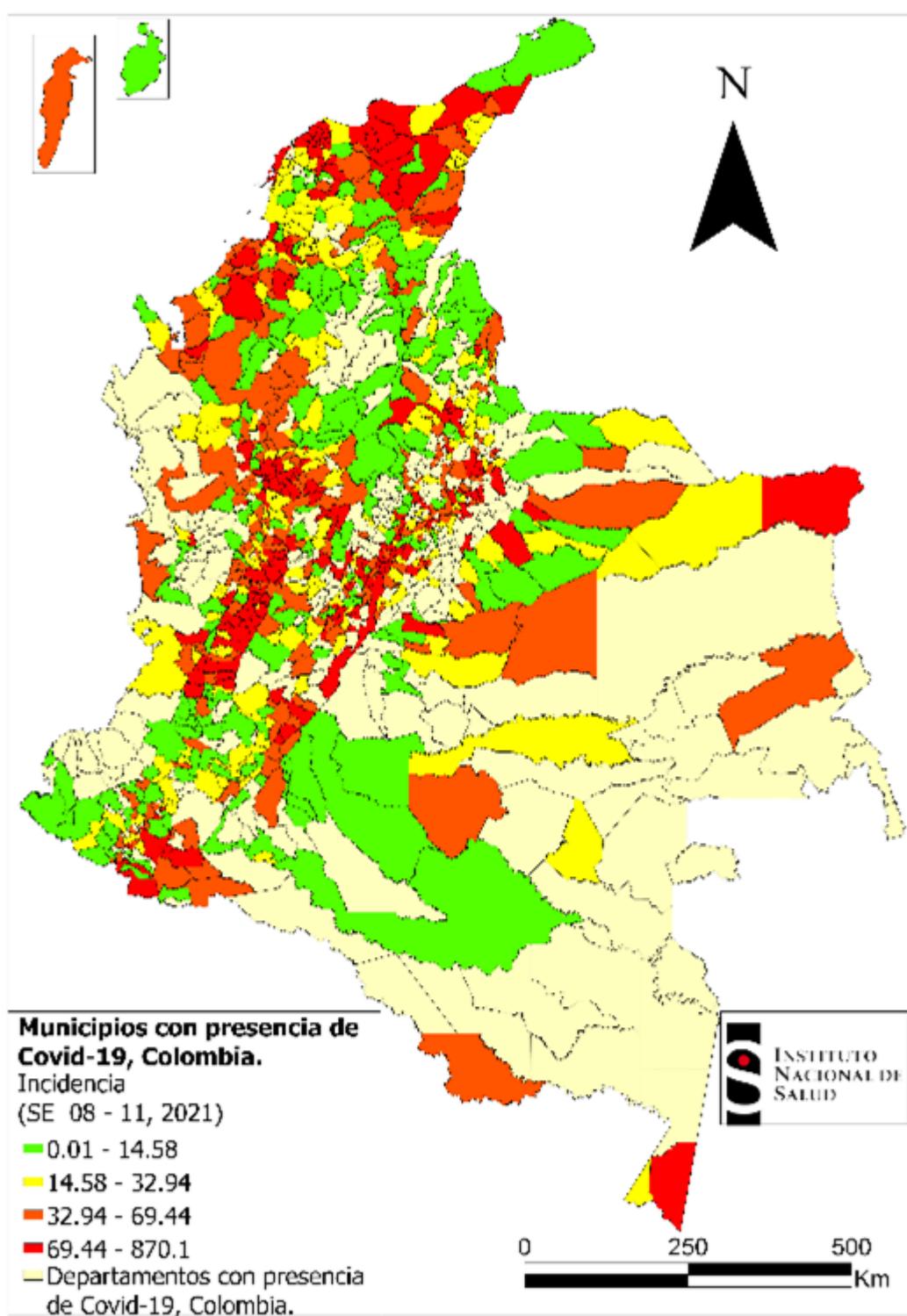
Análisis de casos

Situación COVID-19

Hasta el 25 de marzo de 2021 se han confirmado por laboratorio 2 359 942 casos de COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 112 municipios. La incidencia acumulada es de 4 684,9 casos por cada 100 000 habitantes. A la fecha el 1,6 % (39 328) de los casos se encuentra activo, siendo procedentes principalmente de Bogotá con el 22,3 % (8 772), Antioquia con el 20,8 % (8 213), Valle del Cauca con el 8,7 % (3 439), Barranquilla con el 8,6 % (3 379) y Atlántico con el 5,7 % (2 242). A nivel municipal, el 56 % (22 057) de los casos activos se encuentra principalmente en Bogotá (8 772), Medellín (5 030), Barranquilla (3 379), Cali (2 355), Santa Marta (1 330) y Soledad (1 191).

La incidencia nacional de casos activos es de 78,07 casos por 100 000 habitantes. Los municipios con mayor incidencia de casos activos son: Caicedonia – Valle del Cauca (354,13), Ciénaga – Magdalena (273,45), Covarachía – Boyacá (259,07), Coveñas – Sucre (256,20), Cepitá – Santander (197,53), Santa Marta – Magdalena (187,9) y Norcasia – Caldas (179,50). De los casos activos el 50,9 % (20 029) se reportó en hombres y según el grupo de edad el 67,8 % (26 670) se presenta en personas entre los 20 y los 59 años. De acuerdo con la ubicación, el 75,0 % (29 521) de los casos activos se encuentra en casa, el 21,5 % (8 456) hospitalizado en sala general y el 3,4 % (1 351) hospitalizado en UCI.

Figura 13.**Incidencia de casos confirmados de COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 08 a 11, 2021**



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_13_incidencia_COVID-19_SE_11_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_13_incidencia_COVID-19_SE_11_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

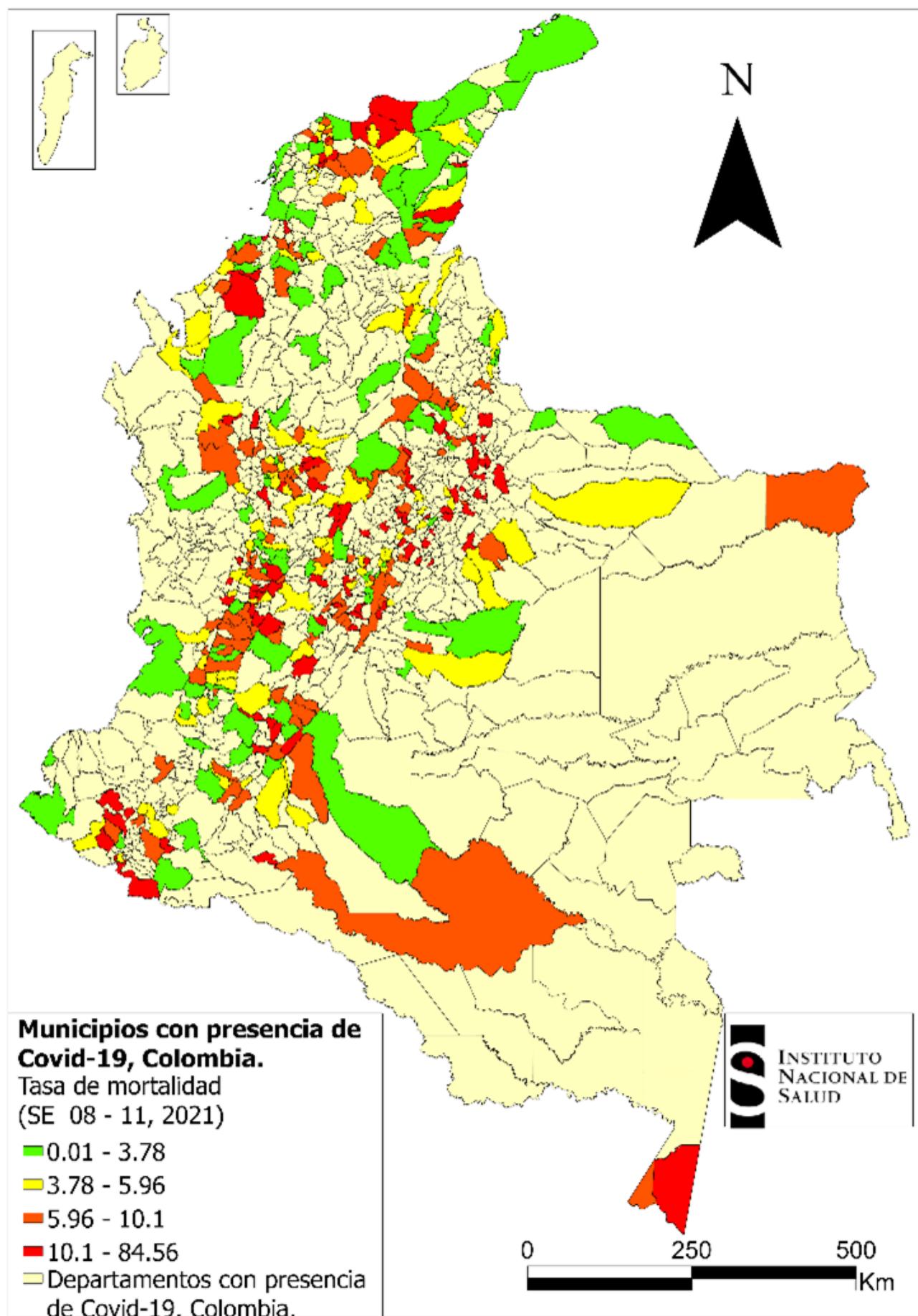
Entre el 22 de febrero y el 20 de marzo de 2021 (SE 08 a 11, 2021), se reportaron 69 181 casos de COVID-19, para una incidencia de 143,80 casos por 100 000 habitantes.

Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia de periodo nacional fueron Santa Marta (566,12), Amazonas (531,89), Barranquilla (455,63), Atlántico (260,62), Bogotá D.C. (244,04), Cali (216,08), Antioquia (205,00), Quindío (201,16) y Magdalena (170,80). Durante este periodo epidemiológico (SE 08 a 11, 2021) se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, La Guajira y Santa Marta. Por el contrario, las entidades territoriales de Magdalena (0,9 veces), Sucre (0,7 veces), Antioquia (0,7 veces), Risaralda (0,7 veces), Guainía (0,7 veces), Cesar (0,6 veces), Caldas (0,6 veces), Córdoba (0,6 veces), Quindío (0,5 veces), Buenaventura (0,5 veces), Vichada (0,5 veces), Cali (0,5 veces) y Valle del Cauca (0,5 veces) registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior.

Hasta la semana epidemiológica 11, se han reportado 61 907 muertes, entre el 22 de febrero y el 20 de marzo de 2021 (SE 08 a 11, 2021), se notificaron 2 629 fallecidos, lo que corresponde al 4,2 % del total de casos fatales. Las entidades con mayor notificación de fallecidos durante este periodo epidemiológico fueron: Bogotá con 18,8 % (496), Antioquia con 13,2 % (349), Cali con 6,9 % (184), Santander con 5,5 % (147), Cundinamarca con 5,2 % (139), Valle del Cauca con 4,4 % (117) y Magdalena con 4,3 % (115).

Figura 14.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 08 a 11, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_mortalidad_COVID-19_SE_11_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_14_mortalidad_COVID-19_SE_11_2021.png)

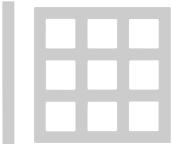
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre la semana epidemiológica 08 a 11, 2021, los municipios con la mayor tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes fueron: Leticia – Amazonas (84,55), Onzaga – Santander (73,96), Ciénaga – Magdalena (67,70), Almeida – Boyacá (55,65), Sativanorte (46,71), Arbeláez (45,80).

Durante el periodo analizado (SE 08 a 11, 2021) fallecieron 151 personas entre los 15 y 44 años y 2 094 personas mayores de 60 años, que corresponden al 5,7 % y 79,6 % de las muertes del periodo. Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la SE 08 a 11, 2021 con respecto al periodo anterior (SE 04 a 07, 2021), se observó que de los 368 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 24,7 % (91) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y letalidad. Los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Fredonia - Antioquia (Δ 5,0), Santo Tomás – Atlántico (Δ 4,0), Cereté – Córdoba (Δ 4,3), Ciénaga – Magdalena (Δ 4,7) y Roldanillo – Valle del Cauca (Δ 3,0). Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Fredonia - Antioquia (Δ 8,5), Frontino – Antioquia (Δ 17,3), Soatá – Boyacá (Δ 6,0) y Venadillo - Tolima (Δ 5,5).

Adicionalmente, durante el periodo analizado (SE 08 a 11, 2021) se notificaron por fecha de inicio 54 conglomerados, de los cuales 48 se encuentran activos con 367 casos confirmados y 1 131 muestras obtenidas para un porcentaje de positividad del 32,4 %. De los conglomerados activos, el 33,3 % (16) se presentó en Fuerzas Militares con 144 casos confirmados; 16,7 % (8) en Centros de Protección con 56 casos; 14,6 % (7) en empresas con 28 casos; 12,5 % (6) en población carcelaria con 57 casos confirmados, 8,3 % (4) en ámbito comunitario con 27 casos; 8,3 % (4) en Policía con 44 casos confirmados; 4,2 % (2) en instituciones educativas con 5 casos y el 2,1 % (1) en población migrante con 6 casos.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 11 / 14 al 20 de marzo de 2021

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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/126/Cuadro_de_mando_SE_11_2021.pdf)

SOBRE ESTE BOLETÍN

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

Publicación en línea: ISSN 2357.6189 2018

Directivos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

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

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

Editor

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

Diseño y diagramación

Alexander Casas Castro - acasas@ins.gov.co

Autores temáticos

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

Eventos trazadores - Mortalidad
Giana María Henriquez Mendoza - ghenriquez@ins.gov.co

María Eugenia Pinilla Saraza – mpinillas@ins.gov.co
Diana Alexa Forero Motta – dforero@ins.gov.co

Eventos trazadores – Morbilidad

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

Brotes

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

Tablas de mando

Yudy Silva Lizarazo - ysilva@ins.gov.co
Diana Lucero Rivera Gómez - drivera@ins.gov.co

Índice

Figuras

Tablas

Evento central

Situación nacional

Eventos trazadores

Brotes y situaciones de emergencia en salud pública

Tablas de mando

Sobre esta publicación

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 11 de 2021

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_1_comportamiento_eventos_alta_frec

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 11 de 2021

Tabla 3. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2021



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

