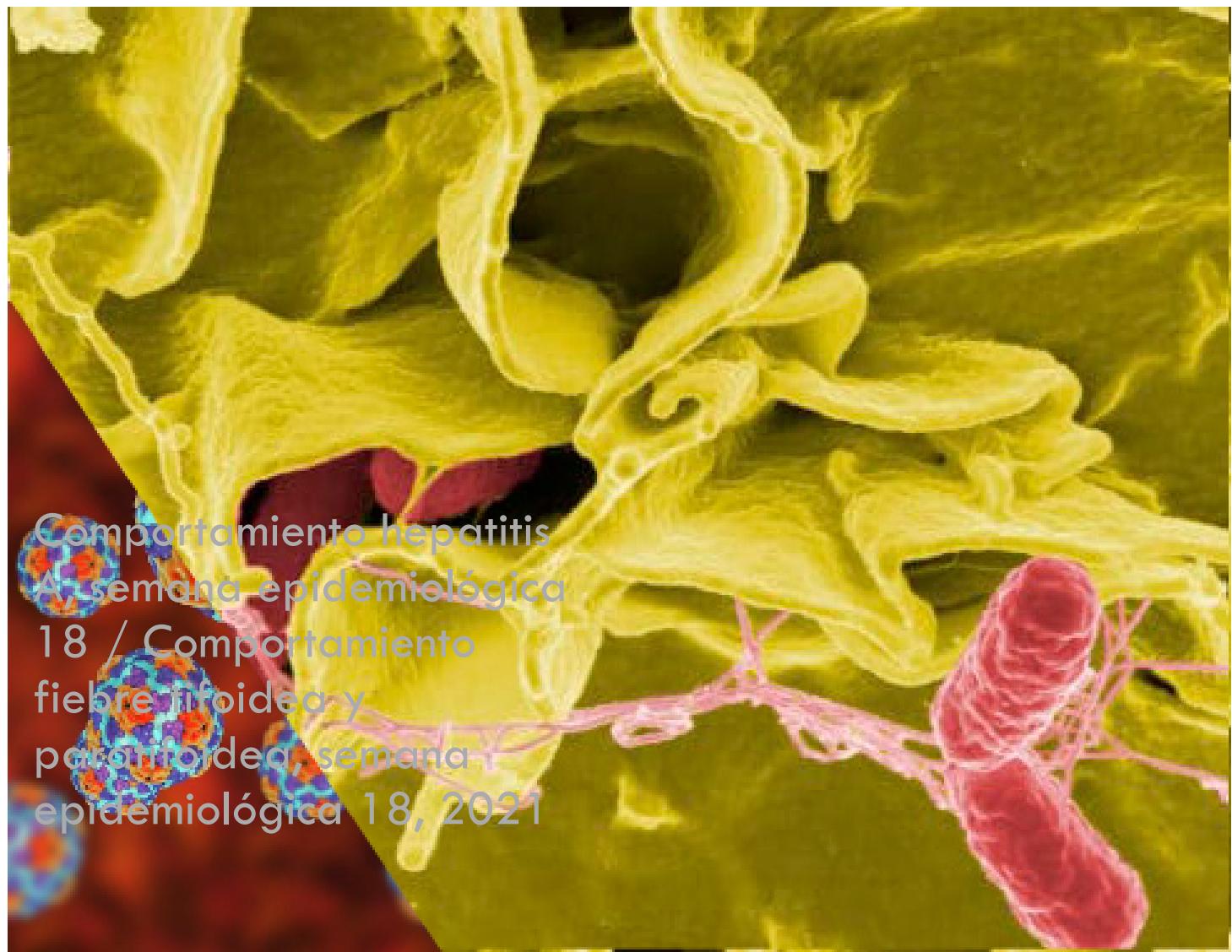


BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**

Semana epidemiológica 19 / 9 al 15 de mayo de 2021

EVENTO CENTRAL

Comportamiento hepatitis A, semana epidemiológica 18 / Comportamiento fiebre tifoidea y parotiditis, semana epidemiológica 18, 2021

Fuente: .

Análisis

Comportamiento de la hepatitis A, semana epidemiológica 18

En mayo de 2016 la Asamblea Mundial de la Salud validó la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016 a 2021 en la que se hizo un llamado a la eliminación de las hepatitis víricas como amenaza de la salud pública de aquí al 2030.

Se busca reducir nuevas infecciones en un 90 % y la mortalidad en un 65 %; por otro lado, debe haber una necesidad de respuesta urgente que ponga freno a la transmisión de hepatitis víricas mediante estrategias como:

Sensibilización al público

Adopción a medidas de avance rápido

Realización de pruebas y tratamientos

Vacunación

Importancia de la hepatitis A en la vigilancia pública

Alrededor de 1,5 millones de casos son notificados anualmente en todo el mundo.

Hay una alta tasa de subregistros por la infección asintomática que se presenta más que todo en niños menores de 1 año.

Los niños mayores, adolescentes y adultos suelen tener infecciones limitadas y sintomáticas.

El periodo de incubación es largo (15 a 50 días) el cual dificulta medidas de control.

De un 10 % a un 20 % requiere hospitalización, con promedio de incapacidad de 27 días.

Incidencia de hepatitis A, semana 18 de 2021

La incidencia de hepatitis A hasta la semana 18 está en 0,23 casos por cada 100 000 habitantes, siendo la incidencia más baja para la virosis en todos los períodos anuales, presentándose un 92 % menos que el 2019 y un 81 % menos que el 2020.

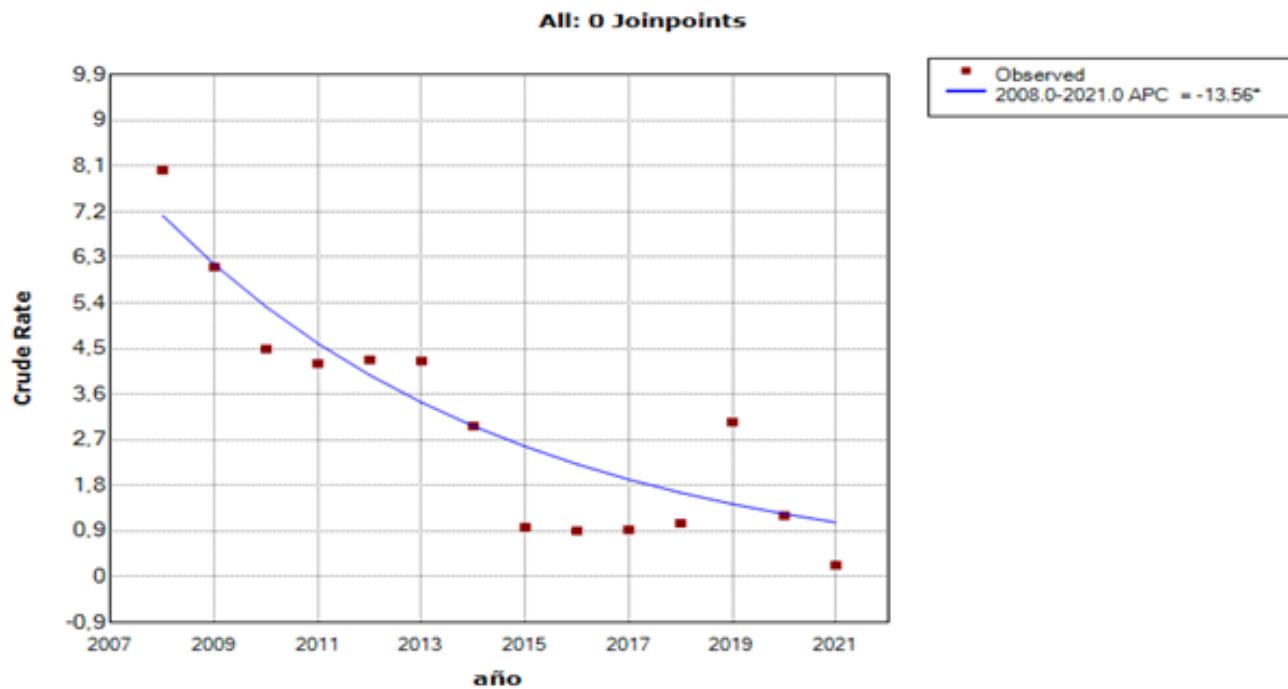
La incidencia nacional a semana 18 muestra una disminución estadísticamente significativa de menos 13,56 joinpoint desde los períodos 2008 a 2021, a semana 18 el año que más reportó casos fue el 2008 con 3 566 casos y una incidencia de 8,1 casos por cada 100 000 habitantes, se observa que a partir de la inclusión de la vacuna en el 2013 hay una reducción estadísticamente significativa reportándose menos de 1 000 casos exceptuando el 2019 que fue un año epidémico para hepatitis A, por otro lado las incidencias para este período epidemiológico están por debajo de un caso por cada 100 000 habitantes.

En cuanto a la incidencia en menores de un año, se observó un descenso estadísticamente significativo de -19,11 joinpoint, este grupo presentó un descenso significativo de la notificación, pasando de 58 casos a menos de 10 casos en los períodos donde se incluyó la vacuna, encontrándose las incidencias por debajo de 1 caso por cada 100 000 habitantes.

El grupo de menores de 10 años, grupo de interés al ser el grupo o corte de recibir la vacuna de hepatitis A, muestra un descenso estadísticamente significativo de -20,49 joinpoint pasando de una notificación en 2008 de 1 495 casos con una incidencia de 17 casos por cada 100 000 habitantes a una notificación de menos de 100 casos y incidencias menores a 5 casos por cada 100 000 habitantes en los años posteriores a la vacuna.

En resumen, la vacuna ha mostrado una acción positiva y estadísticamente significativa en la reducción de casos por hepatitis A.

Figura 1. Incidencia de hepatitis A a semana epidemiológica 18, Colombia, 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021.

Incidencias de hepatitis A por departamento 2019 a 2021

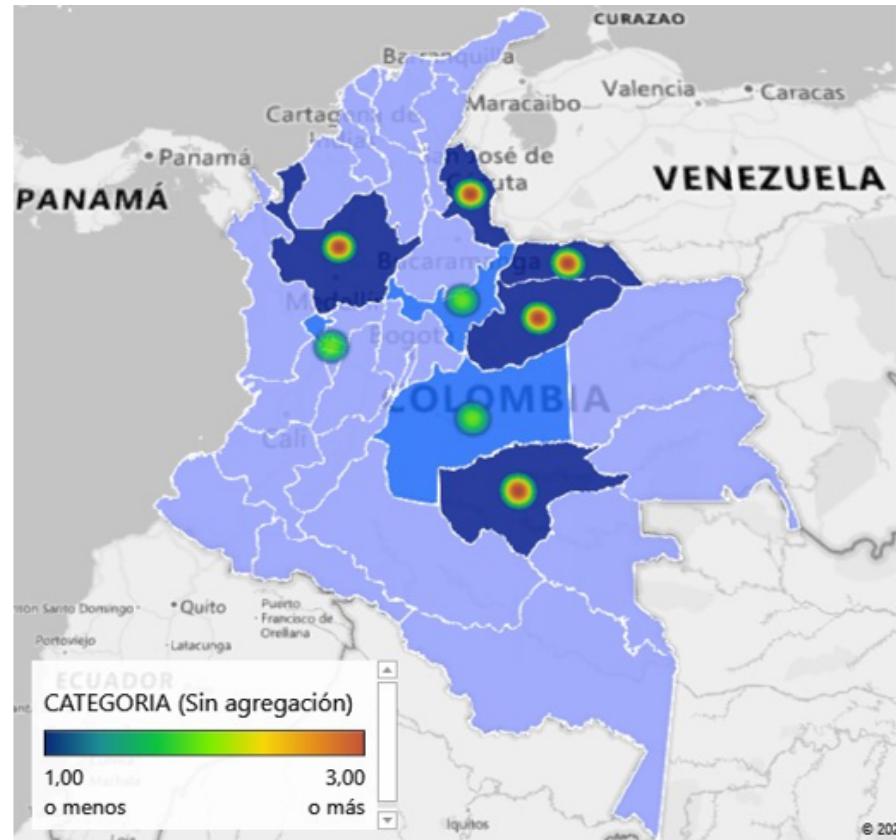
La hepatitis A muestra un comportamiento epidémico por zonas geográficas, siendo las entidades territoriales de mayor riesgo: Caldas, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Valle del Cauca, Arauca y Casanare, que son los que reportan una mayor incidencia para la infección vírica de hepatitis A.

Para el 2021 los departamentos que han estado por encima de la incidencia nacional de 0,23 casos por cada 100 000 habitantes son: Antioquia (0,62), Boyacá (0,24), Meta (0,28), Norte de Santander (1,28), Arauca (4,32), Casanare (1,14) y Guaviare (4,52).

Figura 2. Incidencia de hepatitis A según entidad territorial a semana epidemiológica 18, Colombia, 2021

0.23

100.000 habitantes
Incidencia nacional



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2021.

Comportamiento fiebre tifoidea y paratifoidea a semana epidemiológica 18 de 2021

La fiebre tifoidea es una enfermedad sistémica causada por una bacteria *Salmonella* entérica serotipo *typhi* (*S. typhi*). Los síntomas son una fiebre elevada, postración, dolor abdominal y un exantema de color rosado. El diagnóstico es clínico y se confirma con el cultivo. El tratamiento se lleva a cabo con ceftriaxona, ciprofloxacina o azitromicina.

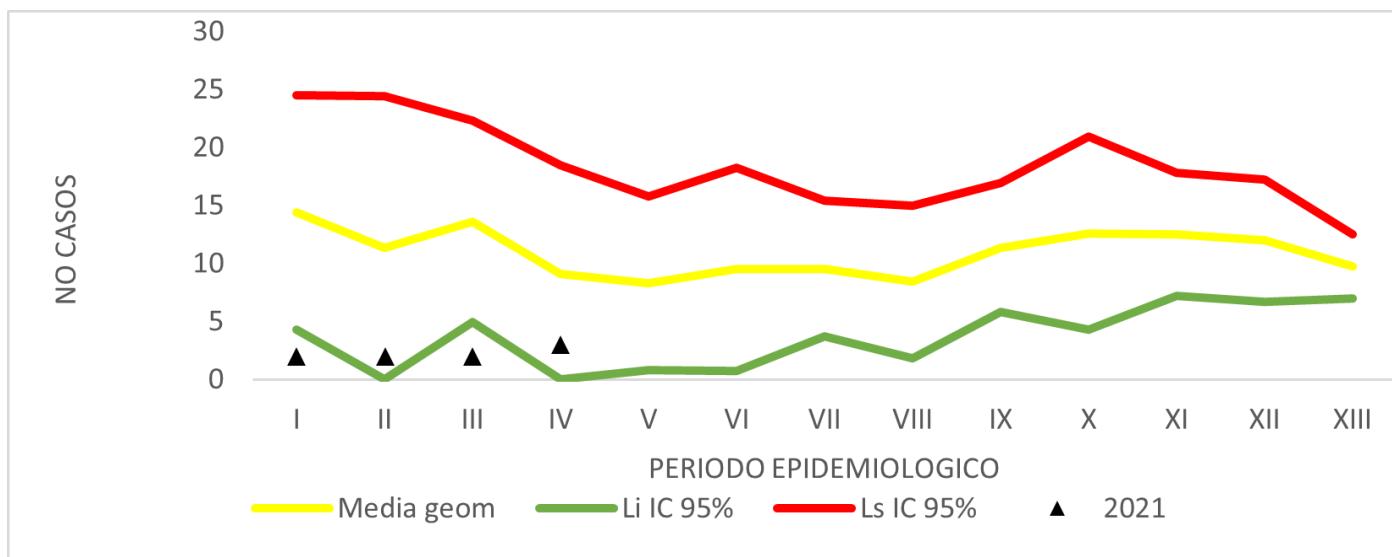
la fiebre tifoidea sigue siendo un importante problema de salud pública en entornos con recursos limitados. Siguen existiendo varios desafíos, incluso en los campos del diagnóstico, la epidemiología de las enfermedades y el tratamiento.

Estudios recientes estiman que anualmente se producen 9,9 y 24,2 millones de casos, 75 000 y 208 000 muertes por año, siendo los países de Asia y África los que presentan el mayor número de casos. En Colombia la incidencia es de menos de un caso por 100 000 habitantes, es así como en 2016 fue de 0,5 casos, 0,3 en 2017, 0,4 en 2018, 0,3 en 2019 y en 2020 0,1 casos por 100 000 habitantes.

A semana epidemiológica 18 de 2021 en Colombia se han notificado 26 casos, de los cuales 6 son probables, 9 confirmados y 11 descartados; esto representa una disminución del 56 % con respecto a 2020. Con relación al sexo no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres en el total de los casos notificados y en los casos confirmados predomina en hombres con el 66,7 %.

De acuerdo con el canal endémico para este año a periodo epidemiológico (PE) IV el evento se encuentra en zona de éxito o de seguridad; este evento es de baja notificación y para los últimos 5 años el límite superior histórico se encuentra en menos de 25 casos notificados por PE (Figura 3).

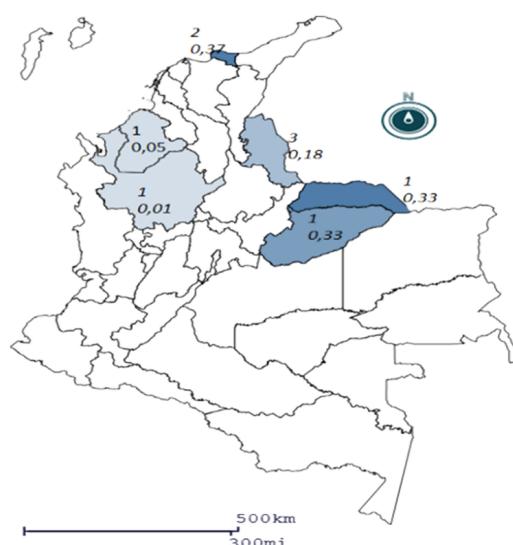
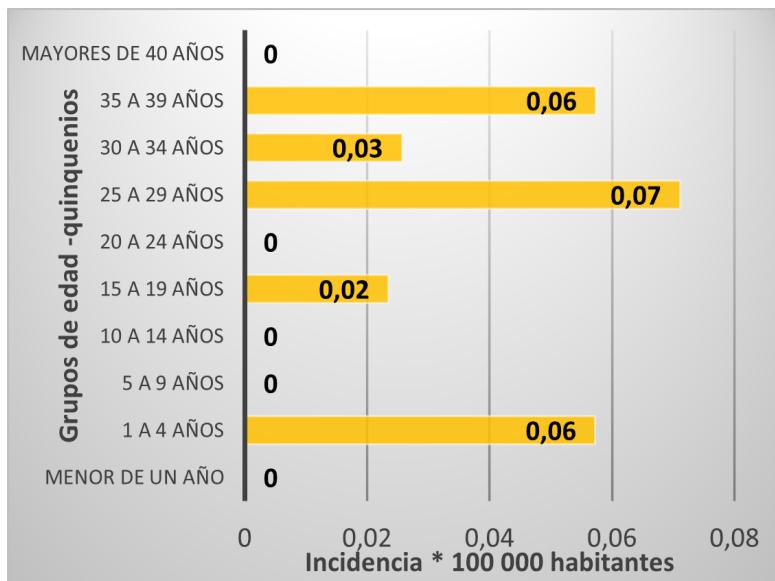
Figura 3. Canal endémico de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, período epidemiológico I a IV, entre 2016 y 2021



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

Adicionalmente, el evento se presenta en un 78 % en la cabecera municipal en donde se han notificado 7 de los 9 casos confirmados. Por grupos de edad la mayor incidencia se presenta en los adultos de 25 a 29 años con 3 casos, no se han presentado casos en los grupos de edad de menores de 1 año, de 5 a 14 años, de 20 a 24 años ni en mayores de 40 años; los departamentos en donde se han presentado casos confirmados de fiebre tifoidea son Antioquia, Córdoba, Casanare, Arauca, Santa Marta y Norte de Santander (Figura 4).

Figura 4. Distribución de los casos de fiebre tifoidea por grupo de edad y departamento en Colombia, semana epidemiológica 18 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021 a SE 18.

Como recomendaciones, y teniendo en cuenta la situación de pandemia de COVID-19, se proponen algunos retos como realizar búsqueda activa institucional de casos probables o confirmados y la investigación epidemiológica de campo a los casos confirmados incluidas las condiciones y hábitos higiénico-sanitarios y establecer estudios y seguimientos a los contactos en especial en los municipios con alta incidencia; así mismo es importante articular a los actores de la vigilancia como son salud pública, laboratorio de salud pública y unidades primarias generadoras de datos (UPGD) para la generación de una respuesta oportuna.

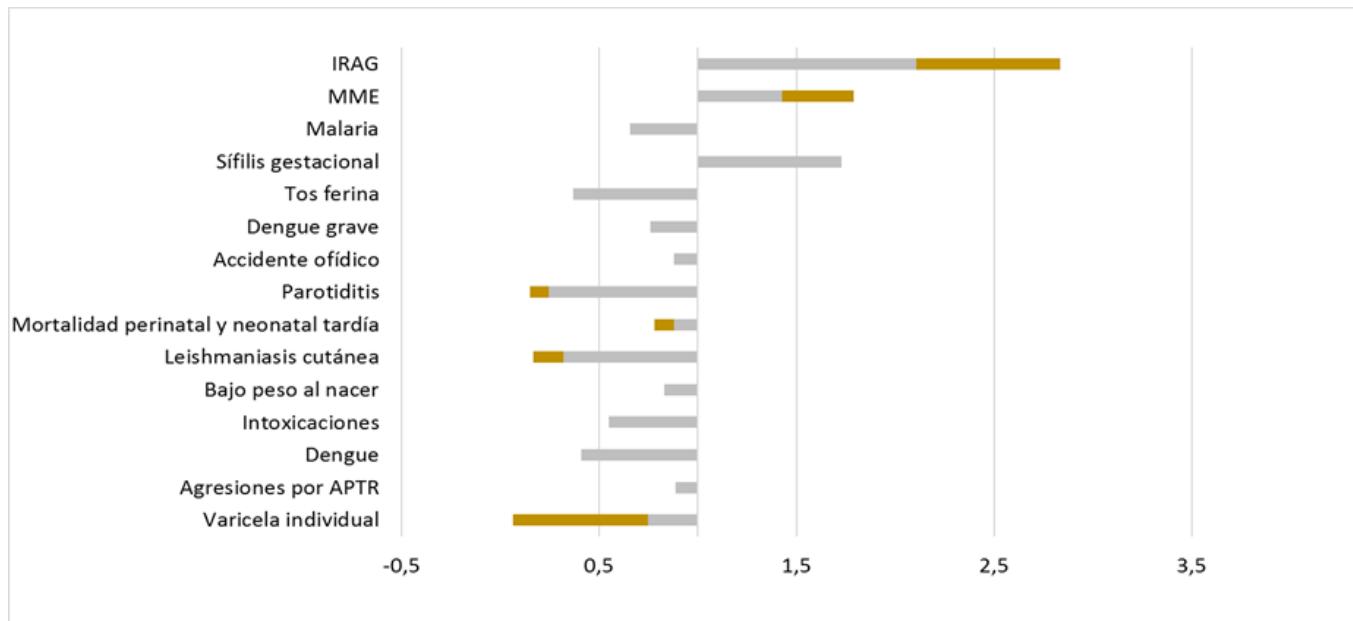
SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

A partir de 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 19 los eventos infección respiratoria aguda grave (IRAG) y morbilidad materna extrema (MME), se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos 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 5.

Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_comportamiento_eventos_alta_frecu

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_comportamiento_eventos_alta_frecu

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA



A partir de semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2015 a 2019, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 19, los eventos leptospirosis, sarampión, rubeola, tuberculosis farmacorresistente, lepra, fiebre tifoidea y paratifoidea y sífilis congénita, presentan disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 1.

Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2021

Evento	Observado	Esperado	p
Leptospirosis	8	46,4	0,00
Sarampión	16	61,4	0,00
Rubeola	1	16,6	0,00
Tuberculosis farmacorresistente	3	9,8	0,01
Lepra	2	7,4	0,02
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	3,4	0,03
Sífilis congénita	20	26	0,04
Leishmaniasis mucosa	0	2,6	0,07
EAPV	11	12,6	0,11
Mortalidad por IRA	12	13,2	0,11
Mortalidad materna	10	10,2	0,12
Mortalidad por dengue	0	1,8	0,17
Mortalidad por EDA 0-4 Años	2	1,4	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.

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

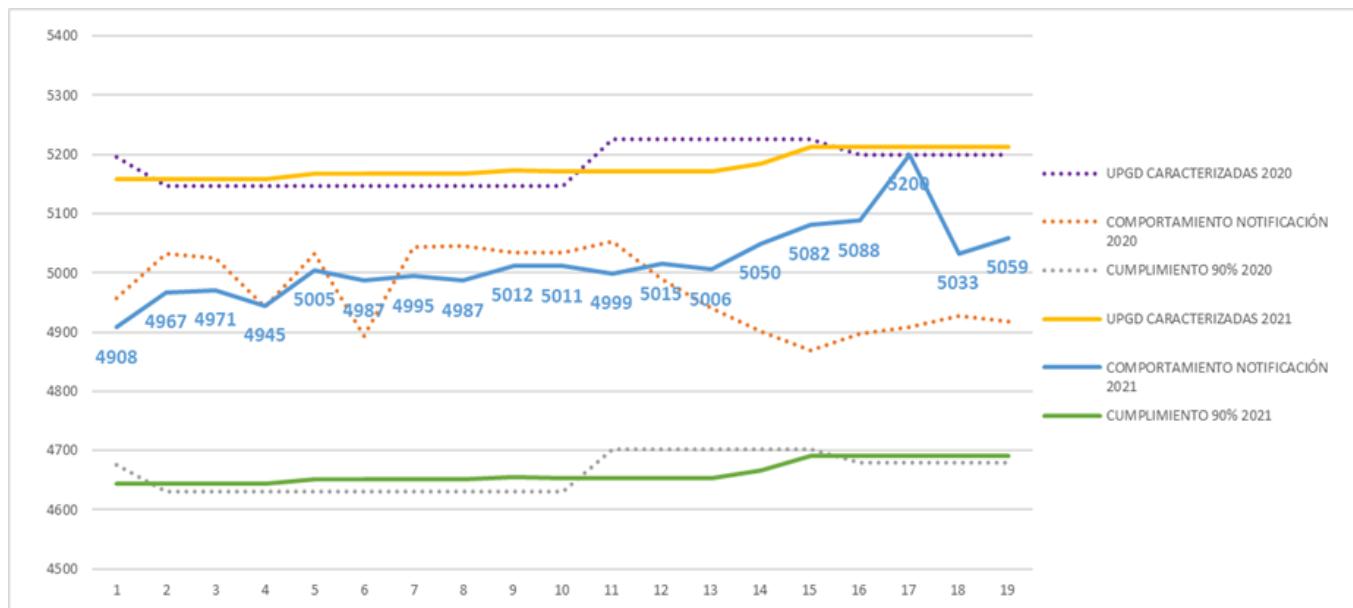
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue 100 % ($1\ 117 / 1\ 117$ UNM). Se observa un aumento de 0,1 % con respecto a lo presentado en la semana 18 y permaneció igual frente a la misma semana de 2020 (100 %). El país cumplió con la meta del 97 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,0 % ($5\ 059 / 5\ 213$ UPGD); aumentó en 0,5 % frente a la semana anterior y en 2,5 % con respecto a la semana 19 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 6.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 19 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_cumplimiento_notificacion_BES_19)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_cumplimiento_notificacion_BES_19)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A continuación se muestra el comportamiento histórico de la notificación por semanas correspondiente a vigencias 2020 y 2021, los cuales se representan en puntos consecutivos y líneas sólidas, respectivamente; se observa las UPGD caracterizadas (líneas amarilla y lila), su comportamiento en la notificación (líneas azul y naranja) y su cumplimiento respecto la notificación de casos (meta 90 %), (líneas verde y gris); para ambas vigencias en semana 19 se evidencia el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 19 de 2021 se notificaron 714 casos probables de dengue: 390 casos de esta semana y 324 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 12 710 casos, 6 553 (51,6 %) sin signos de alarma, 5 970 (47,0 %) con signos de alarma y 187 (1,5 %) de dengue grave.

Tabla 2.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	2588	20,7	28	15,0	2616	20,6
Valle del Cauca	1142	9,1	10	5,3	1152	9,1
Cartagena	678	5,4	17	9,1	695	5,5
Putumayo	682	5,4	3	1,6	685	5,4
Tolima	642	5,1	1	0,5	643	5,1
Huila	584	4,7	14	7,5	598	4,7
Norte de Santander	498	4,0	13	7,0	511	4,0
Meta	490	3,9	2	1,1	492	3,9
Antioquia	451	3,6	9	4,8	460	3,6
Cundinamarca	422	3,4	1	0,5	423	3,3
Cesar	375	3,0	20	10,7	395	3,1
Barranquilla	368	2,9	9	4,8	377	3,0
Santander	368	2,9	4	2,1	372	2,9
Atlántico	292	2,3	6	3,2	298	2,3
Bolívar	271	2,2	8	4,3	279	2,2
Magdalena	244	1,9	9	4,8	253	2,0
Caquetá	229	1,8	3	1,6	232	1,8
Casanare	226	1,8	1	0,5	227	1,8
Cauca	226	1,8	0	0,0	226	1,8
Córdoba	219	1,7	2	1,1	221	1,7
Sucre	216	1,7	4	2,1	220	1,7
Nariño	161	1,3	6	3,2	167	1,3
Chocó	163	1,3	1	0,5	164	1,3
Santa Marta	150	1,2	6	3,2	156	1,2
Amazonas	145	1,2	0	0,0	145	1,1
Boyacá	137	1,1	0	0,0	137	1,1
Buenaventura	104	0,8	1	0,5	105	0,8
Arauca	88	0,7	0	0,0	88	0,7
Quindío	79	0,6	2	1,1	81	0,6
Risaralda	79	0,6	1	0,5	80	0,6
Caldas	69	0,6	0	0,0	69	0,5
La Guajira	38	0,3	4	2,1	42	0,3
Archipiélago de San Andrés	33	0,3	0	0,0	33	0,3

Exterior	27	0,2	1	0,5	28	0,2
Guaviare	17	0,1	0	0,0	17	0,1
Vichada	13	0,1	0	0,0	13	0,1
Guainía	8	0,1	1	0,5	9	0,1
Vaupés	1	0,0	0	0	1	0,0
Total	12 523	100	187	100	12 710	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, 5 distritos, 604 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Tolima, Huila, Norte de Santander, Meta, Antioquia, Cundinamarca, Cesar, Barranquilla, Santander, Atlántico y Bolívar aportan el 78,6 % (9 996) de los casos a nivel nacional.

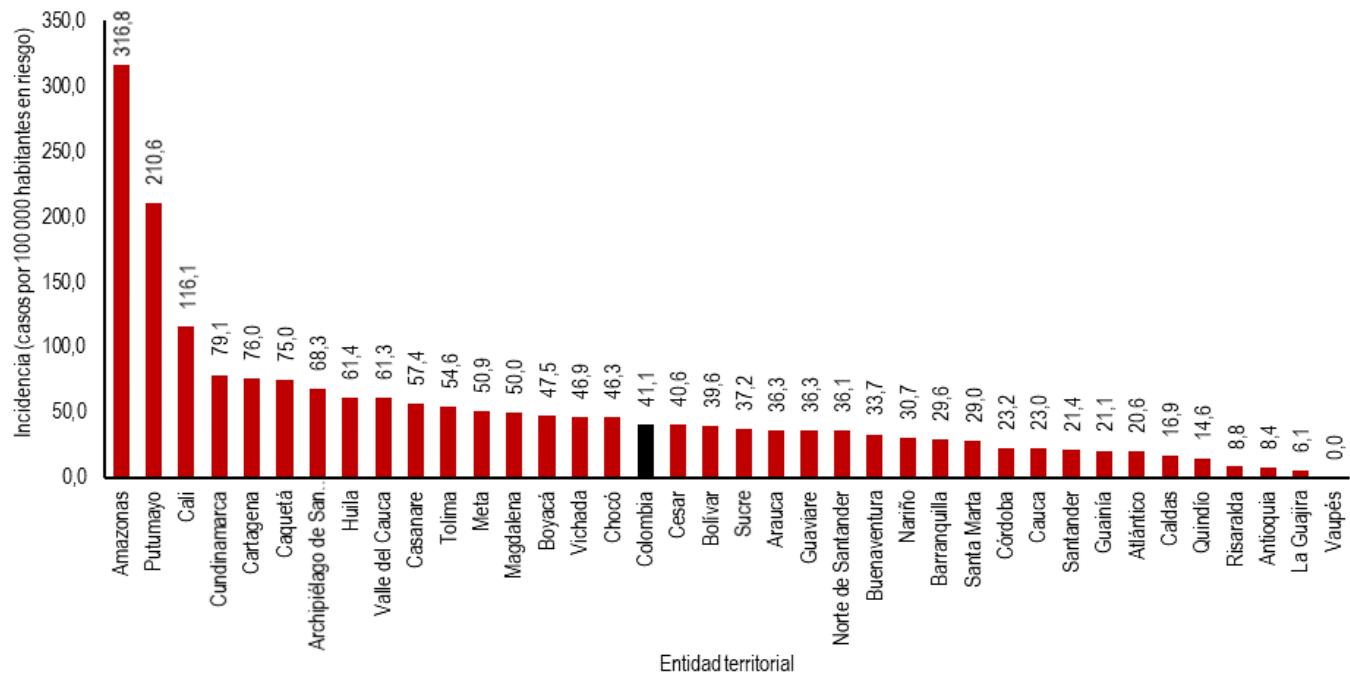
El 61,9 % (7 866) de los casos de dengue se reportó en 40 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 20,6 % (2 616); Cartagena, con el 5,5 % (695); Barranquilla, con 3,0 % (377); Cúcuta, con el 2,4 % (311); Orito, con el 1,8 % (232); Neiva (177) y Yumbo (173), con el 1,4 % cada uno; Villavicencio e Ibagué, con 1,3 % (167); Aguachica (157) y Santa Marta (156), con el 1,2 % cada uno; Villagarzón con el 1,1 % (141); y Leticia, con el 1,0 % (122).

Se hospitalizó el 75,9 % (4 530) de los casos de dengue con signos de alarma y el 92,5 % (173) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Boyacá, Cauca, Valle del Cauca, Buenaventura, Caldas, Bolívar y Chocó; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Huila, Cali, Cartagena, Santa Marta, Magdalena, Santander, Valle del Cauca, La Guajira, Quindío y Cundinamarca.

A semana 19 se ha confirmado el 47,4 % (2 827) 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 59,9 % (112) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Atlántico, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Chocó, Córdoba, La Guajira, Risaralda y Sucre.

Figura 7.

Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 19 de 2021



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

Análisis de la gráfica

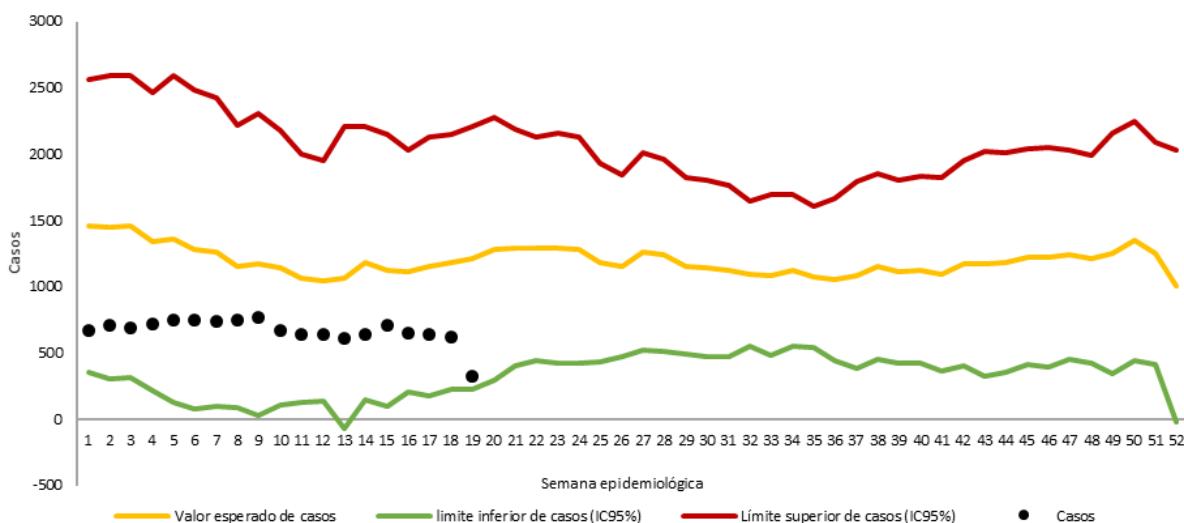
Ampliar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE19.jpg.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE19.jpg.png)

Descargar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE19.jpg.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE19.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 41,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Putumayo, Cali, Cundinamarca, Cartagena, Caquetá y Archipiélago de San Andrés y Providencia se estiman tasas de incidencia superiores a 68,3 casos por 100 000 habitantes.

Figura 8.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 19, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE19.jpg.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE19.jpg.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 19 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 3.

Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 16 a 18 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial
Dentro del número esperado de casos	Antioquia Casanare Caldas Guaviare Meta Risaralda
	Bolívar Cali Cundinamarca La Guajira Nariño Santander
	Boyacá Córdoba Guainía Huila Quindío Sucre

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

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

Tolima	Vaupés	Vichada
Amazonas	Arauca	Atlántico
Barranquilla	Caquetá	Cauca
Cesar	Chocó	Norte de Santander
Putumayo	Santa Marta	Valle del Cauca
San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
Buenaventura	Cartagena	Magdalena

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, 13 entidades se encuentran en situación de alerta y 3 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

Durante el 2021 se han notificado 44 muertes probables por dengue, de las cuales 7 han sido confirmadas, procedentes de: Cartagena, con 5 casos; Barranquilla y Córdoba, con 1 caso cada uno. Se han descartado 8 casos y se encuentran en estudio 29 muertes procedentes de: Cesar y Magdalena, con 4 casos cada uno; Valle del Cauca y Huila, con 3 casos cada uno; Antioquia, Barranquilla, Quindío y Santa Marta, con 2 casos cada uno; Atlántico, Bolívar, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cali, Nariño, 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 4.**Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19, 2020 y 2021**

Tipo de servicio	2020 a semana 19	2021 a semana 19	Variación
Consultas externas y urgencias	2 085 667	1 479 977	-29,0 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	67 025	90 179	34,5 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	8 367	31 242	273,4 Aumento

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

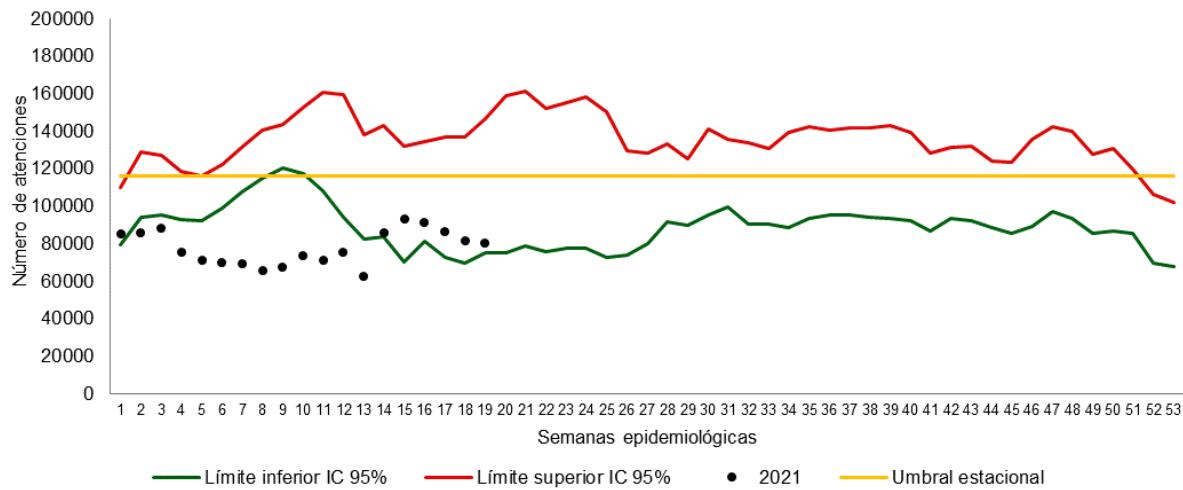
A nivel nacional se identifica disminución en la notificación para la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de consulta externa y urgencias; se presenta incremento en las hospitalizaciones por IRAG en sala general y en unidad de cuidados intensivos e intermedios.

A semana epidemiológica 19 de 2021, en Colombia se han notificado 1 479 977 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 29,0 % comparado con 2020, 35,3 % frente a 2019 y 38,3 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 24 entidades territoriales; Córdoba, Guainía, La Guajira y Santa Marta presentan incremento; Arauca, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander y Sucre no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 31,6 % (467 748), seguido por el de 40 a 59 años con el 21,2 % (314 308). 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 8,5 % seguido de los menores de 1 año con el 8,2 %.

Figura 9.

Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT_19.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT_19.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

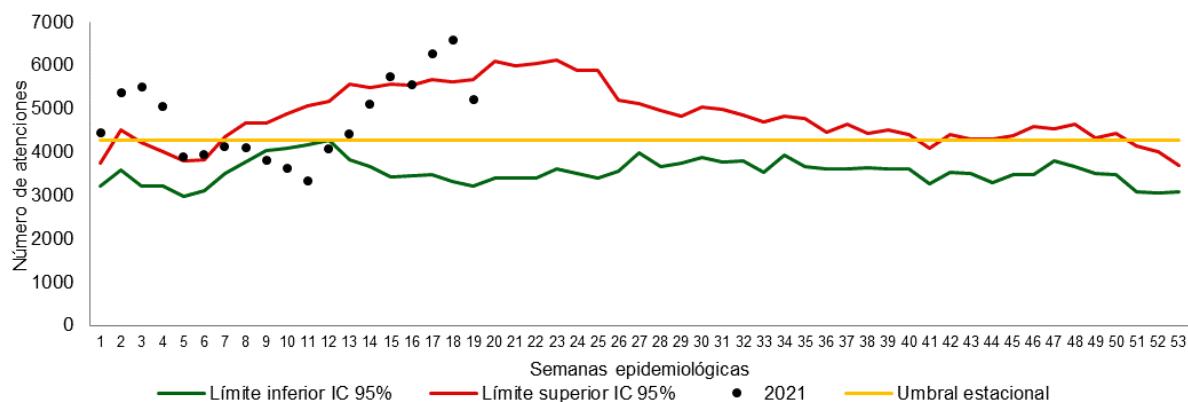
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las semanas trascurridas del año se ubican por debajo del umbral estacional, a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior hasta la semana 13; desde la semana 14 se observan en zona de seguridad, por encima del límite inferior.

Se notificaron 90 179 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 34,5 % frente a 2020, 10,8 % comparado con 2019 y del 4,0 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 12 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Vaupés, Caquetá, Quindío, Chocó y Nariño; e incremento en 15 entidades territoriales resaltando Barranquilla, Cundinamarca, Meta, Bolívar, Casanare y Huila; no presentan comportamientos inusuales 11 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 37,9 % (34 158), seguido por los de 40 a 59 años con el 22,6 % (20 340). 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 17,3 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,9 %.

Figura 10.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOS_19.png)

Descargar (/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOS_19.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

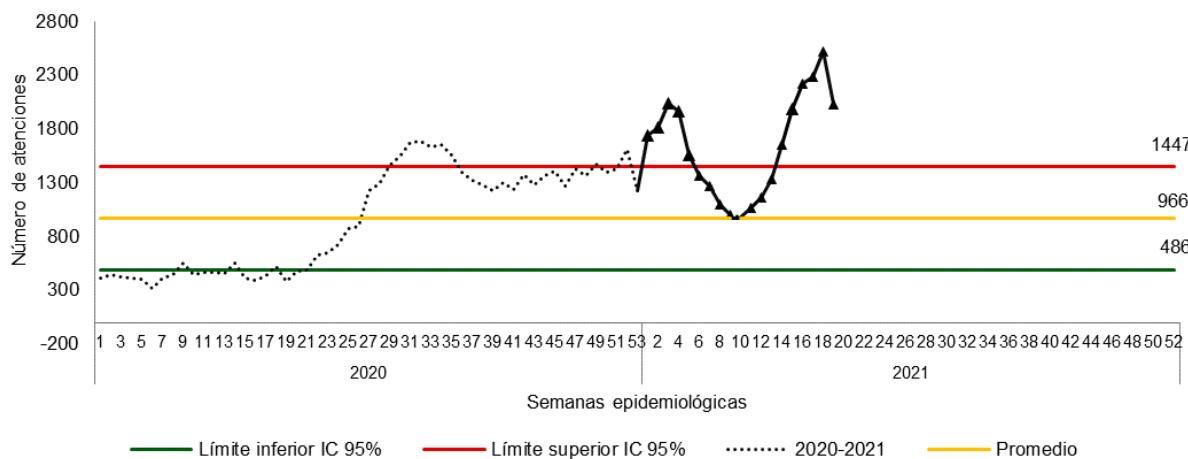
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional, sin variación para las semanas 06 a 08; de las semanas 09 a 12 se ubican en zona de éxito, por debajo del límite interior, para las semanas 13 a 18 se observa un aumento ubicándose por encima del umbral estacional; para la última semana se observa un descenso por debajo del límite superior histórico establecido.

Se notificaron 31 242 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 273,4 % frente a 2020, 323,4 % comparado con 2019 y 323,6 % frente a 2018. Se presenta incremento en 33 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Valle del Cauca, Caquetá, Bolívar, Antioquia y Nariño; Arauca presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Chocó, Guaviare y Vaupés.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 53,8 % (16 798), seguido por los de 40 a 59 años con el 28,3 % (8 835) y los de 20 a 39 años con el 8,4 % (2 610). 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 31,6 %, seguido por el de mayores de 60 años con el 30,5 %.

Figura 11.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19, entre 2020 y 2021



Metodología:

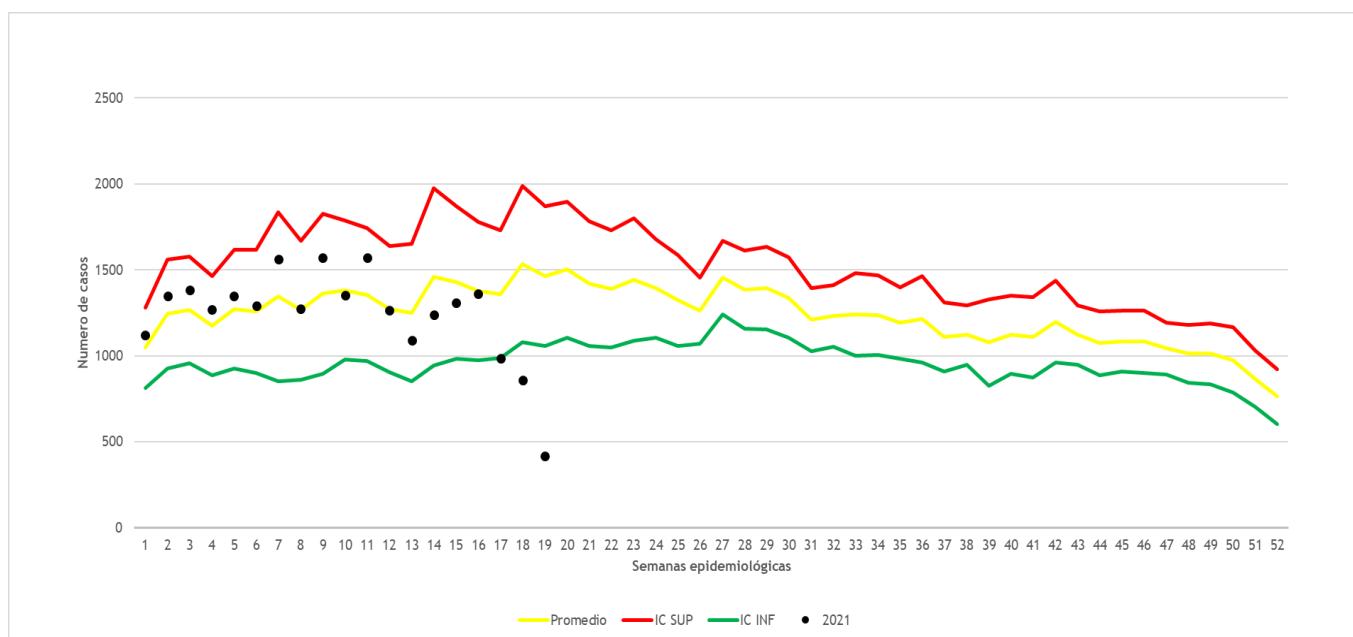
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 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 19 se notificaron 1 102 casos de malaria, teniendo un acumulado de 23 866 casos, de los cuales 23 397 son de malaria no complicada y 469 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 51,2 % (12 210), seguido de *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 48,1 % (11 472) e infección mixta con 0,8 % (184).

Figura 12.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 19, 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%2019.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%2019.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 (30,4 %), Nariño (24,5 %), Córdoba (12,6 %), Antioquia (9,6 %) y Guainía (4,4 %) aportan el 81,5 % de los casos de malaria no complicada.

Tabla 5.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	64	3794	0	3266	7124	30,40
Nariño	23	5122	0	586	5731	24,50
Córdoba	11	607	0	2341	2959	12,60
Antioquia	15	691	0	1536	2242	9,60
Guainía	4	67	0	966	1037	4,40
Cauca	1	976	0	17	994	4,20
Vichada	20	148	0	456	624	2,70
Buenaventura	3	422	0	68	493	2,10
Norte de Santander	1	1	0	467	469	2,00
Guaviare	2	62	0	346	410	1,80
Risaralda	2	12	0	313	327	1,40
Bolívar	15	36	0	249	300	1,30
Exterior	4	25	0	210	239	1,02
Meta	0	31	0	171	202	0,90

Amazonas	0	2	0	78	80	0,30
Casanare	0	0	0	58	58	0,20
Vaupés	0	1	0	18	19	0,10
Cali	0	9	0	5	14	0,10
Valle del Cauca	0	5	0	6	11	0,00
Putumayo	0	1	0	8	9	0,00
Desconocido	0	3	0	5	8	0,03
Sucre	0	1	0	7	8	0,00
Santander	1	1	0	5	7	0,00
La Guajira	0	0	0	6	6	0,00
Cesar	2	1	0	3	6	0,00
Arauca	0	0	0	5	5	0,00
Cartagena	0	0	0	4	4	0,00
Huila	0	0	0	3	3	0,00
Caquetá	0	1	0	1	2	0,00
Magdalena	0	1	0	1	2	0,00
Barranquilla	1	0	0	1	2	0,00
Atlántico	0	0	0	1	1	0,00
Total	169	12020	0	11208	23397	100

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

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

Análisis de la tabla

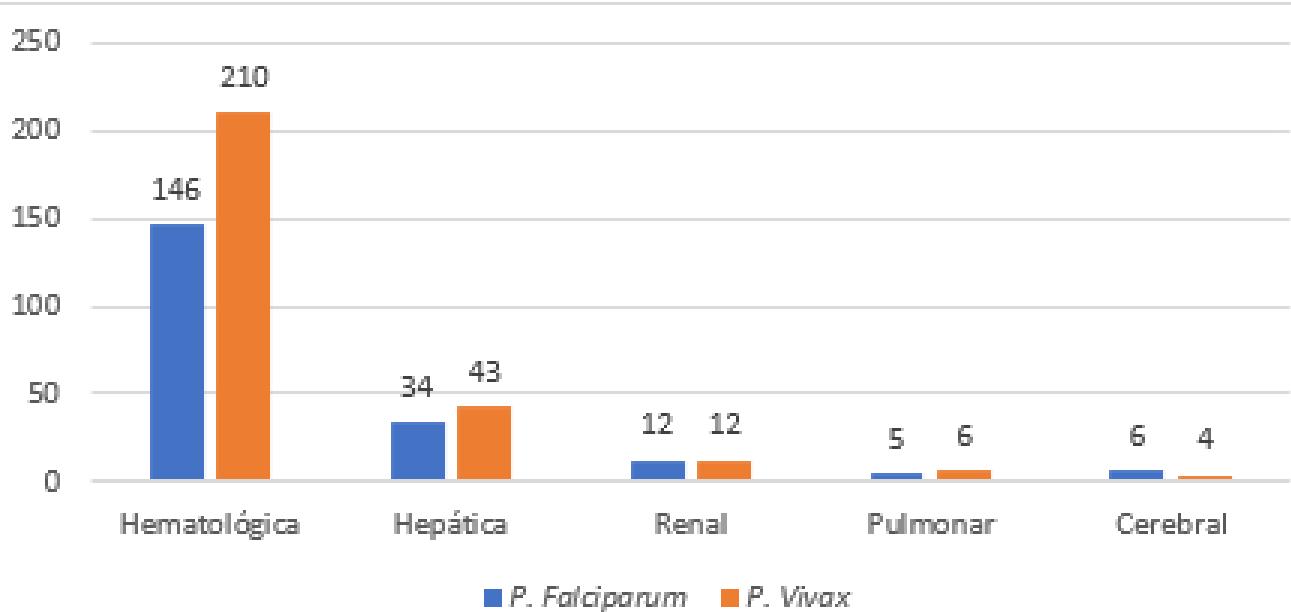
ANÁLISIS DE LA TABLA

Malaria complicada

Se notificaron 469 casos de malaria complicada, que proceden de 23 entidades territoriales y 6 casos provienen del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Córdoba, Cauca, Meta y Vichada notifican el 80,4 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 60,1 % (282) corresponde a hombres. El 30,1 % (141) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 18,8 % (88) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 39,6 % (186) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 67,0 % (314) pertenece al régimen subsidiado.

Figura 13.
Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 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%2019.PNG)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicacion%20se%2019.PNG)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 78,5 % (368) presentó complicaciones hematológicas, el 17,3 % (81) complicaciones hepáticas, el 5,1 % (24) complicaciones renales, el 2,6 % (12) complicaciones pulmonares y el 2,3 % (11) malaria cerebral.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 19, un departamento está por encima del número esperado de casos y cuatro departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 6.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2021

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

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 19, 15 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó (Chocó), El Charco, Olaya Herrera y Roberto Payán (Nariño).

Tabla 7.

Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 19 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	1452	116	274
Nariño	El Charco	904	106	235
Nariño	Olaya Herrera	814	98	219
Nariño	Roberto Payán	747	155	167
Nariño	Mosquera	532	40	119
Cauca	Timbiquí	492	130	126

Chocó	Medio San Juan	486	71	223
Cauca	Guapi	479	84	122
Nariño	La Tola	191	13	42
Córdoba	Montería	150	2	51
Chocó	Litoral Del Bajo San Juan	114	21	48
Meta	Puerto Rico	34	6	10
Nariño	Policarpa	29	1,8	3
Meta	Puerto López	8	1	6
Meta	Mapiripán	2	1	0

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 8.

Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 19, Colombia, 2021

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	ep
Chocó	Acandí	14	7	4	Ninguno	Segu
	Atrato	164	66	42	Disminución	Segu
	Bagadó	324	101	111	Ninguno	Segu
	Juradó	9	10	1	Disminución	Segu
	Lloró	168	146	40	Ninguno	Éxito
	Medio Atrato	222	113	60	Ninguno	Segu
	Quibdó	1451	755	200	Disminución	Éxito
	Rioquito	102	71	7	Ninguno	Segu
	Riosucio	61	13	2	Disminución	Segu
	Unguía	6	10	0	Disminución	Segu

Buenaventura	Buenaventura	502	152	116	Disminución	Segu
Nariño	Tumaco	723	165	96	Disminución	Segu

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 19, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, ninguno se encuentra en incremento. Se encuentran en decremento: Atrato, Juradó, Quibdó, Riosucio, Unguía, Buenaventura y Tumaco, ninguno se encuentra en situación de brote.

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 18 muertes en menores de 5 años: 12 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 4 a desnutrición y 2 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Se notificaron 12 muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, 7 correspondientes a esta semana y 5 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 7 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Guainía, Guaviare, Valle del Cauca y Atlántico en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 19 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia, Bogotá, Cartagena, Sucre y Tolima se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se presentaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 4 muertes por desnutrición en menores de 5 años, correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 2 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Santander y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 19 entre 2014 a 2020, mientras que, en Vichada se observó una disminución. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, correspondientes a esta semana. 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 Atlántico, Casanare, Santander y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 19 entre 2014 a 2020, mientras que, en Chocó y Antioquia se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Metodología:

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

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 19 de 2021 se notificaron 195 muertes maternas, 149 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 33 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 13 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 9.

Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 19, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	113	57	29	199
2020	114	66	10	190
2021	149	33	13	195

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 30,7 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 19 es de 61,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 10.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Santa Marta	8	225,2
Magdalena	10	187,8
Chocó	4	184,7
Guaviare	1	184,5
Vichada	1	181,2
Casanare	4	162,8
Buenaventura	2	115,4
La Guajira	9	110,2
Putumayo	2	109,3
Risaralda	4	105,3
Barranquilla	7	86,5
Bolívar	5	83,6
Meta	5	80,5
Nariño	5	76,6
Cali	7	72,2
Valle del Cauca	5	66,5
Norte de Santander	6	66,0
Córdoba	6	63,5
Caldas	2	62,6
Colombia	149	61,5
Arauca	1	59,8
Cesar	5	57,9
Atlántico	4	56,5
Antioquia	16	56,4
Huila	3	43,8
Sucre	2	38,2
Boyacá	2	37,1
Bogotá	12	36,3
Cundinamarca	5	35,4
Cartagena	2	32,3
Tolima	2	31,8
Santander	2	18,9

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

DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2020.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de Santa Marta, Magdalena, Chocó, Guaviare, Vichada, Casanare, Buenaventura, La Guajira, Putumayo y Risaralda.

Tabla 11.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2021

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	16	9	0,011
Barranquilla	7	3	0,022
Casanare	4	1	0,015
Cauca	0	4	0,018
Guaviare	1	0	0,000
Magdalena	10	5	0,018
Santa Marta	8	2	0,001
Valle del Cauca	5	2	0,036
Cali	7	3	0,022

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Para la semana epidemiológica 19 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Barranquilla, Casanare, Guaviare, Magdalena, 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 27,5 % corresponde a causas directas y el 24,8 % a causas indirectas.

Tabla 12.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	41	27,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	18	12,1

Hemorragia obstétrica	12	8,1
Sepsis relacionada con el embarazo	4	2,7
Evento tromboembólico como causa básica	4	2,7
Otras causas directas	1	0,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0,7
INDIRECTA	37	24,8
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	13	8,7
Sepsis no obstétrica: Neumonía	10	6,7
Otras causas indirectas	9	6,0
Sepsis no obstétrica	2	1,3
Evento tromboembólico como causa Básica	2	1,3
Otras causas indirectas: Malaria	1	0,7
EN ESTUDIO	71	47,7

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 12,1 % y la hemorragia obstétrica con el 8,1 %; la principal causa de muerte indirecta es neumonía por COVID-19 con el 8,7 %.

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 19 de 2021, se han notificado 2 967 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 38 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 176 casos, 115 corresponden a esta semana y 61 a notificaciones tardías.

Tabla 13.

Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Guainía	12	30,6
Chocó	49	22,2
Arauca	32	19,0
Córdoba	177	18,6
Vichada	11	18,1
Baranquilla	144	17,8
Bolívar	101	16,8
Sucre	85	16,2
Guaviare	8	14,7
Buenaventura	26	14,7
Putumayo	27	14,7
La Guajira	119	14,5
San Andrés y Providencia	4	13,7
Casanare	34	13,7
Cauca	96	13,5
Risaralda	50	13,1
Vaupés	3	12,9
Cartagena	80	12,9
Magdalena	69	12,9
Quindío	27	12,6
Antioquia	351	12,3
Caldas	39	12,2
Caquetá	31	12,1
Atlántico	85	12,0
Cundinamarca	168	11,9
Colombia	2929	11,9
Nariño	77	11,8
Cesar	99	11,4
Cali	103	10,6
Boyacá	57	10,6
Tolima	66	10,4
Valle del Cauca	77	10,2
Norte de Santander	93	10,2
Santa Marta	34	9,6
Huila	65	9,5
Amazonas	4	9,4
Meta	58	9,3
Bogotá	286	8,7
Santander	82	7,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos mayo 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 11,9 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 25 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (30,6), Chocó (22,2), Arauca (19,0), Córdoba (18,6) y Vichada (18,1).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 47,8 % (1 399), seguido de neonatales tempranas con 27,3 % (800), neonatales tardías con 14,9 % (436) y perinatales intraparto con 10,0 % (293).

Figura 14.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20defunción%20mortalidad%20pe

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20defunción%20mortalidad%20pe

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,6 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmadurez 24,3 % y asfixia y causas relacionadas 20,2 %.

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 Guaviare. 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 Barranquilla, Bogotá, Cesar, Cundinamarca, Santa Marta y Tolima. 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 18 de mayo 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

El número de casos y muertes de COVID-19 a nivel mundial continúan disminuyendo con al menos de 4,8 millones de casos nuevos y justo por debajo de 86 000 muertes, con una disminución del 12 % y 5 % respectivamente comparado con la semana anterior. A pesar de la tendencia a la baja en las últimas tres semanas, la incidencia de casos se mantiene en los niveles más altos desde el inicio de la pandemia. Todas las regiones informan una disminución de casos nuevos esta semana, con excepción de la Región del Pacífico Occidental donde la incidencia de casos fue similar a la semana anterior.

El mayor número de casos nuevos se reportó en la India (2 387 663 casos nuevos con una disminución del 13 %), Brasil (437 076 casos nuevos con un incremento del 3 %), Estados Unidos (235 638 casos nuevos con una disminución del 21 %), Argentina (151 332 casos nuevos con un incremento del 8 %) y Colombia (155 834 nuevos casos para un incremento del 6 %).

Variantes SARS-CoV-2

Las actividades de vigilancia para la detección de variantes de SARS-CoV-2 se han fortalecido a nivel local y nacional, incluidas las estrategias de secuenciación genómica, el número de países/territorios/áreas que reportan variantes de interés y variantes de preocupación (VOI y VOC siglas en inglés respectivamente). Hasta el 18 de mayo, un total de 151 países han reportado la VOC 202012/01, 106 países la variante 501Y.V2, 61 países la variante P1. La variante B.1.627 dividida en tres sub-linajes con 41 países que notificaron B.1.617.1, 48 el B.1.617.2, cinco el B.1.617.3 y nueve sin identificación de sub-linaje. La información presentada debe ser interpretada de acuerdo con las limitaciones de la vigilancia incluidas la capacidad de secuenciación y priorización de muestras entre los diferentes países.

Panorama regional de la OMS

Región de África. La región reportó alrededor de 40 000 casos nuevos y más de 900 nuevas muertes con una disminución del 4 % y 9 % respectivamente comparado con la semana anterior. La tasa de incidencia continúa disminuyendo por cuarta semana consecutiva, mientras que el número de muertes refleja una tendencia similar a la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en Sudáfrica (16 326 casos nuevos, con un incremento del 36 %), Botswana (3 745 casos nuevos, con un incremento del 153 %) y Etiopía (3 615 casos, con una disminución del 13 %). Los casos en Sudáfrica comprenden el 41 % de los casos reportados en la región. El mayor número de nuevas muertes se registró en Sudáfrica (459 muertes, para un incremento del 44 %), Kenia (118 muertes, con una disminución del 15 %) y Etiopía (105 muertes, para una disminución del 35 %)

Región de las Américas. La región ha reportado más de 1,2 millones de casos nuevos y más de 31 000 nuevas muertes con una disminución del 3 % y 7 % respectivamente comparado con la semana anterior. Esta es la cuarta semana consecutiva con disminución en la incidencia de casos en la región, y nuevas muertes por segunda semana consecutiva. El mayor número de casos nuevos se reportó Brasil (437 076

casos con un incremento del 3 %), Estados Unidos (235 638 casos con una disminución del 21 %), Argentina (151 332 casos con un incremento del 8 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en Brasil (13 514 nuevas muertes para una disminución del 12 %), los Estados Unidos de América (4 143 nuevas muertes con una disminución del 12 %) y Colombia (3 383 nuevas muertes con un incremento del 8 %).

Región del Mediterráneo Oriental. La región notificó alrededor de 220 000 nuevos casos y más de 4 700 nuevas muertes, con una disminución del 22 % y 16 % respectivamente en comparación con la semana anterior. La incidencia de casos y muertes han disminuido drásticamente durante las últimas cuatro y dos semanas respectivamente. El mayor número de casos nuevos se notificó en República Islámica de Irán (99 205 casos nuevos con un decremento del 20 %), Iraq (28 359 casos nuevos con disminución del 26 %) y Pakistán (20 511 casos nuevos para una disminución del 29 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en la República Islámica de Irán (2 109 nuevas muertes con una disminución del 13 %), Pakistán (670 nuevas muertes con una disminución de 20 %) y Túnez (429 nuevas muertes con una disminución del 21 %).

Región Europea. La región ha reportado cerca de 685 000 nuevos casos y un poco menos de 16 000 nuevas muertes con una disminución del 26 % y 16% respectivamente comparado con la semana anterior. Se ha presentado una disminución en el número de nuevos casos y muertes por seis y cuatro semanas consecutivas respectivamente. El mayor número de casos nuevos se notificó en Francia (93 546 casos nuevos con una disminución del 24 %), Turquía (90 721 casos nuevos con una disminución del 46 %) y Alemania (73 105 casos nuevos para una disminución del 29 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en la Federación Rusa (2 545 nuevas muertes con un incremento del 3 %), Turquía (1 791 nuevas muertes con una disminución del 20 %) y Ucrania (1 682 nuevas muertes para una disminución del 6 %).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana, la región del Sudeste Asiático notificó cerca de 2,5 millones de casos nuevos y 30 000 nuevas muertes, una disminución del 12 % y un incremento del 7 % respectivamente, en comparación con la semana anterior. La incidencia de casos disminuye después de nueve semanas de incremento, aunque el número absoluto se mantiene en su nivel más alto desde el comienzo de la pandemia. La incidencia de muertes continúa en aumento por novena semana consecutiva. El mayor número de casos fue reportado por India (2 387 663 casos nuevos con una disminución del 13 %), Nepal (61 814 casos nuevos con un aumento del 8 %) e Indonesia (26 908 casos nuevos; para un decremento de 27 %). El mayor número de nuevas muertes se registró en India (27 922 nuevas muertes con un aumento del 4 %), Nepal (1 224 nuevas muertes para un aumento del 266 %) e Indonesia (1 125 nuevas muertes con una disminución del 27 %).

Región del Pacífico Occidental. La semana anterior se notificaron más 132 000 nuevos casos y poco más de 1 700 nuevas muertes, ambas incrementaron un 4 %, comparado con la semana anterior. El mayor número de casos nuevos se notificó en Japón (44 961 casos nuevos con un incremento del 26 %), Filipinas (43 339 casos nuevos para una disminución del 10 %), y Malasia (29 386 casos nuevos con un incremento del 16 %) El mayor número de nuevas muertes se registró en Filipinas (782 nuevas muertes para un decremento 15 %), Japón (640 nuevas muertes con un aumento del 2 1%) y Malasia (209 nuevas muertes con un incremento del 54 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 18 de mayo de 2021. Fecha de consulta 19 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---18-may-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---18-may-2021>)

Boletín de brotes y emergencias. Guinea, Brote Enfermedad Virus del Ébola (EVE) 10 - 16 de mayo de 2021, semana 20. Organización Mundial de la Salud (OMS)

No se han confirmado nuevos casos de enfermedad por virus del ébola (EVE) reportados por la prefectura de N'Zerekore, sitio del actual brote de EVE desde el 8 de abril de 2021. Son 43 días consecutivos sin nuevos casos confirmados, sin embargo, 26 nuevos sospechosos fueron notificados, uno de los cuales fue trasladado a un centro de aislamiento. Se muestraron cuatro casos y 21 rechazaron la toma de la muestra.

Al 16 de mayo de 2021, un total de 23 casos han sido reportados, 16 casos confirmados y 7 casos probables, de los cuales nueve se han recuperado con una tasa de recuperación del 39,1 %. De los 23 casos, 12 han fallecido (letalidad 52,2 %). El número de trabajadores de salud infectados son cinco. La mayoría de los casos confirmados y probables son mujeres (13/23: 60,9 %) y el grupo de edad más afectado es alrededor de los 40 años.

Actualmente no hay contactos activos en el seguimiento. Al 16 de mayo de 2021 un total de 66 nuevas alertas han sido reportadas en N'Zerekore, incluidas cinco muertes. De estas alertas 32 (48,0 %) fueron investigadas y 26 validadas incluidas las cinco muertes. En las prefecturas vecinas se reportaron 17 alertas nuevas (6 en Beyla, 3 en Gueckedou, 3 en Lola, 3 en Macenta y 2 en Yomou), incluidas nueve muertes en la comunidad. Todas fueron investigadas y ninguna validada. En Conakry no se presentaron nuevas alertas.

La cuenta regresiva de 42 días para el fin del brote comenzó el 8 de mayo de 2021, con la fecha prevista para la declaración del fin del brote el 19 de junio de 2021. Se está proporcionando apoyo continuo a N'Zerekore y a todas las prefecturas vecinas para una mejor vigilancia durante este periodo. Las acciones de respuesta en salud publica incluyen reuniones de seguimiento y coordinación en un centro de operaciones de emergencia recientemente equipado con el apoyo de la OMS. Un acumulado de 10 081 personas han sido vacunadas, incluidos 622 contactos de alto riesgo, 8 925 contactos de contactos y 534 contactos probables, incluidos 2 714 trabajadores de primera línea. Se informaron cinco nuevas muertes en la comunidad, con cinco muestras recolectadas y no se llegaron a cabo entierros seguros y dignos.

A medida que continúa la cuenta regresiva de 41 días hasta el final de la declaración del brote, que ahora se encuentra en 34 días, la situación en Guinea aún no es estable, debido a contactos perdidos durante el seguimiento y un caso confirmado restante en la comunidad. Se siguen recibiendo alertas, aunque la comunidad informa de pocas y el seguimiento de 24 horas es inadecuado. Es necesario fortalecer la vigilancia comunitaria en N'zerekore y las provincias vecinas. Además, el plan de respuesta de la OMS todavía está financiado solo en un 17 %. Este vacío debe llenarse con urgencia si se quiere que continúe el impulso de respuesta.

Fuente: Boletín de brotes y emergencias. Guinea, Brote Enfermedad Virus del Ébola (EVE) 10 - 16 de mayo de 2021, semana 20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación 16 de mayo de 2021. Fecha de consulta 20 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.afro.who.int/health-topics/disease-outbreaks/outbreaks-and-other-emergencies-updates> (<https://www.afro.who.int/health-topics/disease-outbreaks/outbreaks-and-other-emergencies-updates>)

Alerta Nivel 2 de Polio en África y Asia. Centro de control y prevención de enfermedades (CDC)

Toda persona debe estar vacunada completamente para el control del virus de la polio, según el cronograma de vacunación contra la poliomielitis. Algunos destinos internacionales se consideran de alto riesgo para poliomielitis; por lo cual antes de viajar, el CDC recomienda a los adultos que previamente completaron la serie de vacunas contra polio, reciban una única dosis de refuerzo.

Los destinos de África que actualmente se consideran de alto riesgo de polio se enumeran a continuación: Angola, Benín, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Egipto (solo centros de salud, campos de refugiados y entornos de ayuda humanitaria), Etiopía, Ghana, Guinea, Libera, Madagascar, Mali, Níger, Nigeria, República del Congo, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán del Sur, Sudán y Togo.

Los destinos en Asia que se consideran de alto riesgo de polio son: Afganistán, Irán (solo centros de salud, campos de refugiados y entornos de ayuda humanitaria), Malasia, Pakistán, Filipinas, Tayikistán y Yemen.

Los viajeros adultos a pesar de que tienen la serie completa de vacunas antipoliomielíticas de rutina aún no han recibido una dosis de refuerzo recomendada por el CDC, para dirigirse a cualquiera de los destinos enumerados anteriormente, incluso aquellos que han estado enfermos con poliomielitis anteriormente pueden necesitar una dosis de refuerzo de la vacuna antipoliomielítica.

Para ayudar a prevenir la propagación internacional de la poliomielitis, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los destinos mencionados anteriormente, se requiere que los residentes y visitantes muestren su certificado de vacunación contra la poliomielitis antes de salir del país.

Fuente: Alerta Nivel 2 de Polio en África y Asia. Centro de control y prevención de enfermedades (CDC). Fecha de publicación 13 mayo de 2021. Fecha de consulta 20 de mayo de 2021. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/polio-africa> (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/polio-africa>); <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/polio-asia> (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/polio-asia>)

Alertas nacionales

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 19 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, Cólera, peste bubónica/neumónica ni carbunclo; sin embargo, se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

Situación COVID-19

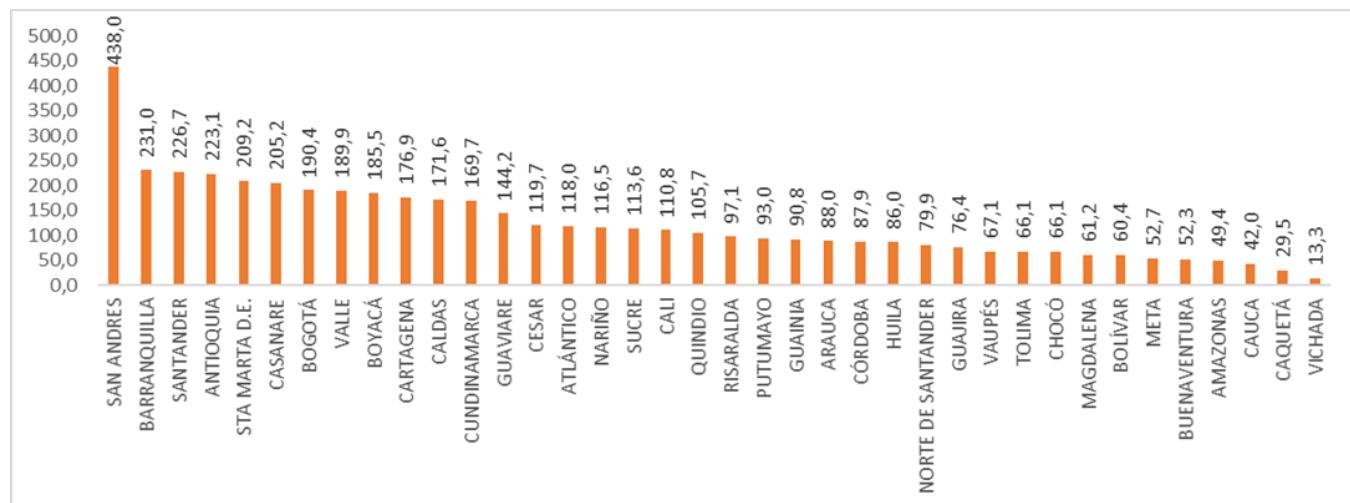
Entre el 01 de enero de 2021 y el 20 de mayo de 2021 se han confirmado por laboratorio 1 184 470 casos y 32 315 muertes por COVID-19 en Colombia, en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 116 municipios. La incidencia es de 2 351,42 casos por cada 100 000 habitantes. A

la fecha, el 6,1 % (72 172) de los casos se encuentra activo, procedente principalmente de Antioquia 20,6 % (14 899), Bogotá 20,4 % (14 746), Cundinamarca 7,6 % (5 503), Santander 7,2 % (5 171), Valle del Cauca 5,2 % (3 737), Barranquilla 4,1 % (2 944), Boyacá 3,2 % (2 305) y Nariño 3,0 % (2 178). A nivel municipal, los casos activos se encuentran principalmente en Medellín – Antioquia 10,9 % (7 861), Cali – Valle del Cauca 3,4 % (2 496), Bucaramanga – Santander 2,8 % (2 051), Bello – Antioquia 1,8 % (1 311), Manizales – Caldas 1,6 % (1 154), Itagüí – Antioquia 1,5 % (1 123), Valledupar – Cesar 1,5 % (1 067) y Pasto – Nariño 1,4 % (1 020).

La incidencia nacional de casos activos es de 143,27 casos por 100 000 habitantes. Los municipios con mayor incidencia de casos activos son: Contratación – Santander (648,82), Monguí – Boyacá (605,77), Jordán – Santander (598,80), San Andrés (473,59), Bojacá – Cundinamarca (450,77), Tunja – Boyacá (424,51), Iza – Boyacá (401,00), Apulo – Cundinamarca (400,13), Itagüí – Antioquia (387,24), Caldas – Antioquia (382,38), Apartadó – Antioquia (380,44). De los casos activos el 52,0 % (37 548) se presenta en mujeres y según grupo de edad el 81,0 % (58 166) se presenta en personas entre los 20 a 69 años.

Figura 15.

Incidencia de casos activos de COVID-19 por entidad territorial de procedencia, Colombia, 01 de enero a 20 de mayo de 2021



Fuente: INS- Base Reporte COVID-19, 21 de mayo 2021.

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_15_incidencia_COVID_19_casos_a

Descargar

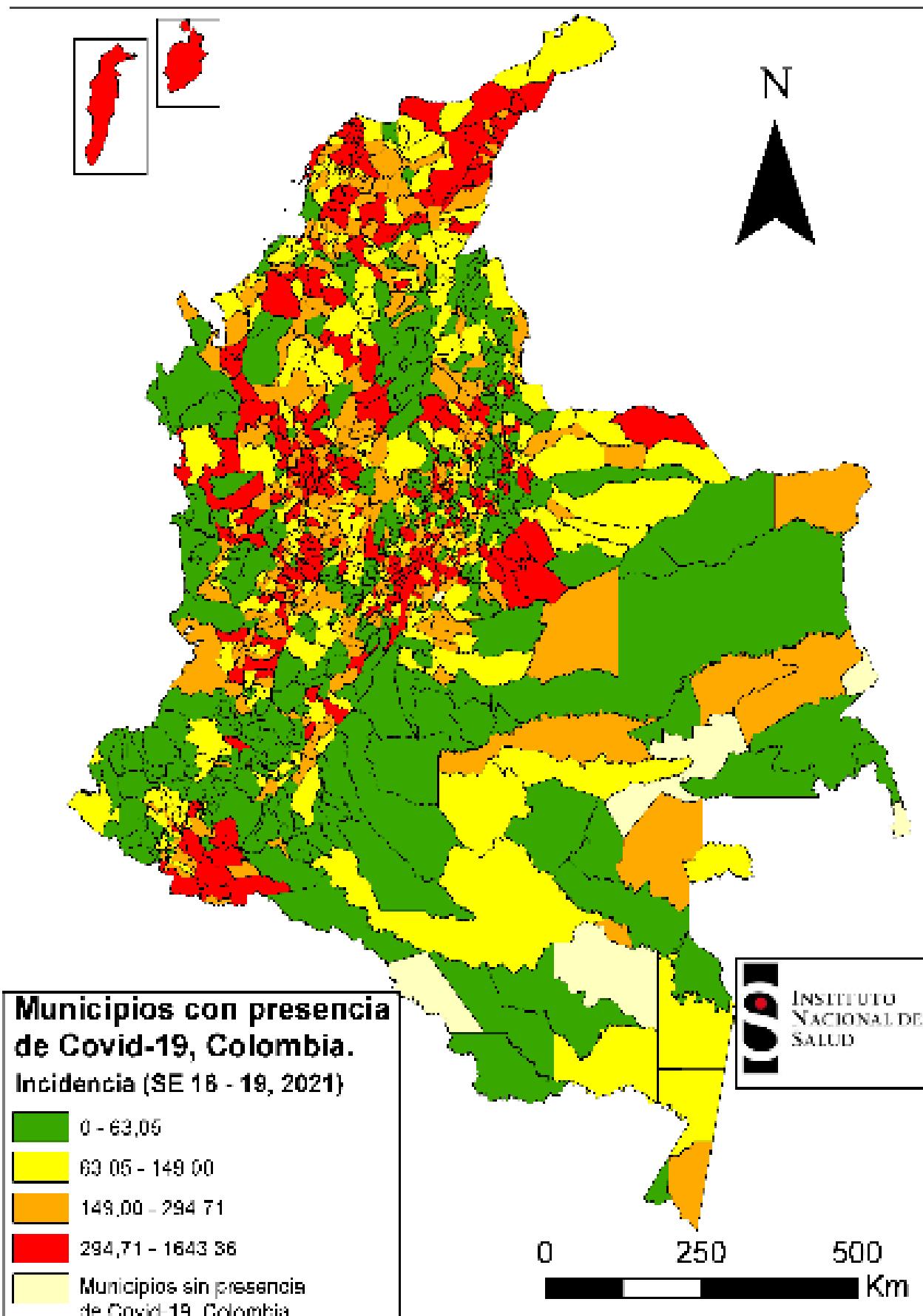
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_15_incidencia_COVID_19_casos_a

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 16 a 19 de 2021, a nivel nacional se notificaron 297 955 casos de COVID-19 procedentes de 1 016 municipios y 12 439 muertes por COVID-19 procedentes de 615 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 626,39 casos por cada 100 000 habitantes, una tasa de mortalidad de 24,75 muertes por cada 100 000 habitantes y una tasa de letalidad de 4,17 %. Las entidades con incidencias superiores a la nacional fueron: Antioquia (1 643,35), Atlántico (1 551,26), Barranquilla (1 325,07), Bogotá, D.C. (825,13), Cartagena (824,85), Caldas (703,33), Cesar (683,59), Santa Marta (576,90), Santander (564,76), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (510,93). Para este periodo comprendido entre las SE 16 a 19, 2021 se presentó un aumento significativo de la incidencia respecto al periodo anterior en las entidades territoriales de Bogotá, D.C. (1,7), Bolívar (1,5), Boyacá (1,5), Chocó (1,3), Nariño (1,3), Santander (1,2), Buenaventura (1,1), Guainía (1,0), y Guaviare (1,0). Las siguientes entidades territoriales registraron un descenso significativo en la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior: Antioquia (0,6), Atlántico (0,4), Barranquilla (0,4), Cartagena (0,7), Caldas (0,5), Caquetá (0,7), Cauca (0,7), Cesar (0,6), Córdoba (0,5), Cundinamarca (0,9), Huila (0,8), La Guajira (0,3), Magdalena (0,4), Santa Marta (0,4), Meta (0,6), Norte de Santander (0,9), Quindío (0,5), Risaralda (0,5), Sucre (0,6), Tolima (0,8), Valle del Cauca (0,6), Cali (0,4), Arauca (0,7), Casanare (0,8), Putumayo (0,8), San Andrés (0,9), Amazonas (0,5), Vaupés (0,6), Vichada (0,5).

Figura 16.

Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 16 a 19, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

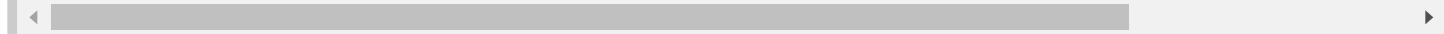
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_incidencia_periodo_COVID_19)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_16_incidencia_periodo_COVID_19)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

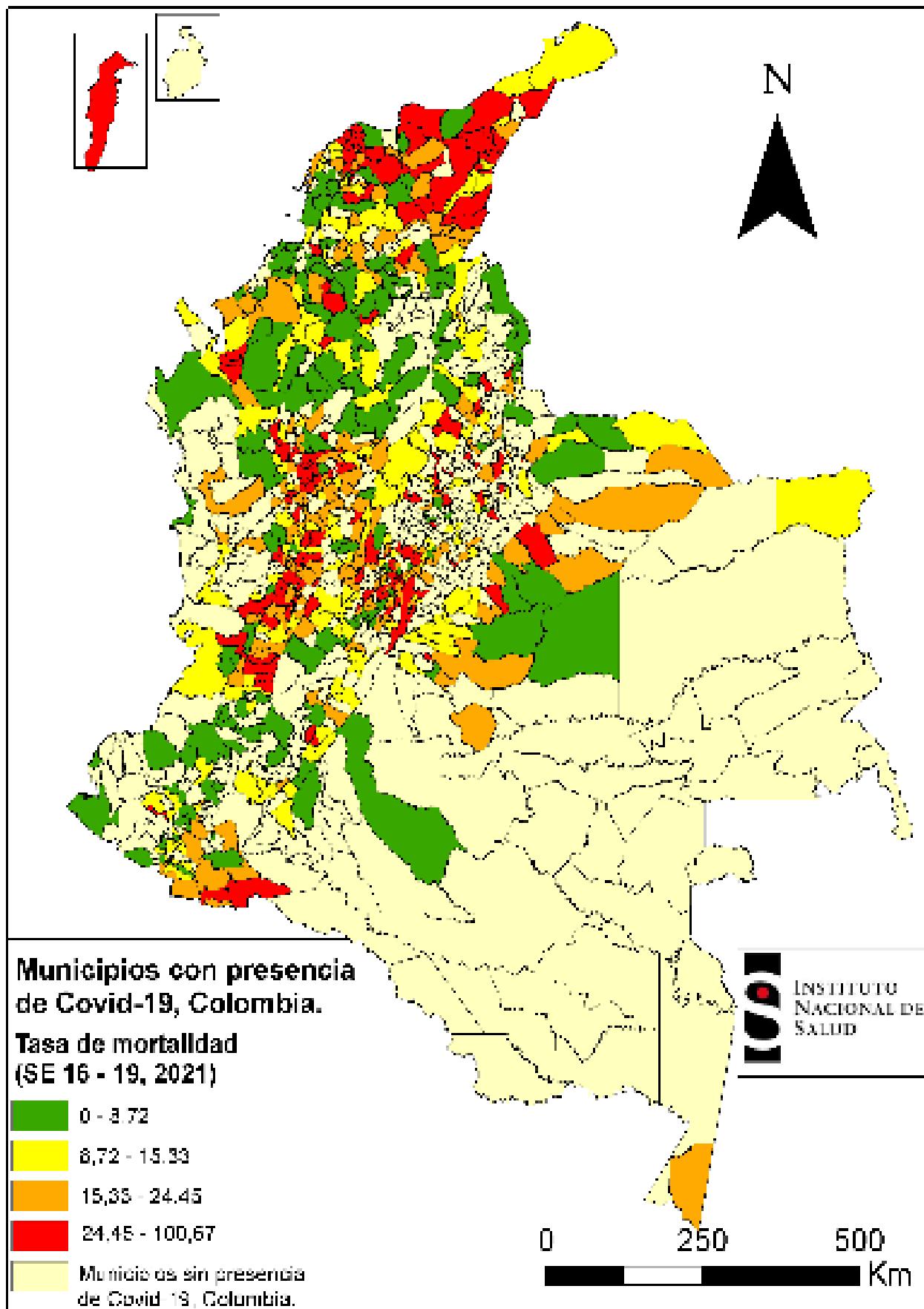
Las entidades con incidencias superiores a la nacional fueron: Antioquia (1 643,35), Atlántico (1 551,26), Barranquilla (1 325,07), Bogotá, D.C. (825,13), Cartagena (824,85), Caldas (703,33), Cesar (683,59), Santa Marta (576,90), Santander (564,76), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (510,93).



Durante el 2021 se han reportado 32 315 fallecidos por COVID-19, entre el 18 de abril y el 15 de mayo de 2021 (SE 16 – 19, 2021) se notificaron 12 439 fallecidos, lo que corresponde al 38,5 % del total de casos fatales del 2021. Durante el periodo analizado (SE 15-18, 2021) fallecieron 961 personas entre los 15 y 44 años y 8 901 personas mayores de 60 años, que corresponden al 7,7 % y 71,5 % de las muertes del periodo; durante este tiempo se notificaron 8 casos de muerte por esta causa en menores de 5 años.

Figura 17.

Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 16 a 19, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_17_mortalidad_periodo_COVID_19)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_17_mortalidad_periodo_COVID_19)

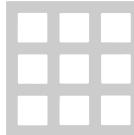
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Las entidades con mayor notificación de fallecidos durante este periodo epidemiológico (SE 16-19, 2021) fueron: Bogotá D.C. con 49,4 % (6 149), Antioquia con 46,7 % (5 810), Valle del Cauca con 23,8 % (2 967), Barranquilla con 21,2 % (2 636), Cundinamarca con 14,2 % (1 765) y Atlántico con 13,7 % (1 708). Entre las semanas epidemiológicas (SE) 16 a 19, 2021, los municipios y distritos con la mayor tasa de mortalidad fueron: Barranquilla (100,66), Baranoa – Atlántico (85,19), Puerto Colombia – Atlántico (82,19), Norcasia – Caldas (81,81), Hobo – Huila (81,44), Soledad – Atlántico (66,41) y Sopetrán – Antioquia (64,60).

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad y letalidad de la SE 16 a 19, 2021 respecto al periodo anterior (SE 15-18, 2021), se observó que de los 615 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 56,3 % (346) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y letalidad; de estos municipios los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Panqueba – Boyacá (Δ 59,2), Tarso – Antioquia (Δ 48,3), El Guacamayo – Santander (Δ 48,1), La Llanada – Nariño (Δ 46,4), Ambalema – Tolima (Δ 45,9) y Bochalema – Norte de Santander (Δ 45,3); y los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Belén de Los Andaquíes – Caquetá (Δ 100,0), Almaguer – Cauca (Δ 100,0), Florencia – Cauca (Δ 100,0), Chaguaní – Cundinamarca (Δ 100,0), Jerusalén – Cundinamarca (Δ 100,0), Nariño – Cundinamarca (Δ 100,0), Pandi – Cundinamarca (Δ 100,0), Baraya – Huila (Δ 100,0), El Dorado – Meta (Δ 100,0), Albania – Santander (Δ 100,0), Suratá – Santander (Δ 100,0).

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por Departamento a
Semana epidemiológica 19 / 9 al 15 de mayo de 2021



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

Tabla de mando
(/publicaciones/Lists/PublicacionesBES/Attachments/135/Cuadro_mando_BES_19_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

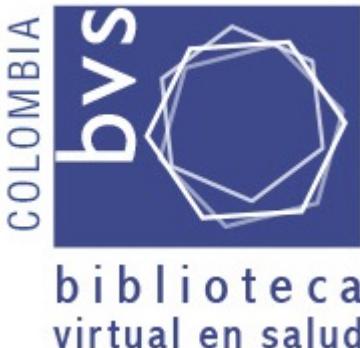
Sobre esta publicación

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2021

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_comportamiento_eventos_alta_frecue

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2021

Tabla 2. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2021



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