

BES**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL**

Semana epidemiológica 09 / 28 de febrero al 6 de marzo de 2021

EVENTO CENTRAL

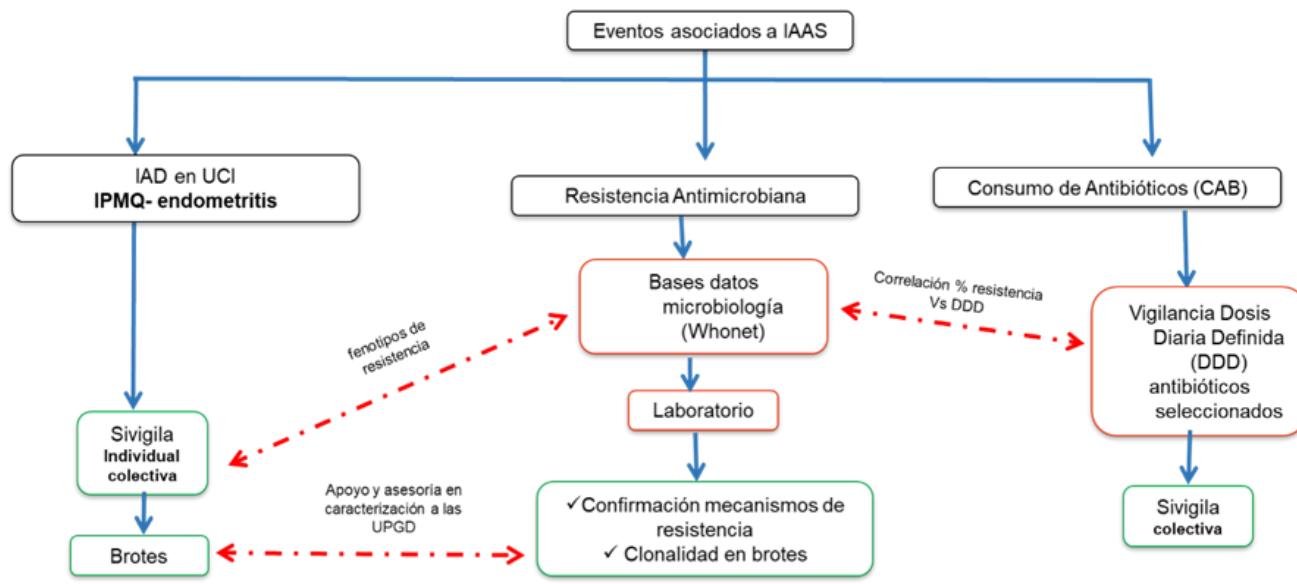
**Infecciones Asociadas a la
Atención en Salud,
Colombia**

Fuente: .
Análisis

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Colombia**Contexto de las infecciones asociadas a la atención en salud en el marco de la pandemia**

Desde la implementación del sistema de vigilancia en el país, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha promovido la vigilancia integrada de los eventos: infecciones asociadas a dispositivos invasivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ), resistencia a los antimicrobianos (RAM) y consumo de antibióticos (CAB).

Figura 1. Modelo de vigilancia integrada de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia y consumo de antibióticos, Colombia



Fuente: Equipo IAAS. Instituto Nacional de Salud.

Unos de los propósitos de la vigilancia integrada en la salud humana es proporcionar información epidemiológica para orientar la toma de decisiones encaminada a contener esta problemática. La vigilancia de las IAD e IAPMQ fluye a través de Sivigila y el evento de resistencia bacteriana es reportada a través de la consolidación de las bases de datos de microbiología por el sistema Whonet. Adicionalmente desde el laboratorio de referencia nacional se realizan procesos de confirmación de aislamientos microbiológicos y mecanismos de resistencia bacteriana.

La integración de las diferentes fuentes de información que maneja el INS le permite al país establecer los principales fenotipos de resistencia bacteriana relacionados con las infecciones asociadas a la atención en salud y también explorar las posibles asociaciones entre el consumo de antibióticos y la resistencia bacteriana.

Así mismo, el análisis de estos eventos desde una perspectiva integrada permite detectar cambios inusuales del comportamiento que orienten a la confirmación de brotes hospitalarios. La notificación de sospecha de brotes es obligatoria en el país desde el 2012 y guarda el mismo flujo de notificación establecido por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila.

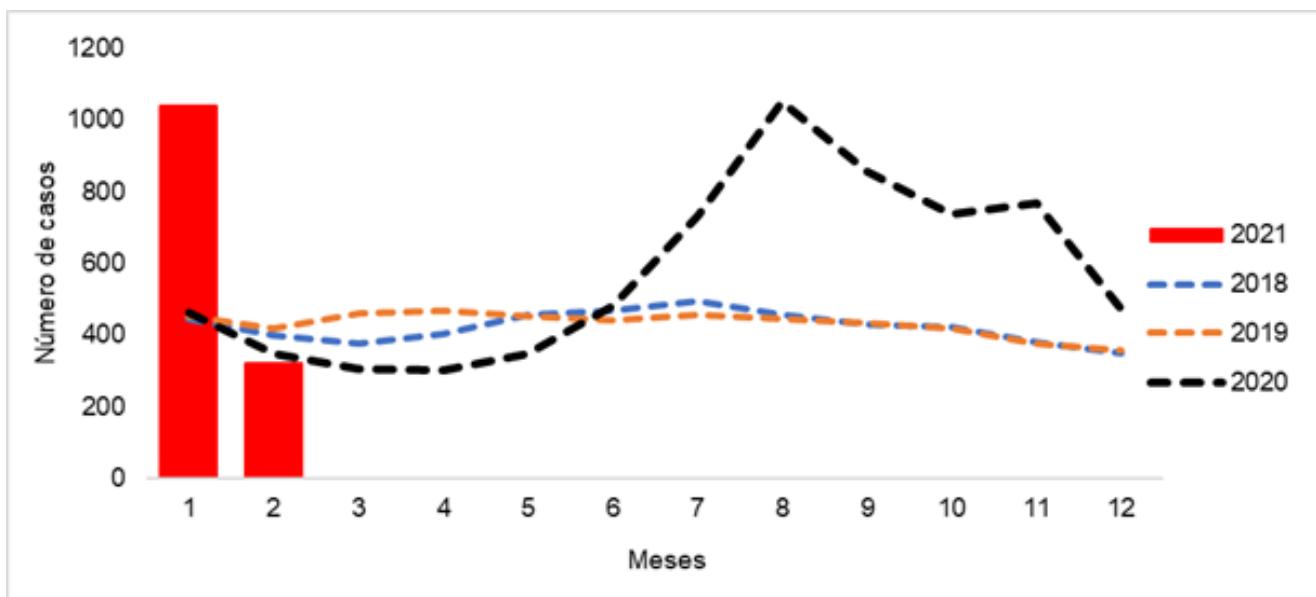
Situación de las infecciones asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidado intensivo adulto

El INS ha trabajado en estrategias para fortalecer la vigilancia de los eventos asociados a las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), una de ellas son los tableros de control que permiten realizar seguimiento a los indicadores de vigilancia en salud pública dispuestos en el protocolo de vigilancia de IAD e identificar oportunamente cambios inusuales en el comportamiento.

Con base en la información reportada a semana epidemiológica 08 de 2021 fueron reportados 1 357 casos de IAD en las unidades de cuidado intensivo (UCI) adulto, pediátrica y neonatal, se evidenció un incremento del 40 % en la notificación de casos, comparado con el mismo periodo del año inmediatamente anterior. Al realizar el análisis por mes se observó un incremento en enero de 2021 que pasó de 462 a 1 038 casos ($p < 0,05$).

Al analizar esta información por tipo de IAD se identificó aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) para las IAD, ubicándose la infección del torrente sanguíneo (ITS-AC) en primer lugar de ocurrencia con 480 casos, seguido de las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) con 387 y por último las infecciones sintomáticas del tracto urinario (ISTU-AC) con 309 casos.

Figura 2. Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en Unidades de Cuidado Intensivo por mes, Colombia con corte a semana epidemiológica 08 de 2020



Fuente: Infecciones Asociadas a Dispositivos, Sivigila.

Este reporte fue enfocado a los datos reportados en la unidad de cuidado intensivo adulto. Al analizar la información por departamento no solo se logró identificar los aumentos en el número de casos de IAD, sino también las entidades territoriales que no han notificado casos y que pueden incurrir en posibles silencios epidemiológicos. Este análisis fue realizado por tipo de IAD en la unidad de cuidado intensivo adulto y muestra los incrementos - decrementos del número de casos por entidad territorial (tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en Unidades de Cuidado Intensivo, Colombia, semana epidemiológica (SE) 08 de 2020

Período analizado SE 08 2021	ACUMULADO a SE 8, 2020 vs 2021											
	2020			2021			NAV		ISTUAC		ITSAC	
	NAV	ISTUAC	ISTAC	NAV	ISTUAC	ISTAC	DIF	P	DIF	P	DIF	P
ANTIOQUIA	42	50	30	73	52	48	1,7	0,00	1,0	0,05	1,6	0,00
ATLÁNTICO	0	0	0	0	0	0	0	1,00	0,0	1,00	0,0	1,00
BARRANQUILLA	14	12	42	17	8	18	1,2	0,07	0,7	0,07	0,4	0,00
BOGOTÁ D.C.	20	74	104	87	91	188	4,4	0,00	1,2	0,01	1,8	0,00
BOLÍVAR	0	0	0	1	0	2	1,0	0,00	0,0	1,00	0,0	0,00
BOYACÁ	0	8	0	21	7	11	21,0	0,00	0,9	0,14	0,0	0,00
CALDAS	6	4	4	15	8	13	2,5	0,00	2,0	0,03	3,3	0,00
CAQUETA	0	0	0	0	0	0	0	1,00	0,0	1,00	0,0	1,00
CARTAGENA	8	6	12	11	7	4	1,4	0,07	1,2	0,14	0,3	0,01
CASANARE	0	0	8	1	0	4	1,0	0,00	0,0	1,00	0,5	0,06
CAUCA	12	2	4	15	6	10	1,3	0,07	3,0	0,01	2,5	0,01
CESAR	10	16	10	2	4	8	0,2	0,00	0,3	0,00	0,8	0,11
CUNDINAMARCA	6	4	10	3	8	13	0,5	0,09	2,0	0,03	1,3	0,07
GUAJIRA	0	2	0	0	0	0	0,0	1,00	0,0	0,14	0,0	1,00
HUILA	10	0	10	2	0	7	0,2	0,00	0,0	1,00	0,7	0,09
MAGDALENA	0	4	2	0	0	0	0,0	1,00	0,0	0,02	0,0	0,14
META	2	0	4	1	0	1	0,5	0,27	0,0	1,00	0,3	0,07
NARIÑO	14	4	10	22	15	33	1,6	0,01	3,8	0,00	3,3	0,00
NORTE DE SANTANDER	6	8	14	41	28	24	6,8	0,00	3,5	0,00	1,7	0,00
QUINDIO	10	8	8	1	0	0	0,1	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
RISARALDA	6	0	12	9	0	13	1,5	0,07	0,0	1,00	1,1	0,11
SANTANDER	16	10	18	18	8	12	1,1	0,08	0,8	0,11	0,7	0,04
SANTA MARTA D.E.	12	8	12	4	8	4	0,3	0,01	1,0	0,14	0,3	0,01
SUCRE	14	14	6	3	4	3	0,2	0,00	0,3	0,00	0,5	0,09
TOLIMA	4	14	6	8	9	11	2,0	0,03	0,6	0,05	1,8	0,02
VALLE	30	70	60	32	46	53	1,1	0,07	0,7	0,00	0,9	0,04
	242	318	386	387	309	480						

■ Riesgo de silencio epidemiológico
● Incremento
● Decremento
● Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: Infecciones Asociadas a Dispositivos, Sivigila

NAV: Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico. ITS-AC: Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter. ISTU-AC: Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter.

El incremento del número de casos de IAD puede estar relacionado con el contexto actual de la pandemia y también puede verse afectado por el aumento de la capacidad instalada en el número de camas de unidades de cuidado intensivo, es por ello que la monitorización de las tasas de incidencias es la mejor forma de interpretar de la dinámica real de estos eventos.

Basados en los tiempos de notificación establecidos por el nivel nacional se realizó un análisis por entidad territorial comparando las tasas de incidencia de enero de 2021 frente a diciembre de 2020. Las entidades territoriales de Barranquilla, Boyacá, Norte de Santander y Bogotá reportaron aumento de las tasas en las tres IAD durante enero de 2021, por el contrario, entidades territoriales como Atlántico, Bolívar, Caquetá, Guajira y Magdalena reportaron tasas de incidencia de 0 casos por 1 000 días dispositivo, situación que refleja un posible silencio epidemiológico.

Tabla 2. Comportamiento de las tasas de incidencia de infecciones asociadas de dispositivos en unidades de cuidado intensivo adulto, Colombia

Período analizado SE 08 2021	TASAS DE INCIDENCIA POR 1000 DÍAS DISPOSITIVO													
	CAMS		NAV				ISTUAC				ITS AC			
	dic-20	ene-21	dic-20	ene-21	Diferencia	Tendencia	dic-20	ene-21	Diferencia	Tendencia	dic-20	ene-21	Diferencia	Tendencia
ANTIOQUIA	1295	1068	3,3	4,6	1,3	+	1,7	2,3	1,3	-	3,1	2,9	0,9	-
ATLÁNTICO	30	45	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-
BARRANQUILLA	984	454	1,1	4,6	4,2	+	0,2	1,1	5,4	+	1,4	3,8	2,8	+
BOGOTÁ D.C.	1797	1740	1,6	2,6	1,6	+	1,8	2,2	1,2	-	3,0	4,3	1,5	+
BOLÍVAR	29	43	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	20,5	0,0	0,0	-
BOYACÁ	287	156	3,0	9,6	3,2	+	1,0	2,5	2,6	+	2,6	3,9	1,5	+
CALDAS	356	180	2,9	7,1	2,4	+	0,0	2,8	0,0	-	4,2	3,7	0,9	-
CAQUETA	22	22	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-
CARIBE	353	214	3,2	3,2	1,0	-	0,0	1,9	0,0	-	2,6	1,8	0,7	-
CASANARE	30	20	5,8	0,0	0,0	-	3,9	0,0	0,0	-	19,2	7,5	0,4	-
CAUCA	292	136	3,1	14,4	4,6	+	0,0	3,3	0,0	-	0,7	5,2	7,5	+
CESAR	240	100	1,0	2,3	2,3	+	0,6	2,4	4,4	+	5,6	5,2	0,9	-
CUNDINAMARCA	401	216	0,0	0,8	0,0	-	1,6	1,7	1,1	-	3,4	3,2	0,9	-
GUAJIRA	70	28	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-
HUILA	222	325	1,7	0,5	0,3	-	0,6	0,0	0,0	-	2,1	1,4	0,7	-
MAGDALENA	14	14	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-
META	98	54	1,9	2,0	1,0	+	1,0	0,0	0,0	-	2,8	1,5	0,5	-
MARÍN	342	192	28,6	5,1	0,2	-	17,2	3,8	0,2	-	11,2	8,1	0,7	-
NORTE DE SANTANDER	366	304	5,2	10,7	2,1	+	3,7	5,6	1,5	-	3,8	5,5	1,4	-
QUINDIO	68	73	2,4	0,9	0,4	-	0,0	0,0	0,0	-	2,0	0,0	0,0	-
RISARALDA	342	173	0,0	1,1	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	4,2	3,3	0,8	-
SANTANDER	285	288	8,5	4,8	0,6	-	1,3	1,7	1,3	-	4,8	2,2	0,5	-
SANTA MARTA D.E.	175	113	6,8	2,9	0,4	-	1,9	3,9	2,1	-	1,6	3,0	1,8	-
SUCRE	190	125	2,5	4,7	1,9	-	1,0	1,9	1,9	-	0,0	1,1	0,0	-
VALLE	322	202	0,0	1,7	0,0	-	0,4	2,4	5,6	-	0,5	3,0	6,7	-
VALLE	1232	962	4,5	1,8	0,4	-	3,2	2,1	0,7	-	4,7	3,0	0,6	-

Riesgo de silencio epidemiológico
Incremento
Decremento
Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: Infecciones Asociadas a Dispositivos, Sivigila

NAV: Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico. ITS-AC: Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter. ISTU-AC: Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter.

Para lograr explicar los incrementos - decrementos de este evento, es importante estratificar el análisis por institución de salud, y en este sentido el INS para el 2021 tiene el propósito de transferir la metodología para la construcción de herramientas que faciliten a la entidad territorial la gestión e interpretación de los datos notificados en el Sivigila y Whonet. Durante el primer trimestre del 2021 las Secretarías de Salud de Boyacá, Cundinamarca, Valle del Cauca y Huila han empleado esta metodología para mejorar el sistema de vigilancia integrado.

Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico Quirúrgicos

Alrededor del mundo, las infecciones asociadas a los procedimientos médico-quirúrgicos (IAMPQ) están relacionadas con una mayor morbilidad y mortalidad. Las secuelas de este tipo de infecciones incluyen nuevas revisiones quirúrgicas (tiempos quirúrgicos adicionales), tratamientos prolongados con antibióticos y rehabilitación, mala calidad de vida por discapacidad y pérdida de trabajo y productividad asociadas. Desde el segundo semestre del 2020 los eventos de endometritis puerperal e infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos se unificaron en una misma ficha de notificación en el evento 352. El comportamiento de notificación ha disminuido a partir del periodo epidemiológico V de 2020, probablemente debido a la pandemia y realización únicamente de procedimientos quirúrgicos de urgencia y oncológica.

A semana epidemiológica 08 de 2021 se han notificado en el evento un total de 203 casos, el 67,0 % (n=136) corresponde a cesárea, 12,8% (n=26) a parto vaginal, 8,9 % (n=18) a herniorrafia, 6,9 % (n= 14) a colecistectomía y el 4,4 % (n=9) a revascularización miocárdica con incisión torácica y de sitio donante.

De estos casos el 90,1 % (n=183) corresponde a género femenino. El tipo de procedimiento de emergencia se evidenció en el 49,2 % (n=100). La clasificación de Sociedad Americana de Anestesiología (ASA, por sus siglas en inglés) sin discapacidad se presentó en el 78,3 % (n=159).

La infección se clasifica según localización anatómica en incisional (superficial o profunda) u órgano-espacio. En la siguiente tabla se evidencia el procedimiento y el tipo de infección según localización anatómica.

Tabla 3. Tipo de infección según localización anatómica por procedimiento médico quirúrgico

Tipo de procedimiento	No.	%
Cesárea	111	55%
Parto vaginal	7	3%
Herniorrafia	14	7%
RMT	8	4%
Colecistectomia	13	6%

RMT Revascularización miocárdica con incisión torácica y de sitio donante

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

Respecto a la profilaxis antibiótica solo el 8,4 % (n= 17) recibió de forma oportuna la terapia antibiótica. En la siguiente tabla se relaciona la profilaxis antibiótica con el tipo de procedimiento y el número de casos y porcentaje.

Tabla 4. Casos de IAPMQ que recibieron profilaxis antibiótica

	Superficial		Profunda		Órgano espacio	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cesárea	77	83,7	20	71,4	14	37,8
Parto vaginal					16	43,2
Herniorrafia	8	8,7	2	7,1	2	5,4
RMT	2	2,2	2	7,1	1	2,7
Colecistectomia	5	5,4	4	14,3	4	10,8
Total	92		28		37	

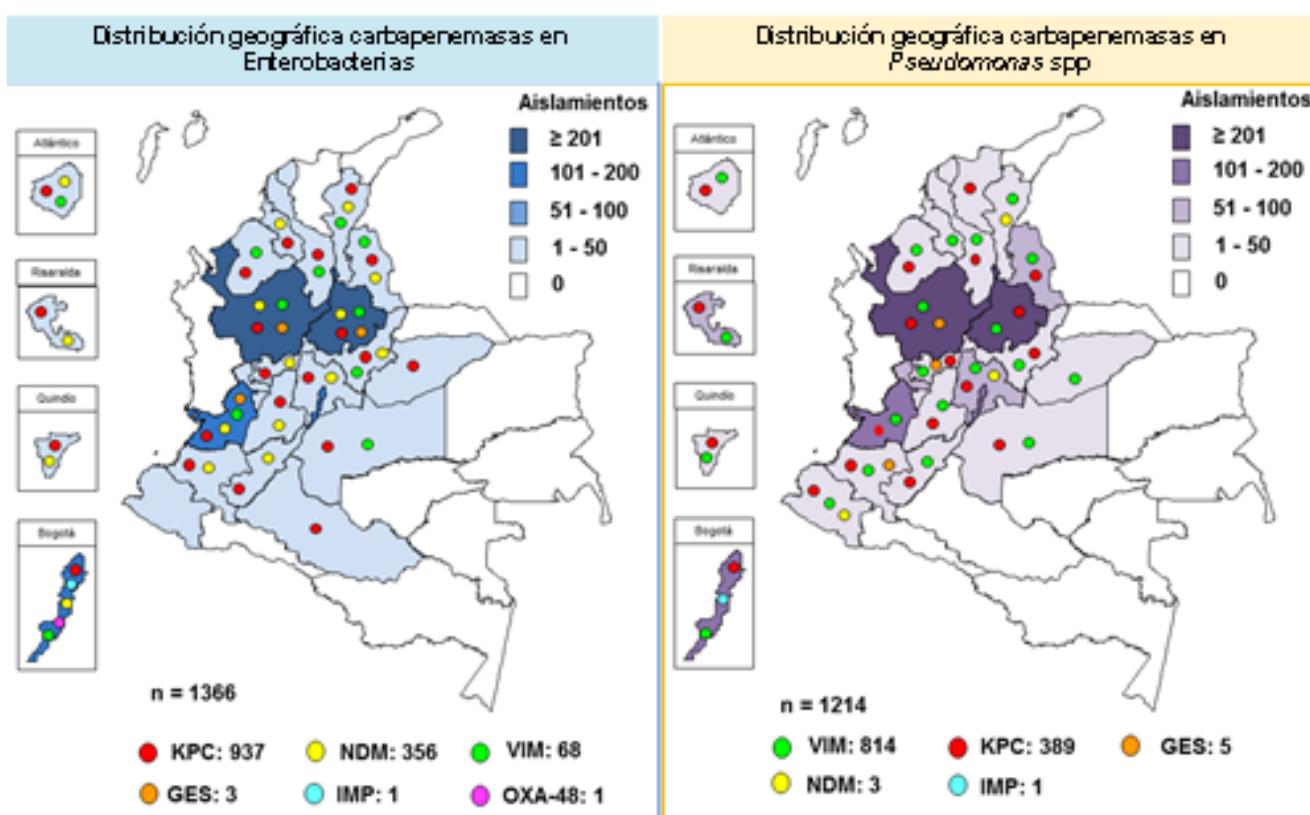
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021.

Los grandes retos para el 2021 serán el fortalecimiento de la vigilancia en las entidades territoriales, mediante asistencias técnicas y capacitaciones y la generación de tableros de control, que permitirán a las autoridades de salud mejorar el seguimiento de las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos de las instituciones de salud de su jurisdicción con el propósito de detectar oportunamente cambios inusuales en el comportamiento y posibles silencios epidemiológicos.

Resistencia bacteriana a los antimicrobianos

En el análisis del comportamiento de los aislamientos recibidos en la vigilancia por laboratorio del periodo 2012 a 2020 se observó que la distribución de carbapenemasas por microorganismo fue predominante en las Enterobacterias el gen KPC y en Pseudomonas spp el gen VIM.

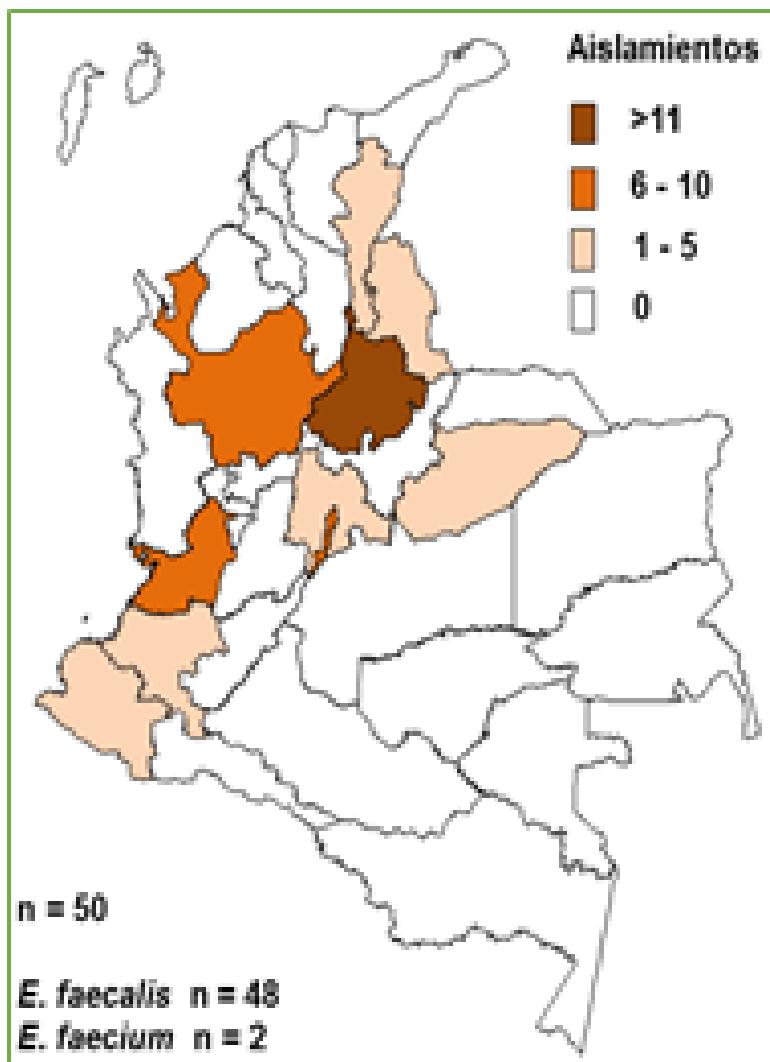
Figura 3. Distribución geográfica de carbapenemasas en Enterobacterias y Pseudomonas spp. Colombia, 2021



Fuente: Grupo de microbiología, Vigilancia de resistencia antimicrobiana en IAAS.

La vigilancia por laboratorio del gen optrA muestra un incremento en el 2019 y predomina en 10 departamentos, con relación a la vigilancia del gen mcr que confiere resistencia a colistina, predomina en 9 departamentos del país. La población frecuentemente afectada es los mayores de 60 años el servicio de consulta externa es el lugar de donde remiten principalmente muestras con este gen, y provenientes en su gran mayoría de muestras de orina.

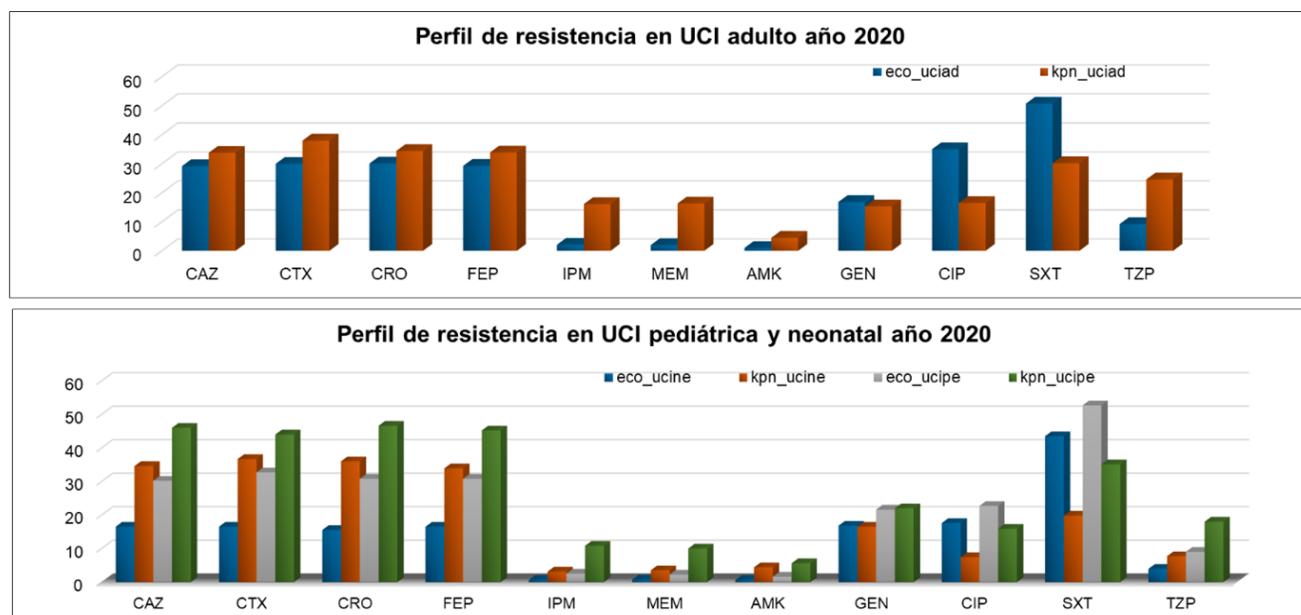
Figura 4. Vigilancia a oxazolidinonas (linezolid-tedizolid) mediada por gen optrA (junio 2016 a diciembre 2019)



Fuente: Grupo de microbiología, Vigilancia de resistencia antimicrobiana en IAAS.

La vigilancia de los perfiles de resistencia obtenidos a partir de whonet muestra un incremento de la resistencia a carbapenémicos en *K. pneumoniae* para el 2020 en el servicio de UCI adultos alcanzando el 16 %.

Figura 5. Perfil de resistencia en unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto 2020



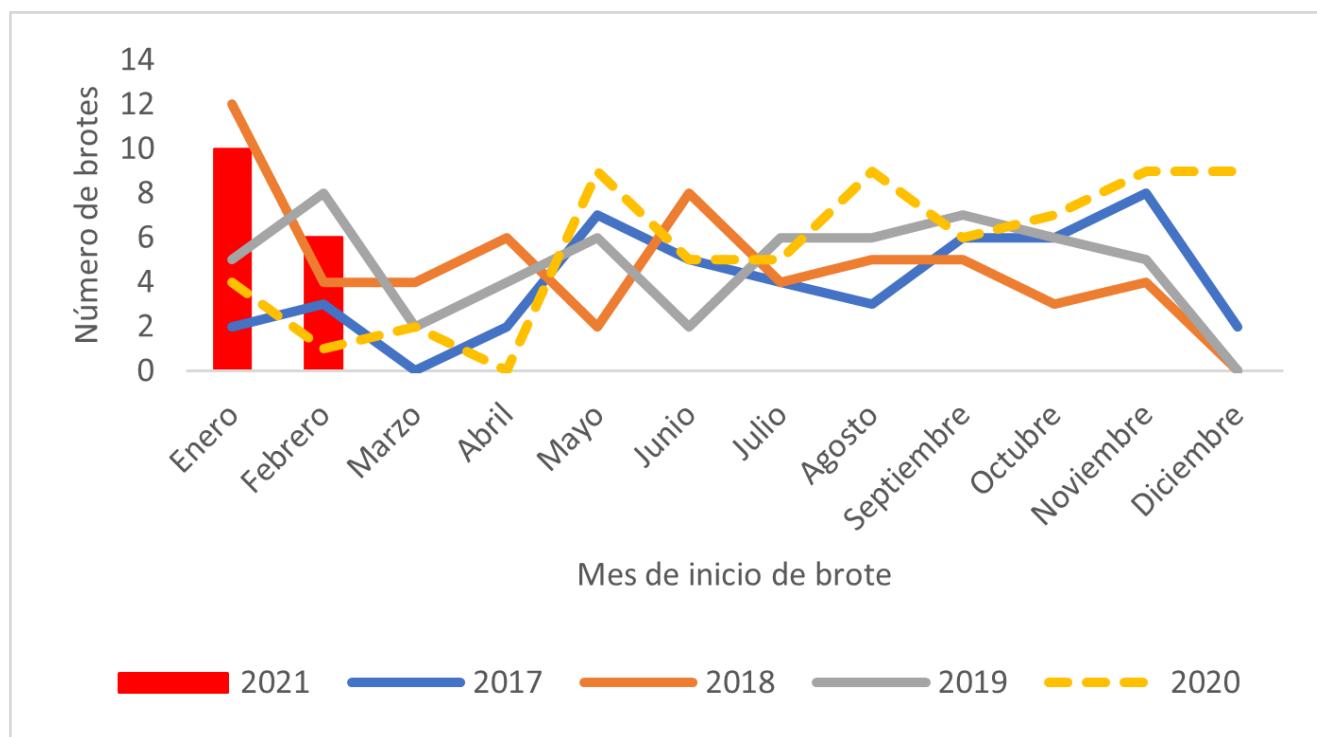
Caz:ceftazidima; CTX: cefotaxima; CRO: ceftrioxona; FEP:cefepime; IPM: imipenem; MEM: meropenem, AMK: amikacina; GEN: gentamicina; CIP: ciprofloxacina; SXT: trimetoprim sulfametoxazol; TZ: piperacilina tazobactam; Pae: *P. aeruginosa*, aba: *A. baumannii*, eco:*E. coli*; kpn: *Klebsiella pneumoniae*

Fuente: Grupo de microbiología, Vigilancia de resistencia antimicrobiana en IAAS.

Vigilancia de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud

Durante lo comprendido entre los años 2016 a 2021, se ha evidenciado un aumento en la notificación de brotes IAAS al Instituto Nacional de Salud del 60%. Para enero del 2019 se notificaron 4 brotes frente a 10 en el mismo mes del 2021, para febrero de 2019 fue notificado un brote, mientras que para febrero del año actual han sido notificados 6.

Figura 6. Comparativo de brotes IAAS, Colombia 2017 a2021 con corte a 08 de marzo de 2021



Fuente: Brotes IAAS. Instituto Nacional de Salud. 2021.

Las entidades territoriales con mayor número de brotes notificados durante el 2020 fueron Bogotá (29), Antioquia (9), Cali (8) y Norte de Santander (6). Para el 2021, quienes más han reportado son Bogotá (10) y Cali, Valle del Cauca, Santander, Cundinamarca y Boyacá, cada uno con 1 brote respectivamente.

Los servicios de atención de pacientes en donde más brotes se presentaron durante el 2020 fueron las UCI adultos COVID-19 (45 %), UCI adultos no COVID-19 (27 %) y hospitalización (11 %). Durante lo corrido del 2021, la distribución de brotes por servicios se distribuye en 69 % UCI adultos COVID-19, 19 % UCI adultos y 1 % en hospitalización.

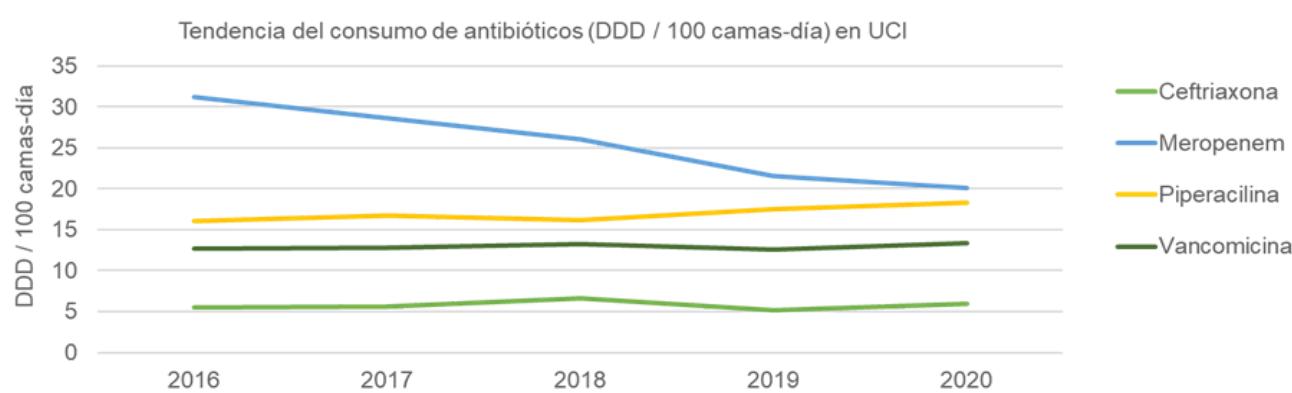
Los microorganismos asociados a brotes en el 2020 fueron Klebsiella pneumoniae con 17 brotes, Candida auris con 16 y Pseudomonas aeruginosa y Burkholderia cepacia, cada una con 4 brotes. Durante el 2021, se han presentado 5 brotes por Ralstonia pickettii y 3 por Klebsiella pneumoniae. Dentro de los brotes, la infección que predomina es la bacteremia con 247 casos en el 2020 y 39 casos en el 2021 y las neumonías asociadas a la ventilación mecánica con 113 pacientes afectados en el 2020 y 15 pacientes afectados en el 2021.

Con corte a 08 de marzo de 2021, hay un brote activo en cada una de las siguientes entidades territoriales: Boyacá, Cundinamarca, Santander, Cali y Valle del Cauca y en Bogotá hay 10 brotes activos.

Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

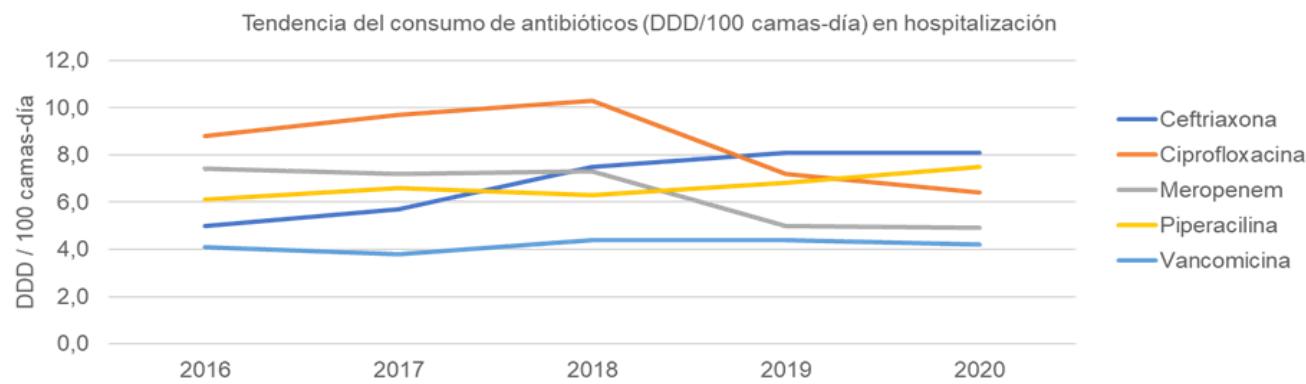
Con la vigilancia del consumo de antibióticos se propone determinar la frecuencia del consumo en servicios UCI adultos y de hospitalización de adultos, diferentes a UCI, de instituciones prestadoras de servicios de salud de alta y mediana complejidad y estimar las tendencias de su uso. En la tendencia del consumo de antibióticos se aprecia que meropenem es el antibiótico de mayor consumo en UCI; la disminución en el promedio de DDD (Dosis Diarias Definidas por 100 camas/día) pudiera ser aparente debido al ajuste en la cantidad de gramos de la DDD de meropenem, que a finales de 2018 se modificó de 2 gramos a 3 gramos; piperacilina es el segundo antibiótico con mayor consumo en servicios UCI (figura 7.). En los servicios de hospitalización no UCI se observa: descenso en el promedio de Dosis Diarias Definidas por 100 camas/día de ciprofloxacina e incremento en el de ceftriaxona y piperacilina (figura 8).

Figura 7. Promedio de consumo de antibióticos (Dosis Diarias Definidas por 100 camas-día) en UCI, Colombia, 2016 a 2020



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

Figura 8. Promedio de consumo de antibióticos (Dosis Diarias Definidas por 100 camas-día) en servicios de hospitalización no UCI, Colombia, 2015 a 2020



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

El consumo promedio de antibióticos presenta diferencias por entidades territoriales, así:

Cefepime. El promedio nacional de consumo en UCI (8 DDD por 100 camas día) es superado por Cesar (31 DDD), Caquetá, Risaralda, Meta, Cartagena, Santa Marta, Tolima, Caldas, Cundinamarca. En los servicios de hospitalización no UCI también es superado el promedio nacional (2,8 DDD) en Cesar (18,1 DDD), Norte de Santander, Barranquilla, Santa Marta, Meta, Tolima, Cartagena, Caldas, Caquetá.

Ceftriaxona. Es el antibiótico de mayor consumo en los servicios de hospitalización no UCI. El consumo en UCI es mayor que el promedio nacional (6 DDD) en Cauca (25,5 DDD), Cesar, La Guajira, Norte de Santander, Nariño, Risaralda, Casanare. En servicios no UCI el promedio nacional (8,2 DDD) es superado en Chocó (25,8 DDD), Cesar, La Guajira, Amazonas, Magdalena, Nariño, Santander.

Ciprofloxacina. Se vigila su consumo en los servicios de hospitalización distintos a UCI. El promedio nacional (6,4 DDD por 100 camas día) es superado en Chocó (52 DDD), Cesar, Quindío, Atlántico, Magdalena, Santa Marta.

Meropenem: Es el de mayor consumo en UCI, con promedio nacional de 20,1 DDD, superado en Norte de Santander (32,5 DDD), Casanare, Cesar, Risaralda, Meta, Quindío. En los otros servicios de hospitalización de adultos, con promedio nacional 4,9 DDD por 100 camas-día, el mayor consumo ocurre en Cesar (17,9 DDD), Norte de Santander, Quindío, Casanare, Caldas.

Piperacilina: Es el segundo antibiótico de mayor consumo en ambos servicios, UCI (promedio 18,3 DDD) y hospitalización (promedio 7,5 DDD). En UCI el promedio nacional es superado por Atlántico, Nariño, Cundinamarca, Cesar, Caquetá. Asimismo, en hospitalización los mayores consumos se presentan en Cesar, Cundinamarca, Barranquilla, Amazonas, La Guajira.

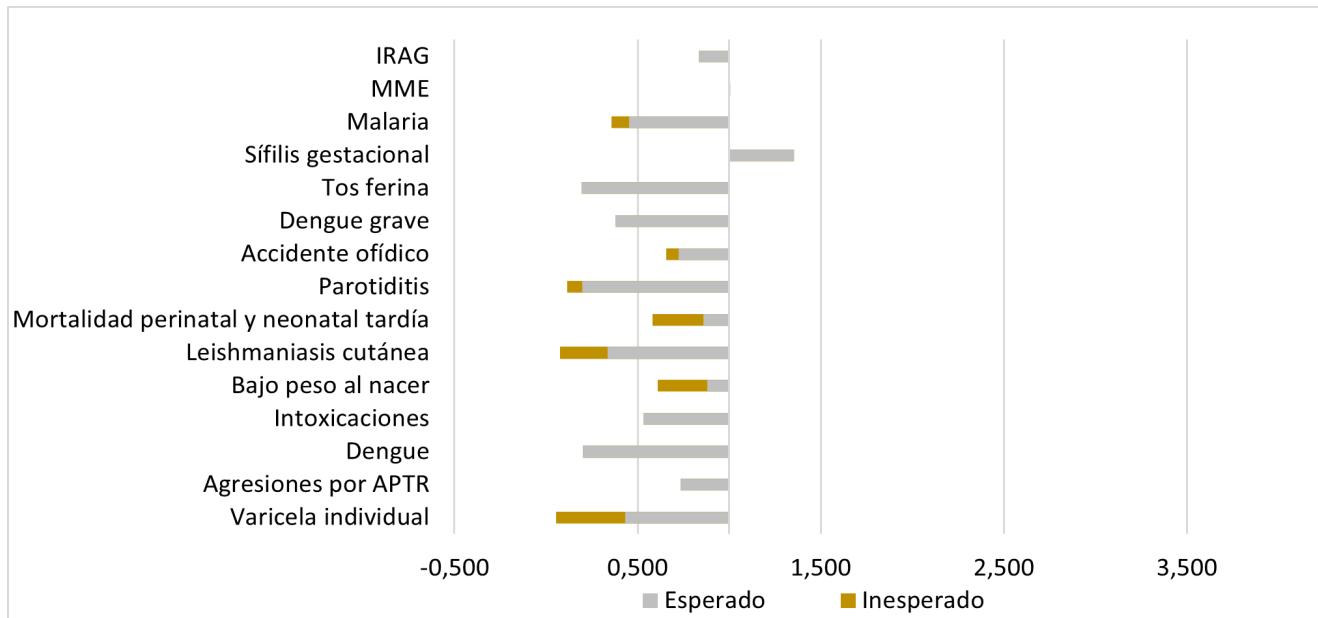
Vancomicina: El promedio nacional de consumo en hospitalización (4,2 DDD) lo superan Cesar, Quindío, Amazonas, Norte de Santander; en UCI al promedio nacional (13,4 DDD) lo sobrepasan Cesar, Atlántico, Risaralda, Casanare, Quindío, Cauca, Huila.

SITUACIÓN NACIONAL

Análisis de datos de vigilancia

Se identifica que en la semana epidemiológica 09, 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 9.
Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

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

Descargar

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Los eventos de sífilis congénita y mortalidad por EDA 0-4 años se encuentran por encima de los valores esperados, mientras que los eventos de sarampión, leptospirosis, mortalidad por dengue, leishmaniasis mucosa, rubeola y fiebre tifoidea y paratifoidea presentan una disminución significativa relacionada con el comportamiento de notificación histórico. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico.

Tabla 5.

Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021

Evento	Observado	Esperado	Poisson
Sífilis congénita	27	19	0,00
Mortalidad por EDA 0-4 Años	5	3	0,01
Sarampión	14	23	0,00
Leptospirosis	19	32	0,00
Mortalidad por dengue	2	2	0,01
Leishmaniasis mucosa	0	4	0,03
Rubeola	3	18	0,03
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	8	0,04
Lepra	3	8	0,06
Mortalidad por IRA	12	8	0,09
Tuberculosis farmacorresistente	5	9	0,10
EAV	99	11	0,10
Mortalidad materna	2	9	0,12

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología eventos de mayor notificación:

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

Metodología eventos de baja frecuencia

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

Cumplimiento en la notificación

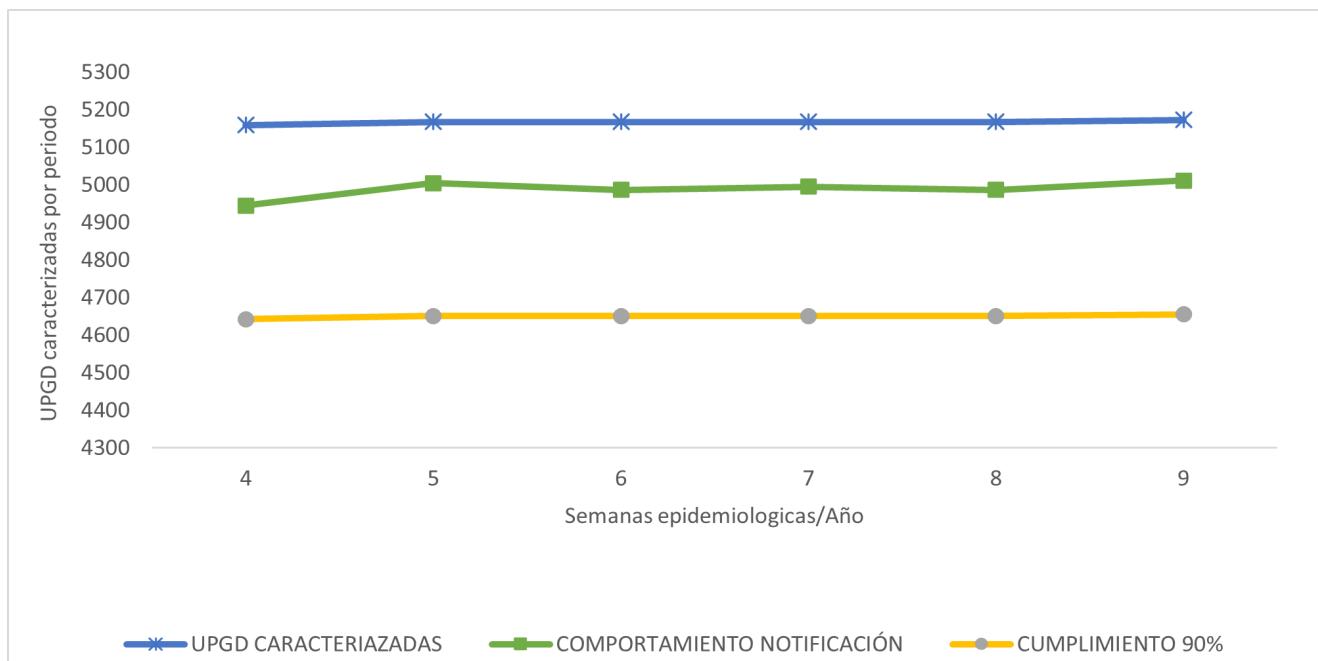
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual comparándola con la semana anterior, así como con la misma semana del 2020.

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

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 96,9 % (5 012 / 5 173 UPGD); aumentó 0,4 % comparándolo con la semana anterior y 1,0 % con respecto a la misma semana de 2020.

Figura 10.

Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 04 a 09 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

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

Descargar

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

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

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 5 173 UPGD caracterizadas.

EVENTOS TRAZADORES

MORBILIDAD

Dengue

En la semana epidemiológica 09 de 2021 se notificaron 751 casos probables de dengue: 391 casos de esta semana y 360 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 6 573 casos, 3 289 (50,0 %) sin signos de alarma, 3 169 (48,2 %) con signos de alarma y 115 (1,8 %) de dengue grave.

Tabla 6.

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2021

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cali	1404	21,7	21	18,3	1425	21,7
Valle del Cauca	490	7,6	5	4,3	495	7,5
Cartagena	470	7,3	15	13,0	485	7,4
Putumayo	332	5,1	2	1,7	334	5,1
Huila	304	4,7	5	4,3	309	4,7
Tolima	284	4,4	4	3,5	288	4,4
Barranquilla	274	4,2	5	4,3	279	4,2
Antioquia	261	4,0	5	4,3	266	4,0
Cundinamarca	225	3,5	1	0,9	226	3,4
Meta	201	3,1	3	2,6	204	3,1
Atlántico	197	3,1	4	3,5	201	3,1
Norte de Santander	186	2,9	6	5,2	192	2,9
Bolívar	182	2,8	2	1,7	184	2,8
Cesar	176	2,7	8	7,0	184	2,8
Santander	155	2,4	1	0,9	156	2,4
Magdalena	132	2,0	7	6,1	139	2,1
Sucre	131	2,0	2	1,7	133	2,0
Córdoba	123	1,9	1	0,9	124	1,9
Santa Marta	109	1,7	4	3,5	113	1,7
Cauca	105	1,6	1	0,9	106	1,6
Caquetá	89	1,4	2	1,7	91	1,4
Nariño	80	1,2	3	2,6	83	1,3
Boyacá	71	1,1	1	0,9	72	1,1
Casanare	72	1,1	0	0,0	72	1,1
Chocó	69	1,1	0	0,0	69	1,0
Quindío	56	0,9	2	1,7	58	0,9
Caldas	46	0,7	0	0,0	46	0,7
Risaralda	44	0,7	0	0,0	44	0,7
Buenaventura	41	0,6	0	0,0	41	0,6
Amazonas	39	0,6	0	0,0	39	0,6
Arauca	31	0,5	0	0,0	31	0,5
La Guajira	22	0,3	4	3,5	26	0,4
Archipiélago de San Andrés	20	0,3	0	0,0	20	0,3
Exterior	13	0,2	1	0,9	14	0,2
Guaviare	11	0,2	0	0,0	11	0,2
Vichada	9	0,1	0	0,0	9	0,1
Guainía	3	0,0	0	0,0	3	0,0
Vaupés	1	0,0	0	0	1	0,0
Total	6 458	100	115	100	6 573	100

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

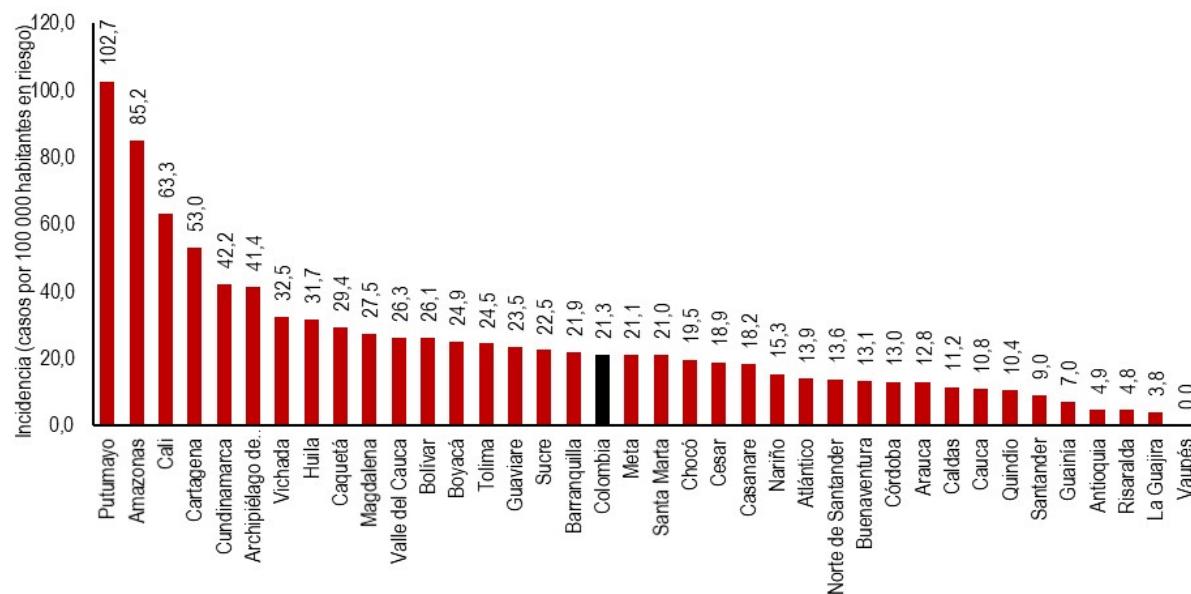
En Colombia, los casos de dengue proceden de 33 departamentos, 4 distritos, 515 municipios. Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Huila, Tolima, Barranquilla, Antioquia, Cundinamarca, Meta y Atlántico aportan el 68,6 % (4 512) de los casos a nivel nacional.

El 57,1 % (3 756) de los casos de dengue se reportó en 27 municipios, con mayor frecuencia en: Cali, con 21,7 % (1 425); Cartagena, con el 7,4 % (485); Barranquilla, con 4,2 % (279); Orito, con el 2,1 % (140); Santa Marta, con el 1,7 % (113); Cúcuta, con el 1,6 % (103); Neiva, con el 1,4 % (93); Villavicencio, con el 1,3 % (87); Ibagué (74) y Yumbo (73), con el 1,1 % cada uno; Aguachica (67), Montería (64) y Soledad (63), con el 1,0 % cada uno.

Se hospitalizó el 74,8 % (2 371) de los casos de dengue con signos de alarma y el 86,1 % (99) de dengue grave; las entidades notificadoras que hospitalizaron menos del 60,0 % de los casos de dengue con signos de alarma fueron: Bolívar, Cauca, Buenaventura, Chocó, y Vichada; y las entidades notificadoras que no hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave fueron: Santa Marta, Magdalena, Cartagena, Meta, Antioquia, La Guajira, Cundinamarca y Quindío.

A semana 09 se ha confirmado el 37,0 % (1 173) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado el 100,0 % de los casos notificados son Buenaventura y Vichada. Por otro lado, se ha confirmado el 43,5 % (50) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Barranquilla, Caquetá y Córdoba.

Figura 11.
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021



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

Análisis de la gráfica

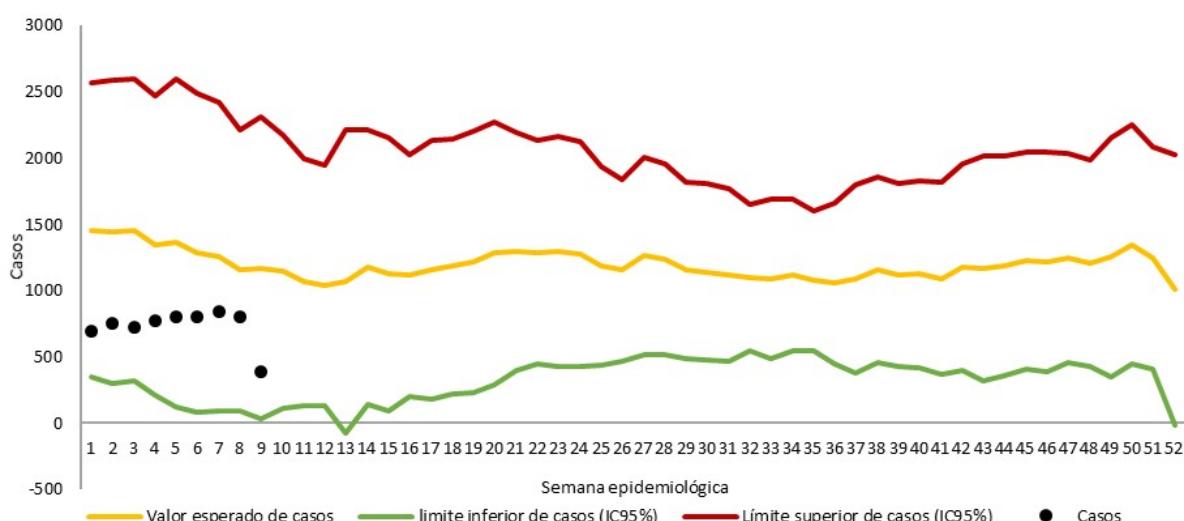
Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE09.jpg)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Incidencia%20SE09.jpg)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

La incidencia nacional de dengue es de 21,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Putumayo, Amazonas, Cali, Cartagena, Cundinamarca y Archipiélago de San Andrés y Providencia, se estiman tasas de incidencia superiores a 40,0 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12.
Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 09, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE09.jpg)

Descargar
(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Canal%20endémico%20SE09.jpg)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

A semana epidemiológica 09 de 2021, el evento a nivel nacional presentó un comportamiento dentro de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico.

Tabla 7.

Comparación de los casos notificados de dengue con su comportamiento histórico, por entidad territorial de procedencia en Colombia, semanas epidemiológicas 06 a 08 de 2021

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

Situación de alerta

Por encima del número esperado de casos

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

Sucre	Risaralda	Vichada
Amazonas	Barranquilla	Cauca
Atlántico	Bolívar	Cali
Magdalena	Caquetá	Putumayo
Santa Marta	Valle del Cauca	Nariño
San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
Cartagena	Chocó	

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

De acuerdo con la situación epidemiológica según canal endémico, 1 entidad territorial presenta un comportamiento por debajo de lo esperado, 21 entidades se encuentran dentro de lo esperado, 13 entidades se encuentran en situación de alerta y 2 entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico.

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 8.

Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09, 2020 y 2021

Tipo de servicio	2020 a semana 09	2021 a semana 09	Variación
Consultas externas y urgencias	1 170 869	676 525	-42.2 Disminución
Hospitalizaciones en sala general	36 168	39 802	10.0 Aumento
Hospitalizaciones en UCI	3 838	13 794	259.4 Aumento

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

Análisis de la tabla

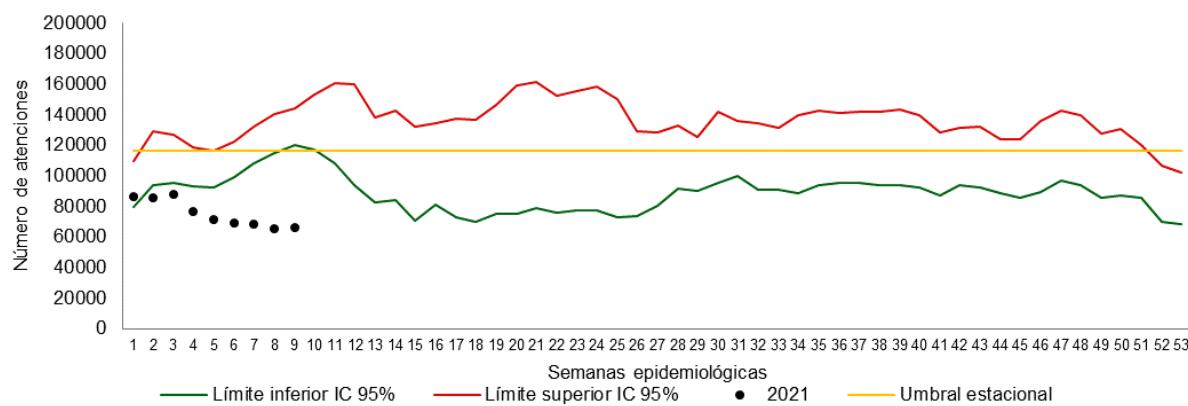
ANÁLISIS DE LA TABLA

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 09 de 2021, en Colombia se han notificado 676 525 consultas externas y urgencias por IRA, presentando disminución frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 42,2 % comparado con 2020, 33,4 % frente a 2019 y 36,4 % frente a 2018. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en 30 entidades territoriales; Córdoba y Santa Marta presentan incremento; Arauca, Bolívar, Guainía, La Guajira, Magdalena y Vaupés no presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 32 % (216 312), seguido por el de 40 a 59 años con el 21,3 % (144 318). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas se presenta en los niños menores de 1 año y de 1 año con el 7,7 % respectivamente.

Figura 13.
Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT09.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/CEXT09.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

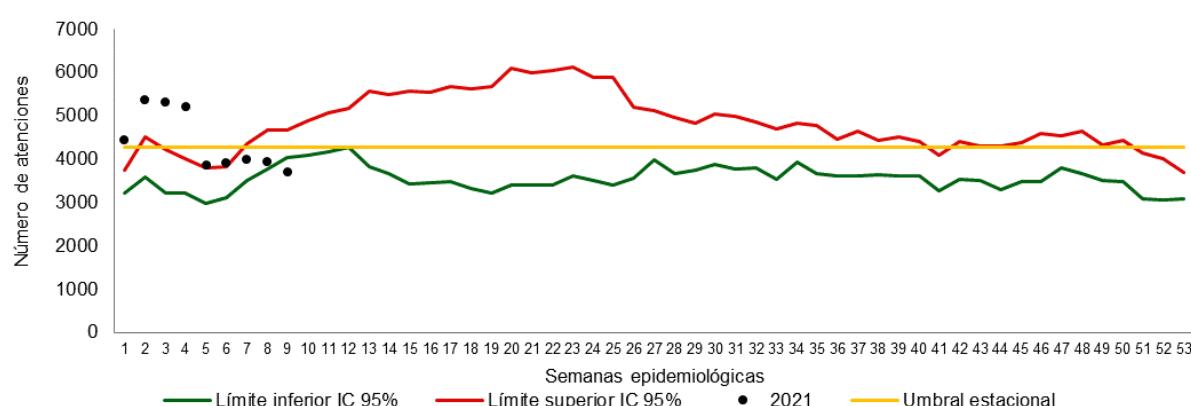
En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA para las nueve semanas del año se ubican por debajo del umbral estacional y a partir de la semana 02 por debajo del límite inferior.

Se notificaron 39 802 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de los tres años anteriores con el 10,0 % frente a 2020, 21,9 % comparado con 2019 y 10,5 % 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 Quindío, Caquetá, Chocó, Caldas, Norte de Santander, Cauca, Guaviare, Putumayo y Arauca; e incremento en 6 entidades territoriales resaltando Amazonas, Barranquilla y Santander; no presentan comportamientos inusuales 13 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 40,4 % (16 071), seguido por los de 40 a 59 años con el 21,0 % (8 372). 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 14,0 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 12,0 %.

Figura 14.

Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09, entre 2014 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOPS09.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/HOPS09.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

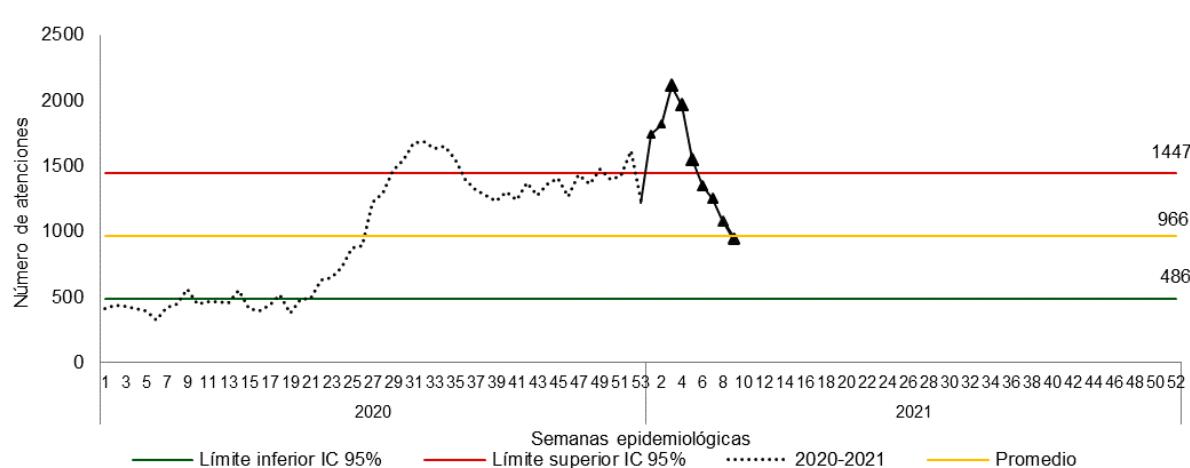
En el canal endémico durante las cuatro primeras semanas del año las hospitalizaciones por IRAG en sala general se ubicaron por encima del límite superior histórico esperado y el umbral estacional, para la semana 05 se observa un descenso por debajo del umbral estacional y del límite superior histórico,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

Se notificaron 13 794 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 259,4 % frente a 2020, 338,6 % comparado con 2019 y 348,7 % frente a 2018. Se presenta incremento en 27 entidades territoriales, entre las cuales resaltan Caquetá, Valle del Cauca, Bolívar, Nariño, Antioquia y Cundinamarca; Arauca presenta disminución y no presentan comportamientos inusuales: Amazonas, Atlántico, Caldas, Cartagena, Chocó, Córdoba, Guaviare, San Andrés, Vaupés y Vichada.

Por grupos de edad, los adultos de más de 60 años representan el 56,6 % (7 809), seguido por los de 40 a 59 años con el 26,2 % (3 617) y los de 20 a 39 años con el 7,7 % (1 062). 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 31,2 %, seguido por el de 40 a 59 años con el 29,8 %.

Figura 15.

Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09, entre 2020 y 2021



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

Análisis de la gráfica

[Ampliar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI09.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/UCI09.png\)](#)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Hasta la semana 05 las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios superaron el promedio histórico y el límite superior de las semanas 01 a 53 de 2020, adicionalmente se observa un incremento progresivo hasta la tercera semana y un descenso en las últimas seis semanas; para las semanas 06 a 08 se encuentran por debajo del límite superior y en la semana 09 por debajo del promedio histórico.

Metodología:

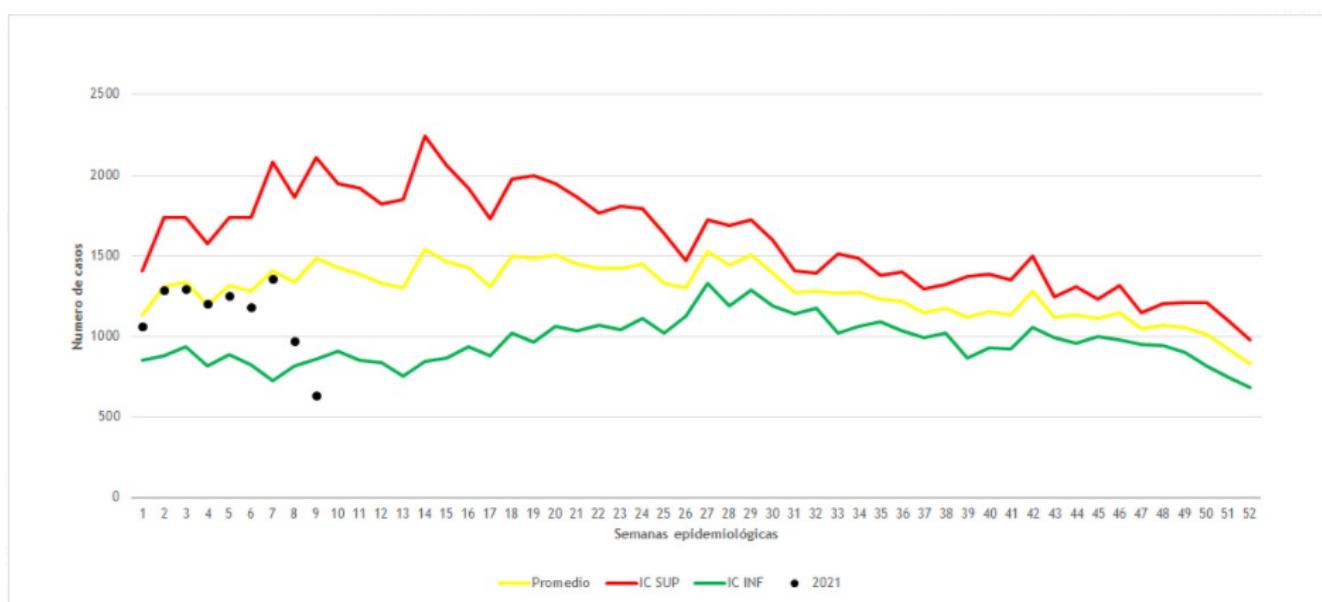
Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2020 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 09 se notificaron 1 433 casos de malaria, teniendo un acumulado de 10 305 casos, de los cuales 10 095 son de malaria no complicada y 210 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 51,3 % (5 284), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 48,1 % (4 953) e infección mixta con 0,7 % (68).

Figura 16.
Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 09, 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 \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%209.png\)](#)

[Descargar \(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/canal%20se%209.png\)](#)

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

Tabla 9.

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2021

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	23	1551	0	1386	2960	29,30
Nariño	12	2034	0	244	2290	22,70
Córdoba	4	287	0	1227	1518	15,00
Antioquia	5	316	0	762	1083	10,70
Guainía	1	27	0	398	426	4,20
Cauca	1	344	0	5	350	3,50
Vichada	3	68	0	190	261	2,60
Buenaventura	0	163	0	28	191	1,90
Norte de Santander	0	0	0	178	178	1,80
Guaviare	2	34	0	141	177	1,80
Risaralda	0	4	0	158	162	1,60
Bolívar	7	13	0	140	160	1,60

Meta	0	13	0	94	107	1,10
Amazonas	2	4	0	85	91	0,90
Casanare	0	0	0	45	45	0,40
Exterior	0	7	0	16	23	0,23
Cali	1	7	0	5	13	0,10
Vaupés	0	0	0	13	13	0,10
Valle del Cauca	0	4	0	2	6	0,10
Sucre	0	0	0	5	5	0,00
Santander	1	1	0	3	5	0,00
Putumayo	0	0	0	5	5	0,00
Cesar	0	0	0	4	4	0,00
Desconocido	0	1	0	3	4	0,04
Cartagena	0	0	0	3	3	0,00
Arauca	0	0	0	3	3	0,00
La Guajira	0	0	0	3	3	0,00
Huila	0	2	0	1	3	0,00
Caldas	0	2	0	0	2	0,00
Quindío	0	1	0	0	1	0,00
Caquetá	0	0	0	1	1	0,00
Total	62	4883	0	5150	10095	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

Por procedencia, Chocó (29,3 %), Nariño (22,7 %), Córdoba (15,0 %) Antioquia (10,7 %) y Guainía (4,2) aportan el 81,9 % de los casos de malaria no complicada.

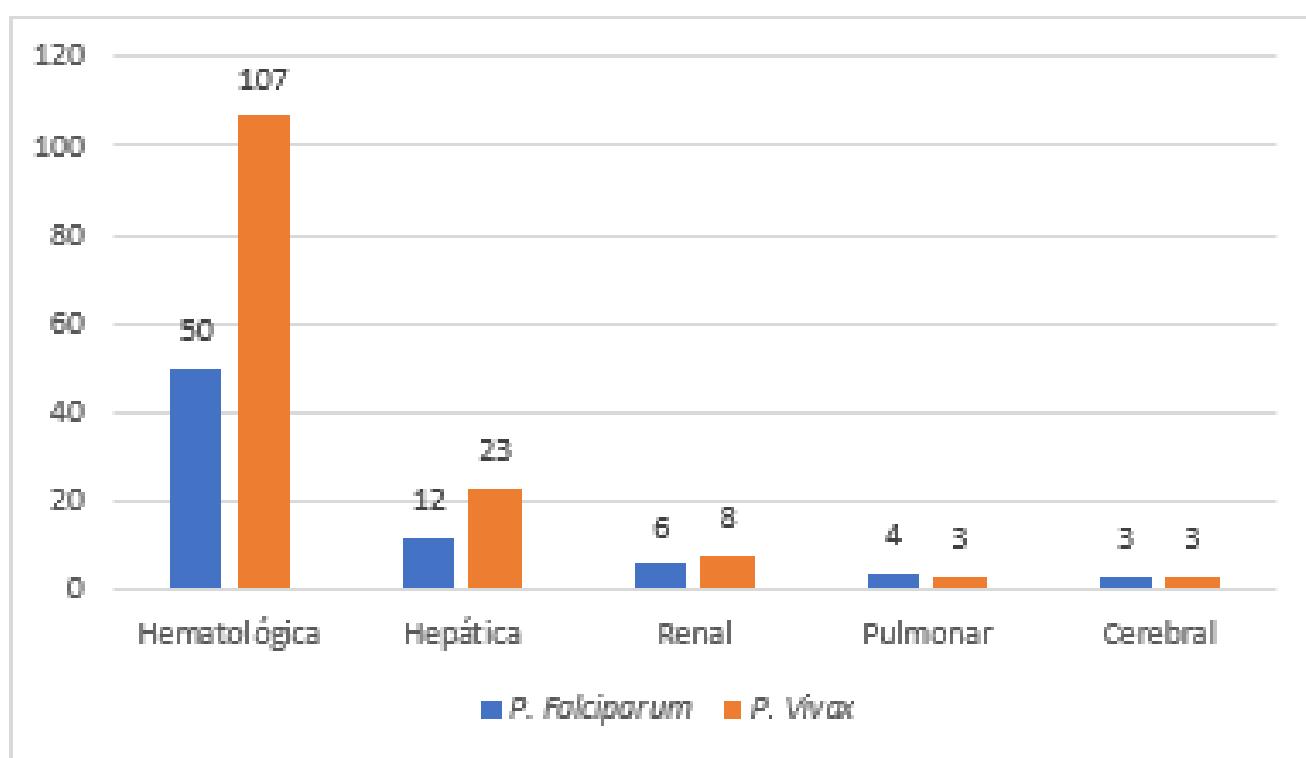
Malaria complicada

Se notificaron 210 casos de malaria complicada, que proceden de 21 entidades territoriales y un caso procedente del exterior. Nariño, Antioquia, Chocó, Meta y Vichada notifican el 63,4 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 57,1 % (120) corresponde a hombres. El 29,5 % (62) se presenta en personas de 15 a 24 años y el 24,3 % (51) ocurre en indígenas. Por lugar de procedencia, el 48,1 % (101) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 70,5 % (148) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 162 presentaron complicaciones hematológicas, 37 complicaciones hepáticas, 14 complicaciones renales, 7 complicaciones pulmonares y 6 casos de malaria cerebral.

Figura 17.
Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 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/complicación%20se%209.PNG)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/complicación%20se%209.PNG)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 09, 3 departamentos están por encima del número esperado de casos y 6 departamentos están en situación de alerta para malaria.

Tabla 10.

Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021

Comportamiento epidemiológico	Departamentos			
Menor al comportamiento histórico	Amazonas			
En el comportamiento histórico	La Guajira	Arauca	Atlántico	
	Caquetá	Quindío	Caldas	
	Huila	Sucre	Magdalena	
	Cesar	Chocó	Santander	
	Risaralda	Vaupés	Bolívar	
	Vichada	Valle del Cauca		

Situación de alerta	Putumayo Córdoba	Norte de Santander Cauca	Guainía
Mayor al comportamiento histórico	Antioquia Meta	Nariño Casanare	Guaviare 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 09, 17 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Bajo Baudó y Bojayá (Chocó), Mosquera y Maguí (Nariño).

Tabla 11.
Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 09 en Colombia, 2021

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Bajo Baudó	646	101	240
Chocó	Bojayá	258	48	145
Nariño	Mosquera	230	56	148
Nariño	Maguí	215	79	122
Risaralda	Pueblo Rico	162	33	76
Chocó	Carmen del Darién	120	32	65
Antioquia	Murindó	118	12	47
Nariño	La Tola	82	16	42
Guaviare	El Retorno	81	20	56
Meta	Mapiripán	53	3	17
Antioquia	Anorí	52	8	22
Antioquia	Nechí	34	11	14
Meta	Puerto Gaitán	34	5	14
Bolívar	Arenal	25	6	12
Nariño	Policarpa	16	3	12
Casanare	Hato Corozal	13	0	6
Meta	Puerto Concordia	9	2	6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Metodología:

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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años

Esta semana se notificaron 20 muertes en menores de 5 años: 12 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 3 a desnutrición y 5 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 13 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Boyacá, Caquetá y Guainía en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 09 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 3 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menor de 5 años, 2 correspondientes a esta semana y 1 de la semana anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2020 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Barranquilla, Cauca, La Guajira y Santa Marta en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 09 entre 2014 a 2020. En las demás entidades no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 5 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, 3 correspondientes a esta semana y 2 de semanas anteriores. 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 Atlántico, Barranquilla, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Quindío, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Vichada, en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 09 entre 2014 a 2020, mientras que, en Antioquia se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Metodología:

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

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 09 de 2021 se notificaron 88 muertes maternas, 73 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 11 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 4 por causas coincidentes (lesiones de causa externa).

Tabla 12.

Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 09, 2019 a 2021

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	58	28	7	93

2020	52	23	5	80
2021	73	11	4	88

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

Se observa un aumento del 40,3 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020.

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 09 es de 49,7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

Tabla 13.

Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos
Guaviare	1	307,7
Magdalena	5	155,4
Bolívar	4	109,9
Meta	4	108,2
Buenaventura	1	96,9
Santa Marta	2	92,7
Putumayo	1	92,2
Cali	5	86,0
Tolima	3	78,5
Chocó	1	78,4
Córdoba	4	68,6
Valle del Cauca	3	66,2
Barranquilla	3	60,8
La Guajira	3	60,3
Norte de Santander	3	53,9
Cartagena	2	52,8
Antioquia	9	51,7
Caldas	1	50,4
Colombia	73	49,7
Huila	2	48,0
Risaralda	1	43,3
Cesar	2	37,6
Cundinamarca	3	35,9
Sucre	1	31,2
Santander	2	30,8
Bogotá	6	29,8
Atlántico	1	22,8

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

DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2020.

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

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

Tabla 14.

Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2017-2020, Colombia, semana epidemiológica 09 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	1	0,015
Nariño	0	5	0,007
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 09 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 y Cali y disminución en la entidad territorial de Nariño.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 12,3 % corresponde a causas directas y el 15,1 % a causas indirectas.

Tabla 15.

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2021

Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	9	12,3
Sepsis relacionada con el embarazo	3	4,1
Hemorragia obstétrica	2	2,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	2	2,7
Evento tromboembolico como causa básica	1	1,4
Otras causas directas	1	1,4
INDIRECTA	11	15,1
Otras causas indirectas	4	5,5
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID 19	3	4,1
Sepsis no obstétrica: Neumonía	3	4,1
Sepsis no obstétrica	1	1,4
EN ESTUDIO	53	72,6

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

El 72,6 % de los casos se encuentra en estudio.

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 09 de 2021, se han notificado 1 361 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 22 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 161 casos, 116 corresponden a esta semana y 45 a notificaciones tardías.

Tabla 16.

Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2021

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Guainía	6	42,9
Vichada	7	31,7
Chocó	24	28,7
Arauca	15	23,4
Barranquilla	70	20,9
La Guajira	69	20,9
Buenaventura	13	19,0
Córdoba	75	18,9
Bolívar	46	18,5
Putumayo	13	18,1
Sucre	38	17,6
Risaralda	25	16,5
Quindío	14	15,9
Caquetá	15	15,2
Caldas	20	14,8
Casanare	14	14,7
Boyacá	31	14,4
Cundinamarca	79	14,3
Nariño	36	14,2
Antioquia	162	14,1
Colombia	1339	13,5
Vaupés	1	13,3
Tolima	33	13,1
Amazonas	2	13,0
Valle del Cauca	38	12,9
Cauca	35	12,7
Huila	35	12,7
Cesar	45	12,6
Atlántico	36	12,2
Cartagena	31	12,1
Magdalena	26	12,1
Meta	28	11,3
Cali	42	11,0
Bogotá	132	9,8
Santander	39	9,1
Norte de Santander	32	9,0
Santa Marta	11	7,7
Guaviare	1	4,6
San Andrés y Providencia	0	0,0

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

Análisis de la tabla

ANÁLISIS DE LA TABLA

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,5 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla se observa que en 20 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Guainía (42,9), Vichada (31,7), Chocó (28,7), Arauca (23,4) y Barranquilla (20,9).

Según el momento de ocurrencia de la muerte la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,2 % (646), seguido de neonatales tempranas con 28,1 % (376), neonatales tardías con 14,0 % (187) y perinatales intraparto con 9,7 % (130).

Figura 18.

Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20muerte%20perinatal%20y%20n

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Causas%20muerte%20perinatal%20y%20n

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,4 %, principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmadurez 24,2 % y asfixia y causas relacionadas 21,3 %.

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 Amazonas, Bogotá, Cali, Cartagena, Cauca, Cesar, Chocó, Santander, Santa Marta y Vichada. Comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social-RUAF.

Metodología:

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

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

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Alertas internacionales

Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 9 de marzo 2021. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Se presentó un aumento del 2 % en comparación con la semana anterior con 2,7 millones de casos nuevos notificados. El aumento mundial de casos fue impulsado principalmente por el Mediterráneo Oriental (10 %), Región de África (10%) y Europa (4 %). Mientras se observa una disminución en América (-2 %), Sudeste Asiático (-2 %) y las Regiones del Pacífico Occidental (-6 %). A nivel mundial, alrededor de la mitad de los países están experimentando descensos, mientras que la otra mitad presenta un número creciente de casos nuevos. La mortalidad disminuyó cerca del 6 %. Las tasas de mortalidad disminuyeron en todas las regiones excepto en el Mediterráneo Oriental, donde las nuevas muertes reportadas aumentaron en un 9 %. América y Europa representan alrededor del 80 % de los casos nuevos y las nuevas muertes notificadas a nivel mundial.

En la última semana, los cinco países que notificaron el mayor número de casos nuevos son Estados Unidos de América (427 233 casos nuevos, una disminución del 10 %), Brasil (413 597 casos, un aumento del 11 %), Francia (143 622 casos, una disminución del 4 %), Italia (138 937 casos, un aumento del 24 %) e India (114 068 casos nuevos, un aumento del 9 %).

Mientras que algunos países están experimentando disminución en la infección por SARS CoV-2 gracias a las medidas de salud pública implementadas, se ha documentado al mismo tiempo el aumento de los reportes de variantes identificadas, esto debido al fortalecimiento de las medidas de vigilancia a nivel local y nacional que incluyen la secuenciación genómica sistemática para detectar casos infectados con variantes del SARS CoV-2. La variante VOC 202012/01 ha sido reportada en cinco países más después del 7 de marzo para un total de 111 países. La variante 501Y.V2 se identificó en tres países más para un total de 58 y la variante P1 en tres países más para un total de 32 países.

Brasil ha experimentado una alta incidencia y mortalidad por COVID-19, registrando más de 11 millones de casos y 260 000 muertes (al 7 de marzo de 2021); el segundo más alto a nivel mundial. La carga de COVID-19 ha sido muy variable en todo el país, siendo el Estado de Amazonas y su capital Manaos los

más afectados. Con base en investigaciones preliminares en Manaos, donde se identificó inicialmente la variante P1 se ha demostrado que la transmisibilidad en comparación con las variantes que circulaban anteriormente ha aumentado, además que puede evadir del 25 % al 61 % de la inmunidad protectora proporcionada por la infección anterior, lo que hace que las personas sean susceptibles a la reinfección. Algunos estudios muestran que es 1,1 – 1,8 veces más probable que los casos resulten en mortalidad, sin embargo, estos estudios son preliminares y sus resultados no se pueden generalizar a otros entornos, para ello se requieren más estudios y que sean realizados fuera de Manaos, ya que durante la tercera ola se presentó un colapso de los servicios de salud de la capital del Estado de Amazonas, por tanto, es difícil para determinar la causa de una alta mortalidad que podría deberse a la variante P.1 o al colapso de los sistemas de salud o ambos.

Región de África. Esta semana se observa un incremento después de seis semanas de disminución en el número de casos, se reportaron alrededor 55 000 nuevos casos y 1 300 nuevas muertes con un incremento del 10 % y disminución del 16 % respectivamente frente a la semana anterior. La mayor incidencia por cada 100 000 habitantes fue Sudáfrica (13,5 casos nuevos por 100 000 habitantes), Etiopía (6,1 casos nuevos por 100 000 incremento del 13 %) y Zambia (26,3 casos nuevos por 100 000). Los números más altos de nuevas muertes fueron reportados en Sudáfrica (1,2 nuevas muertes por 100 000 habitantes), Etiopía (0,1 nuevas muertes por 100 000) y Nigeria (<0,1 nuevas muertes por 100 000).

Región de las Américas. Esta semana se notificaron más de 1,1 millones de casos nuevos y poco menos de 32 000 nuevas muertes con una disminución del 2 % y el 4 %, respectivamente en comparación con la semana anterior. Estados Unidos y Brasil aportaron el 76 % de los casos nuevos reportados con 129,1 y 194,6 nuevos casos por 100 000 habitantes respectivamente. El mayor número de nuevas muertes se notificó en los Estados Unidos de América con 3,7 nuevas muertes por 100 000 habitantes mostrando disminución del 17 %, seguido por Brasil con 4,7 nuevas muertes por 100 000 habitantes aumento del 23 %.

Región del Mediterráneo Oriental. En la última semana, la Región del Mediterráneo Oriental notificó más de 229 000 casos nuevos, un aumento del 10 % en comparación con la semana pasada. La región reportó poco más de 2 800 nuevas muertes, un aumento del 9 %. Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos esta semana fueron la República Islámica de Irán (68 casos nuevos por 100 000 habitantes), Jordania (342,2 casos nuevos por 100 000) e Irak (72,9 casos nuevos por 100 000). El mayor número de nuevas muertes esta semana se ha informado en la República Islámica de Irán (0,7 nuevas muertes por 100 000 habitantes), Líbano (5,3 nuevas muertes por 100 000) y Pakistán (0,1 nuevas muertes por 100 000 habitantes).

Región Europea. Fueron notificados más de 1,1 millón de casos nuevos (aumento del 4 %) y más de 21 000 (disminución del 6 %). Desde principios de enero de 2021, los nuevos casos semanales han disminuido en general; sin embargo, se han informado aumentos en las últimas dos semanas. Las nuevas muertes semanales han seguido disminuyendo desde mediados de enero de 2021. Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos fueron Francia (220 casos nuevos por 100 000) Italia (229,8 casos nuevos por 100 000) y Polonia (232,3 casos nuevos por 100 000). El mayor número de muertes se registró en la Federación de Rusia (2 nuevas muertes por 100 000), Francia (3,2 nuevas muertes por 100 000) e Italia (3,4 nuevas muertes por 100 000).

Región de Asia Sudoriental. En la última semana, la región del Sudeste Asiático notificó más de 167 000 nuevos casos, una disminución del 2 % en comparación con la semana pasada, mientras que la región notificó 2 200 nuevas muertes, una disminución del 32 %. La disminución progresiva de casos que se observa desde septiembre del 2020 ha sido más lenta esta semana y se ha evidenciado incremento en algunos países de la región. Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos fueron India (8,3 casos nuevos por cada 100 000), Indonesia (16,3 casos nuevos /100 000) y Bangladesh (2,9 casos nuevos /100 000). Los tres países que comunicaron el mayor número de nuevas muertes esta semana fueron Indonesia (0,4 nuevas muertes por 100 000), India (<0,1 nuevas muertes por 100 000) y Nepal (0,8 nuevas muertes por 100 000).

Región del Pacífico Occidental. Comparado con la semana anterior, se notificaron 6 % menos casos (41 000 nuevos casos) y se reportaron 20 % menos muertes (600 nuevas muertes). Los casos semanales han seguido disminuyendo desde mediados de enero de 2021 y las muertes han disminuido en general en las últimas semanas. El número de nuevas muertes aumentó en 1 de 22 países (14 %) y disminuyó en 5 de 22 (23 %) esta semana. Los tres países que notificaron el mayor número de casos nuevos en la región esta semana fueron Filipinas (15,4 casos nuevos por cada 100 000), Malasia (41,6 casos nuevos por cada 100 000) y Japón (5,7 casos nuevos por cada 100 000). Los tres países que comunicaron el mayor número de nuevas muertes esta semana fueron Japón (0,3 nuevas muertes por cada 100 000), Filipinas (0,2 nuevas muertes por cada 100 000) y Malasia (0,1 nuevas muertes por cada 100 000).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 7 de marzo de 2021. Fecha de consulta 10 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---10-march-2021> (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---10-march-2021>)

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

Guinea

El brote del virus del Ébola (EVE) declarado en Guinea el 14 de febrero de 2021 continua. Al 7 de marzo de 2021 se han confirmado en total 18 casos (14 confirmados y cuatro probables) y nueve muertes con una tasa de letalidad del 50 %. Actualmente solo un distrito de salud está activo (reportando al menos un caso confirmado y dos distritos sanitarios están en alerta (al menos con un contacto) de 38. Cinco trabajadores de la salud se encuentran entre los casos confirmados. Un total de 306 (88 %) contactos de 348 han recibido seguimiento. En el momento hay una búsqueda en curso de cuatro contactos que se han perdido del seguimiento, tres en Guinea y uno fuera del país (Costa de Marfil). Se están buscando activamente y serán devueltos a N'Zerekore cuando se encuentren.

La respuesta en salud pública incluye el inicio de la vacunación con un total acumulado 2 038 personas vacunadas incluidas 298 contactos de alto riesgo y 1 386 contactos de contactos, 394 probables contactos, incluidos 720 trabajadores de la salud. Tres nuevas muertes se han presentado en la comunidad, con dos hisopos recolectados un entierro seguro y digno. Diez pacientes (cinco sospechosos y cinco confirmados) se encuentran en hospitalización en el Centro de Enfermedades Epidémicas en N'Zerekore.

República Democrática del Congo

El brote del virus del Ébola (EVE) continua en el Norte de Kivu, sin embargo, no se han presentado nuevos casos confirmados hasta el 6 de marzo 2021. En los pasados 21 días, siete casos se han confirmado y no se han presentado fallecidos. Al 6 de marzo de 2021 se han confirmado once casos y cuatro fallecidos con una letalidad del 36,4 %. Dos trabajadores de la salud han sido infectados, lo que corresponde a un 18,1 % del total de los casos. Hasta el 6 de marzo el número total de contactos fue 634 de los cuales dos fueron ingresados en la Zona de Salud de Butembo, 557 han recibido seguimiento (88 %). Un total de 260 contactos ya no está siendo seguidos ya que completaron su periodo de 21 días de seguimiento.

Se han recibido un total de 229 alertas al 6 de marzo 2021, de estas 66 (28,8 %) han sido validadas. Un total de 1 121 personas han sido vacunadas. Desde la confirmación del brote el 7 de febrero se han analizado 1 083 muestras de laboratorio. Al 6 de marzo del 2021 se presentaron 14 alertas en la comunidad con 12 cuerpos muestreados, dos de los cuerpos no tuvieron un entierro seguro. Seis puntos de entrada están operando en Katwa, Butembo y Musienene; un total de 2 318 viajeros se registraron al 6 de marzo de 2021, el 98,3 % de los cuales fueron evaluados y educados con respecto al lavado de manos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Virus del Ébola. Boletín de brotes y emergencias semana 09 Epidemiológico. Fecha de publicación 07 de marzo 2021. Fecha de consulta 10 de marzo de 2021 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340012/OEW10-0107032021.pdf> (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340012/OEW10-0107032021.pdf>)

Alertas nacionales

Brote de varicela en población especial de Pamplona-Norte de Santander

Se caracterizó brote en población de Fuerzas Militares. Fecha de inicio de síntomas del caso índice: 6 de marzo de 2021 consistente en dolor de cabeza, fiebre, malestar general y erupción cutánea. Medidas de control: aislamiento preventivo a contactos estrechos, restricción de visitas y permisos, búsqueda activa de nuevos casos, intensificación de limpieza y desinfección. Estado: abierto y en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Informe de brote Dirección de Sanidad del Ejercito, marzo 2021.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 10 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/neumónica ni carbunco; sin embargo, se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y sub-nacional. Con relación a cólera se reportó una alerta procedente de Bolívar; la entidad territorial realizó la verificación e informó que se trató de un error de digitación.

EVENTO DE INTERÉS NACIONAL

Análisis de casos

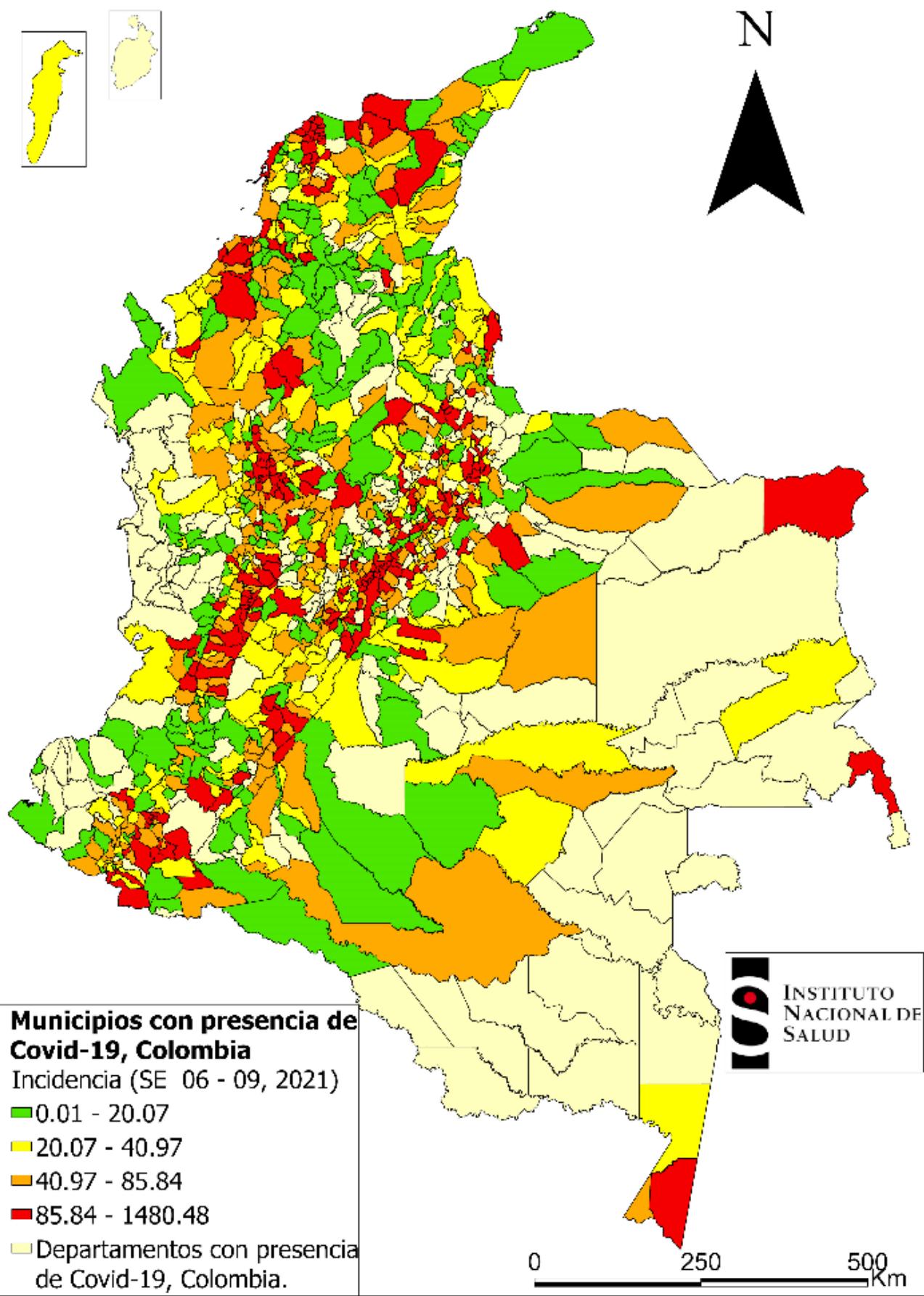
Situación COVID-19

Con corte a 11 de marzo de 2021, se confirmaron por laboratorio 2 290 579 casos de COVID-19 en Colombia en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 112 municipios. La incidencia acumulada es de 4 547,28 casos por cada 100 000 habitantes. Se encuentran activos 31 105 casos, el 67,0 % (20 845) se reporta en 16 municipios y 4 distritos: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Montería, Bucaramanga, Soledad, Pereira, Bello, Manizales, Palmira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Floridablanca, Ciénaga, Soacha, Pasto, Villavicencio.

La edad promedio de los casos activos es 52,5 años, el 62,0 % (19 289) se presenta en personas entre 20 a 59 años. De acuerdo con la ubicación de los casos, el 58,6 % (18 229) de los casos activos se encuentra en casa, el 35,8 % (11 156) hospitalizado y el 5,5 % (1 720) hospitalizado en UCI.

Figura 19.

Incidencia de casos COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 06 a 09, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_09_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_09_2021.png)

Descargar
[\(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_09_2021.png\)](/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_incidencia_COVID-19_Colombia_BES_09_2021.png)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

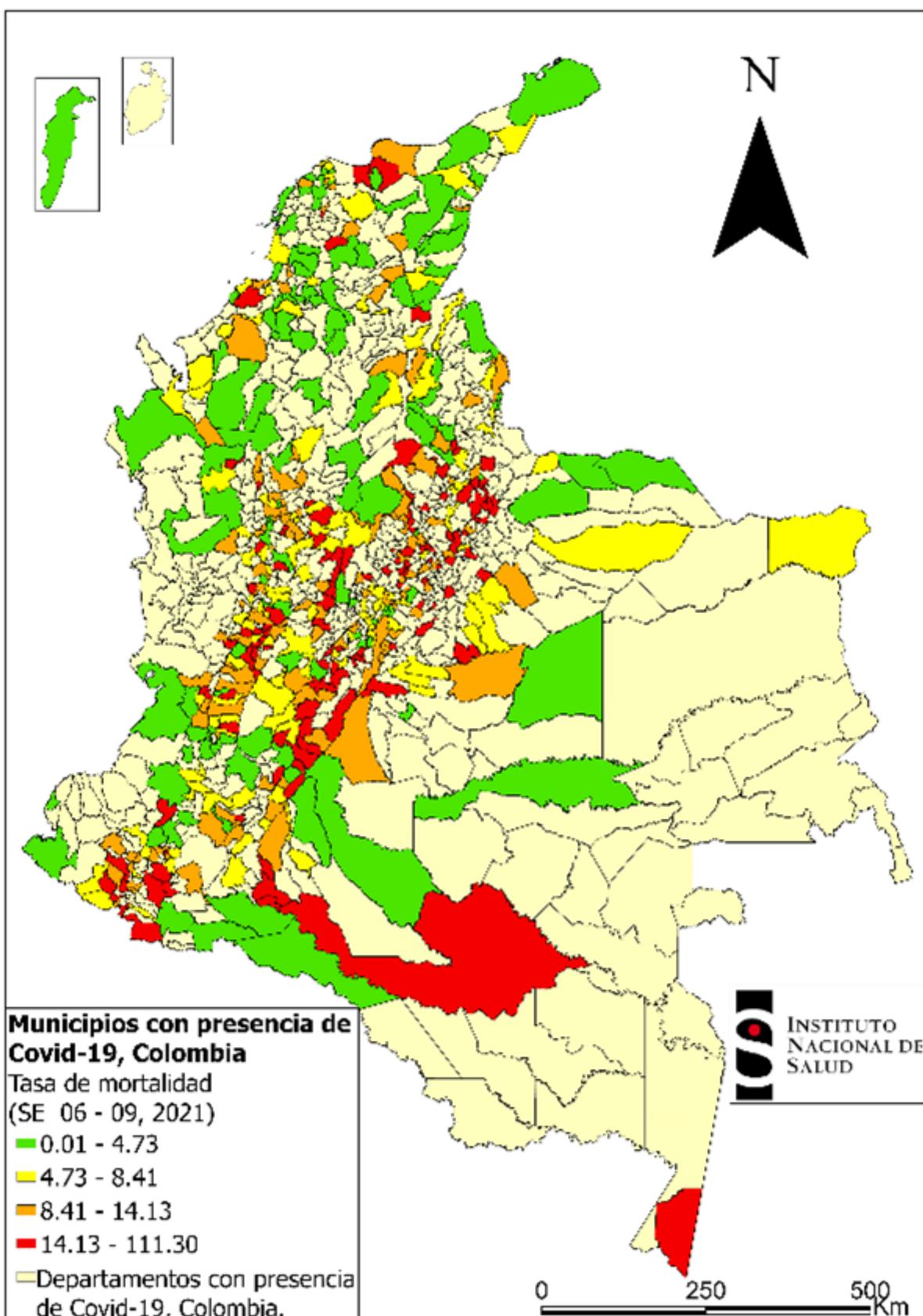
La mayor incidencia de casos activos por 100 000 habitantes (población DANE urbana y rural), se presenta en los municipios de: Ciénaga – Magdalena (239,67), Covarachia – Boyacá (222,06), Quípama – Boyacá (200,72), Leticia - Amazonas (199,05), Chameza – Casanare (151,86), Rionegro – Antioquia (132,87), La Uvita - Boyacá (109,89).

Entre el 07 de febrero y el 06 de marzo, se reportaron 67 578 casos de COVID-19, para una incidencia de 140,30 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que durante este periodo superan la incidencia de periodo nacional son Amazonas (913,60), Santa Marta (362,01), Bogotá (308,90), Barranquilla (215,01), Quindío (198,49), Cali (194,67) y Antioquia (166,35). No se presentó un aumento de la incidencia respecto al periodo anterior, por el contrario, las entidades territoriales de Santa Marta, Amazonas, Córdoba y Atlántico registraron un descenso de la incidencia de COVID-19 en comparación con el periodo anterior en 0,80; 0,60; 0,60 y 0,50 veces respectivamente.

Durante este periodo, el 77,4 % (860) de los municipios con confirmación de COVID-19 tienen casos activos, el 6,2 % (53) de los municipios con casos activos presenta un incremento significativo de la incidencia con respecto al periodo anterior, observándose las mayores variaciones en: Cabrera – Cundinamarca (Δ 6,0), Belmira - Antioquia (Δ 5,5), El Guamo - Bolívar (Δ 5,4), Turbaná - Bolívar (Δ 4,5), Cuitiva – Boyacá (Δ 4,0), Solita - Caquetá (Δ 4,0), Nariño - Antioquia (Δ 3,0), Sativanorte - Boyacá (Δ 3,0), Mutiscua - Norte de Santander (Δ 3,0).

Se han reportado hasta este corte 60 412 muertes, notificadas en 38 entidades territoriales (departamentos y distritos). El 59,1 % de las muertes se registraron en Bogotá (23,1 %), Antioquia, (10,9 %), Cali (6,4 %), Santander (5,6 %), Cundinamarca (4,8%), Norte de Santander (4,5 %) y Barranquilla (3,7%).

Figura 20.
Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 06 a 09, 2021



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

Análisis de la gráfica

Ampliar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_09_2021.png)

Descargar

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_mortalidad_COVID-19_Colombia_BES_09_2021.png)

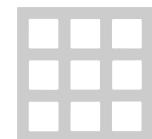
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA

Entre el 07 de febrero y el 06 de marzo, la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes (población DANE urbana y rural), es 7,55 y se concentra en los siguientes municipios: Almeida - Boyacá (111,3), Leticia – Amazonas (78,51), Tununguá - Boyacá (63,61),

Boavita – Boyacá (62,85), Sativanorte – Boyacá (46,71), Alejandría – Antioquia (42,68), Pajarito – Boyacá (41,43).

Al comparar la tasa de mortalidad y letalidad entre la SE 06 a 09 del 2021 con respecto al periodo anterior (SE 02 a 05), se observó que de los 475 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 24,6 % (117) presentó incremento significativo en la tasa de mortalidad y letalidad. Los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron Amagá – Antioquia, Miraflores -Boyacá, Algeciras – Huila, Ciénaga – Magdalena, Puebloviejo – Magdalena, Buesaco – Nariño. Adicionalmente, los municipios que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de letalidad fueron Jericó – Antioquia, Aipe – Huila, Buesaco – Nariño, Imués – Nariño, Linares - Nariño.

TABLAS DE MANDO NACIONAL



Comportamiento de la notificación por Departamento a Semana epidemiológica 09 / 28 de febrero al 6 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/124/Cuadro_de_mando_BES_09_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 9. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021

(/publicaciones/PublishingImages/Lists/AnalisisBES/AllItems/Figura_comportamiento_notificación_evento

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2021

Tabla 6. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2021



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