

BES



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Semana epidemiológica | número 22 de 2017 | 28 Mayo - 03 Junio

Instituto Nacional de Salud – Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

El BES, es un boletín con información epidemiológica priorizada sobre los eventos de interés en salud pública del país, notificada semanalmente al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos en el BES, puede variar después de que las entidades territoriales realizan unidades de análisis para el ajuste y la clasificación de caso, en cada evento.

Inicio.....	1
Cumplimiento en la notificación.....	2
Inmunoprevenibles	5
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	25
Infecciones de transmisión sexual.....	31
Zoonosis.....	36
Enfermedades no Transmisibles	46
Salud Mental.....	50
Enfermedades transmitidas por vectores	54
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	75



"¿Qué puedes hacer? Donar sangre. Donar ahora. Donar a menudo."

El 14 de junio de cada año se celebra el Día Mundial del Donante de Sangre. El evento sirve para dar a conocer la necesidad de disponer de sangre y productos sanguíneos inocuos y agradecer a los donantes un regalo que permite salvar vidas humanas.

La sangre es un recurso importante en todos los tratamientos programados y en las intervenciones urgentes. Permite aumentar la esperanza y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades potencialmente mortales y llevar a cabo procedimientos médicos y quirúrgicos complejos. Asimismo, es fundamental para tratar a los heridos durante urgencias de todo tipo (desastres naturales, accidentes, conflictos armados, etc.) y cumple una función esencial en la atención materna y perinatal. OMS

Si desea más información sobre este tema ingrese al siguiente enlace:

- [Que puedes hacer OMS](#)
- [Bancos de sangre en Colombia INS](#)
- [Video dona sangre INS](#)



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2017* establecen que:

Todos los integrantes del Sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deberán efectuar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos, y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

De esta manera, las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) deben efectuar el envío de la notificación al Instituto Nacional de Salud los miércoles antes de las 3:00 p.m. únicamente a los correos sivigila@ins.gov.co y ins.sivigila@gmail.com.

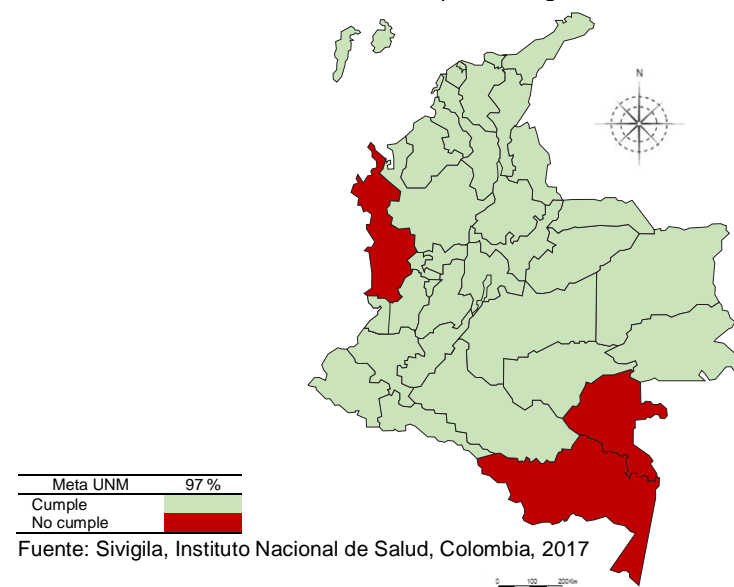
El resultado del procesamiento y análisis de los datos recibidos semanalmente es expuesto en el presente boletín. La información aquí contenida está sujeta a los ajustes que se presenten en cada semana epidemiológica.

Cumplimiento en la notificación

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 22 de 2017, fue del 97,3 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) disminuyendo un 2,7 % respecto a la semana anterior y a la misma semana de 2016. El país no cumplió con la meta del 100 % en la notificación semanal por UND debido a que el departamento de Vaupés no realizó el envío oportuno de la notificación al nivel nacional.

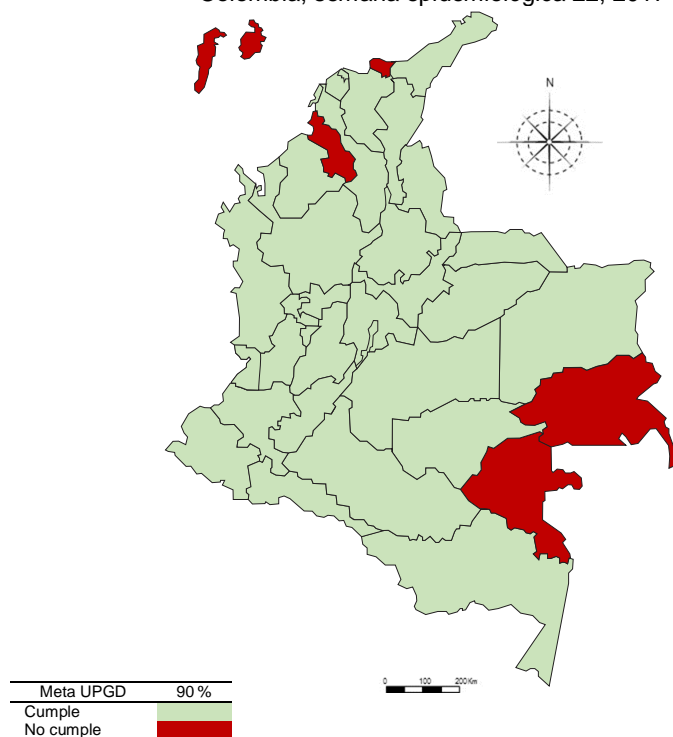
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue de 99,2 % (1 108 de 1 117 municipios), disminuyendo 0,5 % con respecto a la semana anterior y permaneciendo igual respecto a la misma semana de 2016. El país cumplió con la meta de 97 % en la notificación semanal por UNM, sin embargo, los departamentos de Amazonas, Chocó y Vaupés estuvieron por debajo de la meta definida para este nivel (mapa 1).

Mapa 1
Cumplimiento de la notificación por UNM,
Colombia, semana epidemiológica 22, 2017



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue de 95,6 % (5 011 de 5 239 UPGD); se cumplió la meta del 90,0 % para este nivel. La notificación se incrementó un 0,9 % en relación con la semana anterior y respecto a la misma semana epidemiológica del año 2016; las entidades territoriales de Guanía, San Andrés, Santa Marta, Sucre y Vaupés incumplieron la meta establecida (mapa 2).

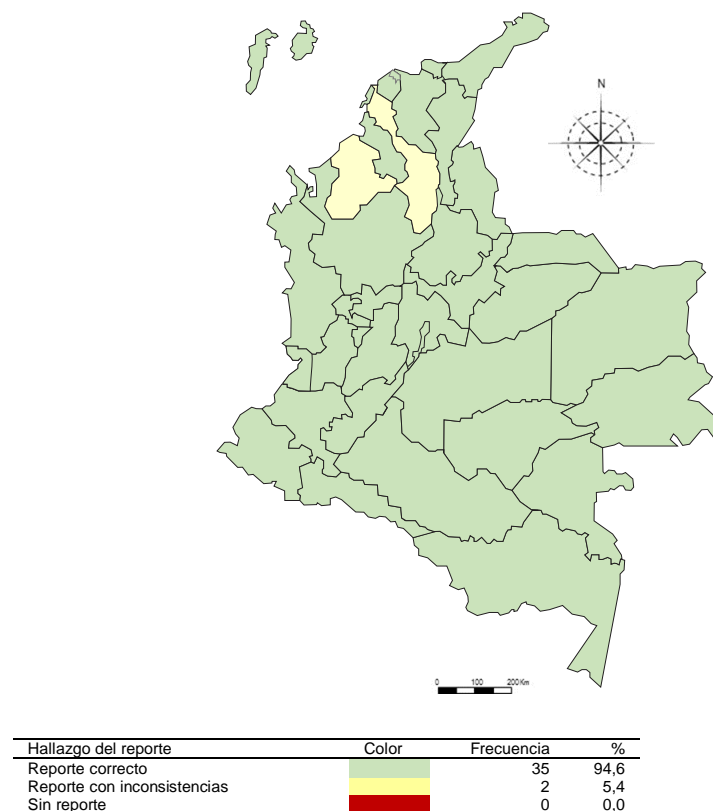
Mapa 2
Cumplimiento de la notificación por UPGD,
Colombia, semana epidemiológica 22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el reporte de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 22 de 2017, el 94,6 % de las 37 entidades territoriales departamentales y distritales, emitieron el reporte correcto para todos los eventos, sin embargo, los departamentos de Bolívar y Córdoba, presentaron inconsistencias (mapa 3).

Mapa 3
Notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación, control
internacional y priorizados por el Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana
epidemiológica 22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para esta semana el *porcentaje de silencio* en Colombia fue de 0,8 %, clasificándose como riesgo bajo; aumentando 0,5 % con respecto a la semana anterior y manteniéndose igual respecto de la misma semana de 2016.

El 87,5 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico, sin embargo, los departamentos de Amazonas, Chocó y Tolima presentaron riesgo bajo; riesgo alto se identificó en el departamento de Vaupés debido a que la notificación se realizó fuera de los horarios definidos para tal fin (mapa 4).

Mapa 4

Riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 22, 2017



% de UNM en silencio	Riesgo	% Silencio	Departamentos	% Silencio nacional
0 %	Ninguno	87,5 %	28	0.8
De 0,1 % a 9,9 %	Bajo	9,4 %	3	
10,0 % a 20,9 %	Medio	0.0 %	0	
21,0 % a 100 %	Alto	3,1 %	1	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

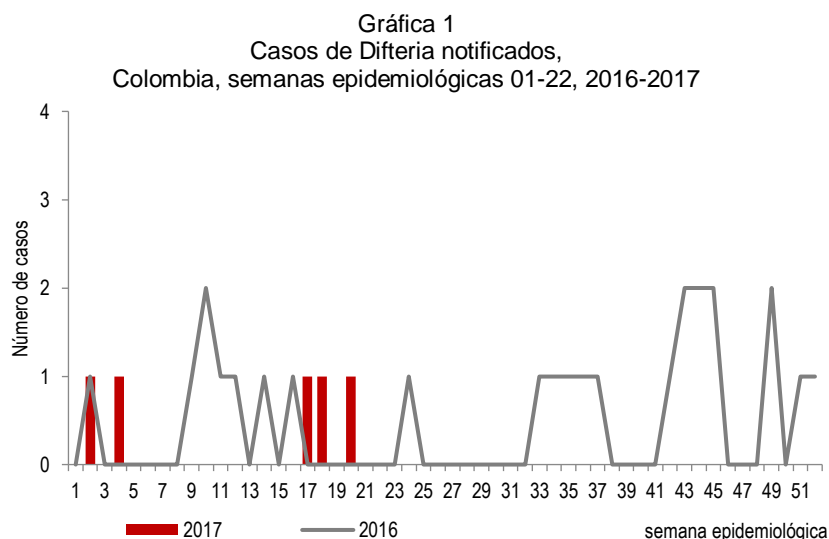
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos inmunoprevenibles, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Difteria

En la semana epidemiológica 22 de 2017, no se notificaron casos probables de difteria; en la semana 22 de 2016 no se notificaron casos probables. A la fecha, han ingresado al Sivigila cinco casos probables de Difteria (gráfica 1).



Los casos notificados corresponden uno de la semana 02, mujer de 19 años, procedente de Santa Rosa, Bolívar, caso descartado, el segundo caso es de la semana 04, hombre de 39 años, procedente de Villa del Rosario, Norte de Santander, caso descartado, el caso

3 es de la semana 17, mujer de 62 años, procedente y residente en el municipio de Medellín, Antioquia, caso descartado, el cuarto caso es un niño de un año de edad, semana 18, del municipio de Valledupar, caso en estudio y el caso 5 es una niña de tres años de edad, procedente y residente de Medellín, notificado por Medellín, caso en estudio.

El 100 % de los casos es de cabecera municipal, el 60 % de sexo femenino y el 60 % régimen contributivo y el 80 % de grupo étnico "otros" (tabla 1).

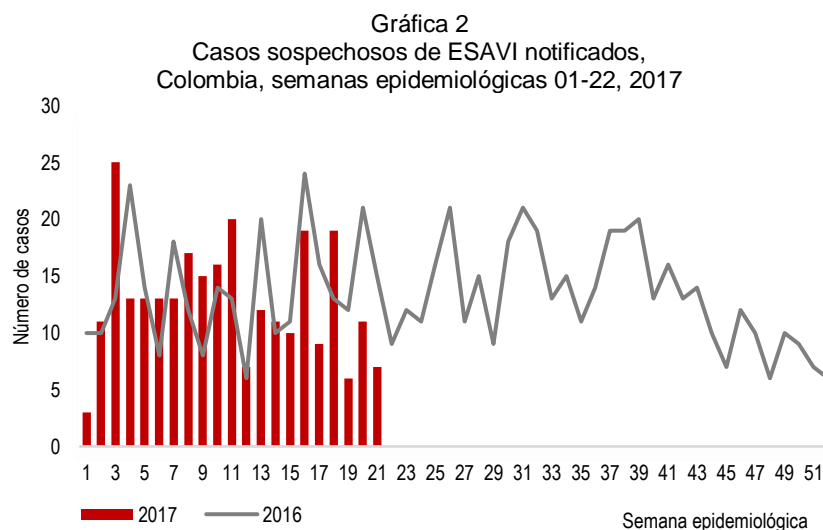
Tabla 1
Comportamiento demográfico y social de casos probables de difteria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Área de procedencia	Cabecera municipal	5	100
	Centro poblado	0	0
	Rural disperso	0	0
Sexo	Femenino	3	60,0
	Masculino	2	40,0
Tipo de régimen	Contributivo	3	60,0
	Especial	0	0
	Indefinido	0	0
	No afiliado	1	20,0
	Excepción	0	0
	Subsidiado	1	20,0
Pertenencia étnica	Indígena	0	0
	ROM(gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	1	20,0
	Otro	4	80,0
Grupos de edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	2	40,0
	5 a 9 años	0	0
	10 a 14 años	0	0
	15 a 19 años	1	20,0
	20 a 24 años	0	0
	25 a 29 años	0	0
	30 a 34 años	0	0
	35 a 39 años	1	20,0
	40 a 44 años	0	0
	45 a 49 años	0	0
	50 a 54 años	0	0
	55 a 59 años	0	0
	60 a 64 años	1	20,0
	65 y más años	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)**

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 10 casos de ESAVI, cuatro de esta semana y seis casos notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron nueve casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 280 casos que se encuentran en estudio para su clasificación final (gráfica 2).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Huila, Santander, Cauca, Barranquilla, Atlántico y Nariño notificaron el 75,7 % de los casos (tabla 2).

Tabla 2
Casos sospechosos de ESAVI notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	66	23,6
Antioquia	37	13,2
Valle del Cauca	23	8,2
Cundinamarca	17	6,1
Huila	14	5,0
Santander	13	4,6
Cauca	12	4,3
Barranquilla	10	3,6
Atlántico	10	3,6
Nariño	10	3,6
Tolima	8	2,9
Boyacá	7	2,5
Córdoba	7	2,5
Meta	7	2,5
Norte de Santander	6	2,1
Magdalena	4	1,4
Bolívar	4	1,4
Amazonas	3	1,1
Arauca	2	0,7
Cartagena	2	0,7
Risaralda	2	0,7
Caldas	2	0,7
Quindío	2	0,7
Sucre	2	0,7
La Guajira	2	0,7
Guainia	2	0,7
Santa Marta	2	0,7
Cesar	2	0,7
Exterior	1	0,4
Putumayo	1	0,4
Total	280	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 50,4 % de los casos sospechosos de ESAVI se registró en el sexo masculino; el 52,9 % pertenecen al régimen contributivo, el 33,6 % se registró en menores de un año; por pertenencia étnica, el 94,6 % de los casos se registraron en “otros” (tabla 3).

Tabla 3
Comportamiento demográfico y social de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

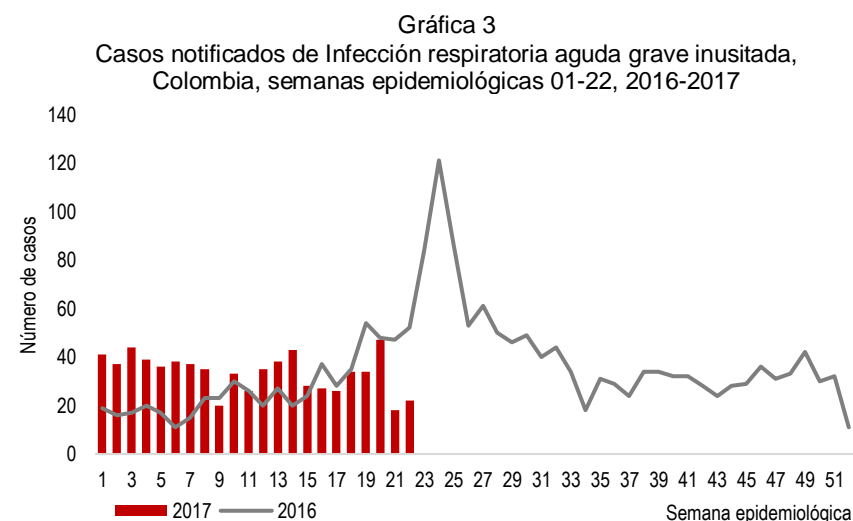
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	141	50,4
	Femenino	139	49,6
Tipo de régimen	Contributivo	148	52,9
	Subsidiado	104	37,1
	No afiliado	10	3,6
	Especial	10	3,6
	Excepción	7	2,5
	Indeterminado	1	0,4
Grupos de edad	Menores de un año	94	33,6
	1 año	76	27,1
	2 años	8	2,9
	3 años	4	1,4
	4 años	0	0,0
	5 a 9 años	36	12,9
	10 a 19 años	10	3,6
	20 a 59 años	45	16,1
Pertenencia étnica	Mayores de 60 años y más	7	2,5
	Otros	265	94,6
	Afrocolombiano	5	1,8
	Indígena	7	2,5
	Raizal	1	0,4
	Palenquero	2	0,7
	ROM (gitano)	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Infección respiratoria aguda

Vigilancia de infección respiratoria aguda grave inusitada

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 54 casos de infección respiratoria aguda grave inusitada, 22 de esta semana y 32 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 52 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 738 casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada; no se han identificado virus nuevos o de alta patogenicidad en los casos de infección respiratoria aguda grave inusitada notificados (gráfica 3).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2017

Según los criterios de clasificación el 55,6 % de los casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada notificados durante esta semana, corresponden a pacientes con deterioro clínico registrados en unidad de cuidados intensivos (tabla 4).

Tabla 4

Casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 21, 2017

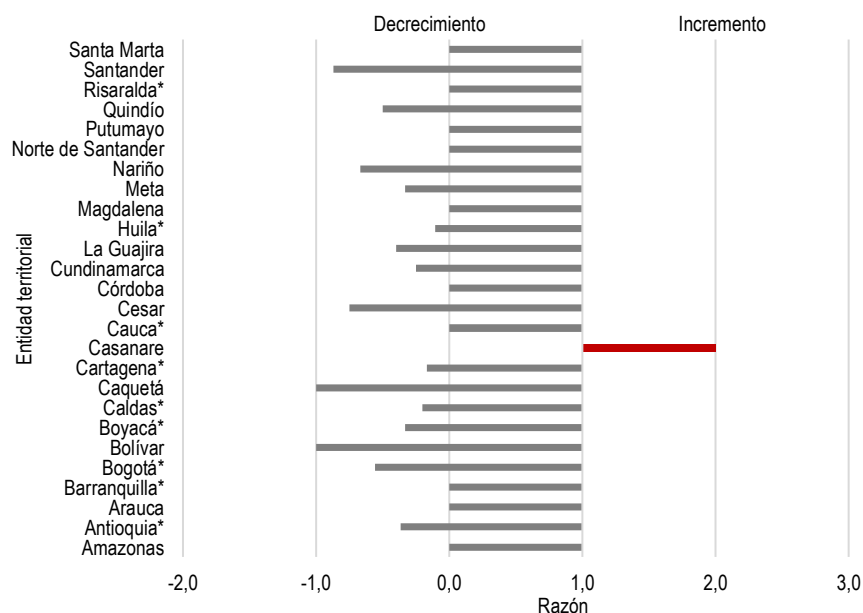
Criterios de clasificación	Casos	%
Gravedad paciente en UCI	30	55,6
Defunción por IRA sin etiología establecida	13	24,1
Contacto con paciente con IRAG	5	9,3
Contacto con aves o cerdos	3	5,6
Viaje internacional	2	3,7
Trabajador de la salud	1	1,9
Total	54	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para la semana epidemiológica 22 de 2017, se observa un incremento no significativo en la notificación de casos de IRAG inusitado en Casanare en comparación con lo notificado entre 2013 a 2016 (gráfica 5).

Gráfica 5

Casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada por entidad territorial de notificación, Colombia, semanas epidemiológicas 19-21, 2016-2017



*Variación significativamente diferente en comparación con lo esperado

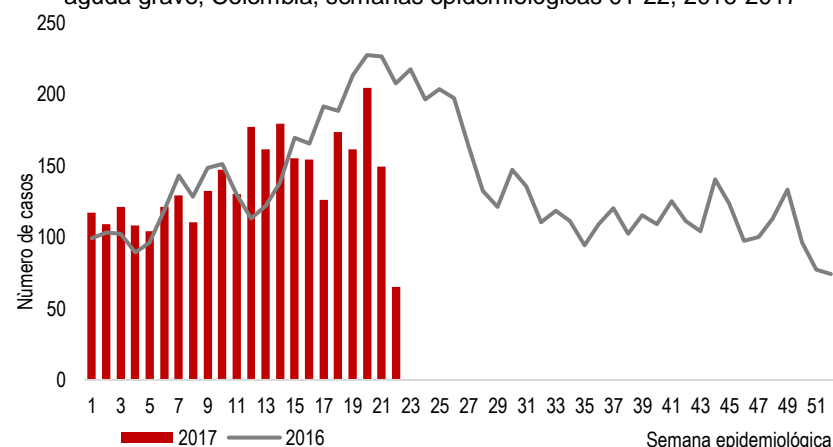
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 213 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, 65 de esta semana y 148 de semanas anteriores, de los cuales 176 (el 82,6 %) corresponden a pacientes con infección respiratoria aguda grave y 37 (el 17,4 %) a pacientes con enfermedad similar a la influenza; esta semana se descartaron dos casos por no cumplir con la definición del evento; en la misma semana de 2016 se notificaron 207 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 3032 casos de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave mediante la estrategia de vigilancia centinela (gráfica 4).

Gráfica 4

Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caldas Cartagena, Guaviare, Meta Nariño, Norte de Santander Tolima y Valle del Cauca notificaron casos durante la semana epidemiológica 22; las UPGD centinelas que aparecen sin casos no cumplieron el indicador de notificación para esta semana (tabla 6).

Tabla 6

Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave por entidad territorial y UPGD centinela, Colombia, semana epidemiológica 21, 2017

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	3
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	19
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	7
Barranquilla	Clínica General del Norte	17
	Hospital el Tunal	23
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	8
	Hospital Santa Clara	0
	Fundación Cardioinfantil	23
	Hospital de Suba	4
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	12
Caldas	La Enea Assbasalud	7
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	6
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Pública	11
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	4
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	0
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	7
Norte Santander	Policlínico Atalaya	6
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	4
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	52
	Red de Salud de Ladera	0
Total		213

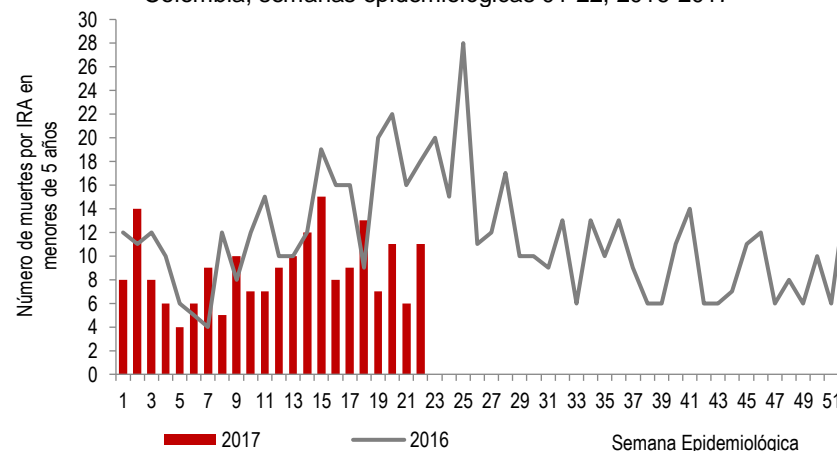
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron 15 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años 11 de esta semana y cuatro de semanas anteriores notificadas tardíamente; en la misma semana de 2016 se notificaron 18 muertes. A la fecha, han ingresado al Sivigila 195 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, que se encuentran en estudio (gráfica 5).

Gráfica 5

Muertes notificadas por infección respiratoria en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de cinco años notificadas durante esta semana son: Cundinamarca, Valle del Cauca y Bogotá con dos casos, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, La Guajira, Córdoba, Magdalena, Guainía, Bolívar y Cauca con un caso cada una.

A la semana epidemiológica 22 de 2017, la mortalidad nacional es de 4,5 por cada 100 000 menores de cinco años; Guainía, Chocó y Vaupés presentan la mayor mortalidad por IRA en menores de cinco años con 75,5, 23,0 y 16,6 respectivamente (mapa 7).

Mapa 7
Mortalidad por infección
respiratoria aguda grave en menores de cinco años,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



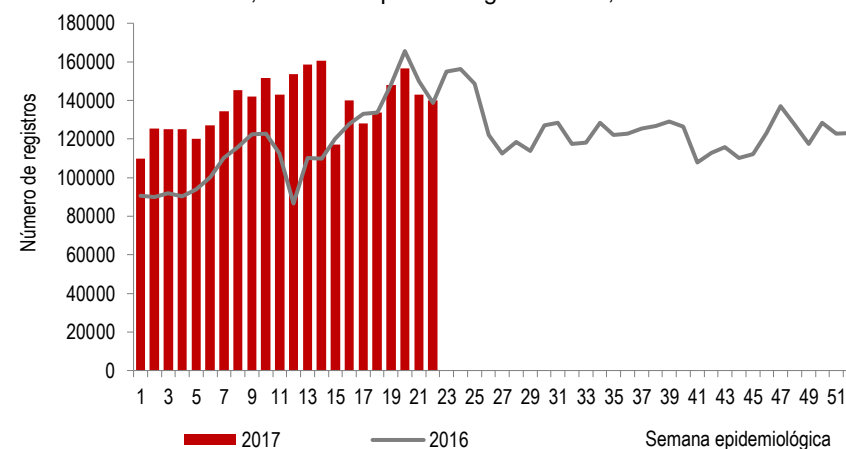
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia de morbilidad por infección respiratoria aguda

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 141 280 registros de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda; 140 143 de esta semana y 1 137 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 138 860

registros. A la fecha, se han notificado 3 103 694 registros de consulta externa y urgencias por infección respiratoria aguda (gráfica 6).

Gráfica 6
Consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

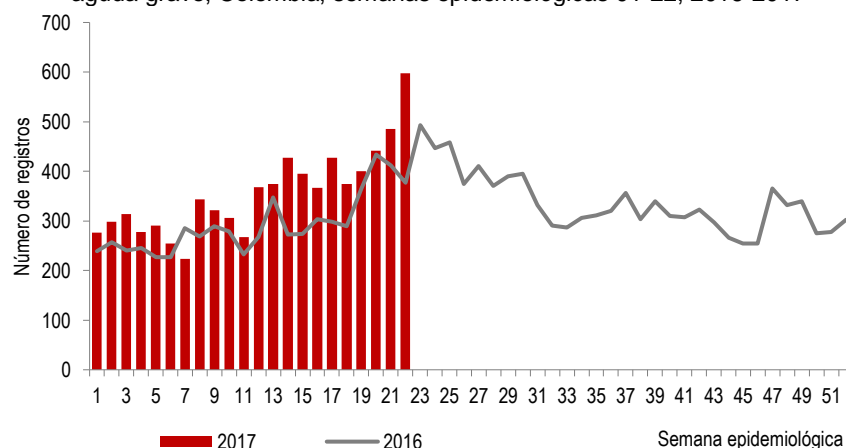
Para esta semana la proporción de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda del total de consultas externas y urgencias por todas las causas es 7,3 % igual a la semana anterior 7,0 %.

Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca notificaron el 47,5 % de los registros de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda.

La tasa de notificación nacional de consulta externa y urgencias por infección respiratoria aguda a semana epidemiológica 22 de 2017, es de 61,4 casos por cada 1 000 habitantes; las entidades territoriales de Bogotá, Cartagena, Antioquia, Quindío, Boyacá, Barranquilla, Norte de Santander, Tolima, Cesar, San Andrés y Nariño superan la incidencia nacional (gráfica 7).

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 598 registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave; 598 registros de esta semana y ninguno de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 377. A la fecha, se han notificado 7 892 registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave (gráfica 10).

Gráfica 10
Hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Para esta semana la proporción de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave del total de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por todas las causas es 13,8 % la semana anterior 11,8 %.

Bogotá, Valle del Cauca y Cartagena notificaron el 65,8 % de los registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave.

El 20,8 % de las consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda se registraron en el grupo de 20 a 39 años. El 30,3 % de las hospitalizaciones en sala general y el 52,7 % de las hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave se registraron en el grupo de menores de un año (tabla 8).

Tabla 8
Comportamiento demográfico de los registros de morbilidad por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Registros consultas externas y urgencias	%	Registros hospitalizaciones en sala general	%	Registros hospitalizaciones en UCI	%
Grupos de edad	Menores de un año	13 613	9,7	1 614	30,3	315	52,7
	1 año	12 638	9,0	775	14,5	40	6,7
	2 a 4 años	21 824	15,6	821	15,4	36	6,0
	5 a 19 años	25 292	18,0	410	7,7	28	4,7
	20 a 39 años	29 190	20,8	419	7,9	20	3,3
	40 a 59 años	21 282	15,2	341	6,4	38	6,4
	60 y más años	16 304	11,6	952	17,9	121	20,2
Total		140 143	100	5 332	100	598	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

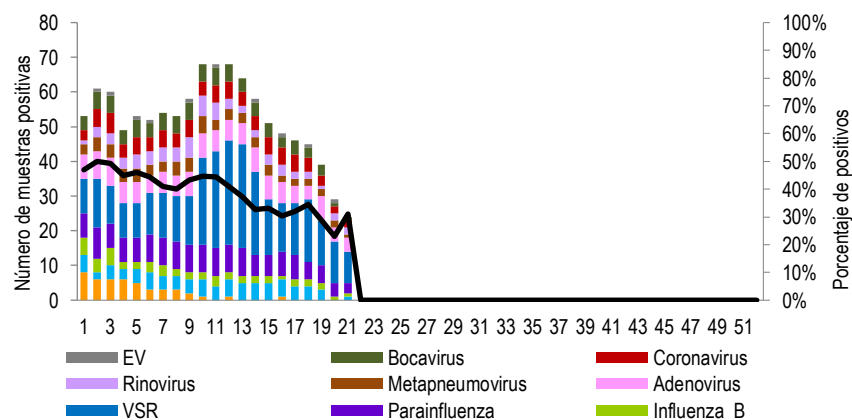
Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los Laboratorios de Salud Pública Departamentales y el Laboratorio de Virología del INS, a semana epidemiológica 21 de 2017 se han analizado 3 351 muestras, el 38,8 % de las muestras han sido positivas para virus respiratorios; de estas, el 16,0 % positivas para influenza y el 84,0 % para otros virus respiratorios.

A semana epidemiológica 21 de 2017, el Virus Sincitial Respiratorio corresponde al 31,0 % del total de muestras positivas, seguido del virus Parainfluenza con el 13,0 %, Adenovirus con el 12,0 %, Bocavirus con el 8,0 %, Coronavirus con el 8,0 %, subtipo de influenza A/H3 con el 7,0 %, Metapneumovirus con el 6,0 %, Rinovirus con el 6,0 %, influenza A(H1N1)pdm09 con el 4,0 %, influenza B con el 4,0 % y enterovirus con el 1,0 % (gráfica 11).

Gráfica 11

Virus respiratorios identificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-21, 2017

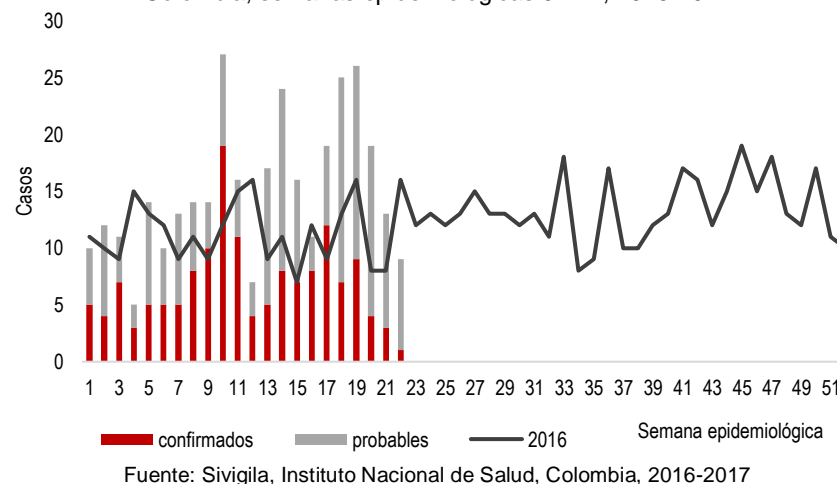


Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

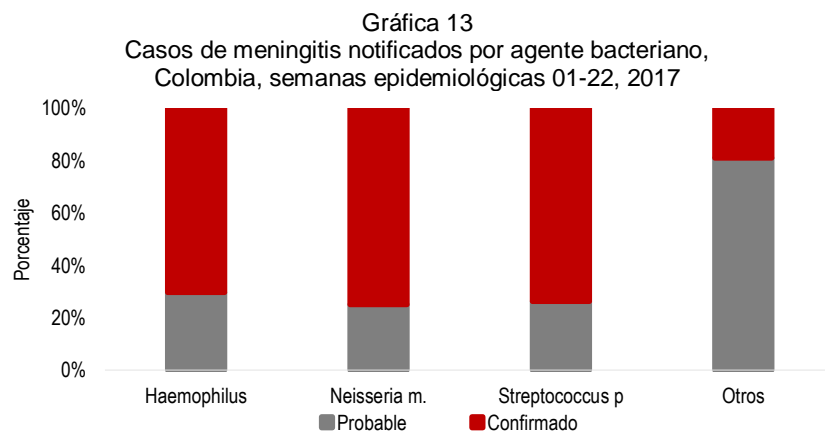
• Meningitis bacteriana aguda

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 23 casos de meningitis bacteriana aguda; nueve de esta semana y 14 notificados de manera tardía; durante esta semana se descartaron trece casos por no cumplir con la definición de caso; en la misma semana de 2016 se notificaron 15 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 332 casos probables de meningitis bacteriana aguda, 150 casos confirmados y 182 probables en estudio para su clasificación final (gráfica 12).

Gráfica 12
Casos notificados de meningitis bacterianas,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Según la clasificación inicial del agente causal en los casos notificados, el 8,1 % corresponde a meningitis por *Haemophilus influenzae*, el 16,9 % de las meningitis bacterianas notificadas corresponde a meningitis por *Neisseria meningitidis*, el 22,9 % a meningitis por *Streptococcus pneumoniae* y el 52,1 % a meningitis por otros agentes (gráfica 13).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Hasta semana epidemiológica 22 de 2017, el 56,7 % de las entidades territoriales notificaron muertes atribuidas al evento (tabla 9).

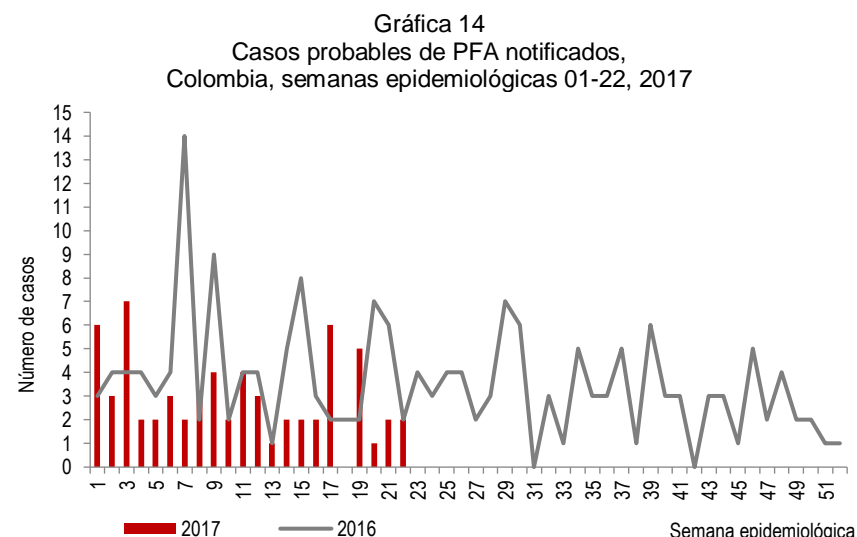
Tabla 9
Muertes notificadas por meningitis por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de procedencia	Probable	Confirmado	Total
Bogotá	1	12	13
Bolívar	2	5	7
Antioquia	3	4	7
Santander	4	2	6
Valle del Cauca	5	0	5
Cartagena	3	2	5
Risaralda	1	2	3
Meta	2	0	2
Guaviare	1	0	1
Casanare	0	1	1
Cauca	0	1	1
Magdalena	1	0	1
Putumayo	1	0	1
Norte de Santander	0	1	1
Caquetá	0	1	1
Boyacá	0	1	1
Cesar	1	0	1
Sucre	1	0	1
Vichada	0	1	1
Barranquilla	0	1	1
Guainía	0	1	1
Cundinamarca	0	1	1
Total	26	36	62

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Parálisis flácida aguda (PFA)

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron tres casos probables al Sivigila, dos de esta semana y uno de notificación tardía; en la misma semana 22 de 2016 se notificaron dos casos probables. A la fecha, han ingresado al Sivigila 64 casos probables de parálisis flácida aguda (gráfica 14).

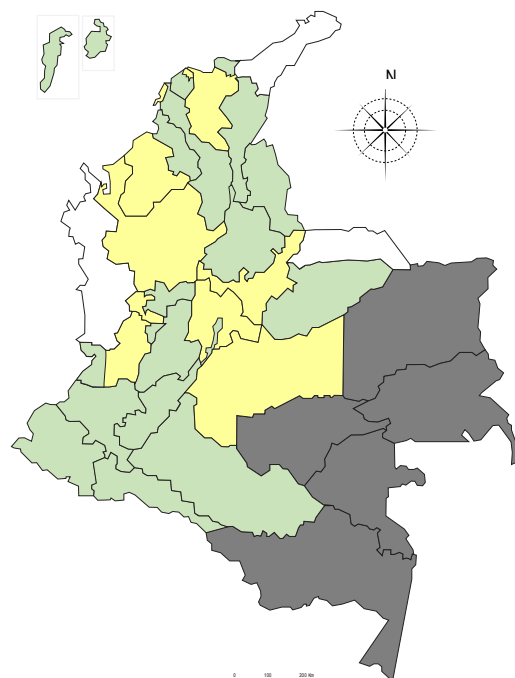


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

La tasa de notificación hasta la semana 22 de 2017 es de 0,50 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 22 es de 0,42). Las entidades territoriales que para esta semana alcanzan la tasa de notificación esperada son Atlántico, Bogotá, Bolívar, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre y Tolima; las entidades que notifican casos pero no alcanzan la tasa esperada son Antioquia, Barranquilla, Boyacá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Valle del Cauca. No han reportado casos probables de parálisis flácida aguda ocho entidades territoriales (mapa 5).

Mapa 5

Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



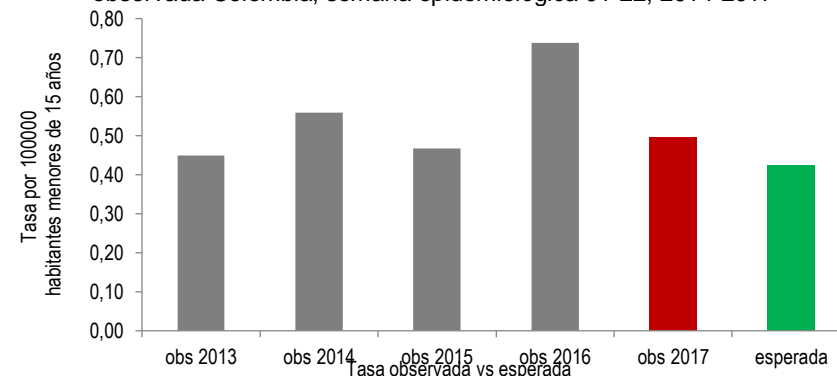
No ha reportado casos pero tiene una población inferior a 100 000 menores de 15 años
No ha reportado casos
< 0,42 por 100 000 menores de 15 años
> 0,42 por 100 000 menores de 15 años

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

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 0,50 casos por 100 000 menores de 15 años, la cual es inferior a la observada el año 2016 y 2014 y superior a la tasa del mismo periodo para el año 2013 y 2015 (gráfica 15).

Gráfica 15

Tasa de notificación esperada de casos probables de PFA frente a la tasa observada Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2014-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 – 2017

Según el área de procedencia el 65,6 % es de cabecera municipal, el 68,8 % de los casos notificados son de sexo masculino, el 64,1 % pertenecen régimen de salud subsidiado, el 96,9 % tienen pertenencia étnica “otros” y 37,5 % son de cinco a nueve años de edad (tabla 10).

Tabla 10

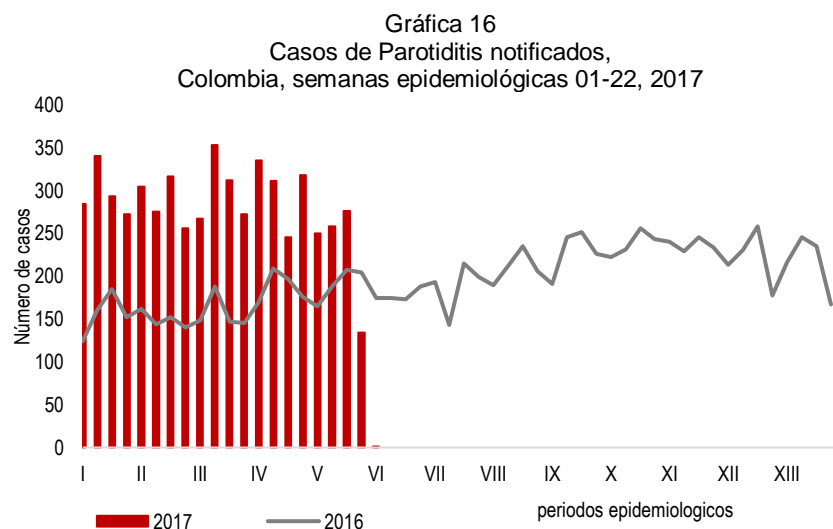
Comportamiento demográfico y social de casos probables de parálisis flácida aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	42	65,6
	Centro poblado	4	6,3
	Rural disperso	18	28,1
Sexo	Femenino	20	31,3
	Masculino	44	68,8
Tipo de régimen	Contributivo	18	28,1
	Subsidiado	41	64,1
	Excepción	0	0
	Especial	4	6,3
	Indeterminado	0	0
	No Afiliado	1	1,6
Pertenencia étnica	Indígena	0	0
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	2	3,1
	Otros	62	96,9
Grupo de edad	Menores de un año	0	0
	1-4 años	20	31,3
	5-9 años	24	37,5
	10-14 años	20	31,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• Parotiditis

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 403 casos de parotiditis, 174 de esta semana, 226 notificados de manera tardía y tres casos de notificación inmediata; en la misma semana de 2016 se notificaron 174 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 6 376 casos de parotiditis (gráfica 16).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por procedencia Bogotá, Barranquilla, Antioquia, Sucre, Atlántico y Cundinamarca notificaron el 70,7 % de los casos de parotiditis del país (tabla 11).

Tabla 11
Casos notificados de Parotiditis por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos	%
Bogotá	1 924	30,2
Barranquilla	759	11,9
Antioquia	684	10,7
Sucre	470	7,4
Atlántico	372	5,8
Cundinamarca	299	4,7
Valle	257	4
Boyacá	198	3,1
Norte de Santander	179	2,8
Córdoba	178	2,8
Huila	117	1,8
Cartagena	102	1,6
Bolívar	83	1,3
Cauca	82	1,3
Tolima	74	1,2
Cesar	74	1,2
Santander	71	1,1
Meta	59	0,9
Nariño	57	0,9
Magdalena	54	0,8
Risaralda	48	0,8
Caldas	41	0,6
Caquetá	38	0,6
Quindío	34	0,5
Santa Marta	32	0,5
Guajira	22	0,3
Casanare	18	0,3
Arauca	18	0,3
San Andrés	12	0,2
Putumayo	12	0,2
Choco	4	0,1
Amazonas	2	0
Vichada	1	0
Exterior	1	0
Total	6 376	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 53,1 % de los casos de Parotiditis se registró en el sexo masculino; el 61,3 % pertenecen al régimen contributivo; el 20,9 % en el grupo de edad de 20 a 24 años, el 95,6 % tienen pertenencia étnica “otros” y el lugar de residencia cabecera municipal en el 89,3 % (tabla 12).

Tabla 12
Comportamiento demográfico y social de los casos de Parotiditis,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	5 691	89,3
	Centro poblado	332	5,2
	Rural disperso	353	5,5
Sexo	Femenino	2 993	46,9
	Masculino	3 383	53,1
Tipo de régimen	Contributivo	3 906	61,3
	Subsidiado	1 780	27,9
	Excepción	232	3,6
	Especial	234	3,7
	Indeterminado	47	0,7
	No Afiliado	177	2,8
Pertenencia étnica	Indígena	37	0,6
	ROM (gitano)	27	0,4
	Raizal	31	0,5
	Palenquero	1	0,0
	Afrocolombiano	185	2,9
	Otros	6 095	95,6
Grupo de edad	Menores de un año	26	0,4
	1-4 años	615	9,6
	5-9 años	543	8,5
	10-14 años	411	6,4
	15-19 años	913	14,3
	20-24 años	1 333	20,9
	25-29 años	940	14,7
	30-34 años	416	6,5
	35-39 años	328	5,1
	40-44 años	222	3,5
	45-49 años	178	2,8
	50-54 años	136	2,1
	55-59 años	111	1,7
	60 y más años	204	3,2

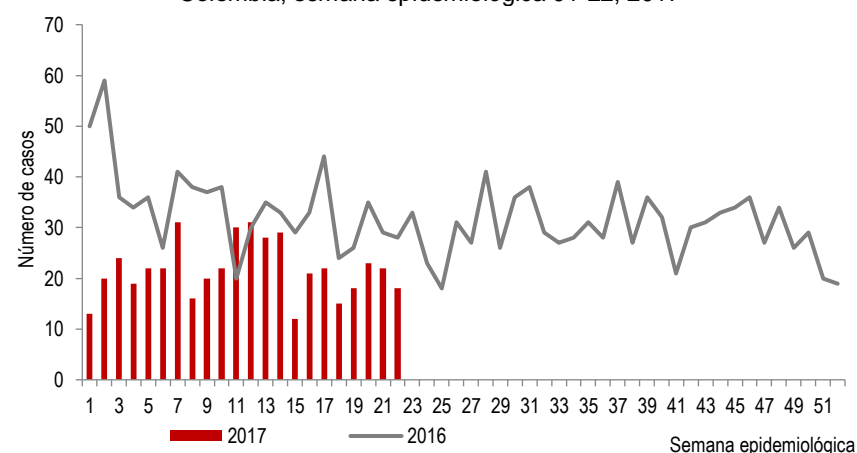
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, no se han notificado muertes atribuidas al evento.

• Sarampión y rubéola

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 32 casos de sarampión y rubéola, 18 de esta semana y 14 notificados de manera tardía; en la misma semana 22 de 2016 se notificaron 28 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 478 casos sospechosos de sarampión y rubéola (gráfica 17).

Gráfica 17
Casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados al Sivigila,
Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, los casos sospechosos fueron reportados por 24 entidades territoriales: el 86,4 % son notificados por Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Sucre, Caldas y Barranquilla.

La tasa de notificación nacional es de 0,97 casos por 100 000 habitantes (tasa esperada a semana 22 de 0,85 casos por 100 000 habitantes). Cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola para esta semana cuatro de 24 entidades territoriales que notificaron casos; no han notificado casos sospechosos 13 entidades territoriales (tabla 13).

Tabla 13

Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad de territorial	Casos	Población 2017	Tasa de notificación por 100 000 habitantes
Bogotá	308	8 080 734	3,81
Sucre	15	868 438	1,73
Caldas	13	991 860	1,31
Barranquilla	12	1 228 271	0,98
Casanare	3	368 989	0,81
Cundinamarca	21	2 762 784	0,76
Antioquia	44	6 613 118	0,67
Huila	6	1 182 944	0,51
Risaralda	4	962 529	0,42
Nariño	7	1 787 545	0,39
Norte de Santander	5	1 379 533	0,36
Atlántico	4	1 289 626	0,31
Santander	6	2 080 938	0,29
Cauca	4	1 404 205	0,28
Cesar	3	1 053 475	0,28
Tolima	4	1 416 124	0,28
Putumayo	1	354 094	0,28
Boyacá	3	1 279 955	0,23
Cartagena	2	1 024 882	0,20
Quindío	1	571 733	0,17
Meta	1	998 162	0,10
Valle del Cauca	4	4 292 492	0,09
Bolívar	1	1 121 814	0,09
Córdoba	1	1 762 530	0,06
Amazonas	0	77 948	0
Arauca	0	267 992	0
Buenaventura	0	415 770	0
Caquetá	0	490 056	0
Chocó	0	510 047	0
Guainía	0	42 777	0
Guaviare	0	114 207	0
La Guajira	0	1 012 926	0
Magdalena	0	785 993	0
San Andrés	0	77 759	0
Santa Marta	0	499 391	0
Vaupés	0	44 500	0
Vichada	0	75 468	0
Exterior	5	NA	NA
Total	478	49 291 609	0,97

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 22= 0,85 casos por 100 000 habitantes

Según el área de procedencia el 96,4 % son de cabecera municipal, el 52,5 % de los casos notificados son de sexo masculino, el 78,5 % pertenecen régimen de salud contributivo, el 98,5 % tienen pertenencia étnica “otros” y 80,2 % son menores de cinco años (tabla 14).

Tabla 14

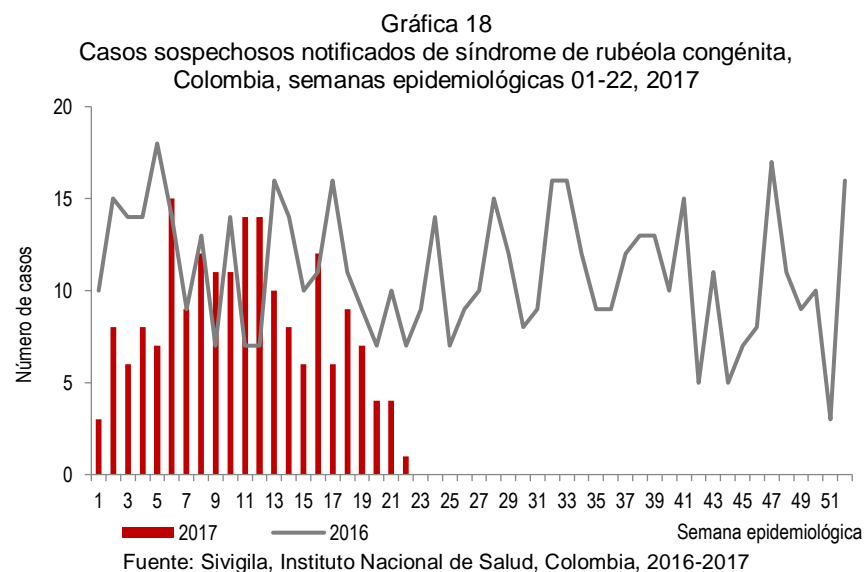
Comportamiento demográfico y social de casos sospechosos de sarampión y
rubéola, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	461	96,4
	Centro poblado	5	1,0
	Rural disperso	12	2,5
Sexo	Femenino	227	47,5
	Masculino	251	52,5
Tipo de régimen	Contributivo	375	78,5
	Subsidiado	84	17,6
	Excepción	3	0,6
	Especial	7	1,5
	Indeterminado	1	0
Pertenencia étnica	No Afiliado	8	1,7
	Indígena	1	0,2
	ROM (gitano)	1	0,2
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	5	1,0
Grupo de edad	Otros	471	98,5
	Menores de un año	169	35,4
	1-4 años	214	44,8
	5-9 años	42	8,8
	10-14 años	12	2,5
	15-19 años	10	2,1
	20-24 años	7	1,5
	25-29 años	7	1,5
	30-34 años	7	1,5
	35-39 años	5	1,0
	40-44 años	2	0,4
	45-49 años	1	0,2
	50-54 años	2	0,4
	55-59 años	0	0
	60 y más años	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• Síndrome de rubéola congénita

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 10 casos de síndrome de rubéola congénita, uno de esta semana y nueve notificados de manera tardía; en la misma semana 22 de 2016 se notificaron siete casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 185 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (gráfica 18).



La tasa de notificación nacional de casos sospechosos de rubéola congénita es de 2,78 casos por 10 000 nacidos vivos (tasa esperada a semana 22 de 0,42 casos por 10 000 nacidos vivos). Cumplen con la tasa de notificación esperada 15 de 17 entidades territoriales que reportan casos; no cumplen la tasa esperada el departamento Santander y el Valle del Cauca y no han notificado casos sospechosos 20 entidades territoriales (tabla 15).

Tabla 15
Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad Territorial	Casos	Población Nacidos Vivos	Tasa por 10 000 Nacidos Vivos
Guainía	1	601	16,64
Antioquia	80	75 922	10,54
Bogotá	72	103 900	6,93
Quindío	2	5 862	3,41
Norte de Santander	6	20 271	2,96
Caquetá	2	7 497	2,67
Arauca	1	3 977	2,51
Huila	4	20 167	1,98
Boyacá	3	15 826	1,90
Cundinamarca	6	34 823	1,72
Chocó	1	6 911	1,45
Meta	2	15 663	1,28
Risaralda	1	11 121	0,90
Tolima	1	18 296	0,55
Cesar	1	21 457	0,47
Santander	1	30 933	0,32
Valle del Cauca	1	47 834	0,21
Amazonas	0	1 516	0
Atlántico	0	16 460	0
Barranquilla	0	24 521	0
Bolívar	0	16 232	0
Buenaventura	0	5 538	0
Caldas	0	10 030	0
Cartagena	0	19 969	0
Casanare	0	6 987	0
Cauca	0	18 309	0
Córdoba	0	26 834	0
Guaviare	0	1 127	0
La Guajira	0	13 832	0
Magdalena	0	13 588	0
Nariño	0	18 348	0
Putumayo	0	4 339	0
San Andrés	0	868	0
Santa Marta	0	8 994	0
Sucre	0	14 879	0
Vaupés	0	426	0
Vichada	0	1 111	0
Exterior	0		NA
Total	185	664 969	2,78

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Población Nacidos Vivos DANE 2015. Tasa esperada a semana 22=0,42 casos por 10 000 nacidos vivos

Según el área de procedencia el 92,4 % son de cabecera municipal, el 53 % de los casos notificados son de sexo masculino, el 77,3 % pertenecen régimen de salud contributivo, el 97,3 % tienen pertenencia étnica “otros” y 90,3 % son menores de un día de nacidos (tabla 16).

Tabla 16
Comportamiento demográfico y social de casos sospechosos de rubéola congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

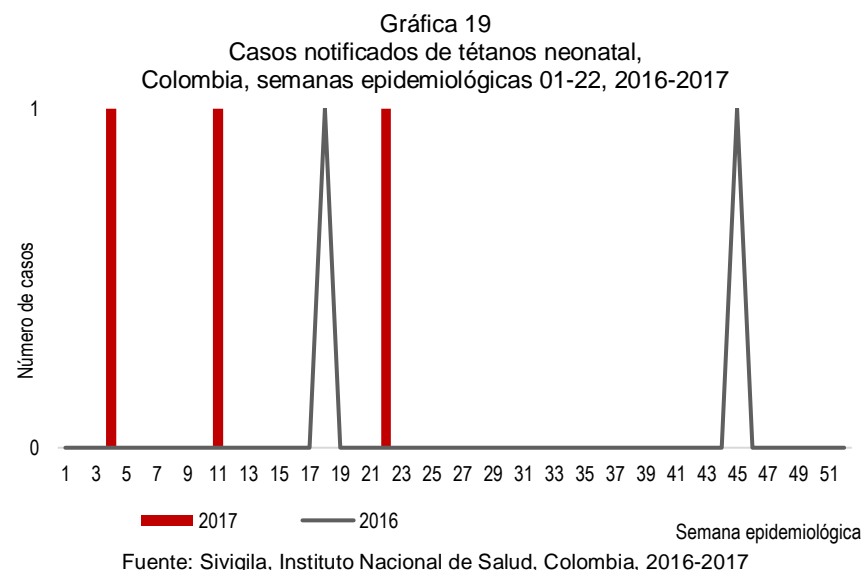
Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	171	92,4
	Centro poblado	3	1,6
	Rural disperso	11	5,9
Sexo	Femenino	87	47,0
	Masculino	98	53,0
Tipo de régimen	Contributivo	143	77,3
	Subsidiado	36	19,5
	Excepción	0	0
	Especial	4	2,2
	Indeterminado	2	1,1
	No Afiliado	0	0
Pertenencia étnica	Indígena	5	2,7
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	0	0
	Otros	180	97,3
Grupo de edad	0-1 día	167	90,3
	2-7 días	6	3,2
	8-29 días	6	3,2
	1-6 meses	6	3,2
	6-11 meses	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• Tétanos

Tétanos neonatal

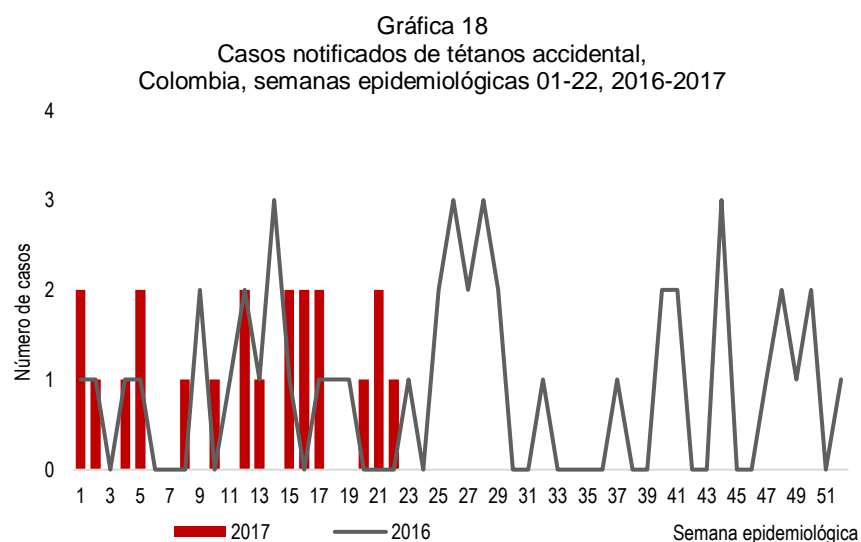
En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificó un caso probable al Sivigila; en la misma semana de 2016 no se notificaron casos. A la fecha, han ingresado tres casos al Sivigila, dos confirmados por clínica (gráfica 19).



El primer caso es residente y procedente de Alto Baudó, Chocó, cuatro días de nacido, sexo masculino, de área rural, del régimen subsidiado y grupo étnico indígena, caso confirmado por clínica. El segundo caso es un caso residente en el municipio de Manaure, La Guajira, de tres días de nacido, sexo masculino, área rural, régimen subsidiado y pertenencia étnica indígena, confirmado por clínica. El tercer caso es procedente de Venezuela, captado por Arauca-Arauca, dos días de nacido, sexo femenino, subsidiado, caso en estudio.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificó un caso probable de tétanos accidental al Sivigila; en la misma semana 22 de 2016 no se notificaron casos; esta semana se eliminaron dos casos del distrito de Santa Marta, notificados en la semana 03 y 16, por no cumplir con la definición de caso. A la fecha, han ingresado al Sivigila 21 casos de tétanos accidental: siete probables y 14 confirmados por clínica (gráfica 18).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Comportamiento social y demográfico

El 85,7 % de los casos viven en cabecera municipal y el 81 % pertenecen al régimen subsidiado de salud. El 71,4 % son de sexo masculino y el 85,7 % de pertenencia étnica el grupo de "otros". El 52,4 % son mayores de 55 años (tabla 17).

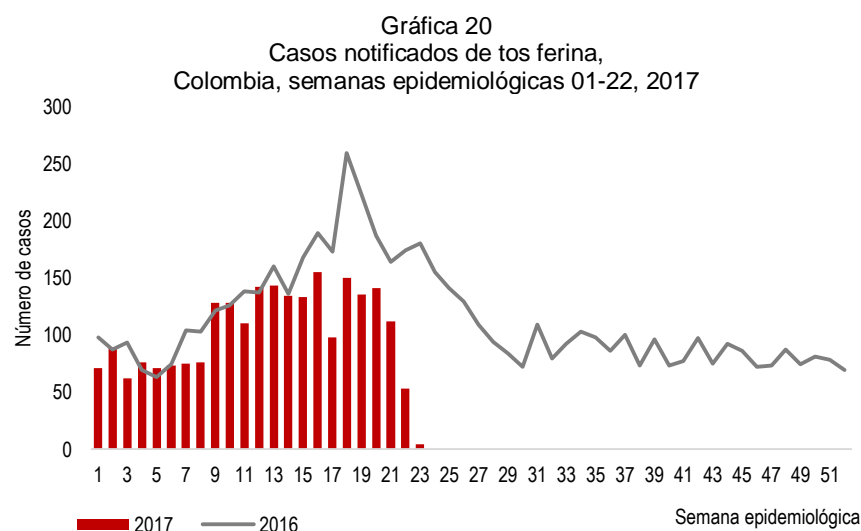
Tabla 17
Comportamiento demográfico y social de casos probables de tétanos accidental,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	18	85,7
	Centro poblado	0	0
	Rural disperso	3	14,3
Sexo	Femenino	6	28,6
	Masculino	15	71,4
Tipo de régimen	Contributivo	3	14,3
	Subsidiado	17	81,0
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	Indeterminado	0	0
	No Afiliado	1	4,8
Pertenencia étnica	Indígena	1	5
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	2	9,5
	Otros	18	85,7
Grupo de edad	Menores de un año	0	0
	1-4 años	0	0,0
	5-9 años	1	4,8
	10-14 años	0	0
	15-19 años	3	14,3
	20-24 años	0	0
	25-29 años	0	0
	30-34 años	3	14,3
	35-39 años	2	9,5
	40-44 años	0	0
	45-49 años	1	4,8
	50-54 años	0	0
	55-59 años	3	14,3
	60 y más años	8	38,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• Tos ferina

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 167 casos de tos ferina, 53 de esta semana, cuatro casos de notificación inmediata de la semana epidemiológica 23 y 110 notificados de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron 174 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 2 358 casos probables de tos ferina, de los cuales se han confirmado 49 y 1 208 se han descartado por laboratorio (gráfica 20).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander, Valle del Cauca, Huila, Nariño y Sucre notificaron el 85,3 % de los casos y cuatro del exterior.

Los casos confirmados por procedencia corresponden a Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Nariño, Boyacá, Cauca, Norte de Santander, Santander, Bolívar, Córdoba, Risaralda, Barranquilla, Buenaventura y La Guajira (tabla 18).

Tabla 18

Casos probables y casos confirmados de tos ferina notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos probables	Casos confirmados	% confirmados
Amazonas	2	0	0
Antioquia	213	10	20,4
Arauca	13	0	0
Atlántico	3	0	0
Barranquilla	4	1	2,0
Bogotá	107	15	30,6
Bolívar	12	1	2
Boyacá	29	2	4,1
Buenaventura	1	1	2
Caldas	37	0	0
Caquetá	11	0	0
Cartagena	7	0	0
Casanare	3	0	0
Cauca	30	2	4
Cesar	13	0	0
Choco	4	0	0
Córdoba	6	1	2,0
Cundinamarca	48	4	8
Exterior	3	0	0
Guainia	3	0	0
La Guajira	2	1	2
Guaviare		0	0
Huila	77	0	0
Magdalena	3	0	0
Meta	23	0	0
Nariño	63	3	6,1
Norte de Santander	104	1	2
Putumayo	6	0	0
Quindío	4	0	0
Risaralda	4	1	2
San Andres	3	0	0
Santander	96	1	2
Santa Marta	6	0	0
Sucre	59	0	0
Tolima	49	0	0
Valle	48	5	10
Vaupés	3	0	0
Vichada	2	0	0
Total	1 101	49	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 53,0 % de los casos de tos ferina se registró en el sexo masculino; el 86,7 % proceden de cabecera municipal, 52,0 % corresponde al régimen contributivo, 83,0 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, el 95,8 % de los casos se registraron en “otros” (tabla 19).

Tabla 19

Comportamiento demográfico y social de los casos probables notificados de tos ferina, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1 249	53,0
	Femenino	1 109	47,0
Área de residencia	Cabecera municipal	2 045	86,7
	Centro poblado	145	6,1
	Rural disperso	168	7,1
Tipo de régimen	Contributivo	1 227	52,0
	Subsidiado	939	39,8
	No afiliado	120	5,1
	Especial	42	1,8
	Excepción	16	0,7
	Indeterminado/pendiente	14	0,6
Pertenencia étnica	Otros	2 258	95,8
	Indígena	49	2,1
	Afrocolombiano	40	1,7
	ROM (gitano)	10	0,4
	Raizal	1	0,0
	Palenquero	0	0,0
Grupos de edad	Menores de un año	1 957	83,0
	1 a 4 años	258	10,9
	5 a 9 años	34	1,4
	10 a 14 años	17	0,7
	15 a 19 años	8	0,3
	20 a 24 años	7	0,3
	25 a 29 años	12	0,5
	30 a 34 años	13	0,6
	35 a 39 años	7	0,3
	40 a 44 años	7	0,3
	45 a 49 años	4	0,2
	50 a 54 años	7	0,3
	55 a 59 años	5	0,2
	60 a 64 años	6	0,3
	65 y más años	16	0,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

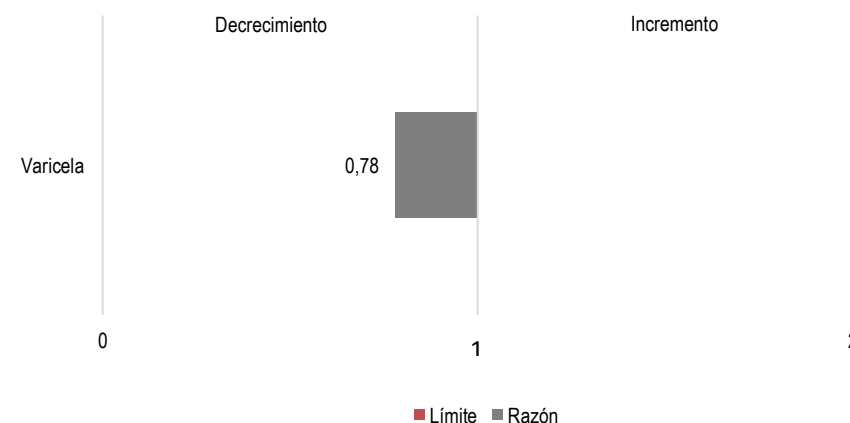
• Varicela

En semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 2 006 casos de varicela, 999 de esta semana. A la fecha, han notificado al Sivigila 37 985 casos confirmados por clínica de varicela.

Para la semana 22, la razón entre lo observado y lo esperado de casos de varicela presenta un decrecimiento de 0,78 que no supera el límite inferior histórico notificado entre 2012 a 2016 (gráfica 21).

Gráfica 21

Comparación de notificación de varicela en semana epidemiológica 22 de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia

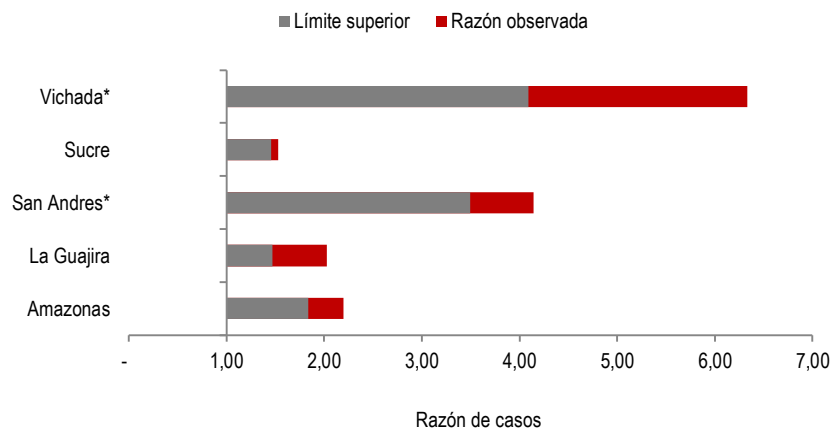


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Para la semana 22, la razón entre lo observado y lo esperado de casos de varicela para los departamentos Amazonas, La Guajira, San Andrés, Sucre y Vichada presentan un incremento que supera el límite superior histórico notificado entre 2012 a 2016 (gráfica 22).

Gráfica 22

Comparación de notificación de varicela por entidad territorial en semana epidemiológica 22 de 2017 con su comportamiento histórico de 2012 a 2016.



* Variación significativamente diferente en comparación con lo esperado

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Hasta la semana epidemiológica 21 de 2017, se ha notificado una muerte confirmado por varicela procedente del municipio Carepa en Antioquia y cinco se encuentran en estudio.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

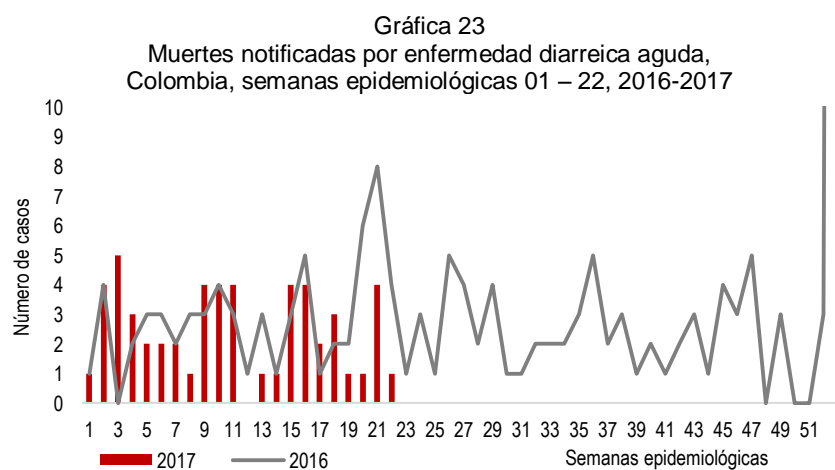
El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos transmitidos por alimentos, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila tres muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, una de esta semana y dos de semana anteriores notificadas de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron cuatro casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 54 casos probables de muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, se encuentran en estudio para su clasificación final y definir la causa de muerte (gráfica 23).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Las entidades territoriales de La Guajira, Chocó, Cesar y Meta registran el 42,3 % de las muertes probables (tabla 20).

Tabla 20
Muertes probables notificadas por enfermedad diarreica aguda, por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2017

Entidad Territorial	Casos	%
La Guajira	9	16,7
Chocó	6	11
Cesar	4	7,3
Meta	4	7,3
Risaralda	4	7,3
Nariño	3	5,6
Norte de Santander	3	5,6
Amazonas	2	3,7
Antioquia	2	3,7
Arauca	2	3,7
Bolívar	2	3,7
Cauca	2	3,7
Putumayo	2	3,7
Valle Del Cauca	2	3,7
Barranquilla	1	1,9
Cartagena	1	1,9
Guainía	1	1,9
Magdalena	1	1,9
Santa Marta	1	1,9
Vaupés	1	1,9
Vichada	1	1,9
Colombia	54	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2017

El 57,4 % de las muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años se registró en el sexo masculino; el 63,0 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, 25 casos (46,3 %) se notificaron en indígenas; el 45,1 % de las muertes ocurrieron en cabecera municipal; el 70,4 % en afiliados al régimen subsidiado (tabla 21).

Tabla 21

Comportamiento demográfico y social de las muertes probables por enfermedad diarreica aguda notificadas en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017

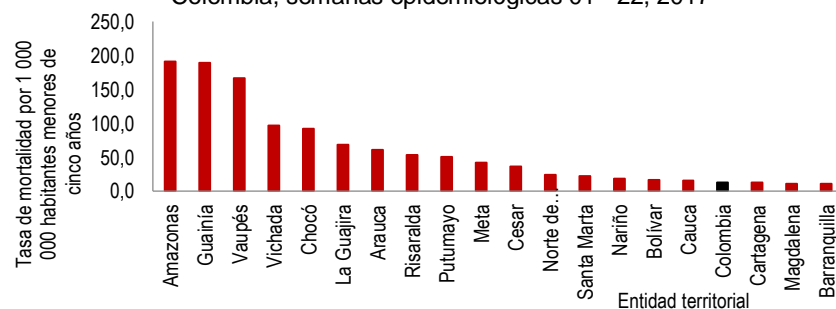
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	23	42,6
	Masculino	31	57,4
Grupo de edad	Menores de un año	34	63,0
	1 - 4 años	20	37,0
Pertenencia étnica	Indígena	25	46,3
	Otros	24	44,4
	Afrocolombiano	5	9,3
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Área	Cabecera municipal	25	45,1
	Centro poblado	8	15,7
	Rural disperso	21	39,2
Tipo de régimen	Contributivo	2	3,7
	Subsidiado	38	70,4
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	No asegurado	10	18,5
	Indeterminado	4	7,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La tasa de mortalidad nacional por enfermedad diarreica aguda es de 12,4 casos por 1 000 000 de menores de cinco años; los departamentos de Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada, Chocó, La Guajira, Arauca, Risaralda, Putumayo, Meta, Cesar, Norte de Santander, Santa Marta, Nariño, Bolívar y Cauca, registran una tasa de mortalidad mayor a la nacional (gráfica 24).

Gráfica 24

Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2017

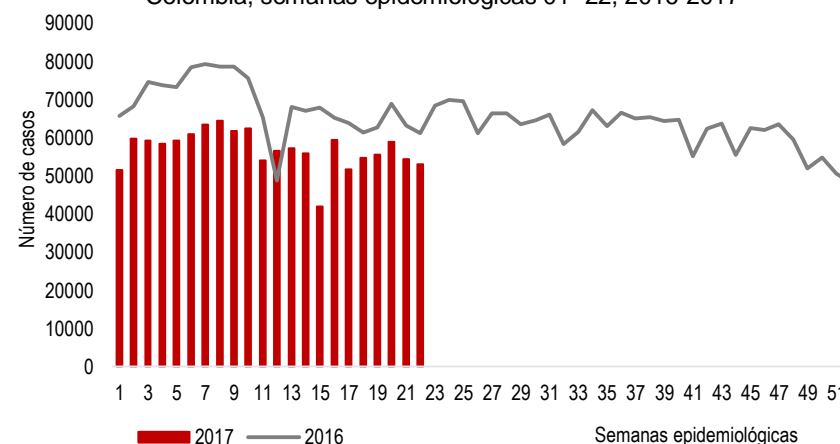


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 57 969 casos de enfermedad diarreica aguda, 53 064 de esta semana y 4 905 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 61 121 casos del evento. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1 253 495 casos de enfermedad diarreica aguda (gráfica 25).

Gráfica 25
Casos notificados de enfermedad diarreica aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca registran el 50,1 % de los casos del país (tabla 22).

Tabla 22

Casos de enfermedad diarreica aguda notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 – 22, 2017

Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje
Bogotá	311 112	24,8
Antioquia	187 111	14,9
Valle del Cauca	130 354	10,4
Cundinamarca	59 813	4,8
Santander	44 017	3,5
Nariño	38 343	3,1
Tolima	33 858	2,6
Barranquilla	31 766	2,5
Norte de Santander	30 735	2,5
Cesar	27 483	2,2
Boyacá	27 306	2,2
Córdoba	25 740	2,1
Huila	25 719	2,1
Atlántico	25 385	2,0
Cauca	25 212	2,0
Risaralda	24 915	2,0
La Guajira	23 093	1,8
Meta	22 034	1,8
Magdalena	20 184	1,6
Cartagena	18 735	1,5
Quindío	18 301	1,5
Sucre	17 220	1,4
Caldas	16 503	1,3
Bolívar	16 103	1,3
Caquetá	11 381	0,9
Putumayo	7 375	0,6
Santa Marta	6 357	0,5
Casanare	5 259	0,4
Chocó	5 029	0,4
Buenaventura	4 827	0,4
Arauca	3 935	0,3
Amazonas	2 808	0,2
Guaviare	1 691	0,1
San Andrés	1 653	0,1
Vichada	973	0,1
Guainía	745	0,1
Vaupés	420	0,0
Colombia	1 253 495	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Notificaron casos de enfermedad diarreica aguda 1 021 municipios y los cinco distritos; Bogotá con el 24,8 %, Medellín con el 8,0 %, Cali con el 7,1 %, Barranquilla con el 2,5 %, Bucaramanga con el 1,9 %, Ibagué con el 1,7 % y Cúcuta con el 1,6 %, registran el 47,6 % de los casos.

La incidencia más alta de enfermedad diarreica aguda se registró en el sexo femenino con 26,4 por 1 000 habitantes y en menores de un año con 82,1 por 1 000 habitantes (tabla 23).

Tabla 23

Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de enfermedad diarreica aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017.

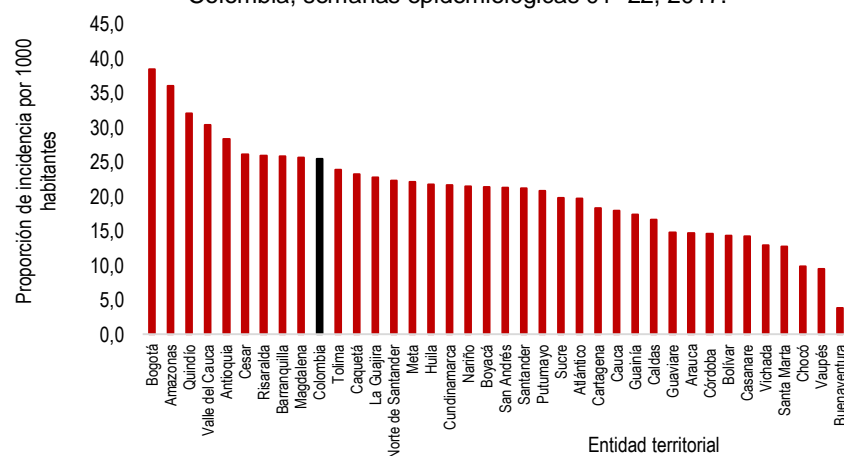
Variable	Categoría	Población estimada (DANE 2017)	Casos	Incidencia por 1 000 habitantes
Sexo	Femenino	24 953 862	658 968	26,4
	Masculino	24 337 747	594 527	24,4
Grupos de edad	Menores de un año	878 602	72 104	82,1
	1 a 4 años	3 469 474	224 866	64,8
	5 a 9 años	4 270 908	93 183	21,8
	10 a 14	4 256 204	61 579	14,5
	15 a 19	4 299 236	67 024	15,6
	20 a 24	4 307 133	128 291	29,8
	25 a 29	4 083 624	129 074	31,6
	30 a 34	3 676 508	102 085	27,8
	35 a 39	3 318 380	78 432	23,6
	40 a 44	2 961 657	56 218	19,0
	45 a 49	2 856 190	47 982	16,8
	50 a 54	2 773 926	43 590	15,7
	55 a 59	2 386 809	36 412	15,3
	60 a 64	1 876 548	30 815	16,4
	65 a 69	1 420 127	23 636	16,6
	70 a 74	1 013 539	18 754	18,5
	75 a 79	711 175	16 471	23,2
	80 y más años	731 569	22 979	31,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2017

La incidencia nacional de enfermedad diarreica aguda es de 25,4 casos por 1000 habitantes. Las entidades territoriales con incidencia mayor a la nacional son Bogotá, Amazonas, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia, Cesar, Risaralda, Barranquilla y Magdalena (gráfica 26).

Gráfica 26

Incidencia de enfermedad diarreica aguda por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017.



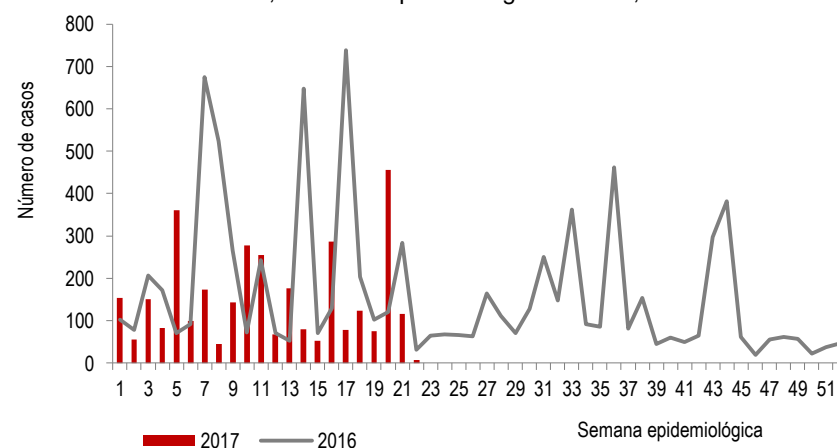
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2017.

• Enfermedades Transmitidas por Alimentos

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 515 casos de enfermedades transmitidas por alimentos, ocho de esta semana y 507 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 31 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 3 319 casos de enfermedades transmitidas por alimentos; 1 983 confirmados por clínica, 289 relacionados con algún agente etiológico y 1 047 que se encuentran en estudio (gráfica 27).

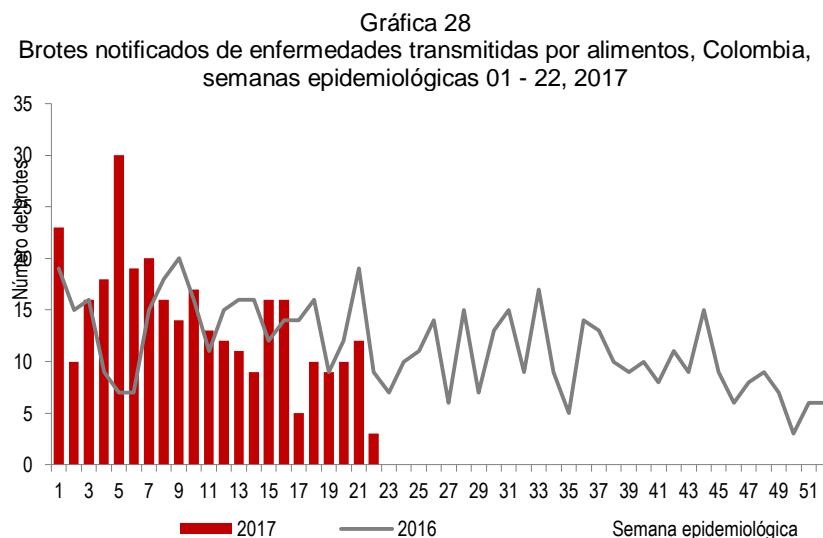
Gráfica 27

Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 17 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, tres de esta semana y 14 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron nueve brotes. A la fecha, han ingresado al Sivigila 309 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (gráfica 28).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016 - 2017

Por procedencia Bogotá, Antioquia, Cesar, Santander, Barranquilla, Boyacá, Nariño y Sucre registran el 69,4 % de los casos (tabla 24).

Tabla 24
Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2017

Entidad Territorial de Procedencia	Brotos	%	Casos	%
Bogotá D.C	42	13,6	827	24,9
Antioquia	25	8,1	253	7,6
Cesar	51	16,5	236	7,1
Santander	1	0,3	218	6,6
Barranquilla	3	1,0	205	6,2
Boyacá	6	1,9	200	6,0
Nariño	14	4,5	200	6,0
Sucre	28	9,1	165	5,0
Valle del Cauca	12	3,9	160	4,8
Norte de Santander	14	4,5	107	3,2
Atlántico	20	6,5	77	2,3
Magdalena	12	3,9	71	2,1
Cundinamarca	2	0,6	65	2,0
Cartagena	5	1,6	60	1,8
Cauca	2	0,6	60	1,8
Santa Marta	21	6,8	56	1,7
Huila	6	1,9	55	1,7
Guaviare	3	1,0	52	1,6
Arauca	6	1,9	50	1,5
Putumayo	4	1,3	34	1,0
Quindío	5	1,6	30	0,9
La Guajira	2	0,6	29	0,9
Caquetá	9	2,9	24	0,7
Amazonas	1	0,3	18	0,5
Córdoba	1	0,3	17	0,5
Bolívar	4	1,3	12	0,4
Chocó	2	0,6	11	0,3
Casanare	3	1,0	10	0,3
Meta	3	1,0	10	0,3
Tolima	1	0,3	4	0,1
Risaralda	1	0,3	3	0,1
Colombia	309	100	3 319	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 55,2 % de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos se registró en el sexo femenino; el 19,8 % de los casos se registraron en el grupo de 10 a 14 años (tabla 25).

Tabla 25

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1 486	44,8
	Femenino	1 833	55,2
Grupos de edad	Menores de un año	7	0,2
	1 a 4 años	160	4,8
	5 a 9 años	313	9,4
	10 a 14 años	657	19,8
	15 a 19 años	464	14,0
	20 a 24 años	318	9,6
	25 a 29 años	269	8,1
	30 a 34 años	259	7,8
	35 a 39 años	206	6,2
	40 a 44 años	177	5,3
	45 a 49 años	159	4,8
	50 a 54 años	108	3,3
	55 a 59 años	79	2,4
	60 a 64 años	49	1,5
	65 y más años	94	2,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

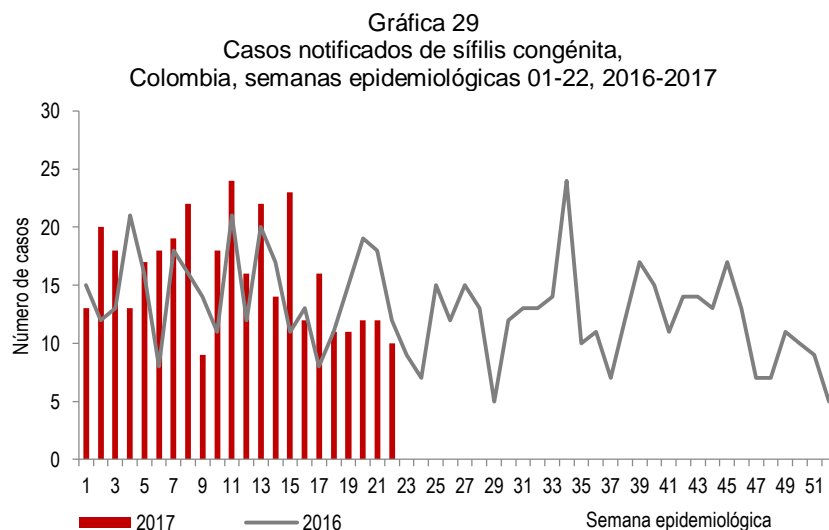
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Infecciones de transmisión sexual

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de transmisión sexual, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Sífilis Congénita

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 25 casos de sífilis congénita, 10 de esta semana y 15 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 12 casos. A la fecha, han ingresado a Sivigila 350 casos confirmados, 331 confirmados por nexos epidemiológico y 19 por laboratorio (gráfica 29).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por residencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Chocó y Cundinamarca notificaron el 46,9 % de los casos (tabla 26).

Tabla 26
Casos notificados de sífilis congénita por entidad territorial de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	49	14,0
Antioquia	45	12,9
Valle del Cauca	36	10,3
Chocó	18	5,1
Cundinamarca	16	4,6
Nariño	15	4,3
Córdoba	14	4,0
Risaralda	14	4,0
Tolima	13	3,7
Caldas	11	3,1
Magdalena	11	3,1
Meta	11	3,1
Cartagena	10	2,9
Cesar	10	2,9
La Guajira	9	2,6
Arauca	7	2,0
Bolívar	7	2,0
Cauca	7	2,0
Huila	7	2,0
Santander	6	1,7
Norte de Santander	5	1,4
Boyacá	4	1,1
Atlántico	3	0,9
Buenaventura	3	0,9
Exterior	3	0,9
Quindío	3	0,9
Santa Marta	3	0,9
Sucre	3	0,9
Caquetá	2	0,6
Putumayo	2	0,6
Barranquilla	1	0,3
Casanare	1	0,3
Vaupés	1	0,3
Total	350	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 50,6 % de los casos de sífilis congénita se registró en el sexo femenino; el 64,9 % pertenecen al régimen subsidiado. Por pertenencia étnica, 40 casos (el 11,4 %) se notificaron en afrocolombianos, 13 (el 3,7 %) en indígenas y dos (el 0,6 %) en ROM (gitano); por área de ocurrencia 274 casos (el 78,3 %) se notificaron en cabeceras municipales (tabla 27).

Tabla 27

Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

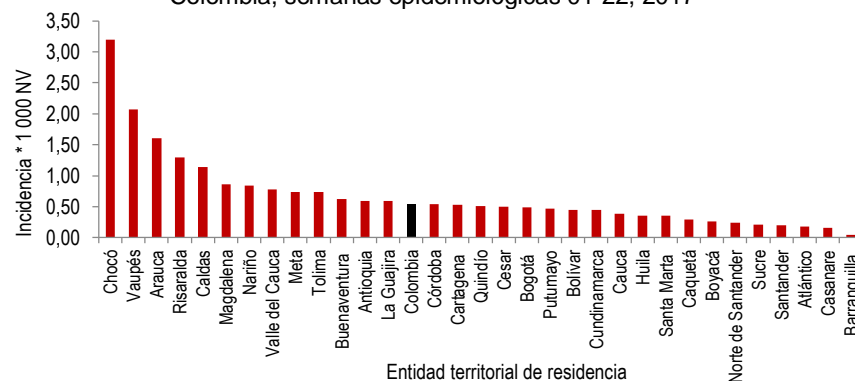
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	177	50,6
	Masculino	173	49,4
Tipo de régimen	Contributivo	72	20,6
	Especial	5	1,4
	Indeterminado	10	2,9
	No asegurado	36	10,3
	Excepción	0	0
	Subsidiado	227	64,9
Pertenencia étnica	Indígena	13	3,7
	ROM (gitano)	2	0,6
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	40	11,4
	Otro	295	84,3
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	274	78,3
	Centro poblado	39	11,1
	Rural disperso	37	10,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de sífilis congénita es de 0,54 casos por 1 000 nacidos vivos. Chocó, Vaupés, Arauca, Risaralda y Caldas registran las mayores incidencias, sin embargo a semana 22 se han notificado tres casos del exterior, residentes en Venezuela, que resultan en una incidencia de 9,06 casos por 1 000 nacidos vivos de residentes en el exterior (gráfica 30).

Gráfica 30

Incidencia de sífilis congénita por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

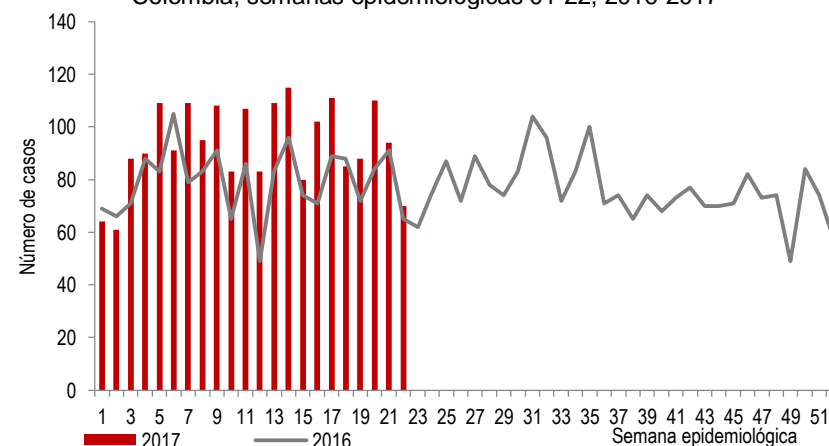


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Sífilis Gestacional

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 97 casos de sífilis gestacional, 70 de esta semana y 27 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 65 casos. A la fecha, han ingresado a Sivigila 2 052 casos confirmados por laboratorio (gráfica 31).

Gráfica 31
Casos notificados de sífilis gestacional,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por residencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cesar y Magdalena notificaron el 41,5 % de los casos (tabla 28).

Tabla 28

Casos notificados de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	273	13.3
Antioquia	206	10.0
Valle del Cauca	202	9.8
Cesar	90	4.4
Magdalena	81	3.9
Cartagena	80	3.9
Nariño	76	3.7
Cundinamarca	73	3.6
Córdoba	69	3.4
Atlántico	65	3.2
Santa Marta	65	3.2
Meta	60	2.9
Risaralda	59	2.9
Huila	58	2.8
Sucre	58	2.8
La Guajira	53	2.6
Bolívar	52	2.5
Buenaventura	47	2.3
Norte de Santander	41	2.0
Tolima	40	1.9
Quindío	37	1.8
Chocó	35	1.7
Cauca	32	1.6
Caldas	30	1.5
Arauca	29	1.4
Boyacá	29	1.4
Caquetá	21	1.0
Barranquilla	20	1.0
Putumayo	20	1.0
Casanare	17	0.8
Santander	16	0.8
Exterior	5	0.2
Guaviare	5	0.2
Amazonas	2	0.1
Guainía	2	0.1
San Andrés	2	0.1
Vaupés	1	0.0
Vichada	1	0.0
Total	2 052	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 66,4 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el grupo de edad que registró la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 con el 28,0 %. Por pertenencia étnica, 254 casos (el 12,4 %) se notificaron en afrocolombianos, 64 casos (el 3,1 %) en indígenas, 10 (el 0,5 %) en ROM (gitano), nueve (el 0,4 %) en raizales y tres (el 0,1 %) en palenqueros; por área de ocurrencia 1 643 casos (el 80,1 %) se notificaron en cabeceras municipales (tabla 29).

Tabla 29

Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

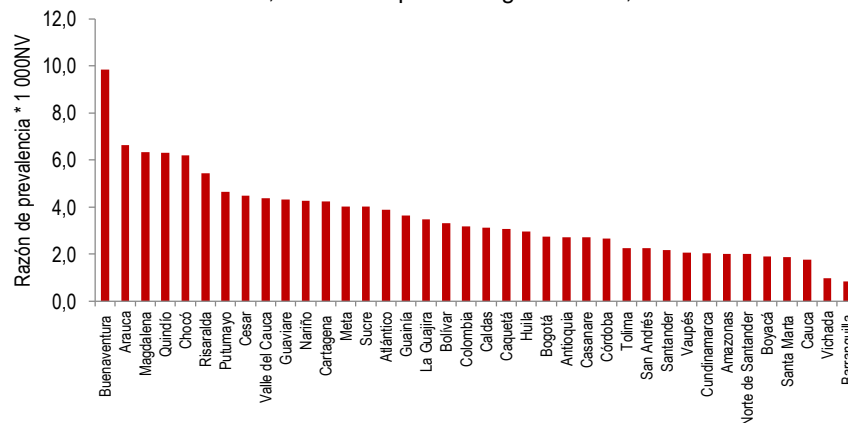
Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen	Contributivo	496	24.2
	Especial	14	0.7
	Indeterminado	11	0.5
	No asegurado	157	7.7
	Excepción	12	0.6
Pertenencia étnica	Subsidiado	1362	66.4
	Indígena	64	3.1
	ROM (gitano)	10	0.5
	Raizal	9	0.4
	Palenquero	3	0.1
	Afrocolombiano	254	12.4
Grupos de edad	Otro	1 712	83.4
	Menores de 14 años	3	0.1
	14 a 19 años	449	21.9
	20 a 24 años	574	28.0
	25 a 29 años	452	22.0
	30 a 34 años	344	16.8
	35 a 39 años	170	8.3
Área de ocurrencia	40 a 44 años	52	2.5
	45 y más años	8	0.4
	Cabecera municipal	1 643	80.1
	Centro poblado	183	8.9
	Rural disperso	226	11.0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La razón de prevalencia nacional de sífilis gestacional es de 3,2 casos por 1 000 nacidos vivos. Buenaventura, Arauca, Magdalena, Quindío y Chocó registran las mayores razones de prevalencia del país, sin embargo a semana 22 se han notificado cinco casos de residentes en el exterior, para una razón de prevalencia de 15,1 casos por 1 000 nacidos vivos de gestantes residentes fuera del país, cuatro de ellos de Venezuela (gráfica 32).

Gráfica 32

Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



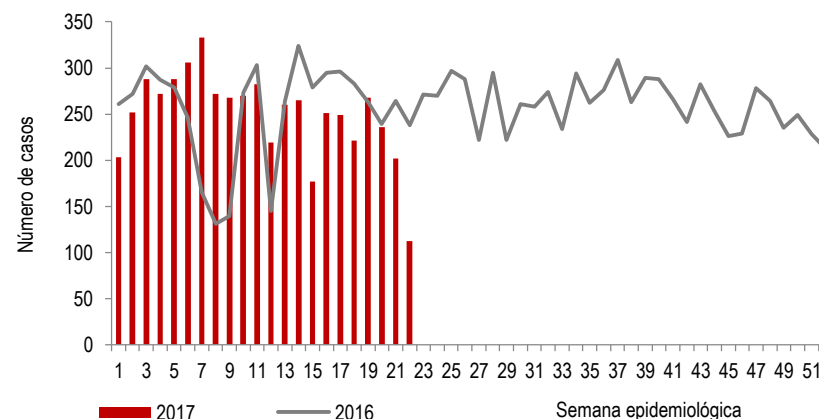
Entidad territorial de residencia

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 294 casos de VIH/Sida, 112 de esta semana y 182 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 238 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 5 494 casos confirmados por laboratorio (gráfica 33).

Gráfica 33
Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Córdoba, Barranquilla, Norte de Santander, Cartagena, Santander, Cundinamarca y Quindío, notificaron el 71,6 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida (tabla 30).

Tabla 30
Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	VIH	%	Sida	%	Muertes	%
Bogotá	782	17.9	178	22.5	52	15.9
Antioquia	794	18.1	92	11.6	15	4.6
Valle del Cauca	521	11.9	71	9.0	49	15.0
Córdoba	203	4.6	56	7.1	20	6.1
Barranquilla	185	4.2	19	2.4	10	3.1
Norte de Santander	153	3.5	19	2.4	16	4.9
Cartagena	124	2.8	53	6.7	10	3.1
Santander	152	3.5	30	3.8	5	1.5
Cundinamarca	141	3.2	21	2.7	10	3.1
Quindío	84	1.9	46	5.8	20	6.1
Atlántico	114	2.6	17	2.1	7	2.1
Caldas	114	2.6	5	0.6	6	1.8
Nariño	83	1.9	18	2.3	18	5.5
Risaralda	76	1.7	13	1.6	17	5.2
Cesar	79	1.8	10	1.3	4	1.2
Tolima	74	1.7	12	1.5	6	1.8
Bolívar	64	1.5	23	2.9	4	1.2
Huila	69	1.6	13	1.6	6	1.8
Magdalena	64	1.5	14	1.8	4	1.2
Cauca	65	1.5	11	1.4	4	1.2
Sucre	61	1.4	12	1.5	7	2.1
Meta	54	1.2	8	1.0	6	1.8
Santa Marta	51	1.2	7	0.9	7	2.1
La Guajira	53	1.2	9	1.1	2	0.6
Boyacá	45	1.0	5	0.6	3	0.9
Casanare	28	0.6	8	1.0	5	1.5
Exterior	21	0.5	8	1.0	3	0.9
Buenaventura	22	0.5	1	0.1	4	1.2
Chocó	20	0.5	4	0.5	1	0.3
Putumayo	22	0.5	1	0.1	1	0.3
Arauca	17	0.4	2	0.3	1	0.3
Caquetá	14	0.3	3	0.4	1	0.3
Guaviare	12	0.3	1	0.1	2	0.6
Amazonas	7	0.2	1	0.1	1	0.3
San Andrés	6	0.1	0	0	0	0
Vichada	1	0.02	1	0.1	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Total	4 375	100	792	100	327	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 80,1 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida se registraron en el sexo masculino; el 47,0 % pertenecen al régimen contributivo; el 20,5 % fueron registrados en el grupo de edad entre 25 y 29 años. Por pertenencia étnica, 248 casos (el 4,5 %) se notificaron en afrocolombianos, 78 (el 1,4 %) en población indígena, 25 (el 0,5 %) en ROM (gitano) y 10 (el 0,2 %) en raizales y por área de ocurrencia el 88,1 % son de la cabecera municipal (tabla 31).

Tabla 31
Comportamiento demográfico y social de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	1 094	19.9
	Masculino	4 400	80.1
Tipo de régimen	Contributivo	2 582	47.0
	Especial	119	2.2
	Indeterminado	34	0.6
	No asegurado	365	6.6
	Excepción	98	1.8
	Subsidiado	2 296	41.8
Pertenencia étnica	Indígena	78	1.4
	ROM (gitano)	25	0.5
	Raizal	10	0.2
	Palenquero	1	0.02
	Afrocolombiano	248	4.5
	Otro	5 132	93.4
Grupos de edad	Menores de un año	4	0.1
	1 a 4 años	11	0.2
	5 a 9 años	10	0.2
	10 a 14 años	14	0.3
	15 a 19 años	300	5.5
	20 a 24 años	1 002	18.2
	25 a 29 años	1 124	20.5
	30 a 34 años	838	15.3
	35 a 39 años	563	10.2
	40 a 44 años	467	8.5
	45 a 49 años	387	7.0
	50 a 54 años	291	5.3
	55 a 59 años	204	3.7
Área de ocurrencia	60 a 64 años	128	2.3
	65 y más años	151	2.7
	Cabecera municipal	4 840	88.1
	Centro poblado	378	6.9
	Rural disperso	276	5.0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

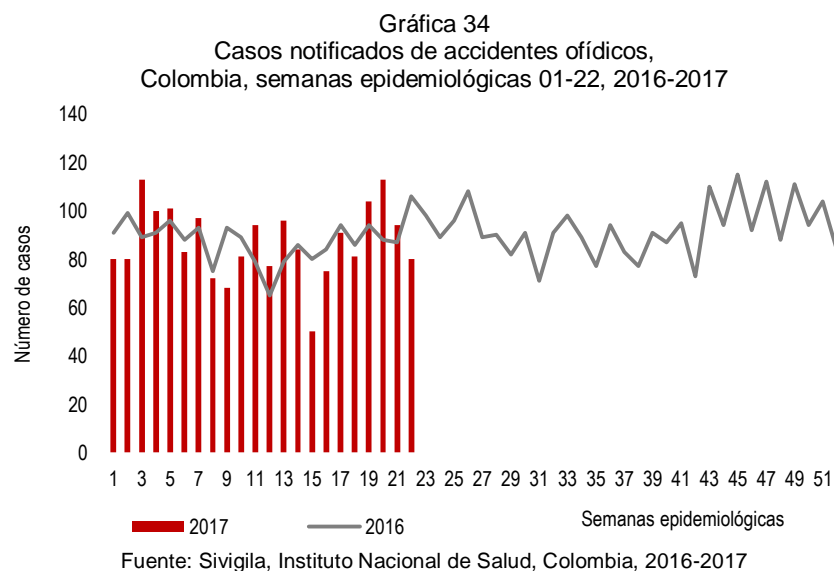
Zoonosis

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de zoonosis que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Accidente Ofídico

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 107 casos, 80 de esta semana y 27 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 106 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1 914 casos de accidente ofídico (gráfica 34).



Por procedencia, Antioquia, Meta, Norte de Santander, Chocó y Córdoba, notificaron el 41,6 % de los casos; San Andrés, Providencia y Santa Catalina no notificaron casos (tabla 32).

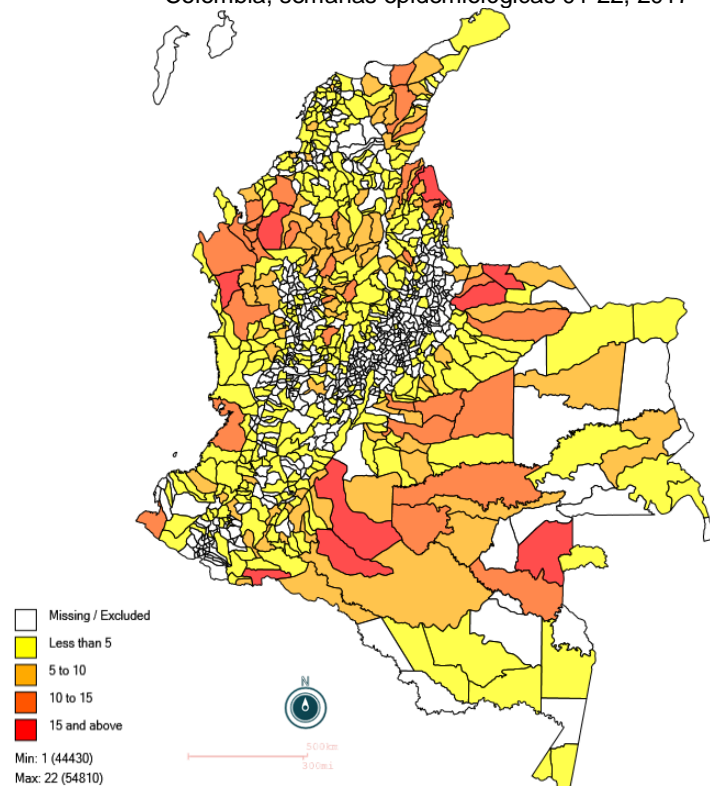
Tabla 32
Casos notificados de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	320	16,7
Meta	130	6,8
Norte de Santander	130	6,8
Chocó	122	6,4
Córdoba	94	4,9
Cesar	87	4,5
Bolívar	84	4,4
Caquetá	83	4,3
Cauca	74	3,9
Arauca	72	3,8
Santander	70	3,7
Casanare	60	3,1
Huila	60	3,1
Putumayo	47	2,5
Magdalena	45	2,4
La Guajira	41	2,1
Nariño	39	2,0
Tolima	37	1,9
Guaviare	36	1,9
Boyacá	33	1,7
Caldas	29	1,5
Vaupés	27	1,4
Atlántico	26	1,4
Sucre	25	1,3
Cundinamarca	22	1,1
Risaralda	19	1,0
Valle del Cauca	17	0,9
Amazonas	16	0,8
Santa Marta	14	0,7
Buenaventura	10	0,5
Vichada	10	0,5
Guainía	9	0,5
Exterior	8	0,4
Barranquilla	7	0,4
Cartagena	7	0,4
Quindío	3	0,2
Bogotá	1	0,1
Total	1 914	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Han notificado accidentes ofídicos 437 municipios y cinco distritos; Montería, Quibdó, Florencia, Valledupar y Popayán notificaron el 11,7 % de los casos del país (mapa 1).

Mapa 1
Casos de accidente ofídico por municipio de ocurrencia del accidente,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 74,0 % de los accidentes ofídicos se registraron en el sexo masculino; el 77,2 % pertenecen al régimen subsidiado; el 77,2 % se notificó con procedencia rural; el 11,3 % se registró en el grupo de edad entre 20 y 24 años. Por pertenencia étnica, 241 (el 12,6 %) se notificaron en indígenas, 142 casos (el 7,4 %) en afrocolombianos (tabla 33).

Tabla 33
Comportamiento demográfico y social de los casos de accidente ofídico,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1 416	74,0
	Femenino	498	26,0
Área de procedencia	Rural	1 496	78,2
	Cabecera municipal	418	21,8
tipo de régimen	Subsidiado	1 477	77,2
	Contributivo	206	10,8
	No asegurado	165	8,6
	Especial	37	1,9
	Indeterminado	21	1,1
	Excepción	8	0,4
Pertenencia étnica	Otros	1 523	79,6
	Indígena	241	12,6
	Afrocolombiano	142	7,4
	ROM (gitano)	3	0,2
	Raizal	3	0,2
Grupos de edad	Palenquero	2	0
	Menores de 1 año	2	0,1
	1 a 4 años	48	2,5
	5 a 9 años	108	5,6
	10 a 14 años	172	9,0
	15 a 19 años	204	10,7
	20 a 24 años	217	11,3
	25 a 29 años	173	9,0
	30 a 34 años	162	8,5
	35 a 39 años	117	6,1
	40 a 44 años	137	7,2
	45 a 49 años	136	7,1
	50 a 54 años	122	6,4
	55 a 59 años	111	5,8
	60 a 64 años	76	4,0
	65 y más años	129	6,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de accidente ofídico es de 3,9 casos por 100 000 habitantes. Las regiones Amazonia y Orinoquía registraron mayor proporción de incidencia con 19,4 y 15,9 casos por 100 000 habitantes respectivamente. Las mayores incidencias se registran en Vaupés, Guaviare, Arauca, Chocó, Amazonas y Guainía (gráfica 35).



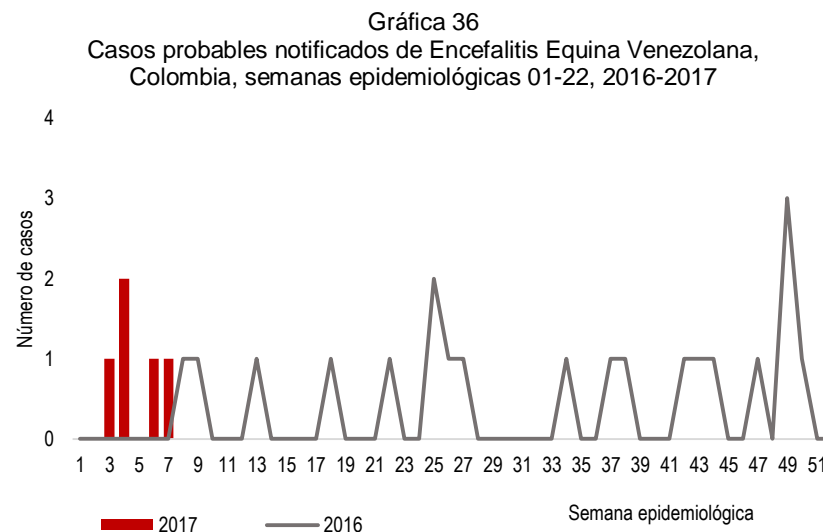
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las personas notificadas, el 60,5 % fueron reportadas como hospitalizadas (la meta establecida es del 100 %); el 77,4 % recibieron suero antiofídico; se registraron 116 casos de no envenenamiento y a 15 se les aplicó suero antiofídico. Por la clasificación de severidad y la aplicación de suero antiofídico, 749 casos (el 76,4 %) de los casos leves recibieron suero antiofídico, de los casos moderados 571 casos (el 91,5 %) y de los casos graves 147 casos (el 91,3 %). Hasta esta semana se han utilizado 6 319 ampollas en el manejo de los accidentes, 4,5 ampollas en promedio por paciente, con un mínimo de una y un máximo de 48 ampollas aplicadas.

Comportamiento de la notificación de muertes por accidente ofídico Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, se han notificado siete defunciones, un caso en cada uno de los siguientes departamentos: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Chocó, Magdalena, Meta y Nariño.

• Encefalitis Equina

En la semana epidemiológica 22 de 2017, no se notificaron al Sivigila casos probables de Encefalitis Equinas; en la misma semana de 2016 se notificó un caso. A la fecha, han ingresado al Sivigila cinco casos probables de Encefalitis Equina que se encuentran en estudio (gráfica 36).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Los cinco casos probables corresponden a Encefalitis Equina Venezolana: uno notificado por el municipio de Floridablanca (Santander), dos notificados por el municipio de Saravena (Arauca) y dos notificados por el municipio de Cúcuta (Norte de Santander).

La vigilancia de los casos en équidos en áreas con poblaciones susceptibles, provee información práctica y sensible para el reconocimiento del riesgo para la salud pública, especialmente en áreas donde no hay registro de actividad viral en animales silvestres o en mosquitos. El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) realiza vigilancia pasiva y a su vez recibe todas las notificaciones de síndrome neurológico en équidos, que mediante el procesamiento

de las muestras en el Laboratorio Nacional de Diagnóstico Veterinario se confirman. Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, se ha notificado nueve focos; dos en el departamento de Arauca, dos en el departamento de Meta y un foco en los departamentos de Vichada, Guaviare, Bolívar, Caquetá y Córdoba (tabla 34).

Tabla 34
Focos de Encefalitis Equinas notificados por Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de procedencia	Municipio de procedencia	Focos	Équidos positivos
Arauca	Fortul	1 EEE	1 Equino
Arauca	Arauca	1 EEE	2 Equinos
Vichada	La Primavera	1 EEE	1 Equino
Meta	Puerto Rico	1 EEE	1 Equino
Meta	Puerto Lleras	1 EEE	1 Equino
Guaviare	San José de Guaviare	1 EEE	1 Equino
Bolívar	Pinillos	1 EEE	1 Equino
Caquetá	San Vicente del Caguan	1 EEE	1 Equino
Córdoba	Los Córdoba	1 EEV	1 Equino

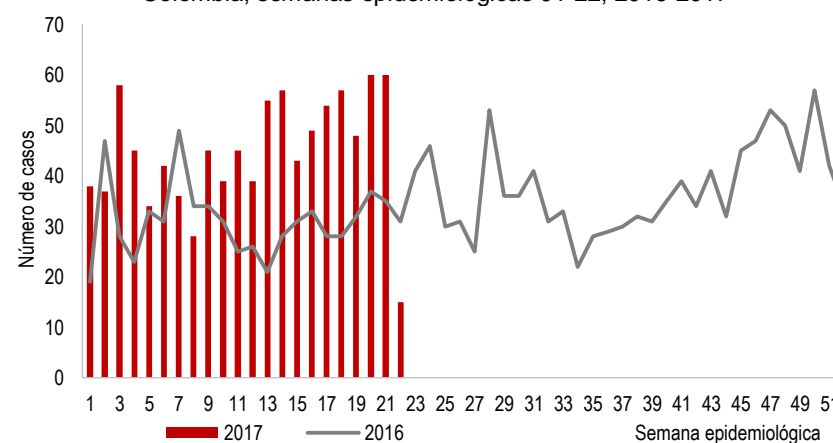
Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2017

Para cada uno de los focos, se realizan las acciones de prevención, vigilancia y control de acuerdo con la circular 030 de 2014 y el protocolo de vigilancia para el evento emitido por el INS; hasta la fecha no se han encontrado personas que cumplan con la definición de caso en los focos mencionados anteriormente.

• Leptospirosis

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 57 casos de leptospirosis, 15 de esta semana y 42 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 31 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 984 casos de leptospirosis; 218 casos confirmados por laboratorio, siete por nexa epidemiológico y 759 casos sospechosos (gráfica 37).

Gráfica 37
Casos de leptospirosis notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron Antioquia, Valle del Cauca, Tolima y Barranquilla con el 56,3 % de los casos (tabla 35).

Tabla 35
Casos de leptospirosis notificados por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	231	23,9
Valle del Cauca	151	15,3
Tolima	113	11,5
Barranquilla	55	5,6
Bolívar	39	4,0
Atlántico	39	4,0
Buenaventura	38	3,9
Córdoba	29	2,9
Risaralda	28	2,8
Chocó	25	2,5
Cundinamarca	23	2,3
Cesar	19	1,9
Bogotá	19	1,9
Santander	19	1,9
Sucre	17	1,7
Quindío	16	1,6
Nariño	14	1,4
Casanare	13	1,3
Meta	13	1,3
Guaviare	10	1,0
Caldas	10	1,0
Cartagena	9	0,9
La Guajira	9	0,9
Boyacá	8	0,8
Norte de Santander	8	0,8
Cauca	6	0,6
Huila	5	0,5
Caquetá	5	0,5
Santa Marta	4	0,4
Magdalena	2	0,2
Putumayo	2	0,2
Amazonas	1	0,1
Arauca	1	0,1
San Andrés Providencia y Santa Catalina	1	0,1
Exterior	2	0,2
Total	984	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Notificaron casos 242 municipios y cinco distritos, el 33,1 % de los casos fue notificado por siete entidades territoriales Apartado con el 5,6 %, Barranquilla con el 5,6 %, Cali con el 5,4 %, Medellín con 5,0 %, Ibagué con el 4,6 %, Buenaventura con el 3,9 % y Tuluá con el 3,2 %.

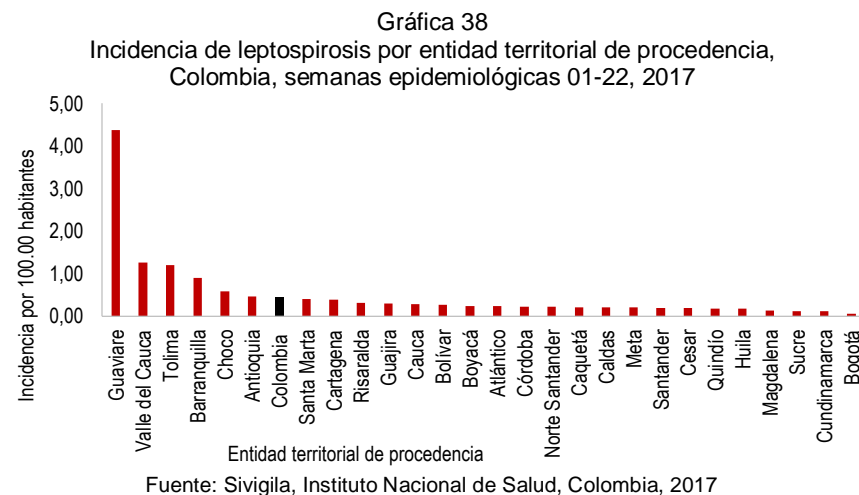
El 66,5 % de los casos de leptospirosis se registró en el sexo masculino; el 44,8 % pertenecen al régimen contributivo; el 10,9 % se notificó en el grupo de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, 857 casos (el 87,1 %) se notificaron en otros grupos poblacionales y 99 casos (el 10,1 %) se notificaron en afrocolombianos (tabla 36).

Tabla 36
Comportamiento demográfico y social de los casos de leptospirosis,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

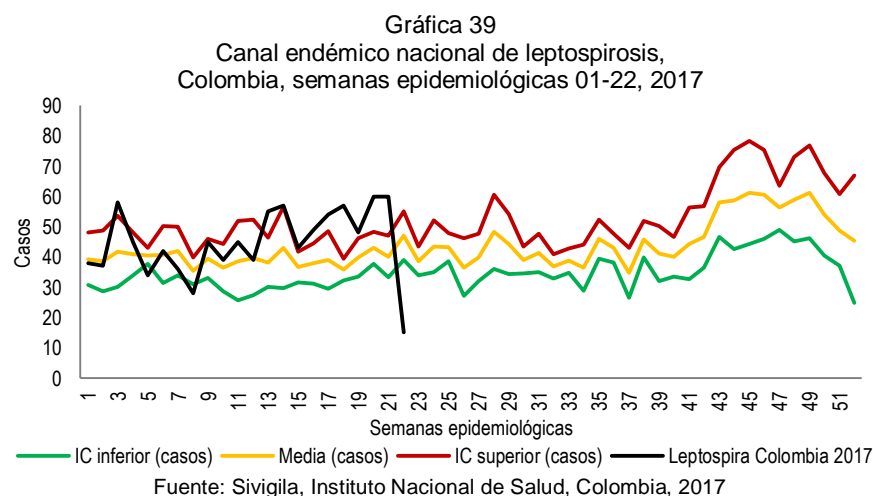
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	330	33,5
	Masculino	654	66,5
Tipo de régimen	Contributivo	441	44,8
	Especial	42	4,3
	No afiliado	47	4,8
	Indeterminado	10	1,0
	Excepción	20	2,0
Pertenencia étnica	Subsidiado	424	43,1
	Indígena	21	2,1
	ROM (gitano)	2	0,2
	Raizal	5	0,5
	Palenquero	0	0,00
	Afrocolombiano	99	10,1
Grupos de edad	Otros	857	87,1
	Menores de un año	9	0,9
	1 a 4 años	67	6,8
	5 a 9 años	63	6,4
	10 a 14 años	65	6,6
	15 a 19 años	88	8,9
	20 a 24 años	106	10,8
	25 a 29 años	107	10,9
	30 a 34 años	68	6,9
	35 a 39 años	72	7,3
	40 a 44 años	56	5,7
	45 a 49 años	66	6,7
Área de procedencia	50 a 54 años	50	5,1
	55 a 59 años	49	5,0
	60 a 64 años	36	3,7
	65 y más años	82	8,3
	Cabecera municipal	710	72,2
	Centro poblado	133	13,5
	Rural disperso	141	14,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de leptospirosis es de 0,44 casos por 100 000 habitantes. Las dos entidades territoriales con la mayor incidencia de casos son Guaviare y Valle del Cauca (gráfica 38).



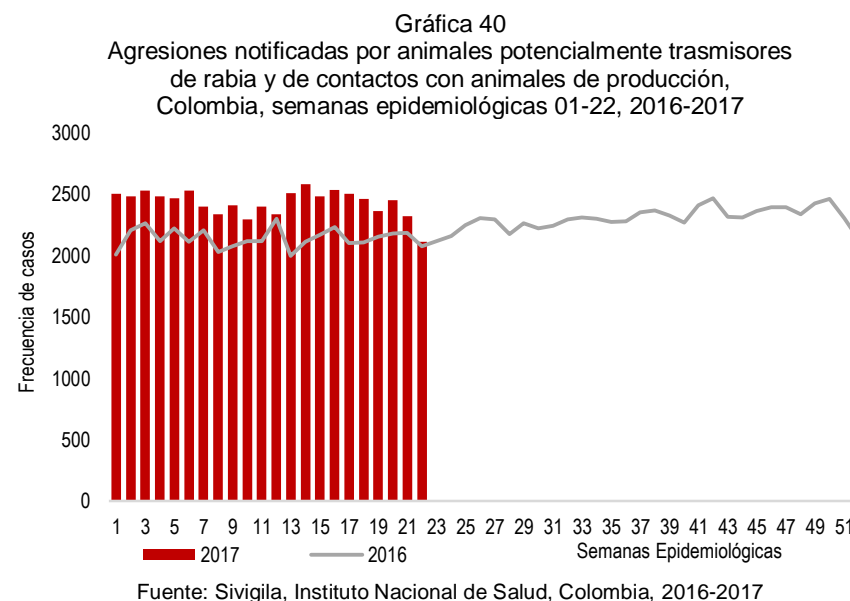
El canal endémico de leptospirosis ha estado en situación de brote en 10 semanas, cinco semanas en situación de alarma, en seguridad cuatro semanas y en éxito tres semanas epidemiológicas (gráfica 39).



• Vigilancia Integrada de la Rabia

Agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia

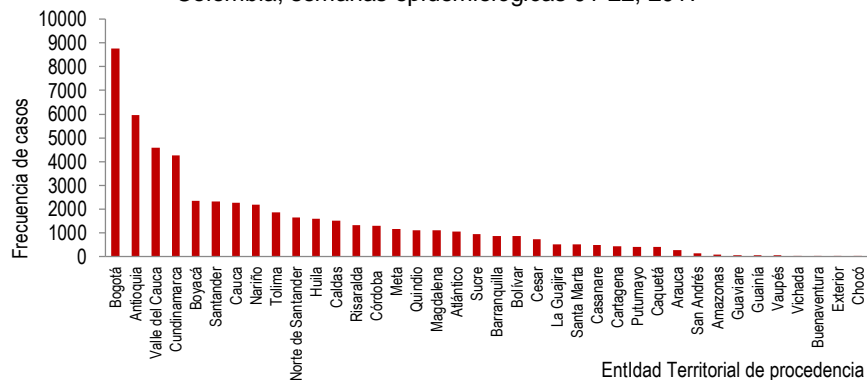
En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 2 806 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, incluidos los contactos con animales de producción, 2 113 de esta semana y 693 notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 22 de 2016 se notificaron 2 074 casos de agresiones. A la fecha, han ingresado al Sivigila 53 461 casos de agresiones por animales transmisores de rabia (gráfica 40).



Por procedencia, Bogotá presentó el 16,4 % de las agresiones, Antioquia el 11,2 %, Valle del Cauca el 8,6 %, Cundinamarca el 8,0 %, Boyacá el 4,4 %, Santander el 4,3 %, Cauca el 4,3 % y Nariño el 4,1 % notificando el 61,3 % del total de casos del país (gráfica 41).

Gráfica 41

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

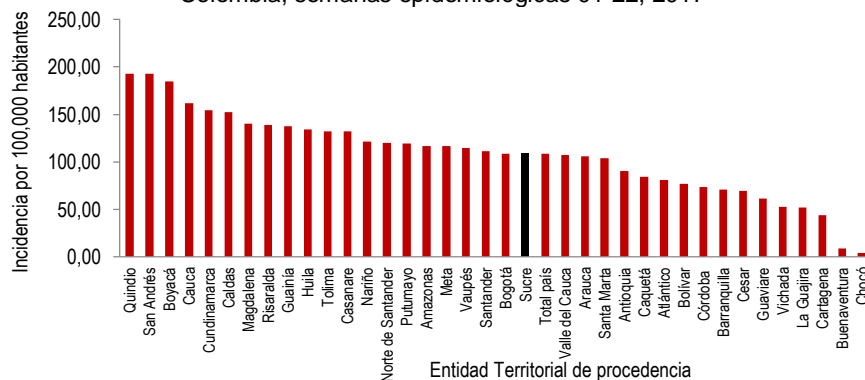


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y contactos con el virus de la rabia fue de 108,5 casos por 100 000 habitantes. Las mayores incidencias se registraron en Quindío, San Andrés, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Caldas, Magdalena, Risaralda, Guainía y Huila (gráfica 42).

Gráfica 42

Incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Los casos fueron notificados por 1 011 municipios de los 32 departamentos y por los cinco distritos.

El 53,6 % de los casos de agresiones se registraron en el sexo masculino; el 13,9 % en el grupo de 5 a 9 años de edad y la edad promedio es de 30 años; el 45,2 % pertenecen al régimen contributivo; según pertenencia étnica el 95,6 % se registró en "otros" y por área de ocurrencia el 76,6 % procedían de la cabecera municipal (tabla 37).

Tabla 37

Agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia según características sociodemográficas de las personas agredidas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	28 639	53,6
	Femenino	24 822	46,4
Edad	0-4	4 583	8,6
	5-9	7 457	13,9
	10-14	6 058	11,3
	15-19	4 250	7,9
	20-24	4 497	8,4
	25-29	3 840	7,2
	30-34	3 209	6,0
	35-39	2 877	5,4
	40-44	2 438	4,6
	45-49	2 561	4,8
	50-54	2 633	4,9
Tipo régimen de salud	55-59	2 329	4,4
	60-64	1 999	3,7
	65 y más	4 730	8,8
	Contributivo	24 167	45,2
	Subsidiado	24 015	44,9
	No asegurado	2 335	4,4
	Especial	1 560	2,9
Pertenencia étnica	Excepción	888	1,7
	Indeterminado	496	0,9
	Otros	51 083	95,6
	Afrocolombianos	1 260	2,4
	Indígenas	821	1,5
	ROM (gitanos)	168	0,3
	Raizales	82	0,2
Área	Palenqueros	47	0,1
	Cabecera municipal	40 961	76,6
	Rural dispersa	7 903	14,8
	Centro poblado	4 597	8,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las personas agredidas, 30 557 casos (57,2 %) se clasificaron como no exposiciones, 17 184 casos (32,1 %) como exposiciones leves, 5 627 casos (10,5 %) como exposiciones graves y de 93 casos no se reportó el tipo de exposición.

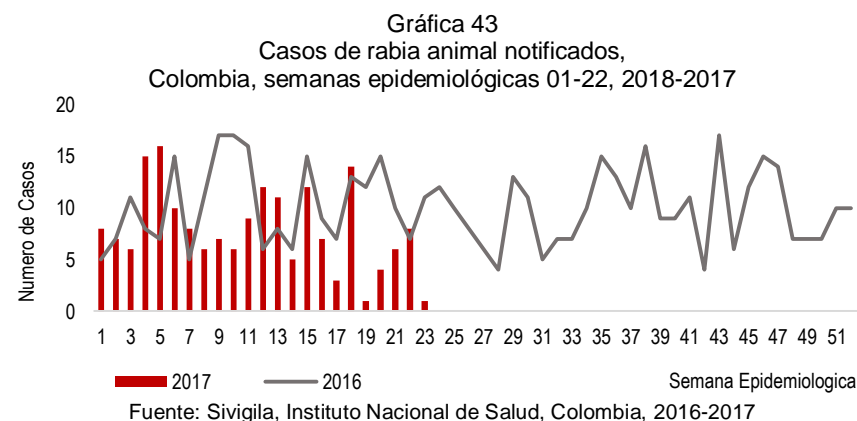
En relación con el manejo de los casos, 1 448 casos (2,7 %) requirieron hospitalización para su manejo; en 41 740 casos (96,8 %) se realizó lavado de la herida y en 4 503 casos (8,4 %) sutura; se ordenó aplicación de suero a 5 625 casos (el 10,5 %) y de vacuna a 21 241 casos (el 39,7 %).

Rabia humana

El Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, en la semana epidemiológica 04 confirmó un caso de rabia humana procedente de la vereda Guesimal, municipio de Tena, departamento de Cundinamarca, mediante prueba positiva de inmunofluorescencia directa; en la semana epidemiológica 05, mediante estudio histopatológico, reportó encefalitis aguda Diencefalo Mesencefalo y Bulbar con numerosos cuerpos de Negri en neuronas de Purkinje del cerebelo y por prueba biológica positiva para variante atípica 1, procedente de murciélago hematófago; y en la semana 06 de 2017 por inmunohistoquímica para antígeno rábico fuertemente positiva con numerosos cuerpos de Negri en neuronas de Purkinje del cerebelo.

Rabia animal

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 12 casos probables de rabia animal, uno de esta semana y 11 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 11 casos. A la fecha, se han notificado 182 casos de rabia animal que se encuentran en estudio (gráfica 43).



La notificación corresponde a 164 perros (el 90,1 %) y 18 gatos (9,9 %). La entidad territorial que notificó la mayor proporción de casos fue Barranquilla con el 19,8 % de los casos (tabla 38).

Tabla 38
Casos de rabia animal notificados por entidad territorial,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Barranquilla	36	19,8
Antioquia	29	15,9
Cundinamarca	12	6,6
Santander	11	6,0
Sucre	11	6,0
Cesar	10	5,5
La Guajira	10	5,5
Risaralda	8	4,4
Córdoba	7	3,8
Cartagena	6	3,3
Chocó	5	2,7
Valle del Cauca	5	2,7
Bolívar	4	2,2
Magdalena	4	2,2
Meta	3	1,6
Atlántico	3	1,6
Bogotá	3	1,6
Boyacá	2	1,1
Guainía	2	1,1
Santa Marta	2	1,1
Tolima	2	1,1
Caquetá	2	1,1
Cauca	2	1,1
Nariño	1	0,5
Huila	1	0,5
Vichada	1	0,5
Total	182	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Los casos fueron notificados por 72 municipios de 23 departamentos y por cuatro distritos. El 41,2% de los casos probables de rabia animal registran antecedentes vacunales desconocidos; el 61,0% proceden de cabecera municipal y del 78,6% se desconoce el tipo de muerte (tabla 39).

Tabla 39
Comportamiento de los casos de rabia animal,
Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Antecedente Vacunal	Si	1	0,5
	No	45	24,7
	Desconocido	61	33,5
	Sin dato	75	41,2
Área de Procedencia	Cabecera municipal	111	61,0
	Rural disperso	37	20,3
	Centro poblado	23	12,6
	Sin dato	11	6,0
Tipo de Muerte	Espontánea	15	8,2
	Sacrificado	19	10,4
	Accidentado	5	2,7
	Desconocido	143	78,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

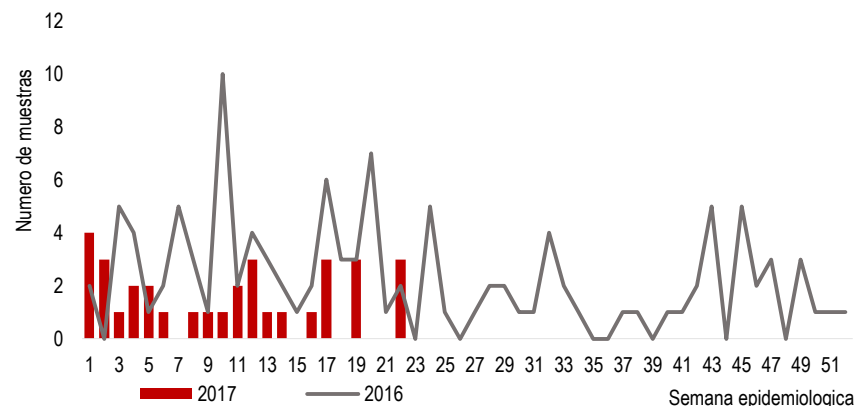
Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017 se han presentado cuatro casos de rabia canina, confirmados por el laboratorio de virología del INS, mediante técnica de inmunofluorescencia directa: tres del departamento del Magdalena, de los cuales dos proceden del municipio El Reten y uno del municipio de Fundación, los tres con prueba biológica positiva para Variante 1 (de perro) y otro caso de rabia canina del municipio de San Luis, departamento del Tolima, también confirmado por el laboratorio de virología del INS, por técnica de Inmunofluorescencia directa y prueba biológica positiva para Variante Atípica 1 (de murciélago Hematófago).

Vigilancia de la rabia por laboratorio

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificó al Sivigila el envío de tres muestras de tejido nervioso para vigilancia de la rabia por laboratorio; en la misma semana de 2016 se registraron dos muestras. A la fecha, se ha notificado el envío de 33 muestras de tejido nervioso para vigilancia y estudio de la rabia por laboratorio (gráfica 44).

Gráfica 44

Muestras de animales enviadas al INS para vigilancia de rabia por laboratorio notificadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017

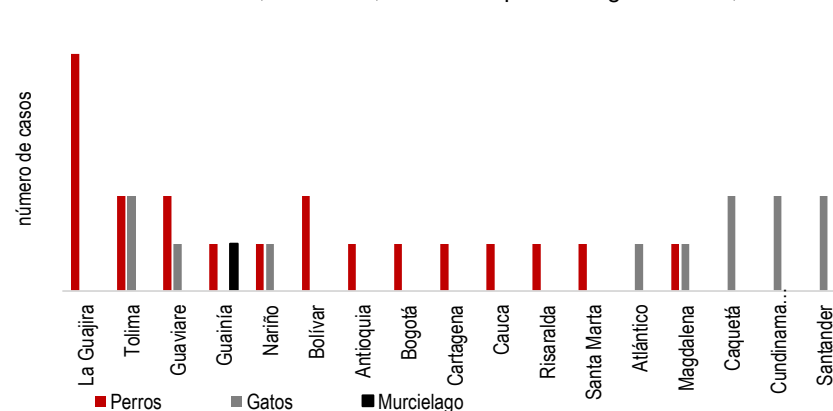


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Bolívar, Caquetá, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Nariño, Santander y Tolima han enviado el 78,8% de las muestras. Los tejidos nerviosos enviados, corresponden a 20 perros, 12 gatos y un quíróptero (gráfica 45).

Gráfica 45

Muestras de animales para vigilancia de la rabia por laboratorio notificadas por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Rabia silvestre

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, se ha recibido del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) la notificación de 56 focos de rabia de origen silvestre en animales de producción, que han ocasionado muertes en bovinos y equinos, con riesgo de infección rábica para otros animales y para humanos por contacto de saliva del animal rabioso con piel lesionada o mucosas de humanos expuestos (tabla 40).

Se realiza seguimiento a todos los focos registrados, identificando perros y gatos contactos o con signos de rabia y pacientes expuestos a animales potencialmente transmisores de rabia, para su adecuado manejo. Las entidades territoriales fueron asesoradas sobre investigación de campo, control de foco y perifoco y la atención integral de personas agredidas y expuestas al virus rábico.

Tabla 40

Focos de rabia silvestre notificados por Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Municipio de procedencia	Focos	Especie animal afectado
Antioquia	Caucasia	1	Bovino
Arauca	Saravena	1	Bovino
	Tame	1	Equino
Bolívar	Montecristo	1	Bovino
Caquetá	Valparaiso	1	Bovino
		1	Equino
	Hato-Corozal	1	Equino
	Paz de Ariporo	3	Bovino
Casanare		1	Bovino -Equina
		1	Equino
	Trinidad	1	Bovino
Cauca	Caldono	1	Bovino
	Silvia	1	Bovino
	Becerril	1	Bovino
Cesar	El Paso	1	Bovino
	Rio de Oro	1	Bovino
	Valledupar	1	Bovino
	Pijíño del Carmen	4	Bovino
		3	Equino
Magdalena	Plato	2	Equino
	Santa Ana	4	Bovino
		1	Equino
	Santa Bárbara de Pinto	1	Bovino
	Arboledas	1	Bovino
	Chitaga	2	Bovino
	Toledo-NS	1	Bovino -Equina
		4	Bovino
Norte de Santander		1	Equino
	Puerto Asís	3	Bovino
	Puerto Calcedo	2	Bovino
	Puerto Guzmán	1	Bovino
	San Miguel	1	Bovino
Putumayo		1	Equino
	San Onofre	1	Bovino
Sucre	Toluviejo	2	Bovino
Vichada	Cumaribo	1	Bovino
	La Primavera	1	Bovino
12 Entidades Territoriales	29		42 Bovinos
		56	12 Equinos
			2 Bovinos-Equinos

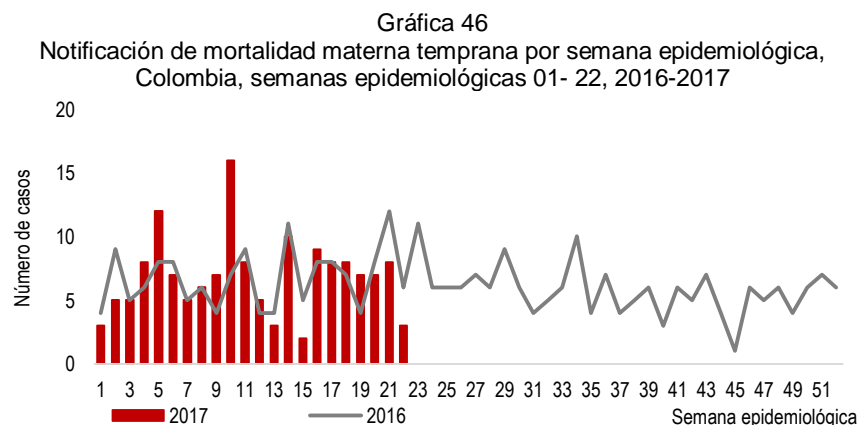
Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2016

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de enfermedades no transmisibles, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales. Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila nueve casos de muerte materna, cinco correspondientes a esta semana y cuatro notificados de forma tardía. De los casos notificados esta semana, cuatro corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), dos corresponden a mortalidad materna tardía (ocurrida desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y tres corresponden a mortalidad por lesiones de causa externa. En la misma semana de 2016 se notificaron seis casos de muerte materna temprana. A la fecha, han ingresado al Sivigila 208 casos confirmados de muerte materna, 152 corresponden a muertes maternas tempranas, 46 corresponden a muertes maternas tardías y 10 casos corresponden a muertes maternas producidas por lesiones de causa externa (gráfica 46).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por residencia, se han notificado muertes maternas tempranas en el 83,8 % (31/37) de las entidades territoriales; el mayor número de casos se ha notificado en Bogotá, La Guajira, Chocó, Antioquia, Nariño, Magdalena, Atlántico, Cesar, Córdoba, Tolima, Valle del Cauca, Cauca, Cundinamarca y Norte de Santander en donde se concentran el 74,3 % de los casos (tabla 41).

Tabla 41

Notificación de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	14	9,2
La Guajira	12	7,9
Chocó	11	7,2
Antioquia	10	6,6
Nariño	9	5,9
Magdalena	8	5,3
Atlántico	7	4,6
Cesar	7	4,6
Córdoba	7	4,6
Tolima	7	4,6
Valle del Cauca	6	3,9
Cauca	5	3,3
Cundinamarca	5	3,3
Norte de Santander	5	3,3
Bolívar	4	2,6
Huila	4	2,6
Santander	4	2,6
Boyacá	3	2,0
Meta	3	2,0
Risaralda	3	2,0
Barranquilla	2	1,3
Cartagena	2	1,3
Santa Marta	2	1,3
Sucre	2	1,3
Vichada	2	1,3
Amazonas	1	0,7
Arauca	1	0,7
Buenaventura	1	0,7
Caquetá	1	0,7
Casanare	1	0,7
Putumayo	1	0,7
Exterior	2	1,4
Colombia	152	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se han notificado muertes maternas tempranas en residentes de 98 municipios de 26 departamentos y los cinco distritos del país. El mayor número de casos se ha notificado en Bogotá con 14 casos, Quibdó (Chocó), Medellín (Antioquia) y Riohacha (La Guajira) con cinco casos, Cali (Valle del Cauca) con cuatro casos, Tumaco

(Nariño), Cúcuta (Norte de Santander), Pereira (Risaralda) y Magdalena (Zona Bananera) con tres casos cada uno.

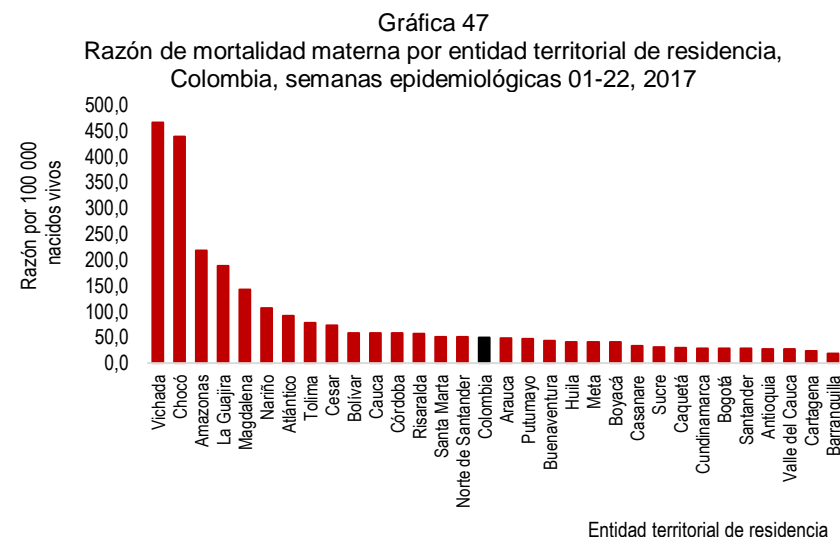
La mayor proporción de casos de mortalidad materna se ha notificado en residentes en el área urbana con 73 %; la razón de mortalidad materna más alta se registró en residentes en el área rural con 66,4 casos por 100 000 nacidos vivos. De acuerdo al régimen de afiliación, el mayor porcentaje de casos se ha notificado en el régimen subsidiado con 65,1 %; la razón de mortalidad materna más alta se registra en no afiliadas con 100,3 casos por 100 000 nacidos vivos. Por pertenencia étnica, el 74,3 % de los casos se registró en mujeres con pertenencia étnica “otros”; la mayor razón de mortalidad materna se registró en mujeres de pertenencia étnica indígena con 280,2 casos por 100 000 nacidos vivos. Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se notificó en el grupo de edad 20 a 24 años con 24,3 %; la mayor razón de mortalidad materna se registró en mujeres de 40 y más años con 133,1 casos por 100 000 nacidos vivos (tabla 42).

Tabla 42
Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Área de residencia	Urbano	111	73,0	44,6
	Rural	41	27,0	66,4
Tipo de régimen	Contributivo	45	29,6	32,3
	Subsidiado	99	65,1	63,3
	Excepción	0	0,0	Sin dato
	Especial	1	0,7	Sin dato
	No afiliado	7	4,6	100,3
Pertenencia étnica	Indígena	18	11,8	280,2
	ROM (gitano)	0	0,0	Sin dato
	Raizal	0	0,0	Sin dato
	Palenquero	0	0,0	Sin dato
	Afrocolombiana	21	13,8	145,3
	Otro	113	74,3	39,0
Grupos de edad	10 a 14 años	1	0,7	38,6
	15 a 19 años	23	15,1	37,2
	20 a 24 años	37	24,3	41,0
	25 a 29 años	26	17,1	35,8
	30 a 34 años	28	18,4	55,2
	35 a 39 años	28	18,4	106,8
	40 y más años	9	5,9	133,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.
DANE, Estadísticas Vitales, **cifras con corte a 30 de junio de 2016 (publicadas el 30 de octubre de 2016).**

La razón de mortalidad materna nacional preliminar es de 48,9 casos por 100 000 nacidos vivos, siendo superior en 15 entidades territoriales. Las razones más altas, con más de 100 casos por cada 100 000 nacidos vivos se registran en Vichada con 465,1, Chocó con 437,7, Amazonas con 217,4, La Guajira con 187,7, Magdalena con 142,0 y Nariño con 106,3 casos por cada 100 000 nacidos vivos (gráfica 47).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.
DANE, Estadísticas Vitales, **cifras con corte a 30 de junio de 2016 (publicadas el 30 de octubre de 2016).**

De acuerdo al tipo y causa agrupada de muerte materna, el 50,7 % de los casos corresponden a muertes maternas por causas directas debidas en mayor proporción a trastorno hipertensivo asociado al embarazo en un 21,1 % y hemorragia obstétrica en un 17,1 %; el 28,9 % corresponden a muertes maternas por causas indirectas, debidas en mayor proporción a sepsis no obstétrica en un 7,2 % y sepsis de origen pulmonar en un 5,9 %; el 20,4 % de los casos se encuentran en estudio (tabla 43).

Tabla 43
Mortalidad materna por tipo y causa principal agrupada,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

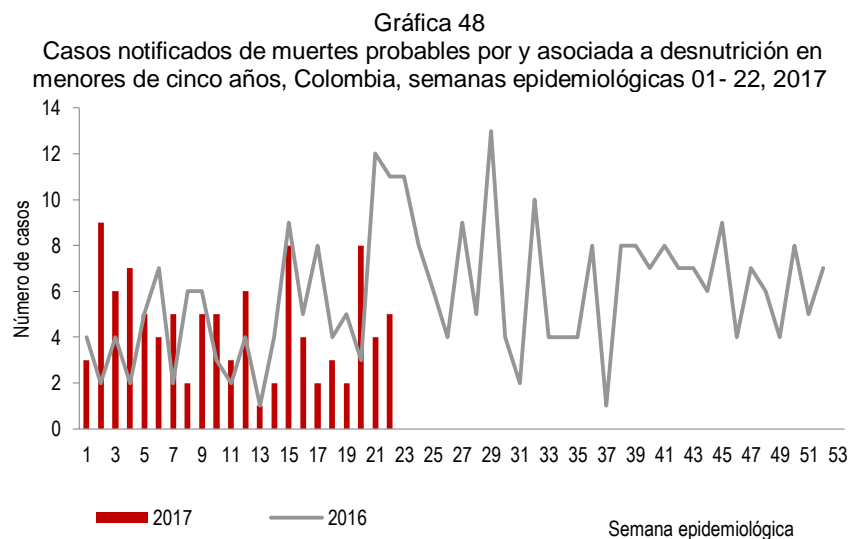
Tipo	Causa agrupada	Casos	%
Directa	Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	32	21,1
	Hemorragia obstétrica	26	17,1
	Sepsis obstétrica	11	7,2
	Embolia de líquido amniótico	5	3,3
	Complicaciones del aborto	3	2,0
Indirecta	Sepsis no obstétrica	11	7,2
	Sepsis de origen pulmonar	9	5,9
	Oncológica	6	3,9
	Otras causas indirectas	5	3,3
	Lupus eritematoso sistémico	4	2,6
	Evento tromboembólico	3	2,0
	Cardiovascular	2	1,3
	VIH / Sida	1	0,7
	Meningitis por N. meningitidis	1	0,7
	Malaria	1	0,7
	Varicela	1	0,7
En estudio		31	20,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

El INS, consolida y genera información epidemiológica con los casos notificados semanalmente al Sivigila, no maneja programas de seguridad alimentaria, es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales cumplir con las acciones de prevención y control de este evento.

En la semana epidemiológica 21 de 2017, se notifican al Sivigila nueve casos de muertes probables por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, cinco de esta semana y cuatro notificados de manera tardía; los casos corresponden a muertes por diferentes patologías que registran desnutrición como uno de los diagnósticos; esta semana se descartó uno por no cumplir con la definición de caso para el evento; en la misma semana de 2016 se notificaron 11 casos. A la fecha, se encuentran en estudio 99 casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición, para su clasificación final y para definir la causa de muerte (gráfica 48).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

En esta semana no ingresan muertes probables por desnutrición. A la fecha, quedan en estudio 16 muertes probables por desnutrición para su clasificación final y para definir la causa de muerte; por residencia, La Guajira, Chocó, Córdoba, Meta y Nariño han notificado el 74,9 % de estas muertes (tabla 44).

Tabla 44

Casos notificados de muertes probables por desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Guajira	3	18,7
Choco	3	18,7
Córdoba	2	12,5
Meta	2	12,5
Nariño	2	12,5
Antioquia	1	6,2
Atlántico	1	6,2
Bolívar	1	6,2
Boyacá	1	6,2
Colombia	16	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 50,0 % de los casos se registró en el sexo femenino y masculino; el 68,7 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, cuatro casos (el 25,0 %) eran indígenas, cuatro casos (el 25 %) eran afrocolombiano y ocho casos (50,0 %) pertenecían a otros grupos; el 50,0 % eran residentes en la cabecera municipal y rural disperso, el 81,2 % pertenecían al régimen subsidiado, el 18,7 % no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (tabla 45).

Tabla 45

Comportamiento demográfico y social de muertes notificadas como probables por desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	8	50,0
	Masculino	8	50,0
Grupos de edad	Menores de un año	11	68,7
	1 a 4 años	5	31,2
Pertenencia étnica	Indígena	4	25,0
	Afrocolombiano	4	25,0
	Otros	8	50,0
Área	Cabecera municipal	8	50,0
	Rural disperso	8	50,0
Tipo de régimen	No afiliado	3	18,7
	Subsidiado	13	81,2

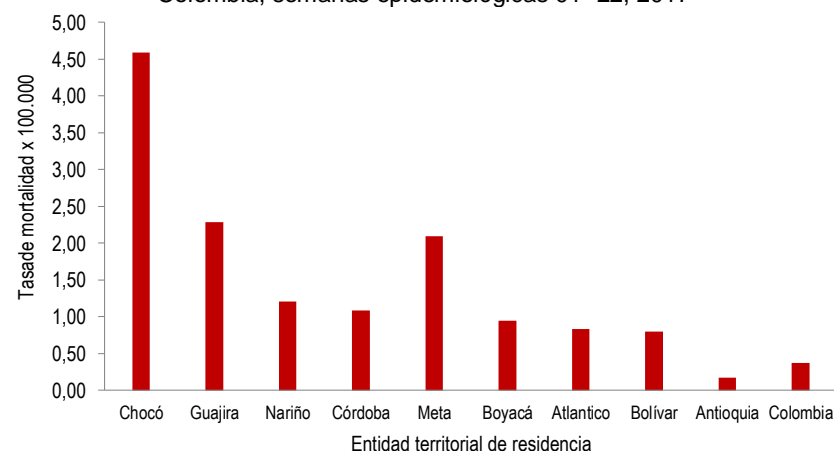
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En los menores de un año la mediana de peso al nacer fue de 2 250 gramos y la de talla de 47 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 6 300 gramos y de talla de 61cm; en el grupo de edad de uno a cuatro años la mediana de peso al momento de la muerte fue de 7 400 gramos y talla de 73 cm. El 20 % de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 80 % pertenecen al estrato socioeconómico uno.

La tasa de mortalidad por desnutrición nacional es de 0,3 muertes por 100 000 menores de cinco años; todas las entidades territoriales superan la tasa nacional, excepto Antioquia (gráfica 49).

Gráfica 49

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De acuerdo con lo establecido en los lineamientos de 2017, las entidades territoriales deben realizar las unidades de análisis a los casos notificados por este evento para la clasificación final del caso con un plazo máximo de cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

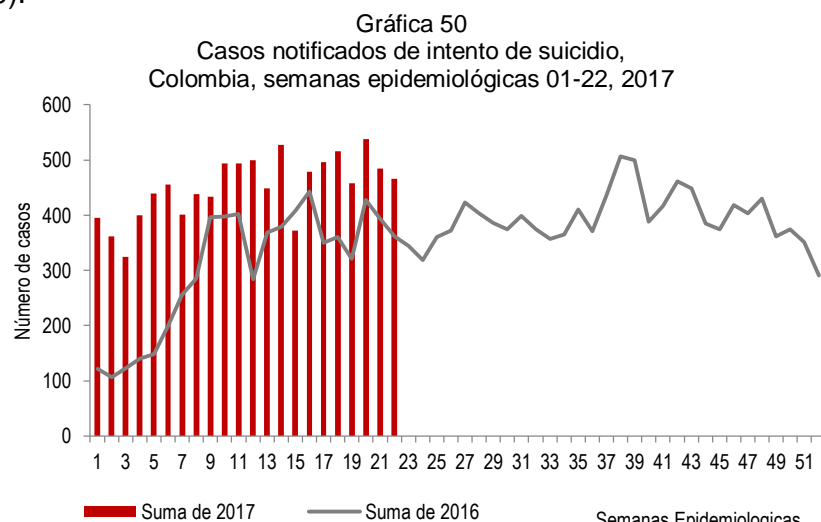
Salud Mental

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de salud mental, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Intento de suicidio

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 540 casos de esta semana; en la misma semana del 2016 se notificaron 362 casos confirmados de intento de suicidio. A la fecha, han ingresado al Sivigila 9 923 casos de intento de suicidio (gráfica 50).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016- 2017

Notificaron casos 799 municipios de 32 departamentos y cinco distritos. Por procedencia, Antioquia «Procedencia_1», Valle del Cauca, Bogotá, Cundinamarca y Nariño son las entidades con mayor número de casos y concentran el 46,8 % de los eventos notificados (gráfica 51).

Tabla 51
Casos notificados de intento de suicidio por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	1 913	19,3
Valle del Cauca	956	9,6
Bogotá	826	8,3
Cundinamarca	503	5,1
Nariño	444	4,5
Huila	415	4,2
Caldas	354	3,6
Santander	349	3,5
Cauca	320	3,2
Tolima	312	3,1
Norte de Santander	303	3,1
Boyacá	276	2,8
Risaralda	248	2,5
Atlántico	244	2,5
Córdoba	239	2,4
Meta	238	2,4
Barranquilla	234	2,4
Cesar	217	2,2
Quindío	191	1,9
Cartagena	188	1,9
Bolívar	164	1,7
Putumayo	135	1,4
Sucre	130	1,3
Caquetá	125	1,3
Magdalena	123	1,2
Santa Marta	101	1,0
Arauca	94	0,9
Casanare	87	0,9
La Guajira	73	0,7
Chocó	31	0,3
Buenaventura	24	0,2
Amazonas	19	0,2
Vaupés	16	0,2
Guaviare	12	0,1
Exterior	6	0,06
Guainía	6	0,06
Vichada	4	0,04
San Andrés	3	0,03
Total	9 923	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 62,2 % de los casos de intento de suicidio se registró en el sexo femenino; el 79,8 % proceden de las cabeceras municipales, el 29,5 % se registraron en el grupo de 15 a 19 años. Por pertenencia étnica, 208 casos (el 2,1 %) se notificó en indígenas, 355 casos (el 3,6 %) en afrocolombianos, 45 (el 0,5 %) en ROM (gitanos) y 12 casos (el 0,1 %) en raizales (tabla 46).

Tabla 46
Comportamiento demográfico y social de los casos de intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	6 173	62,2
	Masculino	3 750	37,8
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	7 930	79,9
	Centro Poblado	723	7,3
	Rural Disperso	1 270	12,8
Pertenencia Étnica	Indígena	208	2,1
	ROM (gitano)	45	0,5
	Raizal	12	0,1
	Palanquero	11	0,1
	Afrocolombiano	355	3,6
	Otros	9 292	93,6
Grupo de Edad	1 a 4	0	0
	5 a 9	24	0,2
	10 a 14	1 261	12,7
	15 a 19	2 926	29,5
	20 a 24	1 908	19,2
	25 a 29	1 219	12,3
	30 a 34	815	8,2
	35 a 39	556	5,6
	40 a 44	373	3,8
	45 a 49	274	2,8
	50 a 54	190	1,9
	55 a 59	149	1,5
	60 a 64	95	1,0
	65 y mas	133	1,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el 55,3 % de los casos de intento de suicidio notificados a Sivigila, se reportaron conflictos recientes con la pareja, otros factores comúnmente identificados fueron los síntomas depresivos, problemas económicos y pérdida de lazos afectivos (los pacientes pueden tener más de un factor relacionado) (tabla 47).

Tabla 47
Factores relacionados al intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Factores desencadenantes	Casos	%
Conflicto con pareja o expareja	4 057	55,3
Problemas Económicos	902	12,3
Problemas Jurídicos	648	8,8
Enfermedad Crónica dolorosa o discapacitante	485	6,6
Escolar/Educativa	404	5,5
Maltrato físico psicológico o sexual	402	5,5
Muerte de un familiar o amigo	211	2,9
Problemas laborales	158	2,2
Suicidio de un familiar o amigo	66	0,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los casos reportados a Sivigila por intento de suicidio, 3 085 casos (el 31,0 %) reportan intentos previos de suicidio. Se recibió notificación de 3 611 casos (el 36,4 %) con diagnósticos previos de enfermedad mental, siendo el más común el trastorno depresivo con el 41,1 % (los pacientes pueden tener más de un diagnóstico psiquiátrico) (tabla 48).

Tabla 48
Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	2 823	41,1
Otros trastornos psiquiátricos	2 045	29,8
Abuso de SPA	1 171	17,1
Trastornos bipolares	315	4,6
Otros trastornos afectivos	312	4,5
Esquizofrenia	197	2,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 66,6 %, seguido de las lesiones con elementos corto punzantes con el 19,8 %. En 261 de los casos notificados al Sivigila, se utilizó simultáneamente más de un método para el intento de suicidio. Entre los casos reportados como otro mecanismo, se registraron casos de inmolación, lanzamiento a cuerpos de agua, ingesta de elementos extraños y exposición a corriente eléctrica (tabla 49).

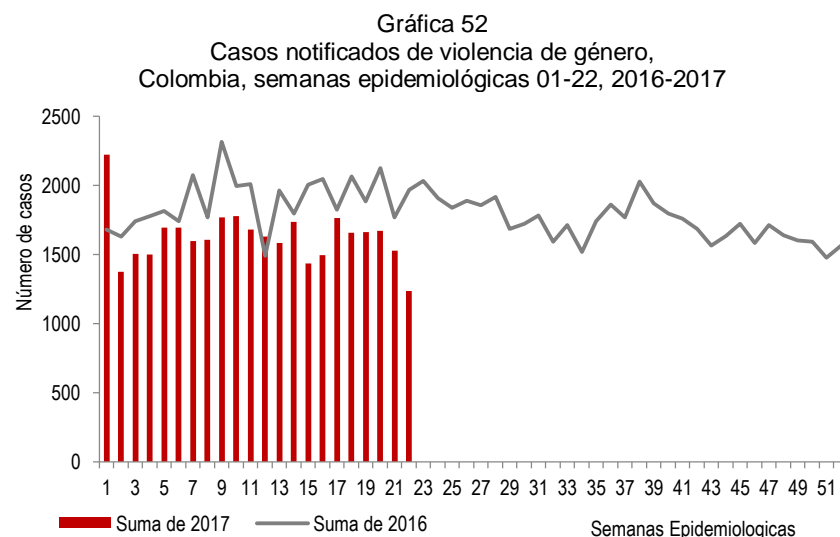
Tabla 49
Intentos de suicidio por método utilizado y sexo,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

	Femenino	Masculino	Total	%
Intoxicaciones	4 394	2 251	6 645	66,0
Arma Corto punzante	1 156	839	1 995	19,8
Ahorcamiento	187	366	553	5,5
Lanzamiento al vacío	133	131	264	2,6
Arma de fuego	146	96	242	2,4
Otro mecanismo	198	0	198	2,0
Lanzamiento a vehículo	54	43	97	1,0
Inmolación	16	16	32	0,3
Sin Dato	16	16	32	0,3
Lanzamiento a cuerpos de agua	8	7	15	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Violencia de género

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 2 036 casos sospechosos de violencia de género, 1 237 de esta semana y 799 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 1 971 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 35 858 casos sospechosos (gráfica 52).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017.

Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Cundinamarca y Santander han notificado el 45,7 % de los casos (tabla 50).

Tabla 50
Casos notificados de violencia de género por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	4 920	13,7
Valle del Cauca	4 173	11,6
Bogotá	2 477	6,9
Cundinamarca	2 455	6,8
Santander	2 386	6,7
Huila	2 049	5,7
Nariño	1 500	4,2
Norte de Santander	1 484	4,1
Boyacá	1 122	3,1
Cauca	1 029	2,9
Caldas	979	2,7
Cesar	967	2,7
Risaralda	962	2,7
Córdoba	901	2,5
Bolívar	797	2,2
Meta	751	2,1
Quindío	712	2,0
Atlántico	703	2,0
Tolima	683	1,9
Casanare	661	1,8
Sucre	613	1,7
Magdalena	588	1,6
La Guajira	458	1,3
Caquetá	412	1,1
Barranquilla	399	1,1
Cartagena	363	1,0
Arauca	260	0,7
Putumayo	259	0,7
Santa Marta	237	0,7
Chocó	99	0,3
Buenaventura	98	0,3
Amazonas	87	0,2
Exterior	73	0,2
Guaviare	63	0,2
Vichada	45	0,1
Guainía	37	0,1
San Andrés	29	0,1
Vaupés	27	0,1
Colombia	35 858	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Registraron casos de violencia de género 991 municipios de 32 departamentos y cinco distritos; Bogotá con el 6,9 %, Cali con el 6,0 %, Medellín con el 5,8 %, Neiva con el 2,4 % y Cúcuta con el 1,9 % notificaron el 22,9 % de los casos.

El 76,3 % de los casos de violencia se registró en el sexo femenino; el 57,2 % en el régimen subsidiado; el 14,6 % de los casos se registró en el grupo de 10 a 14 años. Por pertenencia étnica, 1 381 casos (el 3,9 %) fueron notificados en afrocolombianos, 886 (el 2,5 %) en indígenas y 139 (el 0,4 %) en ROM (gitano); el 77,2 % de los casos ocurrieron en área de cabecera municipal (tabla 51).

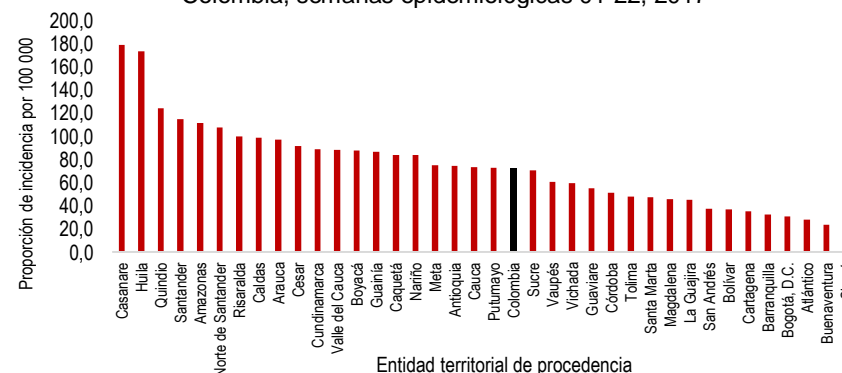
Tabla 51
Comportamiento demográfico y social de los casos de violencia de género,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	27 342	76,3
	Masculino	8 516	23,7
Tipo de régimen	Subsidiado	20 521	57,2
	Contributivo	11 678	32,6
	No afiliado	2 293	6,4
	Especial	586	1,6
	Indeterminado	385	1,1
	Excepción	395	1,1
Pertenencia étnica	Indígena	886	2,5
	ROM (gitano)	139	0,4
	Raizal	57	0,2
	Palanquero	27	0,1
	Afrocolombiano	1 381	3,9
	Otros	33 368	93,1
Grupos de edad	Menores de un año	1 348	3,8
	1 a 4 años	3 550	9,9
	5 a 9 años	3 058	8,5
	10 a 14 años	5 222	14,6
	15 a 19 años	4 154	11,6
	20 a 24 años	4 197	11,7
	25 a 29 años	3 814	10,6
	30 a 34 años	3 080	8,6
	35 a 39 años	2 390	6,7
	40 a 44 años	1 434	4,0
	45 a 49 años	1 077	3,0
	50 a 54 años	812	2,3
	55 a 59 años	492	1,4
	60 a 64 años	349	1,0
	65 y más años	881	2,5
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	27 685	77,2
	Centro poblado	3 118	8,7
	Rural disperso	5 055	14,1

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

La incidencia nacional de violencia de género es de 72,6 casos por 100 000 habitantes; Casanare, Huila, Quindío, Santander y Amazonas, registraron las mayores incidencias (gráfica 53).

Gráfica 53
Incidencia de violencia de género por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 1 104 casos sospechosos de violencia física; 732 de esta semana y 372 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 755 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 19 199 casos sospechosos de violencia física (tabla 52).

Tabla 52
Distribución de los tipos de violencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Tipo de violencia	Casos	%
Violencia física	19 199	53,5
Violencia psicológica	2 712	7,6
Negligencia y abandono	6 029	16,8
Abuso sexual	6 238	17,4
Acoso sexual	296	0,8
Violación	686	1,9
Explotación sexual en niños niñas y adolescentes	10	0,0
Trata de personas para explotación sexual	4	0,0
Violencia sexual en conflicto armado	9	0,0
Actos sexuales violentos	410	1,1
Otros actos sexuales	265	0,7
Total	35 858	100

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

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

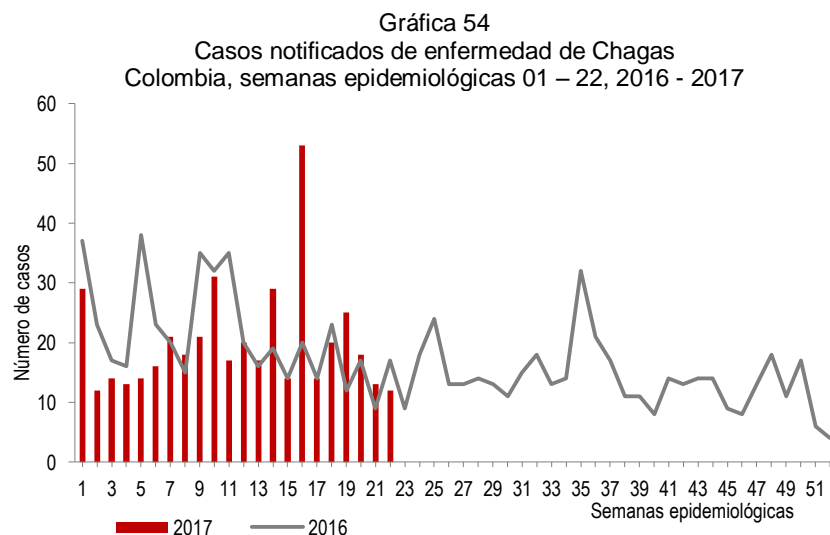
Enfermedades transmitidas por vectores

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de enfermedades transmitidas por vectores, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Chagas

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 12 casos de enfermedad de Chagas de esta semana; 27 de semanas anteriores se eliminaron por no cumplir con la definición de caso; en la misma semana de 2016 se notificaron 17 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 441 casos, 17 en fase aguda (cuatro probables, 13 confirmados) y 424 casos en fase crónica (323 probables y 101 confirmados) (gráfica 54).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

De los casos agudos, Cesar y Casanare han notificado la mayoría de los casos, esto debido al brote que se presentó en Valledupar en una sola familia de la cual todos los casos fueron hospitalizados, tratados y están vivos. En Casanare está en seguimiento una familia con dos casos confirmados como enfermedad de Chagas aguda en Paz de Ariporo de los cuales uno falleció y otro caso probable (tabla 53).

Tabla 53

Casos de enfermedad de Chagas en fase aguda notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2017

Entidad territorial procedencia	Probables	Confirmados	Total	%
CESAR	1	11	12	70,6
CASANARE	1	2	3	17,6
SUCRE	1	0	1	5,9
CORDOBA	1	0	1	5,9
Total	4	13	17	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Del total de casos notificados de enfermedad de Chagas en fase aguda, el 64,7 % de los casos se registró en el sexo masculino; el 52,9 %, se registró en el régimen subsidiado, el 76,5 % notificados como procedentes del área cabecera municipal; el 29,4 % corresponde a 65 y más años. Por pertenencia étnica el 100,0 otros (tabla 54).

Tabla 54

Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de enfermedad de Chagas en fase aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017

Variables	Categorías	Casos	%
Sexo	Masculino	11	64,7
	Femenino	6	35,3
Tipo de régimen	Subsidiado	9	52,9
	Contributivo	5	29,4
	Especial	2	11,8
	No asegurado	1	5,9
	Indeterminado	0	0
	Excepción	0	0
Pertenencia étnica	Otros	17	100,0
	Indígena	0	0,0
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	0	0
Área de procedencia	Cabecera municipal	13	76,5
	Rural disperso	3	17,6
	Centro poblado	1	5,9
Grupos de edad	Menores de un año	1	5,9
	1 a 4 años	1	5,9
	5 a 9 años	1	5,9
	10 a 14 años	0	0
	15 a 19 años	0	0
	20 a 24 años	2	11,8
	25 a 29 años	1	5,9
	30 a 34 años	0	0
	35 a 39 años	1	5,9
	40 a 44 años	1	5,9
	45 a 49 años	1	5,9
	50 a 54 años	0	0,0
	55 a 59 años	1	5,9
	60 a 64 años	2	11,8
	65 y más años	5	29,4

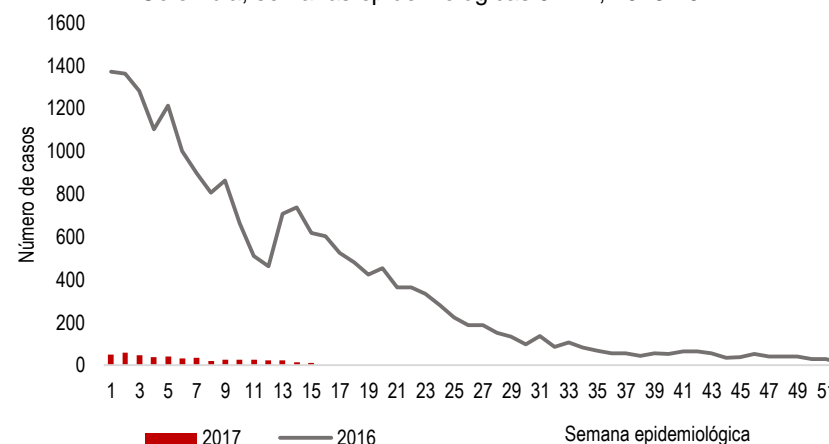
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, se ha confirmado una defunción por Chagas agudo y las dos en estudio se descartaron.

• Chikunguña

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 12 casos de chikunguña; nueve casos de esta semana y tres notificados de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron 362 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 606 casos de chikunguña, ocho casos (1,3 %) confirmados por laboratorio, 573 casos (94,6 %) confirmados por clínica y 25 casos (4,1 %) sospechosos (gráfica 55).

Gráfica 55
Casos notificados de chikunguña,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, Valle del Cauca, Tolima, Santander, Cundinamarca y Huila notificaron el 52,2 % de los casos (tabla 55).

Tabla 55

Casos notificados de chikunguña por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados por clínica	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total
Valle	119	1	0	120
Tolima	52	2	1	55
Santander	54	0	1	55
Cundinamarca	43	2	4	49
Huila	37	0	0	37
Antioquia	32	1	2	35
Meta	35	0	0	35
Putumayo	29	1	0	30
Risaralda	32	0	0	32
Guaviare	23	0	0	23
Casanare	16	0	0	16
Caquetá	9	1	1	11
Barranquilla	7	0	0	7
Quindío	11	0	0	11
Cesar	6	0	0	6
Sucre	8	0	0	8
Boyacá	3	0	5	8
Norte Santander	5	0	0	5
Caldas	5	0	0	5
Arauca	7	0	0	7
Santa Marta	4	0	0	4
Amazonas	4	0	1	5
Atlántico	5	0	0	5
Cauca	3	0	0	3
Bolívar	3	0	0	3
Cartagena	6	0	0	6
Córdoba	4	0	0	4
Nariño	4	0	0	4
Vaupés	0	0	1	1
Choco	0	0	1	1
Magdalena	2	0	0	2
Vichada	1	0	0	1
San Andrés	2	0	0	2
Buenaventura	1	0	0	1
Guainía	0	0	0	0
La Guajira	1	0	0	1
Bogotá	0	0	1	1
Exterior	0	0	7	7
Total	573	8	25	606

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Notificaron casos 146 municipios y cuatro distritos; el 25,2 % de los casos fue notificado por cuatro entidades territoriales; Cali con el 16,2 %; Dosquebradas con el 3,3 %; Bucaramanga con el 3,0 % y Villavicencio el 2,8 %.

El 56,8 % de los casos de chikunguña se registró en el sexo femenino; el 66,3 % pertenecen al régimen contributivo; el 14,2 % se notificó en el grupo de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, el 95,5 % se notificaron en el grupo otros; el 72,3 % de los casos proceden del área urbana (tabla 56).

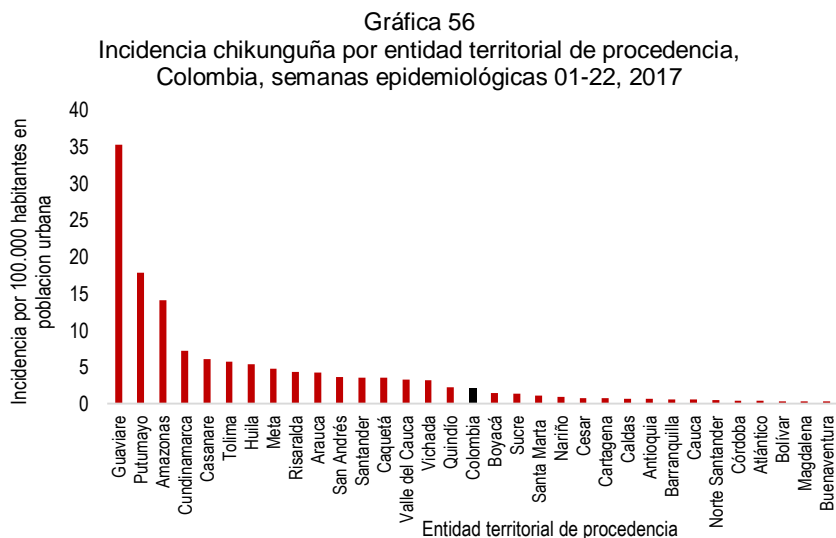
Tabla 56

Comportamiento demográfico y social de los casos de chikunguña, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	344	56,8
	Masculino	262	43,2
Tipo de régimen	Contributivo	402	66,3
	Especial	11	1,8
	No afiliado	17	2,8
	Indeterminado	1	0,2
	Excepción	5	0,8
	Subsidiado	170	28,1
Pertenencia étnica	Indígena	14	2,3
	ROM (gitano)	5	0,8
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	1	0,2
	Afrocolombiano	7	1,2
	Otros	579	95,5
Grupos de edad	Menores de un año	22	3,6
	1 a 4 años	19	3,1
	5 a 9 años	35	5,8
	10 a 14 años	37	6,1
	15 a 19 años	39	6,4
	20 a 24 años	72	11,9
	25 a 29 años	86	14,2
	30 a 34 años	64	10,6
	35 a 39 años	57	9,4
	40 a 44 años	44	7,3
	45 a 49 años	46	7,6
	50 a 54 años	26	4,3
	55 a 59 años	25	4,1
	60 a 64 años	13	2,1
Área de ocurrencia	65 y más años	21	3,5
	Cabecera municipal	438	72,3
	Centro poblado	81	13,4
	Rural disperso	87	14,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

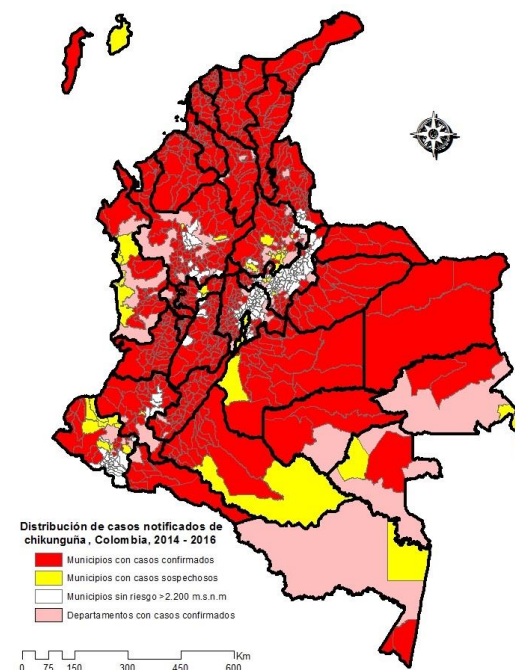
La incidencia nacional de chikunguña es de 2,19 caso por 100 000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Guaviare, Putumayo, Amazonas, Cundinamarca y Casanare (gráfica 56).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se ha confirmado la circulación virológica en 758 municipios y cuatro distritos del territorio nacional desde el inicio de la epidemia; a semana epidemiológica 22 de 2017, Valle del cauca es la entidad territorial con el mayor número casos confirmados por clínica (mapa 6).

Mapa 6
Distribución de casos de chikunguña, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2017

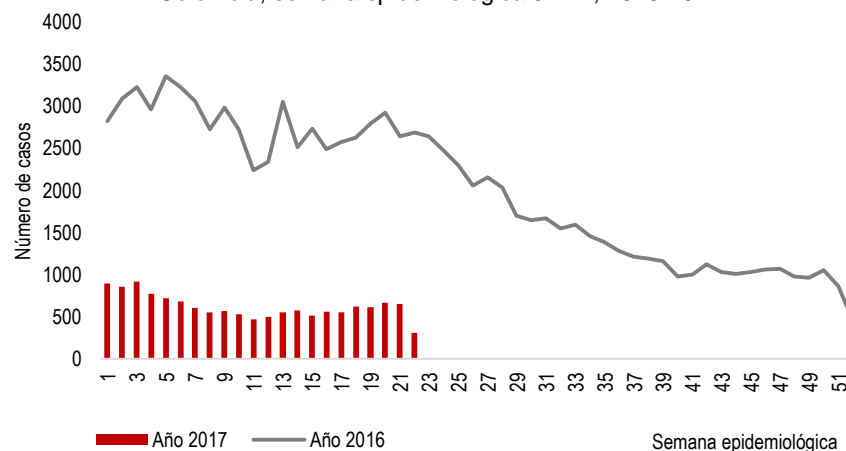
Recomendaciones en vigilancia

- Todo caso sospechoso de chikunguña debe ser notificado de forma individual bajo el código 217
- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920.
- Es importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios en un radio de 30 km a un municipio con casos confirmados por laboratorio.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikunguña deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto nacional de Salud.
- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, adultos mayores de 65 y más años y personas con comorbilidades, se deben enviar muestras para análisis de laboratorio aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.
- Todas las muertes probables por chikunguña deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.
- Una vez confirmadas o descartadas la muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

• Dengue

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 583 casos probables de dengue, 312 casos de esta semana y 271 notificados de manera tardía; en la misma semana epidemiológica 22 de 2016 se notificaron 2 684 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 13 687 casos; 8 119 casos (el 59,3 %) sin signos de alarma; 5 426 casos (el 39,7 %) con signos de alarma y 142 casos (el 1,0 %) de dengue grave (gráfica 57).

Gráfica 57
Casos probables de dengue notificados,
Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Santander, Huila, Norte de Santander, Meta, Cundinamarca y Boyacá notificaron el 77,9 % de los casos (tabla 57).

Tabla 57

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2017

Entidad Territorial	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Valle del Cauca	3 151	23,3	13	9,2	3 164	23,1
Antioquia	2 229	16,5	12	8,5	2 241	16,4
Tolima	1 438	10,6	23	16,2	1 461	10,7
Santander	967	7,1	8	5,6	975	7,1
Huila	769	5,7	18	12,8	787	5,7
Norte Santander	599	4,4	4	2,8	603	4,4
Meta	575	4,2	11	7,8	586	4,3
Cundinamarca	520	3,8	3	2,1	523	3,8
Boyacá	338	2,5	2	1,4	340	2,5
Quindío	328	2,4	1	0,7	329	2,4
Cesar	262	1,9	4	2,8	266	1,9
Sucre	241	1,8	2	1,4	243	1,8
Córdoba	207	1,5	1	0,7	208	1,5
Casanare	200	1,5	3	2,1	203	1,5
Putumayo	191	1,4	1	0,7	192	1,4
Bolívar	167	1,2	8	5,6	175	1,3
Risaralda	151	1,1	3	2,1	154	1,1
Atlántico	136	1,0	5	3,5	141	1,0
Barranquilla	116	0,9	1	0,7	117	0,9
Caquetá	111	0,8	1	0,7	112	0,8
Arauca	111	0,8	1	0,7	112	0,8
Caldas	102	0,8	1	0,7	103	0,8
Magdalena	76	0,6	1	0,7	77	0,6
Nariño	74	0,5	2	1,4	76	0,5
Guaviare	76	0,5	0	0,0	76	0,6
La Guajira	70	0,5	1	0,7	71	0,5
Buenaventura	56	0,4	4	2,8	60	0,4
Cauca	55	0,4	1	0,7	56	0,4
Choco	50	0,4	1	0,7	51	0,4
Cartagena	37	0,3	3	2,1	40	0,3
Exterior	33	0,2	1	0,7	34	0,2
Amazonas	34	0,3	0	0,0	34	0,2
Sta Marta D.E.	31	0,2	1	0,7	32	0,2
Vichada	22	0,2	1	0,7	23	0,2
San Andrés	14	0,1	0	0,0	14	0,1
Guainía	7	0,1	0	0,0	7	0,1
Vaupés	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Total	13 545	100	142	100	13 687	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Reportaron casos procedentes de 36 entidades territoriales, cuatro distritos y 675 municipios; Cali con el 17,0 %, Medellín con el 9,3 %, Neiva con el 2,2 %, Cúcuta con el 2,1 %, Ibagué con el 2,0 %, Villavicencio con el 1,9 %, Bucaramanga con el 1,6 %, Floridablanca con el 1,4 %, Armenia con el 1,3 %, Espinal con el 1,2 %, Palmira y Sincelejo con el 1,1 % cada uno, Girardot y Tuluá con el 1,0 % cada uno, registran el 44,1 % de los casos notificados como dengue; Neiva con el 10,6 %, Ibagué y Cali con el 4,9 %, Villavicencio y Buenaventura con el 2,8 % cada uno, Purificación, Galapa,

Cartagena, Espinal y Medellín con el 2,1 % cada uno, registran el 36,6 % de los casos notificados como dengue grave.

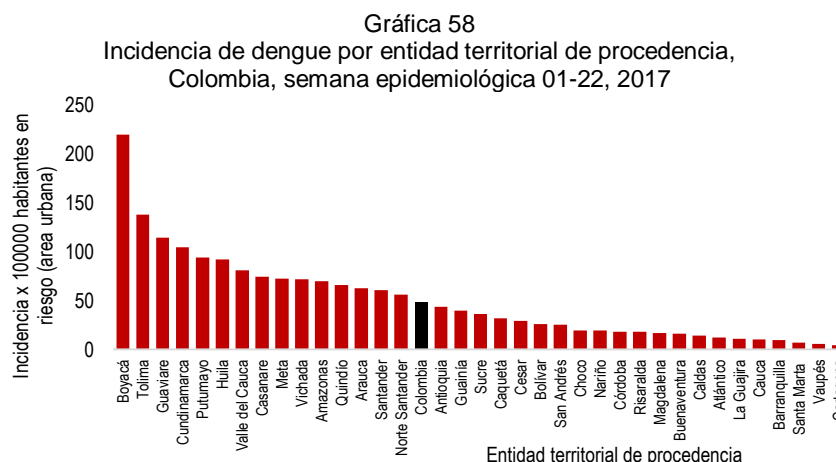
El 56,7 % de los casos de dengue se registró en el sexo masculino; el 49,5 % de los casos pertenecen al régimen contributivo y un 3,3 % refieren no afiliación; el 31,5 % de los casos de dengue y el 25,4 % de los casos notificados de dengue grave se registraron en menores de 15 años. Se han notificado 142 casos en población indígena (el 1,0 %) y 337 casos en afrocolombianos (el 2,5 %) (tabla 58).

Tabla 58
Comportamiento demográfico y social de los casos de dengue, Colombia, semana epidemiológica 01-22, 2017

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	5 860	43,3	68	47,9	5 928	43,3
	Masculino	7 685	56,7	74	52,1	7 759	56,7
Tipo de régimen	Contributivo	6 732	49,7	46	32,4	6 778	49,5
	Subsidiado	5 501	40,6	82	57,7	5 583	40,8
	Especial	409	3,0	3	2,1	412	3,0
	No afiliado	450	3,3	4	2,8	454	3,3
	excepcional	350	2,6	5	3,5	355	2,6
	Indeterminado	103	0,8	2	1,4	105	0,8
Pertenencia étnica	Otro	13 016	96,1	129	90,8	13 145	96,0
	Afrocolombianos	326	2,4	11	7,7	337	2,5
	Indígena	140	1,0	2	1,4	142	1,0
	ROM(gitano)	50	0,4	0	0,0	50	0,4
	Raizal	11	0,1	0	0,0	11	0,1
	Palenquero	2	0,0	0	0,0	2	0,1
Área de procedencia	Cabecera municipal	10 665	78,7	101	71,1	10 766	78,7
	Centro poblado	1 149	8,5	18	12,7	1 167	8,5
	Rural disperso	1 731	12,8	23	16,2	1 754	12,8
Grupos de edad	Menores de un año	500	3,7	6	4,2	506	3,7
	1 a 4 años	1 171	8,6	14	9,9	1 185	8,7
	5 a 9 años	1 338	9,9	9	6,3	1 347	9,8
	10 a 14 años	1 265	9,3	7	4,9	1 272	9,3
	15 a 19 años	1 352	10,0	11	7,7	1 363	10,0
	20 a 24 años	1 236	9,1	13	9,2	1 249	9,1
	25 a 29 años	1 099	8,1	7	4,9	1 106	8,1
	30 a 34 años	933	6,9	4	2,8	937	6,8
	35 a 39 años	823	6,1	5	3,5	828	6,0
	40 a 44 años	632	4,7	5	3,5	637	4,7
	45 a 49 años	597	4,4	10	7,0	607	4,4
	50 a 54 años	574	4,2	8	5,6	582	4,3
	55 a 59 años	566	4,2	13	9,2	579	4,2
	60 a 64 años	396	2,9	10	7,0	406	3,0
	65 y más años	1 063	7,9	20	14,1	1 083	7,9

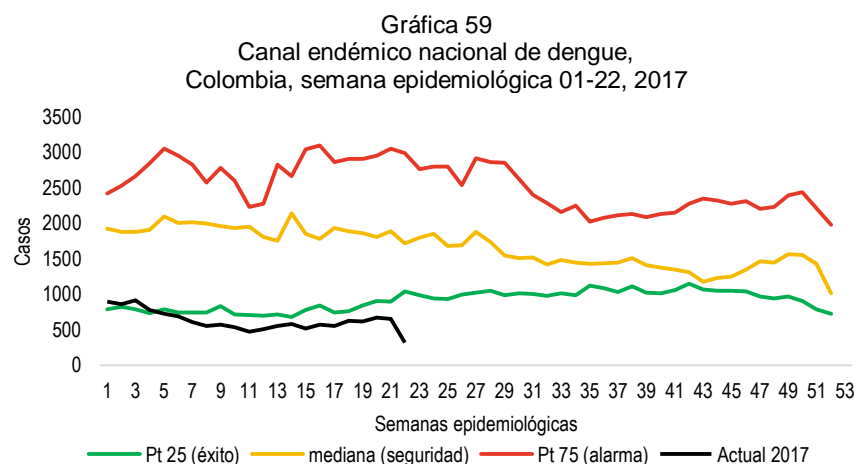
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de dengue es de 48,3 casos por 100 000 habitantes en riesgo (población de área urbana). Boyacá, Tolima, Guaviare, Cundinamarca, Putumayo, Huila, Valle del Cauca, Casanare, Meta, y Vichada registran las mayores incidencias (gráfica 58).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El canal endémico de dengue se ubicó en zona de seguridad en las semanas epidemiológicas 01 a 04, se ubicó en zona de éxito en la semana epidemiológica 05 a 22 (gráfica 59).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En relación con la situación epidemiológica por departamento de procedencia, ninguna entidad territorial se ubicó en situación de brote, cinco entidades territoriales en situación de alarma y 31 entidades territoriales en situación de éxito y seguridad (tabla 59).

Tabla 59
Comportamiento epidemiológico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 21-22, 2017

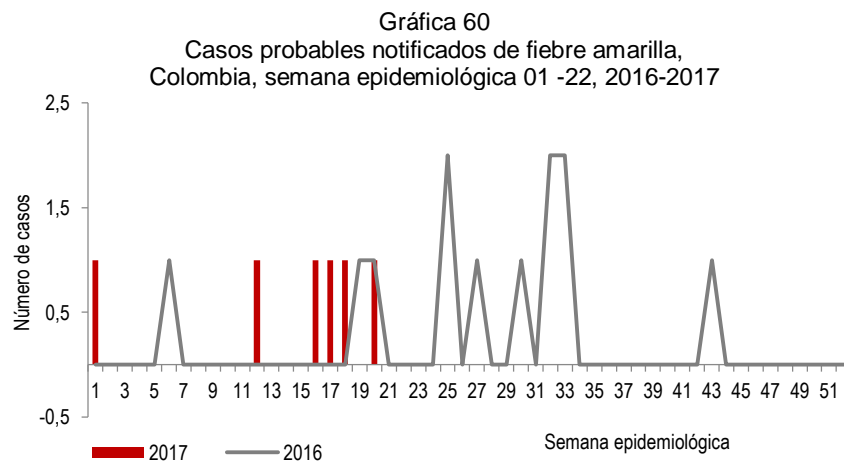
Entidades en situación de éxito y seguridad			Entidades en situación de alarma
Sucre	Arauca	Guainía	Antioquia
Meta	Guaviare	Bolívar	San Andres, Providencia y Santa Catalina
Cesar	Huila	Vichada	Amazonas
Casanare	Putumayo	Buenaventura	Boyacá
Norte Santander	La Guajira	Nariño	
Santander	Choco	Caldas	
Atlántico	Vaupés	Risaralda	
Tolima	Sta Marta D.E	Cartagena	
Caquetá	Magdalena	Barranquilla	
Cundinamarca	Quindío		
Cauca	Valle del Cauca		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional De Salud, Colombia, 2016

Hasta la semana epidemiológica 22 se han notificado 59 muertes por dengue, cinco muertes fueron descartadas por error de digitación, nueve por no cumplir con la definición de caso, 41 permanecen como probables y cuatro muertes fueron confirmadas en pacientes procedentes de Arauca (Arauca), Acacias (Meta), Ibagué y Purificación (Tolima) con un caso cada uno.

• Fiebre amarilla

En la semana epidemiológica 22 de 2017, no se notificaron casos probables; en la misma semana de 2016 no se notificaron casos. A la fecha, ha ingresado seis casos probables de fiebre amarilla (gráfica 60).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por entidades territoriales, notificaron casos probables de fiebre amarilla Meta, Bogotá (el caso es de Meta) y Vichada; de los seis casos notificados como probables en cinco se han realizado las investigaciones epidemiológicas de campo (está pendiente la unidad de análisis del caso de Vichada), se cuentan con resultados de laboratorio del instituto nacional de salud en cinco casos (uno de los casos de Vichada no le tomaron muestras, la investigación de campo no presentó epizootias o se encontraron caso probables) y las historias clínicas las han enviado los departamentos de todos los casos. El 50,0 % de los casos notificados de fiebre amarilla proceden de Meta (tabla 60).

Tabla 60
Casos notificados de fiebre amarilla por entidad territorial notificadora y de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 22, 2017

Entidad Territorial Notificadora	Entidad Territorial de procedencia	Probables	Confirmados	Total	%
Meta	Meta	3	0	3	50,0
Bogotá	Meta	1	0	1	16,7
Vichada	Vichada	1	0	1	16,7
Meta	Vichada	1	0	1	16,7
Total		6	0	6	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 100,0 % de los casos probables, se registró en el sexo masculino, por régimen el 50,0 % corresponden a no asegurados; el 50,0 % se registraron como procedentes del área rural dispersa, el 50,0 % de los casos se registró en los grupos de 5 a 9 años. Por pertenencia étnica, se notificaron dos casos en indígenas (tabla 61).

Tabla 61

Comportamiento demográfico y social de los casos probables de fiebre amarilla, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 22, 2017

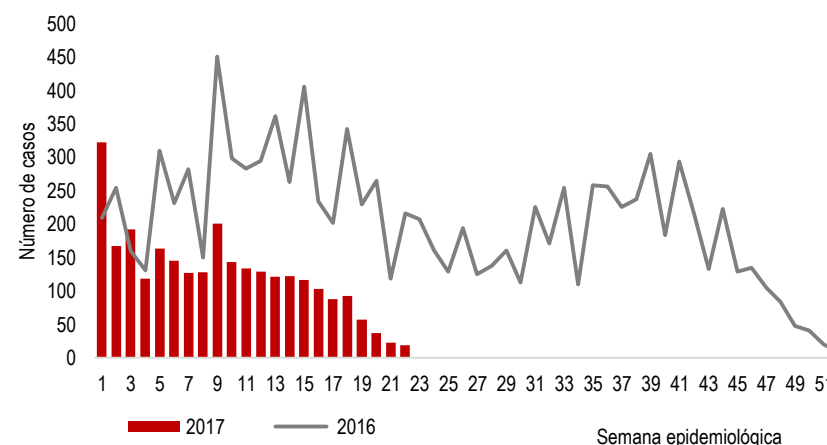
Variables	Categorías	Casos	%
Sexo	Masculino	3	100
	Femenino	0	0
Tipo de régimen	No asegurado	3	50,0
	Contributivo	2	33,3
	Subsidiado	1	16,7
	Especial	0	0
	Indeterminado	0	0
	Excepción	0	0
Pertenencia étnica	Otros	4	66,7
	Indígena	2	33,3
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	0	0
Área de procedencia	Rural disperso	3	50,0
	Cabecera municipal	3	50,0
	Centro poblado	0	0
Grupos de edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	0	0
	5 a 9 años	3	50,0
	10 a 14 años	0	0
	15 a 19 años	0	0
	20 a 24 años	2	33,3
	25 a 29 años	0	0
	30 a 34 años	0	0
	35 a 39 años	0	0
	40 a 44 años	0	0
	45 a 49 años	0	0
	50 a 54 años	1	16,7
	55 a 59 años	0	0
	60 a 64 años	0	0
	65 y más años	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Leishmaniasis

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron al Sivigila 171 casos de leishmaniasis, 22 casos de esta semana y 149 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificó tres casos de leishmaniasis visceral, dos casos de leishmaniasis mucosa y 216 casos de leishmaniasis cutánea. A la fecha, han ingresado al Sivigila 2 970 casos de leishmaniasis, 31 de leishmaniasis mucosa, 31 de leishmaniasis visceral (16 confirmados y 15 probables) y 2 908 confirmados de leishmaniasis cutánea (gráfica 61).

Gráfica 61
Casos notificados de leishmaniasis cutánea,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

A la semana epidemiológica 22 no se han confirmado casos, está pendiente la unidad de análisis de uno de los casos de Cumaribo (Vichada) y los resultados de laboratorio definitivos de otro caso de Puerto Gaitán (Meta).

Por procedencia, Antioquia, Santander, Tolima, Nariño, y Norte de Santander han notificado el 57,4 % de los casos de leishmaniasis (tabla 62).

Tabla 62
Casos notificados de leishmaniasis por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial	Cutánea	%	Mucosa	%	Visceral	%	Total	%
Antioquia	539	18,5	3	9,7	0	0	542	18,2
Santander	379	13,0	2	6,5	0	0	381	12,8
Tolima	317	10,9	2	6	0	0	319	10,7
Nariño	256	8,8	1	3	0	0	257	8,7
Norte de Santander	203	7,0	4	12,9	0	0	207	7,0
Guaviare	132	4,5	2	6,5	0	0	134	4,5
Meta	116	4,0	7	22,6	0	0	123	4,1
Risaralda	101	3,5	0	0	0	0	101	3,4
Cundinamarca	96	3,3	3	9,7	0	0	99	3,3
Bolívar	85	2,9	0	0	10	32,3	95	3,2
Chocó	87	3,0	1	3,2	2	6	90	3,0
Boyacá	88	3,0	1	3	0	0	89	3,0
Caquetá	83	2,9	1	3,2	0	0	84	2,8
Caldas	82	2,8	1	3	0	0	83	2,8
Córdoba	59	2,0	0	0	7	22,6	66	2,2
Putumayo	52	1,8	1	3	0	0	53	1,8
Cauca	45	1,5	0	0	0	0	45	1,5
Huila	34	1,2	1	3	7	22,6	42	1,4
La Guajira	38	1,3	0	0	0	0	38	1,3
Valle del Cauca	19	0,7	0	0	0	0	19	0,6
Sucre	12	0,4	0	0	3	9,7	15	0,5
Guainía	13	0,4	0	0	0	0	13	0,4
Exterior	13	0,4	0	0	0	0	13	0,4
Cesar	12	0,4	0	0	0	0	12	0,4
Vichada	9	0,3	0	0	0	0	9	0,3
Amazonas	8	0,3	1	3	0	0	9	0,3
Buenaventura	8	0,3	0	0	0	0	8	0,3
Desconocido	5	0,2	0	0	1	3,2	6	0,2
Vaupés	6	0,2	0	0	0	0	6	0,2
Casanare	5	0,2	0	0	0	0	5	0,2
Santa Marta	3	0,1	0	0	0	0	3	0,1
Arauca	2	0,1	0	0	0	0	2	0,1
Magdalena	1	0	0	0	1	3	2	0
Total	2 908	100	31	100	31	100	2 970	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se registraron casos en 31 entidades territoriales y 345 municipios, siendo Tumaco (Nariño) con el 6,2 %, Rovira (Tolima) con el 3,5 %, Carmen de Chucuri (Santander) con el 3,1 %, Pueblo Rico (Risaralda) con el 2,7 %, San José del Guaviare (Guaviare) con el 2,6 %, Segovia (Antioquia) con el 2,1 %, Valdivia (Antioquia) con el 1,9 %, Samaná (Caldas) con el 1,7 %, Chaparral (Tolima) con el 1,7 % y Tibú (Norte de Santander) con el 1,6 %, los municipios que agrupan el 27,0 % de los casos notificados.

Para leishmaniasis cutánea el 71,3 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 65,7 % pertenece al régimen subsidiado, el 17,8 % al régimen excepción y el 6,5 % de los casos pertenecen al régimen no afiliado; el 40,5 % de los casos se registraron en pacientes entre 15 y 29 años. El 7,2 % de los casos se han notificado en afrocolombianos y el 6,3 % en etnia indígena. Para leishmaniasis visceral el 64,5 % de los casos se registraron en el sexo masculino, el 80,6 % en menores de nueve años, 90,3 % refieren afiliación al régimen subsidiado y 3,2 % al régimen excepción (tabla 63).

Tabla 63
Comportamiento demográfico y social de los casos de leishmaniasis,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

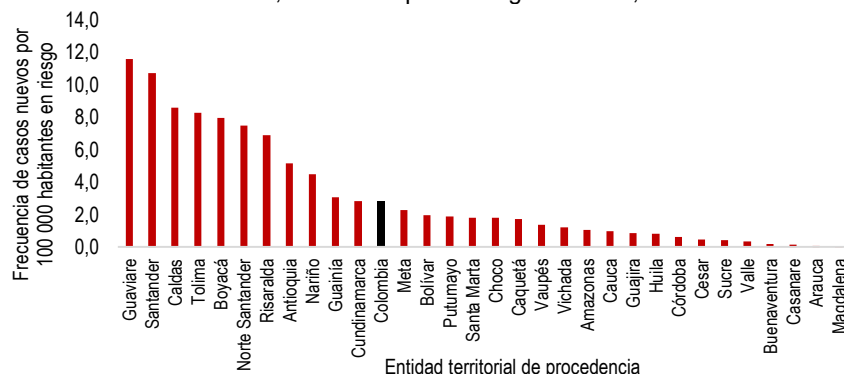
Variable	Categoría	Cutánea	%	Mucosa	%	Visceral	%
Sexo	Masculino	2 073	71,3	23	74,2	20	64,5
	Femenino	835	28,7	8	25,8	11	35,5
Tipo de régimen	Subsidiado	1 911	65,7	22	71,0	28	90,3
	Excepción	517	17,8	5	16,1	1	3,2
	Contributivo	243	8,4	2	6,5	1	3,2
	No afiliado	189	6,5	1	3,2	0	0
	Indeterminado	29	1,0	0	0	1	3,2
	Especial	19	0,7	1	3,2	0	0
Pertenencia étnica	Otros	2 501	86,0	28	90,3	26	83,9
	Afrocolombiano	209	7,2	1	3,2	2	6,5
	Indígena	183	6,3	2	6,5	3	9,7
	ROM (gitano)	6	0,2	0	0	0	0
	Raizal	5	0,2	0	0	0	0
	Palenquero	4	0,1	0	0	0	0
Grupos de edad	Menores de un año	9	0,3	1	3,2	3	9,7
	1 a 4 años	151	5,2	0	0	20	64,5
	5 a 9 años	230	7,9	0	0	2	6,5
	10 a 14 años	258	8,9	0	0	2	6,5
	15 a 19 años	375	12,9	1	3,2	1	3,2
	20 a 24 años	468	16,1	3	9,7	1	3,2
	25 a 29 años	335	11,5	2	6,5	0	0
	30 a 34 años	218	7,5	5	16,1	2	6,5
	35 a 39 años	190	6,5	1	3,2	0	0
	40 a 44 años	146	5,0	6	19,4	0	0
	45 a 49 años	135	4,6	2	6,5	0	0
	50 a 54 años	107	3,7	2	6,5	0	0
	55 a 59 años	97	3,3	3	9,7	0	0
	60 a 64 años	60	2,1	1	3,2	0	0
	65 y más años	129	4,4	4	12,9	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis cutánea en Colombia a semana epidemiológica 22 de 2017 es de 27,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Las entidades

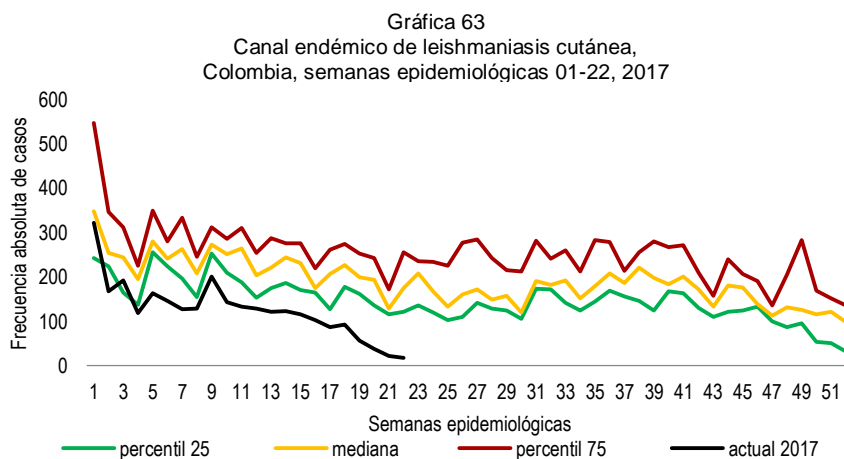
territoriales con mayor incidencia son Guaviare y Santander con 115,6 y 107,0 casos por 100 000 habitantes respectivamente, (gráfica 62).

Gráfica 62
Leishmaniasis cutánea notificada por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado en zona de seguridad en las semanas epidemiológicas 1 y 3, y en zona de éxito el resto de semanas de 2017 (gráfica 63).

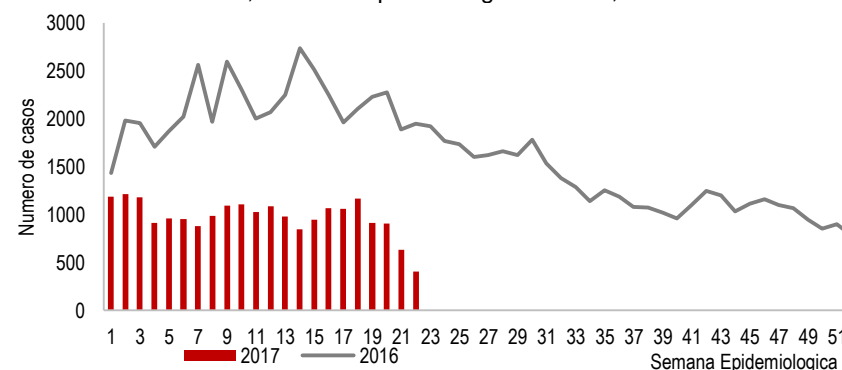


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Malaria

En la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron 1 035 casos, 407 de esta semana y 628 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 1 949 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 21 514 casos de malaria, 21 058 casos de malaria no complicada y 446 casos de malaria complicada (gráfica 64).

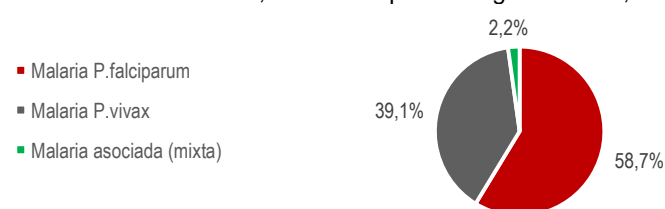
Gráfica 64
Casos notificados de malaria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por especies parasitarias circulantes en el país, hay predominio de infección por *P. falciparum* con 12 444 casos (el 59,1 %), seguido por *P. vivax* con 8 169 casos (el 38,8 %) y 445 casos (el 2,1 %) corresponden a infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (gráfica 65).

Gráfica 65
Casos notificados de malaria por especie parasitaria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Malaria no complicada

Por procedencia Chocó, Nariño, Antioquia, Córdoba, Guainía, Amazonas, Cauca y Vichada registraron el 92,0 % de los casos de malaria no complicada; Choco registra el 30,4 % de todos los casos. Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, no han notificado casos de malaria no complicada procedentes de estos territorios hasta la semana epidemiológica 22 (tabla 64).

Tabla 64

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia,
Colombia semanas epidemiológicas 01 -22, 2017

Entidad territorial	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. malariae	Malaria P. vivax	Casos	%
Chocó	261	3 881	0	2 256	6 398	30,4
Nariño	10	5 897	0	159	6 066	28,8
Antioquia	20	383	0	1 357	1 760	8,4
Córdoba	17	428	0	1 186	1 631	7,7
Guainía	29	331	0	1 106	1 466	7,0
Amazonas	33	149	0	556	738	3,5
Cauca	4	693	0	26	723	3,4
Vichada	32	187	0	374	593	2,8
Guaviare	5	41	0	302	348	1,7
Buenaventura	0	225	0	74	299	1,4
Bolívar	5	43	0	237	285	1,4
Valle del Cauca	1	53	0	59	113	0,5
Vaupés	0	5	0	78	83	0,4
Risaralda	0	5	0	56	61	0,3
Meta	0	9	0	38	47	0,2
La Guajira	0	1	0	34	35	0,2
Sucre	0	3	0	16	19	0,1
Putumayo	0	7	0	10	17	0,1
Caquetá	0	4	0	11	15	0,07
Norte de Santander	0	1	0	11	12	0,06
Caldas	0	2	0	10	12	0,06
Santander	0	1	0	8	9	0,04
Atlántico	0	1	0	4	5	0,02
Casanare	0	2	0	2	4	0,02
Arauca	0	2	0	2	4	0,02
Magdalena	0	1	0	2	3	0,01
Cesar	1	1	0	1	3	0,01
Quindío	2	0	0	1	3	0,01
Cartagena	0	1	0	2	3	0,01
Barranquilla	0	1	0	2	3	0,01
Desconocido	1	5	0	6	12	0,1
Exterior	24	81	0	183	288	1,26
Total	445	12 444	0	8 169	21 058	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por procedencia, notificaron casos de 262 municipios y tres distritos (Buenaventura, Cartagena y Barranquilla); Quibdó, Inírida, San Andrés de Tumaco, Roberto Payán y Tierralta aportaron el 37,1 % de la notificación (tabla 65).

Tabla 65

Casos notificados de malaria no complicada por municipio de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017

Departamento de procedencia	Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. malariae	Malaria P. vivax	Casos	%
Chocó	Quibdó	132	1 651	0	724	2 507	11,9
Guainía	Inírida	28	323	0	1 050	1 401	6,7
Nariño	San Andrés de Tumaco	3	1 334	0	54	1 391	6,6
Nariño	Roberto Payán	0	1 366	0	8	1 374	6,5
Córdoba	Tierralta	14	376	0	737	1 127	5,4
Nariño	Olaya Herrera	0	1 046	0	4	1 050	5
Nariño	Barbacoas	3	771	0	46	820	3,9
Nariño	Magüi	0	525	0	11	536	2,5
Nariño	El Charco	1	494	0	17	512	2,4
Chocó	Tadó	12	323	0	151	486	2,3
Otros Municipios		252	4 235	0	5 367	9 854	46,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 58,4 % de los casos de malaria no complicada se registró en el sexo masculino; el 13,4 % de los casos se registraron en el grupo de edad de 15 a 19 años, Por pertenencia étnica se notificaron 11 461 (54,4 %) en afrocolombianos y 4 381 (el 20,8%) en indígenas; por procedencia el 44,7 % de los casos se registraron en el área rural dispersa y el 69,4 % pertenecen al régimen subsidiado (tabla 66).

Tabla 66

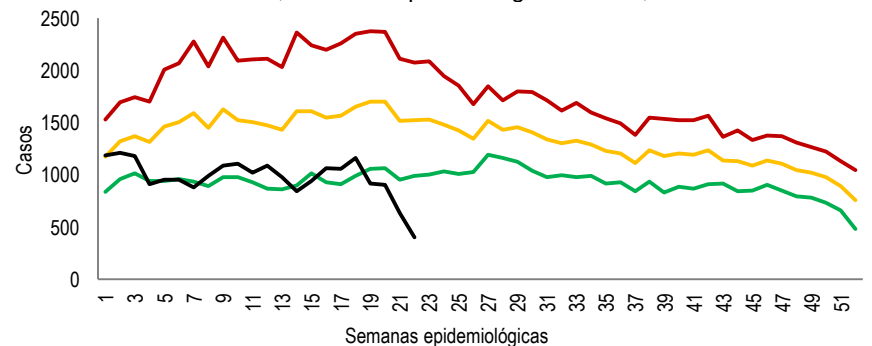
Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria no complicada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	8 750	41,6
	Masculino	12 308	58,4
Grupos de edad	Menores de un año	152	0,7
	1 a 4 años	1 321	6,3
	5 a 9 años	2 231	10,6
	10 a 14 años	2 606	12,4
	15 a 19 años	2 824	13,4
	20 a 24 años	2 659	12,6
	25 a 29 años	2 173	10,3
	30 a 34 años	1 752	8,3
	35 a 39 años	1 307	6,2
	40 a 44 años	996	4,7
	45 a 49 años	881	4,2
	50 a 54 años	721	3,4
	55 a 59 años	577	2,7
	60 a 64 años	374	1,8
	65 y más años	484	2,4
Pertenencia étnica	Indígena	4 381	20,8
	ROM (gitano)	48	0,2
	Raizal	32	0,2
	Palanquero	21	0,1
	Afrocolombiano	11 461	54,4
	Otros	5 115	24,3
Área de procedencia	Cabecera municipal	6 045	28,7
	Centro Poblado	5 610	26,6
	Rural disperso	9 403	44,7
Tipo de régimen	Contributivo	1 181	5,6
	Especial	505	2,4
	Sin afiliación	3 997	19,0
	Excepción	307	1,5
	Subsidiado	14 616	69,4
	Indeterminado	452	2,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El canal endémico de malaria no complicada ha estado en situación de alarma una semana, en éxito en nueve semanas y en seguridad 12 semanas de 2017 (gráfica 66).

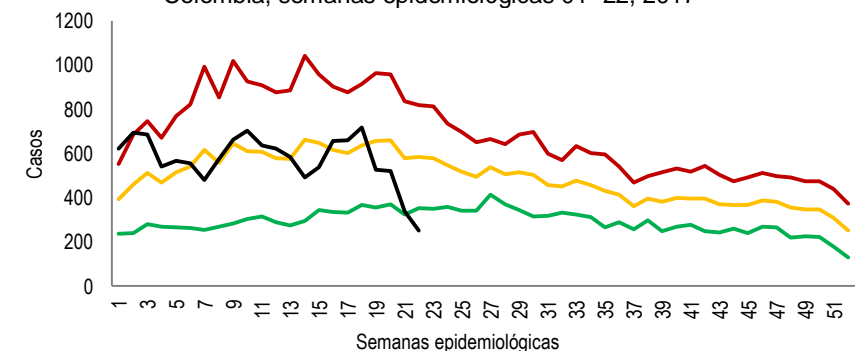
Gráfica 66
Canal endémico de malaria no complicada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

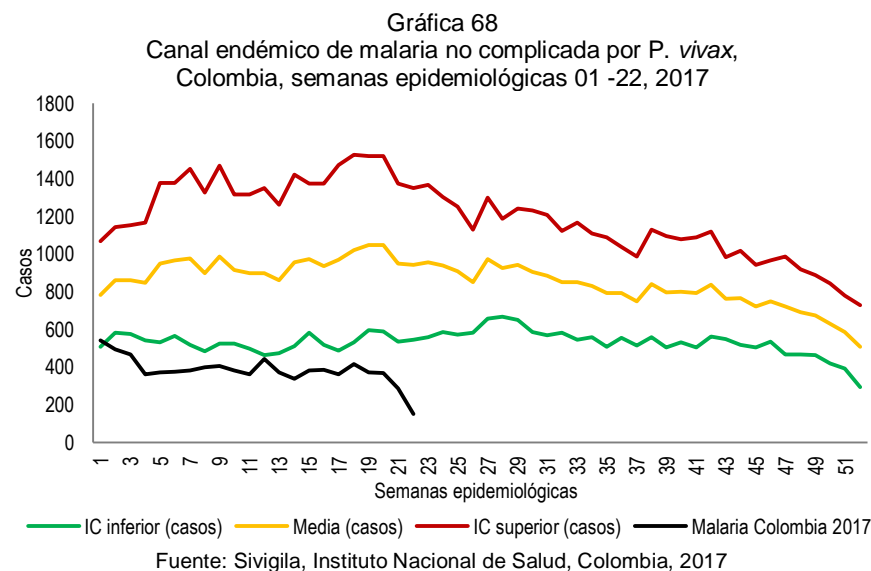
El canal endémico de malaria por *P. falciparum* ha estado en situación de brote dos semanas, en alarma 13 semanas, en seguridad seis semanas y en éxito una semana de 2017 (gráfica 67).

Gráfica 67
Canal endémico de malaria no complicada por *P. falciparum*, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El canal endémico de malaria por *P. vivax* ha estado en situación de éxito en 21 semanas y seguridad una semana de 2017 (gráfica 68).



El riesgo epidemiológico de malaria hasta la semana epidemiológica 22 de 2017 fue de 1,99 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (población del área rural), con predominio de infección por *P. falciparum* con un IFA de 1,17 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (tabla 67).

Tabla 67
Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017

Municipio	Departamento	IPA	IVA	IFA
Inírida	Guainía	70,3	52,7	16,2
La Pedrera	Amazonas	60,5	46,2	12,1
Roberto Payán	Nariño	59,0	0,3	58,7
Tarapacá	Amazonas	47,0	41,6	5,2
Lloró	Chocó	39,2	19,9	17,5
Vigía del Fuerte	Antioquia	36,6	15,5	20,9
Río Quito	Chocó	35,3	3,8	30,9
Olaya Herrera	Nariño	33,2	0,1	33,1
Tadó	Chocó	26,0	8,2	17,1
Taraira	Vaupés	23,8	18,6	5,2
Magüi	Nariño	23,2	0,5	22,7
Nóvita	Chocó	22,9	11,1	11,8
Quibdó	Chocó	22,7	6,7	14,7
Timbiquí	Cauca	21,8	0,6	21,1
Barbacoas	Nariño	21,5	1,2	20,2
Remedios	Antioquia	21,3	18,0	3,0
Medio San Juan	Chocó	20,4	5,0	14,4
Yavaraté	Vaupés	19,4	19,4	0,0

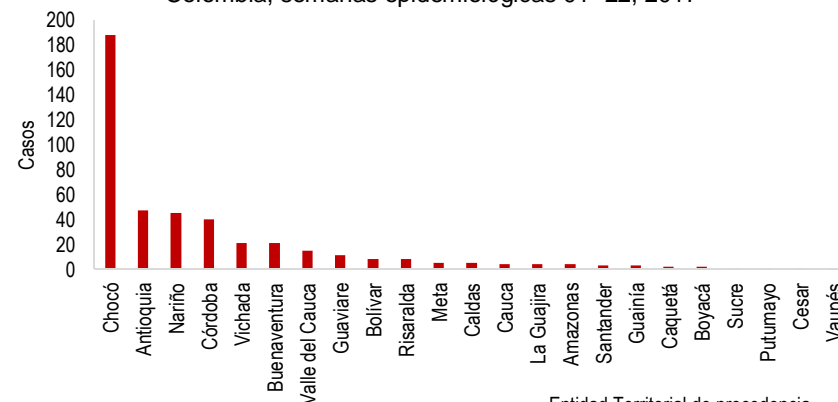
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

IPA: Número de casos/población a riesgo (área rural)* 1 000

Malaria Complicada

Se notificaron 436 casos de malaria complicada procedentes de 23 entidades territoriales y 10 casos del total son procedentes del exterior (gráfica 69).

Gráfica 69
Casos notificados de malaria complicada por departamento de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

El 58,6 % de los casos de malaria complicada se registró en el sexo masculino; el 13,6 % de los casos se registró en el grupo de edad de 15 a 19 años; por pertenencia étnica, 216 casos (el 47,3 %) se notificaron en otros grupos poblacionales, 81 casos (el 17,8 %) se notificaron en indígenas y 156 casos (el 34,2 %) se notificaron en afrocolombianos; por procedencia, el 52,4 % de los casos se registró en las cabecera municipal y el 65,4 % pertenecen al régimen subsidiado (tabla 68).

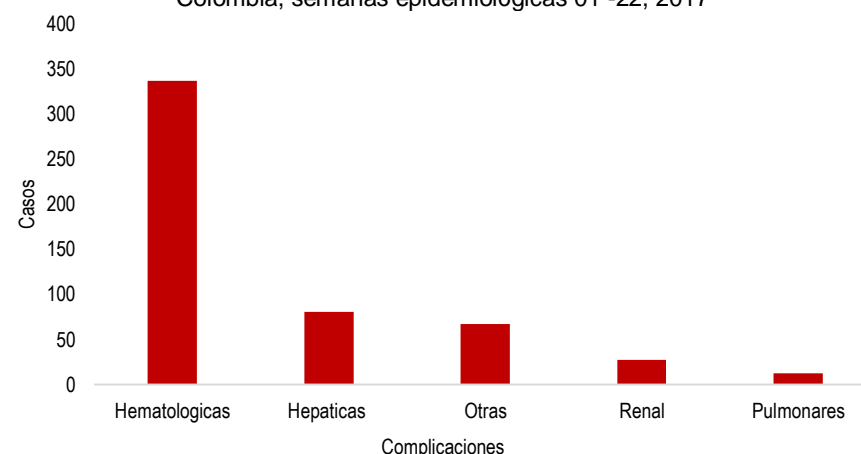
Tabla 68
Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria complicada,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	189	41,4
	Masculino	267	58,6
Grupos de edad	Menores de un año	15	3,3
	1 a 4 años	46	10,1
	5 a 9 años	29	6,4
	10 a 14 años	26	5,7
	15 a 19 años	62	13,6
	20 a 24 años	59	12,9
	25 a 29 años	34	7,5
	30 a 34 años	32	7,0
	35 a 39 años	33	7,2
	40 a 44 años	30	6,6
	45 a 49 años	24	5,3
	50 a 54 años	24	5,3
	55 a 59 años	17	3,7
	60 a 64 años	6	1,3
	65 y más años	19	4,1
Pertenencia étnica	Indígena	81	17,8
	ROM (gitano)	3	0,7
	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Afrocolombiano	156	34,2
	Otros	216	47,3
Área de procedencia	Cabecera municipal	239	52,4
	Centro Poblado	61	13,4
	Rural disperso	156	34,2
Régimen de afiliación	Contributivo	61	13,4
	Especial	32	7,0
	Sin afiliación	40	8,8
	Excepción	23	5,0
	Subsidiado	298	65,4
	Indeterminado	2	0,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los 456 casos de malaria complicada, 336 casos (el 74 %) presentaron complicaciones hematológicas, 80 casos (el 18 %) presentaron complicaciones hepáticas, 12 casos (el 3 %) presentaron complicaciones pulmonares, 27 casos (el 6 %) presentaron complicaciones renales y 67 casos (el 15 %) otras complicaciones (gráfica 70).

Gráfica 70
Complicaciones notificadas en los casos de malaria complicada por
departamento de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

*Casos registrados como procedentes del exterior

Hasta la semana epidemiológica 22 del 2017, se han notificado 289 casos procedentes del exterior, 282 casos de malaria no complicada y siete casos de malaria complicada; 185 casos se han registrado con infección por *P. vivax*, 80 casos con infección por *P. falciparum* y 24 casos con infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (tabla 69).

Tabla 69
Casos notificados de malaria procedentes del exterior,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -22, 2017

Entidad Territorial Notificador	Casos	País De Procedencia	Entidad Territorial De Residencia	Municipio De Residencia
Amazonas	1	Brasil	Amazonas	Leticia
Amazonas	1	Brasil	Exterior	Brasil
Amazonas	3	Perú	Amazonas	Leticia
Amazonas	1	Perú	Exterior	Perú
Antioquia	1	Venezuela	Antioquia	Puerto Berrio
Antioquia	1	Ecuador	Antioquia	Medellín
Arauca	4	Venezuela	Exterior	Venezuela
Arauca	1	Venezuela	Arauca	Fortul
Arauca	1	Venezuela	Arauca	Tame
Atlántico	1	Brasil	Atlántico	Soledad
Atlántico	1	Venezuela	Atlántico	Sabanalarga
Barranquilla	1	Venezuela	Atlántico	Ponedera
Barranquilla	2	Venezuela	Barranquilla	Barranquilla
Bogotá	1	Venezuela	Bogotá - Bosa-Bosa Central	Bogotá
Bogotá	1	Venezuela	Bogotá - Usaquén-Verbenal	Bogotá
Bogotá	1	Venezuela	Bogotá - Barrios Unidos-12 De Octubre	Bogotá
Bogotá	1	Venezuela	Exterior	Venezuela
Bogotá	1	* Exterior. País Desconocido	Bogotá	Bogotá
Bolívar	2	Venezuela	Bolívar	Magangué
Boyacá	1	Venezuela	Boyacá	Tunja
Boyacá	1	* Exterior. País Desconocido	Exterior	* Exterior. País Desconocido
Caquetá	1	Venezuela	Caquetá	Florencia
Caquetá	1	* Exterior. País Desconocido	Caquetá	Florencia
Cartagena	1	Venezuela	Cartagena	Cartagena
Cartagena	1	Mozambique	Cartagena	Cartagena
Casanare	1	Venezuela	Casanare	Yopal
Casanare	1	Venezuela	Casanare	Paz De Ariporo
Cesar	3	Venezuela	Cesar	Valledupar
Cesar	1	Venezuela	Cesar	Becerril
Cesar	2	Venezuela	Cesar	San Diego
Choco	1	Federación De Rusia	Choco	Quibdó
Córdoba	1	Venezuela	Córdoba	Montería
Córdoba	1	Venezuela	Córdoba	Moñitos
Córdoba	1	Panamá	Córdoba	Moñitos
Cundinamarca	1	Venezuela	Bogotá	Bogotá
Guainía	1	Venezuela	Bogotá - Bosa-Tintal Sur	Bogotá
Guainía	67	Venezuela	Exterior	Venezuela
Guainía	134	Venezuela	Guainía	Puerto Inírida
Guainía	1	Venezuela	Meta	Villavicencio
Guainía	1	Venezuela	Vichada	Cumaribo
Guaviare	1	Venezuela	Guaviare	San José Del Guaviare
Huila	1	Venezuela	Exterior	Venezuela
Huila	1	Venezuela	Huila	Garzón
Magdalena	1	Venezuela	Magdalena	Guamal
Meta	3	Venezuela	Meta	Villavicencio
Meta	1	Venezuela	Meta	Granada
Nariño	1	Qatar	Nariño	Tumaco
Norte Santander	4	Venezuela	Exterior	Venezuela
Norte Santander	11	Venezuela	Norte Santander	Cúcuta
Norte Santander	4	Venezuela	Norte Santander	Abrego
Norte Santander	1	Venezuela	Norte Santander	Los Patios
Norte Santander	1	Venezuela	Norte Santander	Convención
Quindío	1	Venezuela	Quindío	La Tebaida
Santander	1	Venezuela	Santander	Bucaramanga
Santander	1	Venezuela	Santander	Floridablanca
Tolima	1	Venezuela	Tolima	Espinal
Valle	1	Venezuela	Valle	Obando
Valle	1	República Centroafricana	Valle	Cali
Vaupés	3	Brasil	Exterior	Brasil
Vichada	1	Venezuela	Vichada	Puerto Carreño
Total	289			

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

A semana epidemiológica 22 de 2017, se han notificado 10 muertes probables por malaria, una muerte no cumple con la definición de caso y se descartó en unidad de análisis, quedando nueve muertes probables, dos confirmadas procedentes de Antioquia y Valle del Cauca, siete permanecen en estudio (tabla 70).

Tabla 70
Casos notificados como probables muertes por malaria, por municipio de
procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Departamento	Municipio	Muertes
Guajira	Uribía	1
Amazonas	Puerto Santander	1
Cauca	Timbiquí	1
Antioquia	Vigía del Fuerte	1
Valle de Cauca	Municipio desconocido	1
Choco	Medio Atrato	1
Choco	Quibdó	1
Córdoba	Tierralta	1
Córdoba	Cerete	1
Total		8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por sexo el 77,8 % se registró en el sexo femenino; por grupo de edad el 33,4 % de las muertes se registraron en el grupo mayores de 65 años; por pertenencia étnica cuatro casos (44,4 %) se notificaron en indígenas, por procedencia el 44,5 % de las muertes se registró en el área rural disperso y el 77,8 % pertenecen al régimen subsidiado (tabla 71).

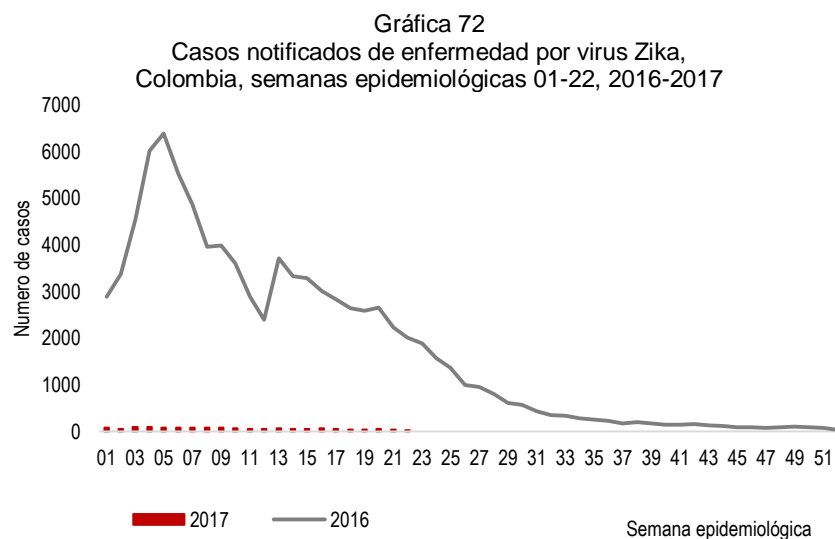
Tabla 71
Casos notificados como probables muertes por malaria, por grupos de edad,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	7	77,8
	Masculino	2	22,2
Grupos de edad	10 a 14 años	2	22,2
	15 a 19 años	1	11,1
	20 a 24 años	1	11,1
	45 a 49 años	1	11,1
	55 a 59 años	1	11,1
	65 y más años	3	33,4
Pertenencia étnica	Indígena	4	44,4
	Afrocolombiano	2	22,2
	Otros	3	33,4
Área de procedencia	Cabecera municipal	3	33,3
	Centro Poblado	2	22,2
	Rural disperso	4	44,5
Tipo de régimen	Contributivo	2	22,2
	Subsidiado	7	77,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Enfermedad por virus Zika

En la semana epidemiológica 22 de 2017 se notificaron 46 casos de Zika, 26 casos correspondientes a la semana epidemiológica 22 de 2017 y 20 casos ingresaron como notificación tardía de las semanas epidemiológicas anteriores; en la misma semana del año 2016 se notificaron 2 004 casos. En total se han notificado 1 304 casos de Zika, tres casos confirmados procedentes de tres municipios, 1 188 casos proceden de 166 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio, 113 casos proceden de 31 municipios donde no se han confirmado casos por laboratorio. Se notificaron 14 casos procedentes del exterior, diez por el distrito de Bogotá, dos por el departamento de Amazonas y dos por el departamento de Nariño (gráfica 72).

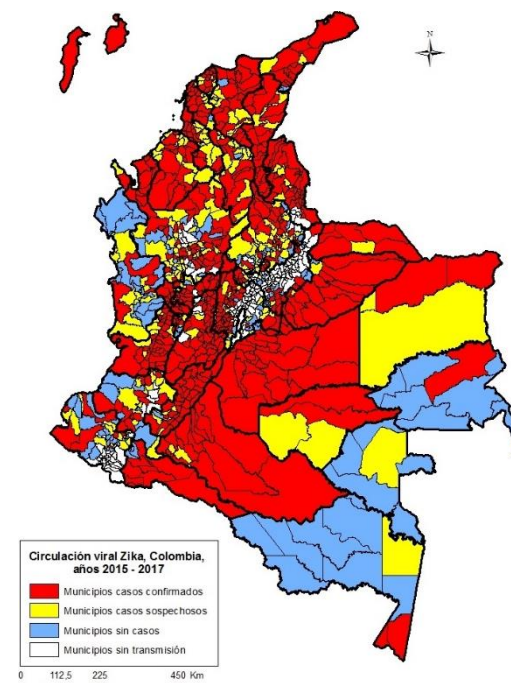


Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Durante los años 2015 a 2017, se confirmó la circulación de virus Zika en 552 municipios y cuatro distritos del territorio nacional; Antioquia es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados por laboratorio (55 municipios). Se han notificado casos sospechosos de enfermedad por virus Zika en 247

municipios, sumando un total de 803 municipios con casos reportados entre confirmados y sospechosos (mapa 7).

Mapa 7
Circulación viral del Zika por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 22 de 2017



Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

35 entidades territoriales del orden departamental y distrital han notificado casos de Zika al sistema de vigilancia. De los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 del 2017, por procedencia, Valle del Cauca, Santander, Tolima, Cundinamarca y Meta concentraron el 71,5 % de los casos. El 55,2 % de los casos fueron notificados por los municipios de Cali con el 48,1 %, Bucaramanga con el 3,6 %, Villavicencio con el 1,9 % y Medellín con el 1,6 % (tabla 71).

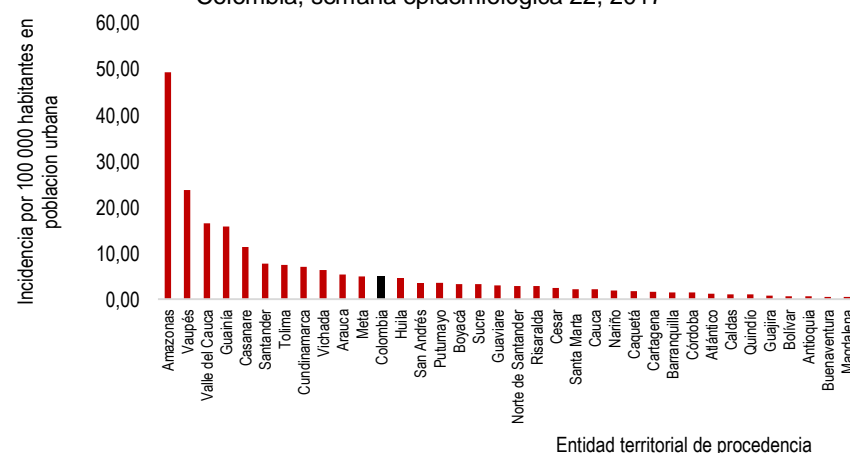
Tabla 71

Casos notificados de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados	%	Casos sospechosos por clínica	%	Casos sospechosos de municipios sin confirmación	%	Total
Valle del Cauca	0	0	663	55,8	2	1,8	665
Santander	0	0	109	9,2	9	8	118
Tolima	1	33,3	61	5,1	8	7,1	70
Cundinamarca	0	0	38	3,2	6	5,3	44
Meta	0	0	36	3	0	0	36
Antioquia	0	0	30	2,5	1	0,9	31
Huila	0	0	27	2,3	4	3,5	31
Casanare	0	0	26	2,2	4	3,5	30
Norte de Santander	1	33,3	20	1,7	8	7,1	29
Risaralda	1	33,3	19	1,6	1	0,9	21
Cesar	0	0	17	1,4	2	1,8	19
Sucre	0	0	17	1,4	2	1,8	19
Barranquilla	0	0	17	1,4	0	0	17
Atlántico	0	0	13	1,1	2	1,8	15
Amazonas	0	0	14	1,2	0	0	14
Cartagena	0	0	13	1,1	0	0	13
Córdoba	0	0	4	0,3	9	8	13
Desconocido	0	0	0	0	11	9,7	11
Cauca	0	0	5	0,4	6	5,3	11
Arauca	0	0	9	0,8	0	0	9
Santa Marta	0	0	8	0,7	0	0	8
Caldas	0	0	7	0,6	1	0,9	8
Nariño	0	0	2	0,2	6	5,3	8
Boyacá	0	0	6	0,5	1	0,9	7
Bolívar	0	0	4	0,3	2	1,8	6
Putumayo	0	0	6	0,5	0	0	6
Quindío	0	0	4	0,3	1	0,9	5
Caquetá	0	0	5	0,4	0	0	5
Guajira	0	0	2	0,2	2	1,8	4
Vaupés	0	0	0	0	4	3,5	4
Magdalena	0	0	2	0,2	1	0,9	3
San Andrés	0	0	0	0	2	1,8	2
Guaviare	0	0	2	0,2	0	0	2
Vichada	0	0	0	0	2	1,8	2
Buenaventura	0	0	2	0,2	0	0	2
Guainía	0	0	0	0	2	1,8	2
Choco	0	0	0	0	0	0	0
Exterior	0	0	0	0	14	12,4	14
Total	3	0,2	1188	91,1	113	8,7	1304

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

Para esta semana, la incidencia nacional de la enfermedad por virus Zika es de 4,92 casos por 100 000 habitantes en población urbana. 11 entidades territoriales superaron la incidencia nacional; las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Amazonas, Vaupés, Valle del Cauca, Guainía y Casanare (gráfica 72).

Gráfica 72
Incidencia de la enfermedad por virus Zika,
Colombia, semana epidemiológica 22, 2017

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

El 54,5 % de los casos notificados de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo femenino; el 73,9 % pertenecen al régimen contributivo; el 13,4 % corresponden al grupo de edad de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, se notificó el 96,7 % en “otros”. El 87,3 % de los casos procedieron del área urbana (tabla 73).

Tabla 73

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	711	54,5
	Masculino	593	45,5
Tipo de régimen	Contributivo	964	73,9
	Subsidiado	271	20,8
	Especial	24	1,8
	No afiliado	25	1,9
	Excepción	10	0,8
	Indeterminado	10	0,8
Pertenencia étnica	Otros	1 261	96,7
	Indígena	25	1,9
	Afrocolombiano	10	0,8
	ROM (gitano)	6	0,5
	Raizal	1	0,1
	Palenquero	1	0,1
Área de residencia	Urbana	1 139	87,3
	Centro poblado	79	6,1
	Rural disperso	86	6,6
Grupos de edad	Menores de un año	147	11,3
	1 a 4 años	53	4,1
	5 a 9 años	57	4,4
	10 a 14 años	57	4,4
	15 a 19 años	110	8,4
	20 a 24 años	175	13,4
	25 a 29 años	172	13,2
	30 a 34 años	147	11,3
	35 a 39 años	113	8,7
	40 a 44 años	84	6,4
	45 a 49 años	56	4,3
	50 a 54 años	53	4,1
	55 a 59 años	38	2,9
	60 a 64 años	19	1,5
	65 y más años	23	1,8

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

No se notificaron casos de muertes confirmadas secundarias a la enfermedad por virus Zika.

Gestantes con diagnóstico de enfermedad por virus Zika

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017, se notificaron 197 casos en mujeres embarazadas que refirieron haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, de los cuales dos casos son confirmados, 179 casos proceden de municipios donde se confirmó circulación del virus Zika (sospechosos por clínica) y 16 casos de municipios donde no se han confirmado casos. Por entidad territorial de residencia, la que ha notificado la mayor proporción de casos es Santander con 51 gestantes (el 37,5 %) (tabla 74).

Tabla 74

Casos notificados de enfermedad por virus Zika en gestantes por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de residencia	Confirmados	%	Sospechosos por clínica	%	Sospechosos de municipios sin confirmación diagnóstica		Total
						%	
Santander	0	0	45	25,1	6	37,5	51
Valle del Cauca	0	0	48	26,8	0	0	48
Bogotá	1	50	13	7,3	5	31,3	19
Tolima	0	0	15	8,4	0	0	15
Atlántico	0	0	8	4,5	0	0	8
Casanare	0	0	8	4,5	0	0	8
Antioquia	0	0	7	3,9	0	0	7
Meta	0	0	7	3,9	0	0	7
Barranquilla	0	0	6	3,4	0	0	6
Huila	0	0	4	2,2	1	6,3	5
Norte Santander	0	0	4	2,2	0	0	4
Cesar	0	0	3	1,7	0	0	3
Cundinamarca	0	0	1	0,6	2	12,5	3
Nariño	0	0	2	1,1	1	6,3	3
Sucre	0	0	3	1,7	0	0	3
Cauca	0	0	1	0,6	1	6,3	2
Bolívar	0	0	1	0,6	0	0	1
Guajira	0	0	1	0,6	0	0	1
Guaviare	0	0	1	0,6	0	0	1
Quindío	0	0	1	0,6	0	0	1
Risaralda	1	50	0	0	0	0	1
Total	2	1	179	90,9	16	8,1	197

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

Vigilancia intensificada de Microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2017 (Revisión a 08 de junio 2017)

En la semana 22 de 2017, se notificaron 03 casos de microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central de esta semana; entre las semanas epidemiológicas 01 a la 52 de 2016 y la semana 22 de 2017 se han confirmado 163 casos de microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central asociados al virus Zika, 409 casos se han descartado, 153 casos no correspondían a microcefalia ni otros defectos congénitos y 563 casos están en estudio.

Vigilancia especial de los Síndromes Neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2017 se notificaron 42 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con la infección por el virus Zika (tabla 75).

Tabla 75

Síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

Entidad territorial de residencia	Casos	Frecuencia
Bogotá	6	14,3
Tolima	6	14,3
Santander	4	9,5
Cartagena	3	7,1
Cundinamarca	3	7,1
Antioquia	2	4,8
Casanare	2	4,8
Meta	2	4,8
Valle	2	4,8
Bolívar	2	4,8
Quindío	2	4,8
Cauca	2	4,8
Nariño	2	4,8
Atlántico	1	2,4
Norte Santander	1	2,4
Boyacá	1	2,4
Barranquilla	1	2,4
Total	42	100

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

El 50 % (21 casos) de los síndromes neurológicos notificados se registró en el sexo masculino; el 14,3 % (6 casos) 15 a 19 años (tabla 76).

Tabla 76

Síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por grupos de edad y sexo, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017

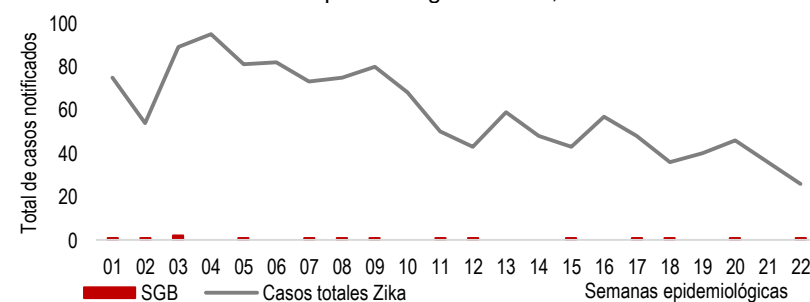
Grupo de edad	Mujer	Hombre	Total general	% Total
Menor de 1 año	0	0	0	0
1 a 4 años	2	1	3	8,3
5 a 9 años	0	2	2	5,6
10 a 14 años	2	2	4	11,1
15 a 19 años	4	2	6	16,7
20 a 24 años	2	0	2	5,6
25 a 29 años	2	0	2	5,6
30 a 34 años	1	2	3	8,3
35 a 39 años	0	1	1	2,8
40 a 44 años	1	1	2	5,6
45 a 49 años	0	2	2	5,6
50 a 54 años	0	2	2	5,6
55 a 59 años	1	0	1	2,8
60 a 64 años	0	2	2	5,6
65 y más años	2	2	4	11,1
Total	17	19	36	100

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

Del total de complicaciones neurológicas notificadas con el antecedente de enfermedad viral por Zika, 15 casos (el 35,7 %), ingresaron con el código CIE-10 de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) (gráfica 73).

Gráfica 73

Casos notificados de SGB con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika notificados bajo la vigilancia intensificada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2017



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

Recomendaciones para las acciones de vigilancia epidemiológica del evento

- Notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika (y de complicaciones neurológicas con posible antecedente de enfermedad por virus Zika) a través de la ficha de Sivigila con el código **895**.
- Implementación estricta del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Enfermedad por Virus Zika en Colombia (disponible en [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos %20SIVIGILA/PRO %20Zika.p df](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Zika.pdf))
- Realizar la notificación individual e inmediata de las gestantes al Sivigila con el código **895** (morbilidad por Zika, datos complementarios).
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
- Realizar Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación).
- Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico de personas pertenecientes a grupos de riesgo, y de aquellos municipios donde no haya confirmación de la circulación virológica (de acuerdo a los lineamientos del Laboratorio Nacional de Referencia del INS).
- Tomar muestra de suero a todas las gestantes que cumplan con la definición de caso para enfermedad por virus Zika (sospechosa o confirmada –clínica o laboratorio-), sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Tomar muestra de suero a todos los pacientes que presenten algún tipo de complicación neurológica (orina, saliva, heces fecales en menores de 14 años o líquido cefalorraquídeo si las condiciones médicas y el criterio del médico tratante lo permiten), el cual debe ser enviado al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública

- **Alertas internacional**

Síndrome Respiratorio del Medio Oriente, Coronavirus (MERS-CoV) - Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos y Qatar, 06 de junio 2017

Entre el 21 de abril y el 29 de mayo de 2017, se registraron 25 casos de infección por MERS-CoV en Arabia Saudita, incluidos seis casos fatales. El Ministerio de Salud está evaluando cada caso, sus contactos y las acciones de control aplicadas para evitar la transmisión de humano a humano.

El 16 de mayo de 2017, se notificaron dos casos de infección por MERS-CoV en los Emiratos Árabes Unidos. Ambos casos fueron reportados en la ciudad de Al Ain y reportaron nexos directos con camellos dromedarios, las investigaciones de búsqueda de contactos y camellos dromedarios están en curso.

El 23 de mayo de 2017, se notificó en Qatar un caso de infección por MERS-CoV. El caso, un hombre de 29 años de edad de Doha ha informado que tiene contacto frecuente con camellos dromedarios. El Departamento de Protección de la Salud y Control de Enfermedades Transmisibles en el Ministerio de Salud Pública y los recursos zoonosarios están llevando a cabo actualmente la investigación de casos y la búsqueda de contactos.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012, la OMS ha sido notificada de 1 980 casos de infección confirmados por laboratorio con MERS-CoV, incluyendo al menos 699 muertes relacionadas.

Con base en la situación actual y de la información disponible, la OMS alienta a todos los Estados Miembros a que sigan vigilando las infecciones respiratorias agudas y a examinar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de las infecciones, son fundamentales para prevenir la posible propagación del MERS-CoV

en los centros de salud. Las personas con diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica y personas inmunocomprometidas se consideran en alto riesgo de sufrir enfermedad grave de la infección MERS-CoV, por lo tanto, estas personas deben evitar el contacto cercano con los animales, particularmente los camellos dromedarios, cuando visitan granjas, mercados o áreas de graneros donde se sabe que hay circulación potencial del virus. Se deben tener en cuenta las medidas generales de higiene, como el lavado habitual de las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos; así como prácticas de higiene de los alimentos; las personas deben evitar beber carne cruda y leche de camello.

En Colombia se han establecido los lineamientos epidemiológicos y de laboratorio en la vigilancia de IRAG inusitado ante un caso sospechoso por nuevos virus con potencial pandémico, circular externa del INS 004 del 08 de febrero de 2017.

Fuente: <http://www.who.int/csr/don/06-june-2017-mers/en/>

[http://www.ins.gov.co/normatividad/circulaes/CIRCULAR %20EXTERNA %2000004/20DE %202017.pdf](http://www.ins.gov.co/normatividad/circulaes/CIRCULAR%20EXTERNA%2000004/20DE%202017.pdf)

Infección humana por el virus de la gripe aviar A (H7N9) – China, 08 de junio de 2017

El 19 de mayo de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China (NHFPF) informó un total de 17 casos humanos de infección por el virus de la gripe aviar A (H7N9). Las fechas de inicio de los casos oscilaron entre el 29 de abril y el 13 de mayo de 2017. De estos 17 pacientes, seis eran mujeres. La mediana de edad fue de 56 años. Los pacientes del caso se informaron de Anhui, Chongqing, Hebei, Hunan, Jiangsu, Shaanxi, Shanxi, Shandong, Sichuan, Zhejiang. De estos casos dos fueron fatales, 15 fueron diagnosticados con neumonía o neumonía grave. Se informó que dieciséis de los casos presentaron antecedente de exposición a aves de corral.

El 26 de mayo de 2017, el NHFPF informó nueve casos en humanos de infección por el virus de la gripe aviar A (H7N9). Las fechas de aparición oscilaron entre el 7 y el 24 de mayo de 2017. Los nueve pacientes fueron de sexo masculino. La mediana de

edad fue de 63 años. Los pacientes del caso fueron reportados de Beijing, Hebei, Jiangsu, Shanxi, Shandong, Sichuan, Zhejiang. Los nueve casos fueron diagnosticados con neumonía o neumonía grave. Se informó que ocho casos habían estado expuestos a aves de corral.

El gobierno Chino esta adoptando medidas adicionales las cuales incluyen, fortalecer la evaluación y las medidas de prevención y control, gestión higiénica de los mercados avícolas y el transporte transregional, realizar investigaciones de fuentes detalladas para informar medidas eficaces de prevención y control, continuar la identificación y tratamiento oportuno de los casos de influenza aviar A (H7N9) para reducir la mortalidad, medidas de comunicación de riesgos y fortalecimiento de la vigilancia virológica.

La OMS recomienda a los viajeros que viajen a países con brotes de gripe aviar conocidos que eviten, si es posible, asistencia a las granjas de aves de corral, contacto con animales en mercados de aves de corral y contacto con superficies contaminadas con heces de Aves de corral u otros animales.

Se recomienda considerar el diagnóstico de la infección por un virus de la influenza aviar en individuos que desarrollan síntomas respiratorios agudos severos y que estuvieron recientemente en zonas endémicas

La OMS alienta a los países a seguir fortaleciendo la vigilancia de la influenza, incluida la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves y las enfermedades similares a la gripe, además estar atentos a cualquier patrón inusual, realizar la notificación oportuna de infecciones humanas en el marco del RSI 2005.

En Colombia se han establecido los lineamientos epidemiológicos y de laboratorio en la vigilancia de IRAG inusitado ante un caso sospechoso por nuevos virus con potencial pandémico, circular externa del INS 004 del 08 de febrero de 2017.

Fuente: <http://www.who.int/csr/don/08-june-2017-ah7n9-china/en/>

[http://www.ins.gov.co/normatividad/circulaes/CIRCULAR %20EXTERNA %200004/20DE %202017.pdf](http://www.ins.gov.co/normatividad/circulaes/CIRCULAR%20EXTERNA%200004/20DE%202017.pdf)

• Alertas nacional

El 05 de junio de 2017, se notificó al Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo de un brote de varicela con ocurrencia del 14 de marzo de 2017 en una institución educativa en Vichada. Se notificaron tres casos de 30 expuestos para una tasa de ataque de 20,3 %, se realizaron actividades de investigación epidemiológica de campo, Búsqueda activa comunitaria, limpieza y desinfección y seguimiento de contactos. Brote abierto.

El 07 de junio de 2017, se notificó al Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo de un brote de ETA del 03 de junio de 2017 un Batallon de Bogotá. Se han notificado cuatro casos de 70 expuestos para una tasa de ataque 5,7 %. Se implementaron actividades de investigación epidemiológica de campo, inspección sanitaria y ambiental. Brote abierto, pendiente resultados de muestras obtenidas en terreno.

El 07 de junio de 2017, se notificó al Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo de un brote de varicela con ocurrencia del 26 de mayo de 2017 en la Cárcel de Ubaté, Cundinamarca. Se han notificado dos casos de 132 expuestos para una tasa de ataque de 1,5 %. Se realizaron actividades de investigación epidemiológica de campo, búsqueda de casos y seguimiento a contactos, medidas de aislamiento, limpieza y desinfección, educación comunitaria. Brote abierto y en seguimiento.



Martha Lucia Ospina Martínez

Directora General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Pacheco García

Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Hernán Quijada Bonilla

Edición

Diana Paola Bocanegra Horta

Corrección de estilo

Giovanni Sanabria Merchán

Diagramación

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2017

Equipo técnico

Enf. Respiratorias

Santiago Fadúl Pérez

Diana Malo Sánchez

Martha López Pérez

Paola Pulido Domínguez

Maternidad Segura

Esther Liliana Cuevas Ortiz

Grace Alejandra Ávila Mellizo

Nathaly Rozo Gutiérrez

Nubia Narváez Díaz

Nutrición

Giomar Sichaca

Salud mental

Ana María Blandón Rodríguez

Nidia González Tolosa

Alimentos y agua

Angélica Rojas Bárcenas

Claudia Álvarez Álvarez

Equipo Sivigila

Enf. Transmitidas por Vectores y zoonosis

Sara E. Gómez Romero

Alejandra Pinilla Farias

Cecilia Saad

Daniela Salas Botero

Daniela Salas Botero

German Torres

Leonardo León

Natalia Tolosa Pérez

Inmunoprevenibles

Orlando Castillo Pabón

Adriana Gómez

Amparo Sastoque Díaz

Helena Patricia Salas

Infecciones de Transmisión Sexual

Norma Cuellar

Amparo Sabogal Apolinar

Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo