

BES



Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	17
Enfermedades transmitidas por vectores.....	23
Infecciones de transmisión sexual	38
Micobacterias.....	42
Zoonosis	46
Factores de Riesgo Ambiental.....	51
Enfermedades no Transmisibles	54
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	61

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



Semana epidemiológica número 50 de 2015 (13 dic. al 19 dic.)



“REPASO DE LA SALUD PÚBLICA MUNDIAL EN 2015”.

Las emergencias humanitarias en muchos países han acaparado las noticias sobre temas sanitarios. Sin embargo, en 2015 también ha habido grandes éxitos en materia de salud pública y se ha logrado un mejor conocimiento de varias amenazas para la salud pública. La OMS ha publicado también informes sobre diversos temas sanitarios fundamentales y aportado nuevas orientaciones que ayudarán a los países a mejorar la salud de sus ciudadanos.

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

- <http://www.who.int/features/2015/year-review/jan-apr/es/>



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2015* 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 ins.sivigila@gmail.com y sivigila@ins.gov.co.

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 Semana epidemiológica No 50

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 50 de 2015, fue del 100 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND), permaneció igual con respecto a la semana anterior y a la misma semana de 2014.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 99 % (1110 de 1122 municipios) permaneció igual con respecto a la semana anterior y a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta de 95 % en la notificación semanal por UNM.

Para esta semana, los departamentos de Amazonas y Guainía presentaron un porcentaje inferior a la meta establecida del 95% (ver mapa 1).

Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



Meta UNM	95%
Cumple	■
No cumple	■

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 95 % (5210 de 5505 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel en el territorio nacional. La notificación disminuyó 1 % con relación a la semana anterior y aumentó 3 % con respecto a la misma semana del año 2014. El departamento de Amazonas incumplió la meta por UPGD (ver mapa 2).

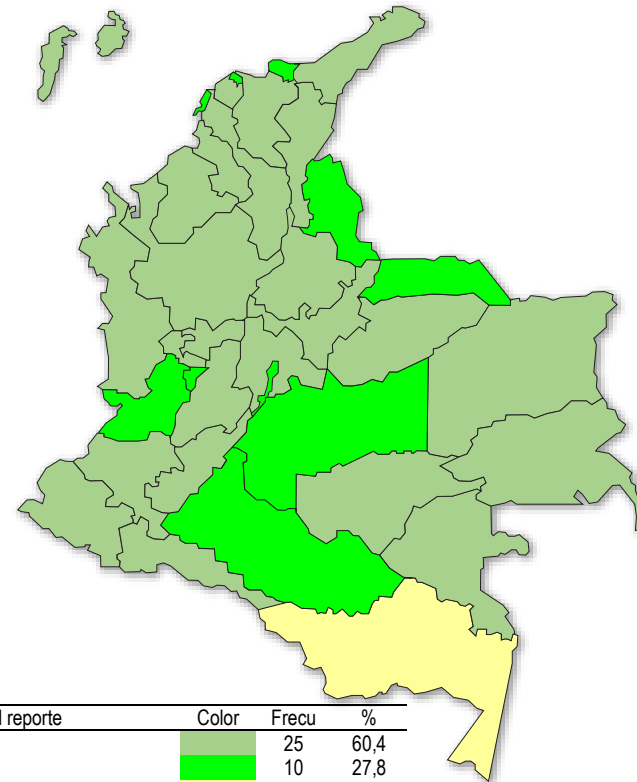
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 50 de 2015, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 69,4 % (25) emitieron el reporte correcto para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación. Por otra parte, 27,8 % (10) entidades territoriales presentaron inconsistencias en el reporte, 2,8 % (1) presentaron reporte para menos de 100% de los eventos, adicionalmente no se presentaron entidades territoriales sin el reporte de notificación negativa (ver mapa 3).

Mapa 3. Distribución geográfica del comportamiento de la notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



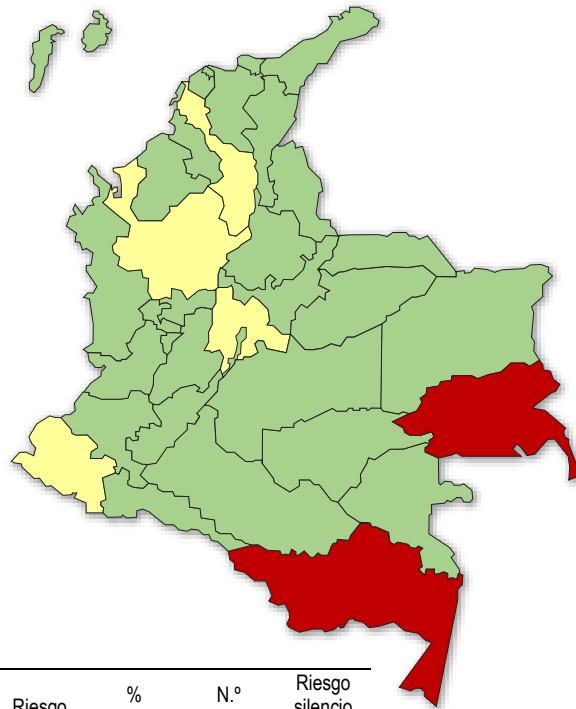
Hallazgo del reporte	Color	Frecu	%
Sin inconsistencias	Verde claro	25	69,4
Con inconsistencias	Verde brillante	10	27,8
Reporte para menos del 100% de los eventos	Amarillo	1	2,8
Sin reporte de notificación negativa	Rojo	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 1 %, lo que lo clasifica como bajo riesgo. El 81 % (26) de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 13 % (cuatro) de los departamentos Antioquia, Bolívar, Cundinamarca y Nariño obtuvieron riesgo bajo es decir, menos del 10 % de sus municipios en silencio y en riesgo alto los departamentos de Amazonas y Guainía cada uno por silencio epidemiológico en tres de sus o municipios corregimientos (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica de 2015.



% de UNM en silencio	Riesgo	% Deptos.	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	81 %	26	Bajo
De 0% a 10%	Bajo	13 %	4	
De 10 % a 20 %	Medio	0 %	0	
Mayor a 20 %	Alto	6 %	2	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

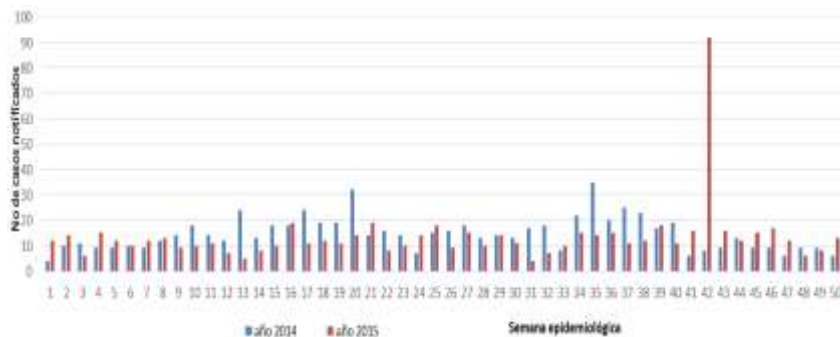
• Difteria

A la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado tres casos probables de difteria; uno procedente del departamento del Valle del Cauca, uno del departamento de Sucre y uno del departamento de Santander, los cuales fueron descartados.

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

La notificación de casos sospechosos de ESAVI hasta la semana epidemiológica 50 (673 casos) muestra una disminución del 7,4 % en la notificación del evento con respecto al 2014, semana hasta la que se notificaron 727 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que hasta la semana 50 han notificado casos sospechosos de ESAVI son: Bogotá 22,9 % (154 casos), Bolívar 13,8 % (93 casos), Antioquia 11,4 % (77 casos), Valle del Cauca 6,1 % (41 casos), Nortes de Santander 5,1 % (34 casos), Santander 4,2 % (28 casos), Cundinamarca 3 % (20 casos), Caldas 2,7 % (18 casos), Quindío 2,5 % (17 casos), Cauca 2,5 %

(17 casos), Sucre 2,4 % (16 casos) y Barranquilla 2,4 % (16 casos) y otras entidades territoriales 21 % (142 casos).

• Infección respiratoria aguda

Vigilancia IRAG inusitado

Durante la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron 39 casos de IRAG inusitado por 10 entidades territoriales, de estos 21 cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo nacional, los 18 restantes corresponden a casos ambulatorios o casos sin criterios de riesgo (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de IRAG inusitado según entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 50, 2015

Entidad Territorial de notificación	No cumple	Cumple	Total casos notificados
Antioquia	8	3	11
Bogotá	2	5	7
Cartagena	1	0	1
Cundinamarca	0	1	1
Risaralda	1	1	2
Valle del Cauca	2	9	11
Cesar	1	0	1
Santander	1	0	1
Barranquilla	0	1	1
Cauca	2	1	3
Total	18	21	39

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según los criterios de clasificación el 67 % (14) de los casos notificados que cumplen con la definición establecida corresponde a pacientes con deterioro clínico notificados en unidad de cuidados intensivos (UCI), el 14 % corresponde a pacientes con antecedente de contacto con sintomáticos respiratorios hasta 14 días previos al inicio de los síntomas (ver tabla 2).

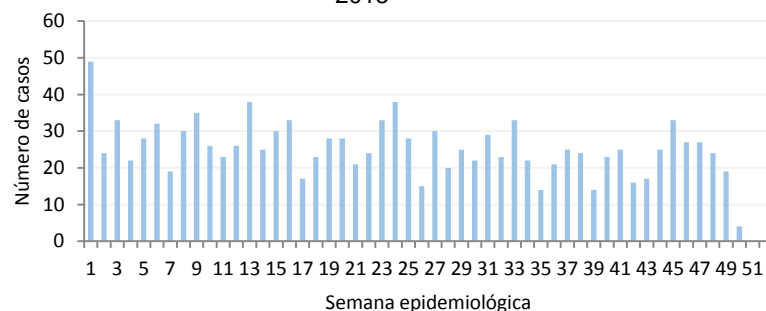
Tabla 2. Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 50, 2015

Criterios de clasificación	Casos	Porcentaje
Criterio de gravedad UCI	14	67%
Contacto con sintomático respiratorio	3	14%
Defunción	1	5%
Contacto con aves o cerdos	1	5%
Trabajador del área de la salud	2	10%
Total	21	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado 1270 casos que cumplen con la definición establecida en el protocolo nacional, con un promedio de 26,0 casos semanales (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de IRAG inusitado, Colombia a semana epidemiológica 50, 2015

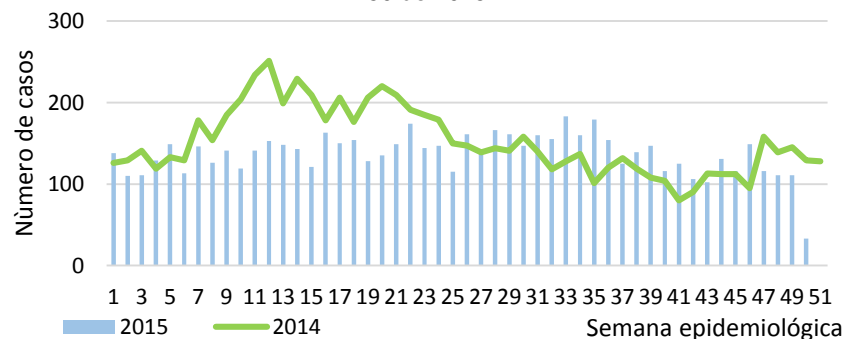


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Vigilancia centinela ESI – IRAG

Durante la semana epidemiológica 50 se notificaron 114 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 91 casos corresponden a pacientes con IRAG y 23 casos a pacientes con ESI, para un acumulado total de 6838 casos. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 50 de 2015 muestra una disminución del 10,3 % en comparación con lo notificado en el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 50 de 2015 corresponden a las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Bogotá, Caldas, Cartagena, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial de notificación y UPGD centinela, Colombia semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	0
	Clinica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	27
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	7
Barranquilla	Clinica General del Norte	3
	Hospital el Tunal	2
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	11
	Hospital Santa Clara	4
	Fundación Cardioinfantil	8
	Hospital de Suba	0
	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	0
Boyacá	E.S.E Santiago de Tunja	0
	Hospital San Rafael de Tunja	0
Caldas	El Piloto Assbasalud	9
	Servicios Especiales de Salud	1
Cartagena	Gestión Salud	5
	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	0
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	6
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	0
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	1
Nariño	Hospital Infantil los Angeles	3
	Fundación Hospital San Pedro	2
Norte Santander	Policlínico Atalaya	5
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	1
Valle del Cauca	Fundación Valle de Lili	15
	Red de Salud de Ladera	4
Total		114

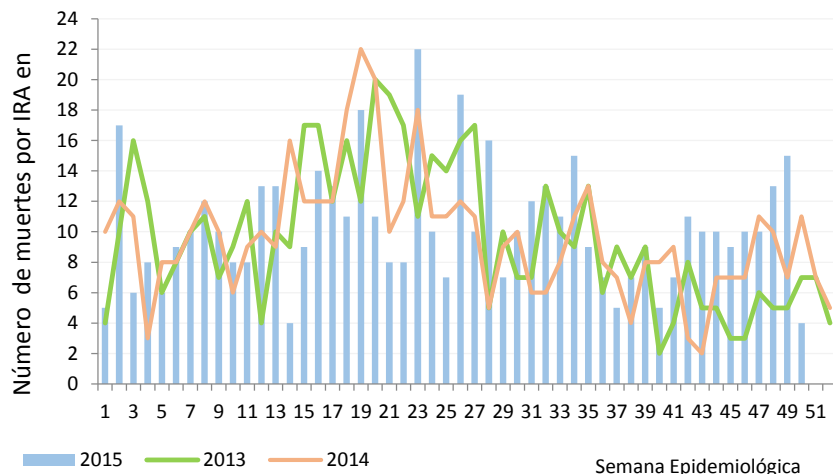
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron nueve muertes por IRA en menores de 5 años, al ajustar estas muertes por fecha de defunción, cinco corresponden a notificación tardía y cuatro a la semana epidemiológica 50 para un acumulado total de 514 muertes.

La notificación de muertes por IRA en menores de 5 años a semana epidemiológica 50 de 2015 muestra un aumento del 4,4 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Muertes por IRA en menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

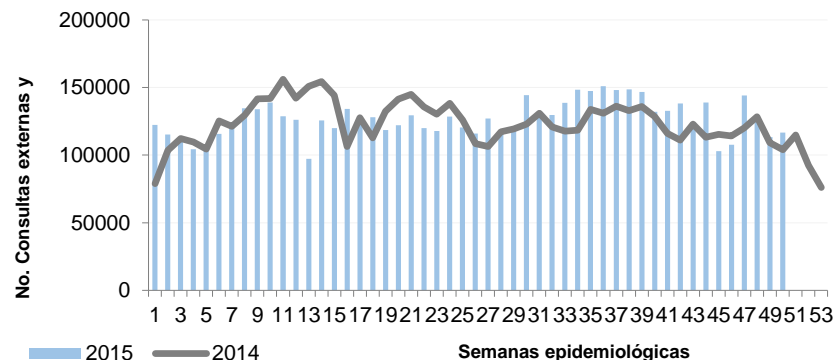
Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de 5 años notificados durante esta semana son: Risaralda, La Guajira, Atlántico, Cartagena, Caquetá, Cesar, Quindío, Cundinamarca y Bolívar con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 50 la mortalidad nacional es de 11,9 por cada 100 000 menores de 5 años. Las entidades territoriales con la mayor mortalidad son: Chocó, Vichada y La Guajira.

Vigilancia morbilidad IRA

La notificación de consultas externas y urgencias por IRA correspondió esta semana a un total de 116.705 registros de un total de 1.583.655 consultas externas y urgencias por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 7,4 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 50 ha habido un aumento del 1,8 % (Gráfica 5).

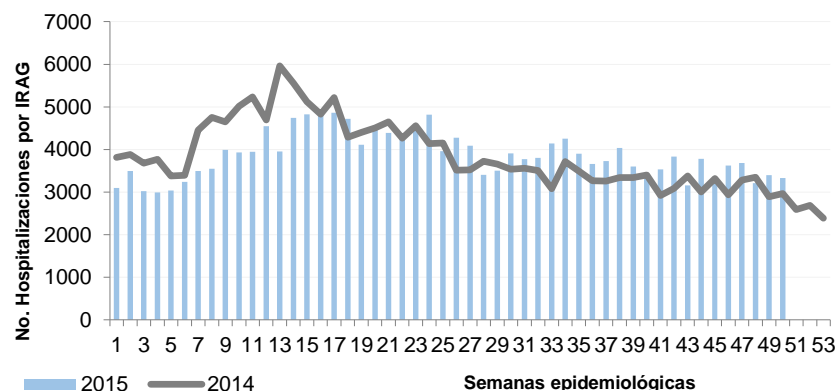
Gráfica 5. Consultas externas y urgencias por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones en sala general por IRA correspondió esta semana a un total de 3.331 registros de un total de 48.824 hospitalizaciones en sala general por todas las causas obteniendo una proporción de IRAG del 6,8 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 50 ha habido una disminución del 1,1 % (Gráfica 6).

Gráfica 6. Hospitalizaciones por IRAG, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos (UCI) correspondió esta semana a un total de 274 registros de un total de 3.437 hospitalizaciones en UCI por

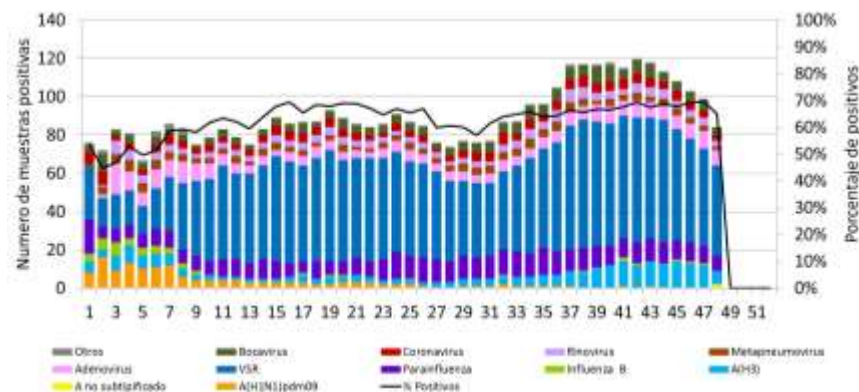
todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 8,0 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 50 ha habido una disminución del 4,8 %.

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 LDSP o el Laboratorio de Virología del INS, hasta la semana epidemiológica 48 de 2015 se han analizado 6877 muestras, de las cuales el porcentaje de muestras positivas corresponde al 63 %; de estas el 7 % fueron positivas para influenza y el 56 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (52,1 %), seguido de Parainfluenza (11,1 %), Adenovirus (7,1 %), Bocavirus (5,1 %), Coronavirus (4,7 %), Rinovirus (4,1 %), Metapneumovirus (3,9 %) y otros virus (0,9 %) (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 48 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B, siendo el subtipo de influenza A(H3N2) con el (65,1 %) el de mayor proporción seguido por influenza A(H1N1)pdm09 con el (34,4 %) (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución de virus de influenza, Colombia a semana epidemiológica 48 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

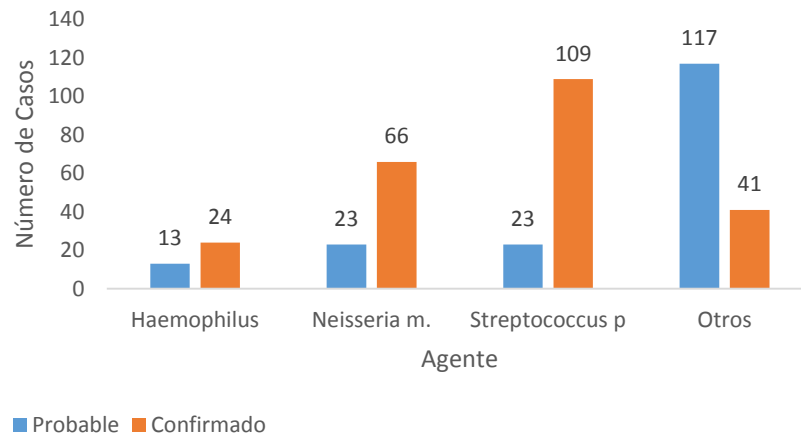
• Meningitis

A semana epidemiológica 50 de 2015 fueron notificados al Sivigila 644 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 228 (35,4%) casos fueron descartados por laboratorio quedando un total de 416 casos.

De estos 416 casos, 176 (42,3%) corresponden a casos probables, 240 (57,7%) corresponden a casos confirmados. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana epidemiológica 50 muestra un aumento del 33,61% en la notificación con respecto al 2014, en el cual se habían reportado 482 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 50 de 2015 son: meningitis por *Neisseria meningitidis* 89 (21,4%), meningitis por *Streptococcus pneumoniae* 132 (31,7%), meningitis por *Haemophilus influenzae* 37 (8,9%) y meningitis por otros agentes 158 (38%) (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Las entidades territoriales de procedencia con el mayor número de casos notificados son Antioquia, Bogotá, Valle, Cundinamarca y Bolívar con el 54,1% del total de casos; Amazonas y Vichada notificaron meningitis por otros agentes bacterianos 0,4% (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos confirmados y probables de meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50, 2015

Departamento	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	7	16	23	23	69	16,6
Bogotá	6	17	33	6	62	14,9
Valle	7	10	10	18	45	10,8
Cundinamarca	3	9	4	9	25	6,0
Bolívar	3	5	5	11	24	5,8
Cartagena		7	11	5	23	5,5
Santander	1	3	7	10	21	5,0
Cauca	1		2	14	17	4,1
Córdoba		6	4	4	14	3,4
Meta	1	5	1	6	13	3,1
Nariño			3	9	12	2,9
Arauca	1	1	2	7	11	2,6
Choco	1	1	2	5	9	2,2
Barranquilla	1		2	6	9	2,2
Huila		3	5		8	1,9
Cesar	1		1	5	7	1,7
Tolima			4	1	5	1,2
Risaralda		2	2	1	5	1,2
Atlántico	1	1	1	2	5	1,2
Boyacá			4		4	1,0
Guajira			1	3	4	1,0
Norte Santander	1	1	2		4	1,0
Caquetá			1	2	3	0,7
Sucre			2	1	3	0,7
Quindío		1		2	3	0,7
Magdalena		1		2	3	0,7
Sta Marta D.E.				2	2	0,5
Putumayo	1			1	2	0,5
Guainía	1			1	2	0,5
Amazonas				1	1	0,2
Vichada				1	1	0,2
Total general	37	89	132	158	416	100

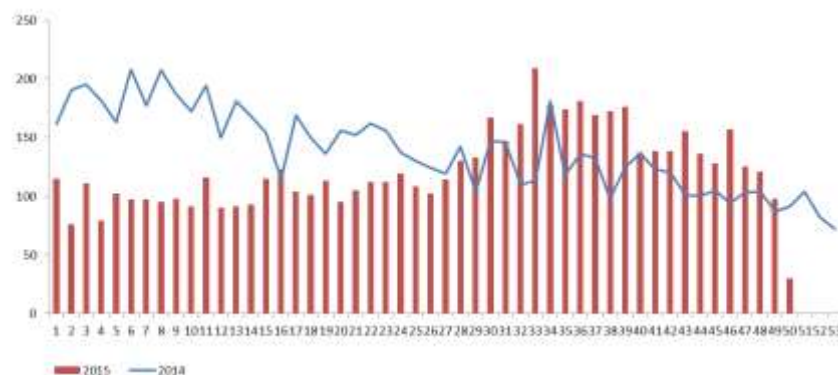
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A semana epidemiológica 50 se notificaron 49 muertes confirmadas: 28 muertes por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, 13 muertes por meningitis por *Neisseria meningitidis*, 3 muertes por meningitis por *Haemophilus influenzae* y 5 muertes por otros agentes bacterianos.

• Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron al Sivigila 6133 casos de parotiditis confirmados por clínica. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 13,74%, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 7 019 casos (ver gráfica 10).

Gráfica N°10. Casos de parotiditis hasta semana epidemiológica 50, Colombia, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 84,6% de los casos fueron notificados según procedencia por: Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle, Boyacá, Santander, Sucre, Barranquilla, Norte Santander, Tolima, Cesar, Huila y Nariño; Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados fueron: Bogotá, Antioquia y Cundinamarca con el 61% de los casos (ver gráfica 11).

Gráfica N° 11. Casos de parotiditis notificados según departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2015

Departamento	casos	%
Bogotá	2272	37,0
Antioquia	700	11,4
Cundinamarca	413	6,7
Valle	358	5,8
Boyaca	240	3,9
Santander	221	3,6
Sucre	192	3,1
Barranquilla	188	3,1
Norte Santander	156	2,5
Tolima	126	2,1
Cesar	117	1,9
Huila	108	1,8
Nariño	100	1,6
Guajira	90	1,5
Choco	85	1,4
Meta	85	1,4
Atlantico	84	1,4
Cauca	81	1,3
Caldas	80	1,3
Risaralda	75	1,2
Caqueta	55	0,9
Magdalena	51	0,8
Quindio	36	0,6
San Andres	32	0,5
Cartagena	30	0,5
Cordoba	28	0,5
Bolivar	27	0,4
Sta Marta D.E.	24	0,4
Casanare	21	0,3
Putumayo	20	0,3
Arauca	15	0,2
Vichada	14	0,2
Amazonas	4	0,1
Guaviare	2	0,03
Exterior	2	0,03
Guainia	1	0,02
Total general	6133	100

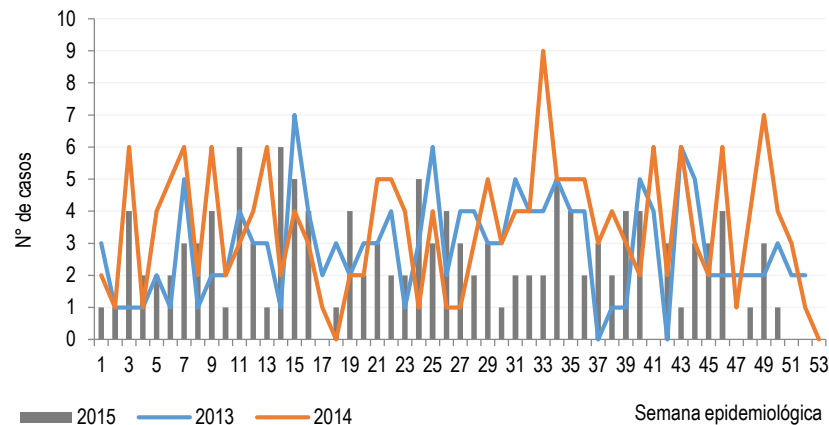
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Un total de 447 municipios reportaron casos de parotiditis, de los cuales el 50,7% de los casos corresponden a Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

- **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado al Sivigila 132 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra una disminución del 26,3 % con respecto al año 2014 en el cual se habían notificado 179 casos a la misma semana (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Casos probables de PFA notificados en Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

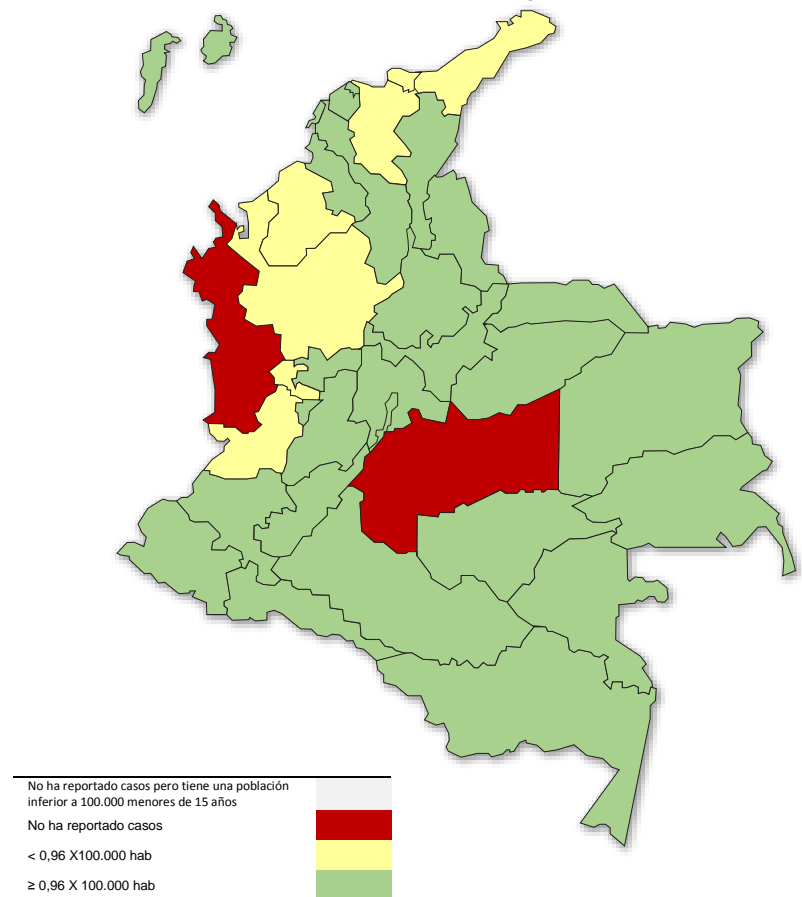


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

La tasa de notificación a semana 50 es de 1,03 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 50 es de 0,96). Las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, San Andres, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

Esta semana se notificaron cuatro casos probables de PFA procedentes del departamento de Bolívar (2 casos), Tolima (1 caso) y Huila (1 caso). Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana anterior (ver mapa 5).

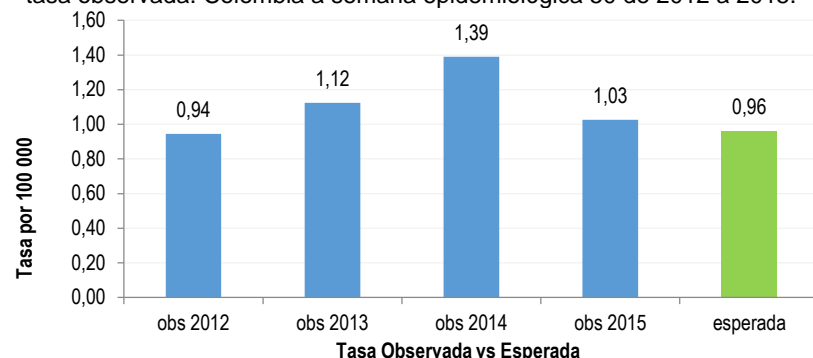
Mapa 5. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial en Colombia Semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 50 de 2015 la tasa de notificación (fuente Sivigila) es de 1,03 casos por 100 000 menores de 15 años, evidenciando cumplimiento con la tasa esperada a nivel nacional (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada. Colombia a semana epidemiológica 50 de 2012 a 2015.



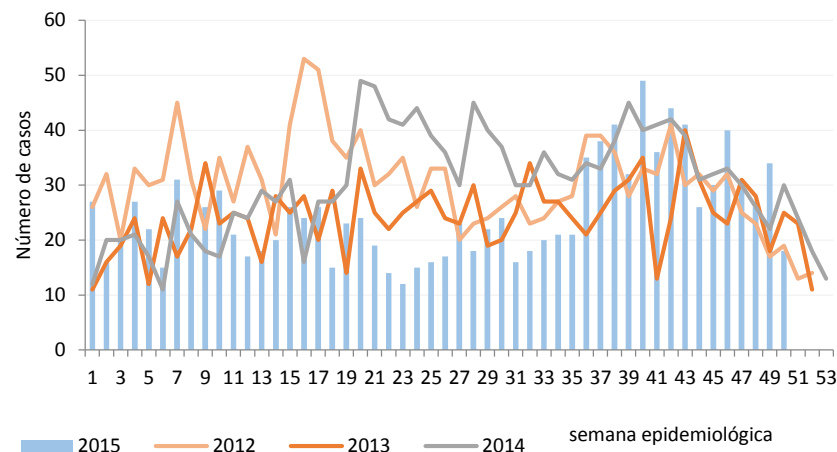
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

• Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se reportaron 1244 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un descenso del 19,5 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 1546 casos, se observa un aumento del 1,6 % con respecto al año 2013 y una caída del 19,5 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 14).

Según departamento o distrito de procedencia, el 94,0 % de los casos sospechosos de sarampión son de 14 entidades territoriales: Bogotá (719), Antioquia (125), Cundinamarca (72), el distrito de Barranquilla (56), San Andrés (37), Cesar (27), Atlántico (24), el distrito de Cartagena (23), el distrito de Santa Marta (19), Norte de Santander (16), Sucre (15), Valle del Cauca (15), Boyacá (11) y Caldas (10); otras entidades territoriales que notifican casos son Nariño con ocho casos, Risaralda con siete casos, Meta y Santander con cinco casos cada uno, Arauca, Bolívar, Cauca y Huila con cuatro casos cada uno, Caquetá, Casanare, Quindío y Vichada con tres casos cada uno, Chocó y Córdoba con dos casos cada uno, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Putumayo y Tolima con un caso cada uno; se notifican 13 casos del exterior, seis de Venezuela, dos procedentes de Brasil, uno de Aruba, uno de Chile, uno de México, uno de Suiza (confirmado por laboratorio) y otro con país desconocido;

Gráfica 14. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2012-semana 50 de 2015

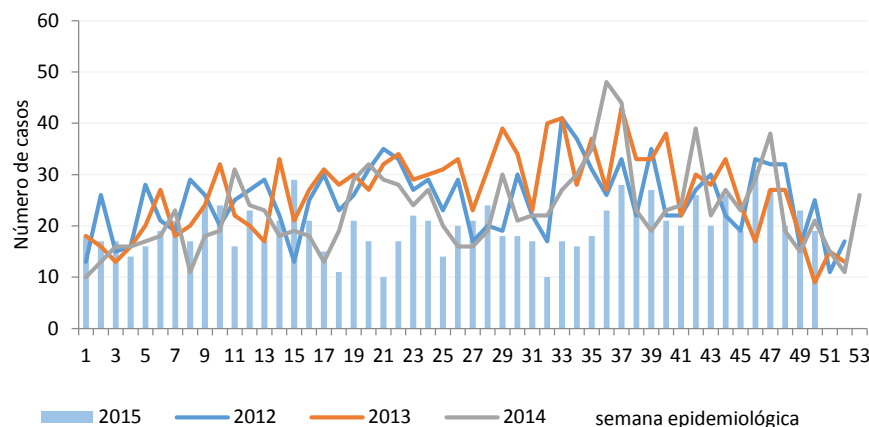


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se reportaron 994 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra una disminución del 14,8 % con respecto al año anterior cuando se habían notificado 1167 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 26,6 % y con el 2012 hay otro descenso del 21,7 % (ver gráfica 15).

Según departamento o distrito de procedencia, el 92,8 % de los casos sospechosos de rubéola son de seis entidades territoriales: Bogotá (706), Antioquia (109), Cundinamarca (55), Caldas (21), Valle del Cauca (16) y Boyacá (15); otras entidades que notifican casos son Nariño y Norte de Santander con ocho casos cada uno, San Andrés y Santander con siete casos cada uno, Meta y Risaralda con seis casos cada uno, Quindío y Tolima con cinco casos cada uno, Bolívar y el distrito de Cartagena con tres casos cada uno, Cauca y el distrito de Santa Marta con dos casos cada uno, Arauca, Atlántico, Cesar, Córdoba, Huila, Sucre, Vaupés y el distrito de Barranquilla, con un caso cada uno. Se notifican dos casos del exterior, uno procedente de China reportado por Bogotá descartado por laboratorio y uno procedente de España, notificado por Cartagena descartado por laboratorio.

Gráfica 15. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2012-semana 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La tasa de notificación nacional es de 4,64 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 50 de 1,92.

Un total de 13 entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 50: San Andrés (57,56), Bogotá (18,09), Barranquilla (4,68), Cundinamarca (4,74), Santa Marta (4,34), Vichada (4,17), Antioquia (3,62), Caldas (3,14), Cesar (2,72), Cartagena (2,60), Vaupés (2,29), Boyacá (2,04) y Atlántico (2,01). No cumplen con la tasa esperada Arauca, Sucre, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Meta, Nariño, Guaviare, Casanare, Valle del Cauca, Bolívar, Caquetá, Santander, Cauca, Huila, Tolima, Chocó, Putumayo, Córdoba, Magdalena y La Guajira. Dos entidades territoriales no han notificado casos sospechosos de sarampión o rubéola: Amazonas y Guainía (ver tabla 5).

Tabla 5. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

Departamento	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
San Andrés	44	76.442	57,56
Bogotá, D.C.	1425	7.878.783	18,09
Cundinamarca	127	2.680.041	4,74
Barranquilla	57	1.218.475	4,68
Santa Marta	21	483.865	4,34
Vichada	3	71.974	4,17
Antioquia	234	6.456.299	3,62
Caldas	31	987.991	3,14
Cesar	28	1.028.890	2,72
Cartagena	26	1.001.755	2,60
Vaupés	1	43.665	2,29
Boyacá	26	1.276.407	2,04
Atlántico	25	1.242.388	2,01
Arauca	5	262.315	1,91
Sucre	16	851.515	1,88
Norte de Santander	24	1.355.787	1,77
Quindío	8	565.310	1,42
Risaralda	13	951.953	1,37
Meta	11	961.334	1,14
Nariño	16	1.744.228	0,92
Guaviare	1	111.060	0,90
Casanare	3	356.479	0,84
Valle del Cauca	31	4.613.684	0,67
Bolívar	7	1.095.406	0,64
Caquetá	3	477.642	0,63
Santander	12	2.061.079	0,58
Cauca	6	1.379.169	0,44
Huila	5	1.154.777	0,43
Tolima	6	1.408.272	0,43
Chocó	2	500.093	0,40
Putumayo	1	345.204	0,29
Córdoba	3	1.709.644	0,18
Magdalena	1	775.957	0,13
La Guajira	1	957.797	0,10
Amazonas	0	76.243	0,00
Guainía	0	41.482	0,00
Exterior	15	NA	NA
Total	2238	48.203.405	4,64

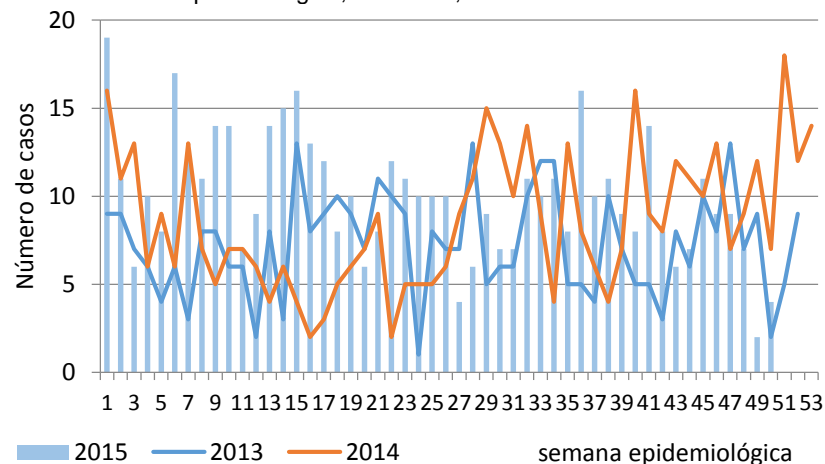
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 50= 1,92 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado 497 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra un incremento del 20,6 % cuando se reportaron 412 casos (ver gráfica 16).

Según procedencia, el 85,7 % de los casos provienen de cinco entidades territoriales: Antioquia (266), Bogotá (113), Cundinamarca (19), Sucre (16) y Nariño (12); otras entidades que reportan casos sospechosos son: Nariño con nueve casos, Casanare y Tolima con ocho casos cada uno, Boyacá y Meta con seis casos cada uno, Bolívar y Huila con cinco casos cada uno, Norte de Santander, Putumayo y Valle del Cauca con cuatro casos cada uno, Caldas, Chocó y Córdoba con tres casos cada uno, Atlántico, Caquetá y Guainía con dos casos cada uno y Cauca, Cesar, Guaviare, Quindío, Vaupés y Vichada con un caso cada uno. Diez entidades territoriales aún no notifican casos sospechosos de SRC en el Sivigila.

Gráfica 16. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2013-semana 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tétanos

Tétanos neonatal

En la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificó un caso probable de tétanos neonatal en un niño de un día de edad, con procedencia del municipio de Jericó-Antioquia con inicio de síntomas el 18 de noviembre de 2015.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 50 no se notifican casos probables de tétanos accidental. En el acumulado del año 2015 hasta la semana epidemiológica 50 se han notificado 53 casos, de los cuales:

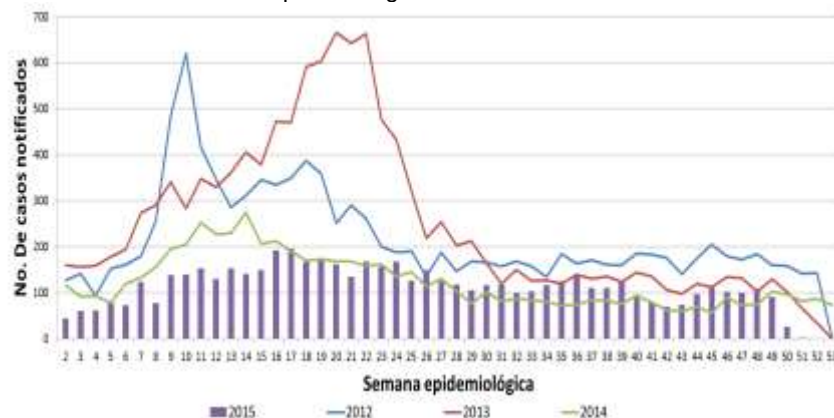
- 43 casos se encuentran confirmados clínicamente, por las entidades territoriales de Antioquia (4 casos), Atlántico (8 casos), Córdoba y Nariño 4 casos cada uno, Bolívar, Cauca, Chocó, Huila, Magdalena, Putumayo y el distrito de Santa Marta con dos casos cada uno, Barranquilla, Caquetá, Cartagena, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Sucre y Tolima con un caso cada uno.
- Hay 7 casos probables que corresponde a Antioquia y Sucre con dos casos cada uno y Barranquilla, Córdoba y La Guajira con un caso cada uno.
- Tres casos fueron descartados, dos de Cartagena y uno del Meta.

Comparado con el año anterior se habían notificado 74 casos y confirmado 59; esto representa una disminución del 39,6 % en los casos notificados y del 27,1 % en los casos confirmados en comparación con el año 2014.

- *Tos ferina*

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado 5 869 casos. Se evidencia una disminución del 5,9 % en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 6 305 casos hasta la misma semana epidemiológica (ver gráfica 17).

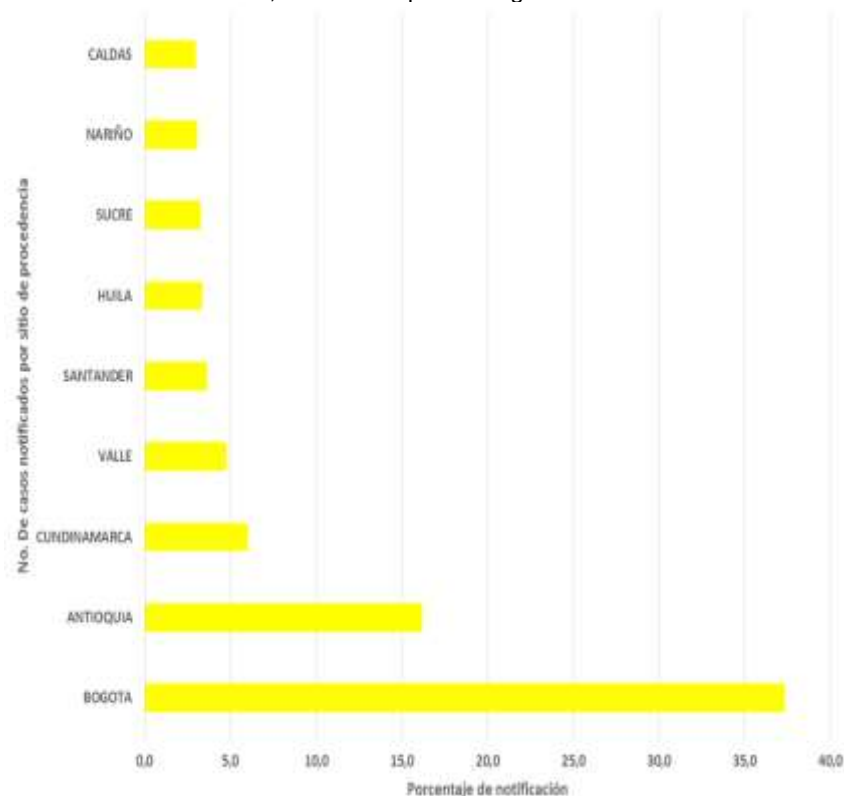
Gráfica 17. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los 5 869 casos notificados para tos ferina a Sivigila, el 80 % de los casos (4 741 casos) se concentra en 10 entidades territoriales: Bogotá 37,3 % (2 192 casos), Antioquia 16,2 % (951 casos), Cundinamarca 6,0 %, (354 casos), Valle del Cauca 4,8 % (282 casos), Santander 3,7 % (216 casos), Huila 3,4 % (198 casos), Sucre 3,3 % (193 casos) y Nariño 3,1 % (180 casos), (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los 5 869 casos notificados a semana 50 se han confirmado 682 casos para tos ferina y según entidad territorial de procedencia el 82,1 % de los casos se concentran en: Antioquia con el 18,5 %, Bogotá (15 %), Valle del Cauca (8,7 %), Huila (7,6 %), Santander (5,0 %), Sucre (4,8 %), Caldas (4,7 %), Norte de Santander (4,0 %), Cundinamarca y Nariño (3,8 % respectivamente), Arauca (3,4 %) y Santa Marta (2,9 %).

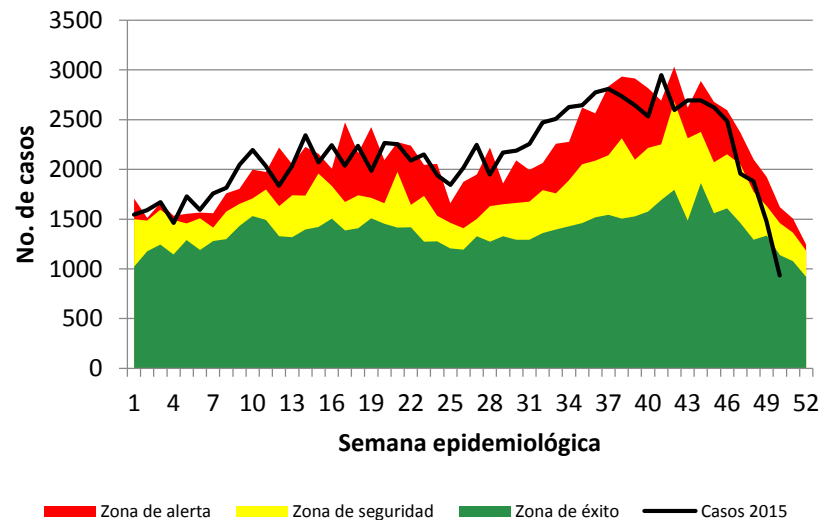
• Varicela

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado 107 638 casos de varicela, con un aumento del 5,1 % en relación con el año anterior, en el cual se habían reportado 101 587 casos. A semana 50 la incidencia para el país es de 211 casos por 100 000 habitantes.

De acuerdo con el canal endémico de los casos notificados al Sivigila varicela ha tenido un comportamiento epidémico durante todo el año 2015; iniciamos el año en zona de alerta, para la semana epidemiológica 50 se termina en zona de seguridad probablemente debido a la notificación tardía (Ver gráfica 19).

Planeta Rica, una en Tierralta, una en Momil, una en Cerete, una en Montería y una en Valencia (Córdoba), tres muertes en el distrito de Santa Marta, dos de Villavicencio (Meta), una muerte en Arauca y una de Valle de Cauca, una de Tolima y una del exterior notificada por Barranquilla; a semana epidemiológica 48 se descartan tres muertes asociadas a varicela.

Gráfica 19. Canal endémico de varicela, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana 50 se han notificado 33 muertes relacionadas con varicela, una procedente de Barranquilla, una en Carmen de Viboral y otra en Caucasia (Antioquia), una en Acevedo (Huila), una en San Juan de Betulia, una en Corozal, una en San Pedro y una en Sincé (Sucre), una de Puerto Wilches (Santander), una en El Carmen (Norte de Santander), tres en el distrito de Bogotá, tres de Magangué (Bolívar), una en el distrito de Cartagena, una en

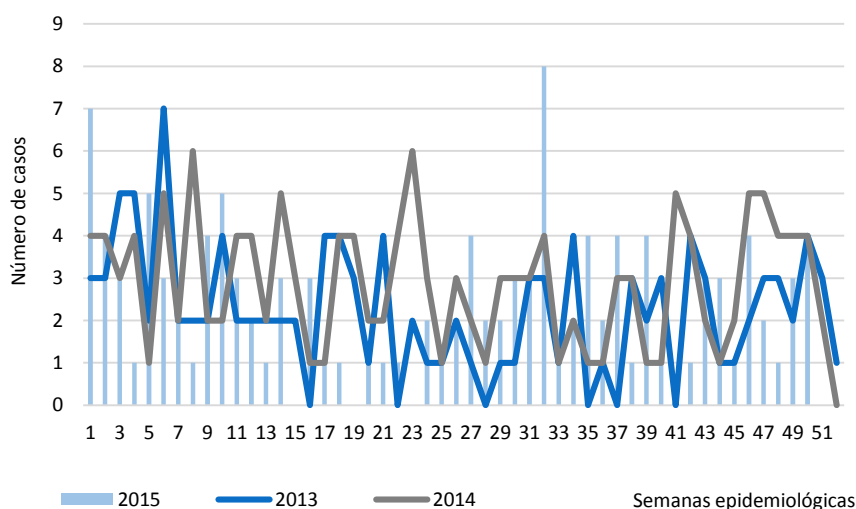
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron cuatro muertes por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años correspondiente a esta semana de notificación y 16 muertes descartadas de las semanas epidemiológicas 1, 2, 5, 9, 10, 15, 16, 17, 24, 27, 28, 33, 36, 38 y 48 para un acumulado de 120 casos (ver gráfica 20).

Gráfica 20. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2013-2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la mortalidad es de 27,77 x 1 000 000 habitantes menores de cinco años, con una mayor tasa en el grupo de menores de un año de edad (ver tabla 6).

Tabla 6. Tasa de mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

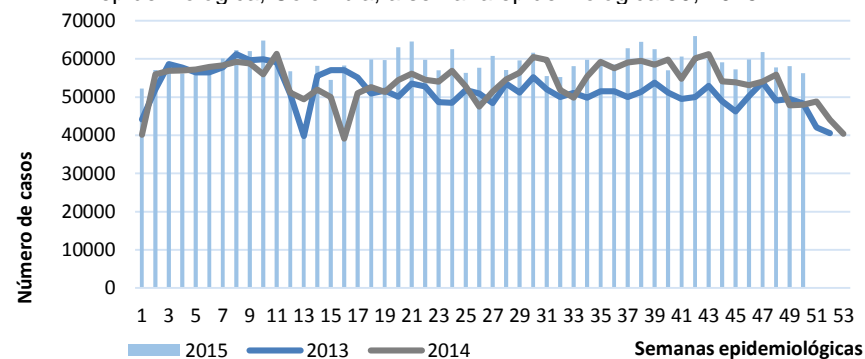
Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 50	Mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores de una año	873444	64	73,27
de 1 a 4 años	3448193	56	16,24
Total país	4321637	120	27,77

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 50 de 2015, 28 de las entidades territoriales han reportado muertes por EDA en menores de 5 años.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron 56 266 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia, con un total acumulado para el país de 2 935 761 casos (ver gráfica 21).

Gráfica 21. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Todas las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA esta semana epidemiológica, con un aumento del 17,30% casos con respecto del año anterior; los casos acumulados aumentan igualmente con un valor del 7,65%; dicho número de casos se ajusta de manera semanal con el ingreso de la información de las UPGD (ver tabla 7).

Tabla 7. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 50	47.967	56.266	17,30%
Casos Acumulados a SE 50	2.727.037	2.935.761	7,65%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A semana epidemiológica 50 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 59,67 casos por 1000 habitantes son Amazonas, el distrito de Bogotá, Quindío, Meta, el distrito de Barranquilla, Nariño, La Guajira, Magdalena y Antioquia, que aportan el 25% del total casos del evento en el país (ver tabla 8).

Tabla 8. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

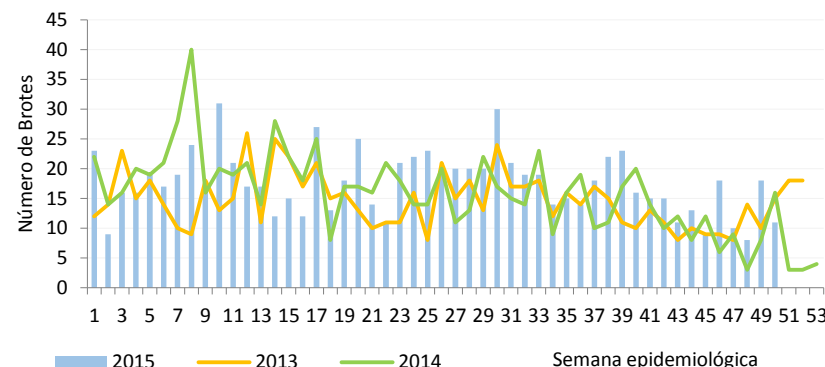
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población estimada (DANE 2015)	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	7614	0,3%	76.243	99,86
Bogotá	760225	25,9%	7.878.783	96,49
Quindío	42413	1,4%	565.310	75,03
Meta	62532	2,1%	961.334	65,05
Barranquilla	77992	2,7%	1.218.475	64,01
Nariño	111229	4%	1.744.228	63,77
La Guajira	60620	2%	957.797	63,29
Magdalena	47959	2%	775.957	61,81
Antioquia	396753	14%	6.456.299	61,45
Colombia	2935761	100,00%	48.203.405	60,90

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

• ETA

Después del proceso de depuración se tiene que hasta la semana epidemiológica 50 del 2015 se notificaron al Sivigila 10147 casos de ETA, involucrados en 877 brotes. En relación con los brotes de ETA por semana epidemiológica hubo un aumento en la notificación del 6,6% en las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 17,5 (ver gráfica 22).

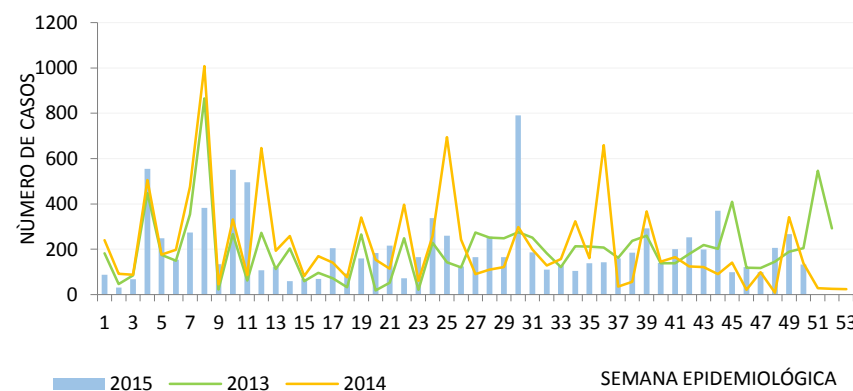
Gráfica 22. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 9,3% con respecto de las mismas semanas del 2014; durante el 2015, el promedio de casos por semana es de 202 (ver gráfica 23).

Gráfica 23. Notificación de casos de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 50 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son los de 10 a 14 años (15,7%), los de 5 a 9 años (15,4%) y los de 15 a 19 años (10,6%). El 56% de los casos están como confirmados

por clínica, el 24% como probables, el 15% como confirmados por laboratorio y el 5% confirmados por nexo epidemiológico.

En el análisis por entidad territorial de procedencia, Bogotá, Atlántico y Antioquia fueron las que presentaron un mayor número de brotes (ver tabla 9).

Tabla 9. Brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Antioquia	113	12,9
Atlántico	87	9,9
Barranquilla	14	1,6
Bogotá	111	12,7
Bolívar	21	2,4
Boyacá	29	3,3
Caldas	10	1,1
Caquetá	9	1,0
Cartagena	31	3,5
Cauca	8	0,9
Cesar	24	2,7
Córdoba	3	0,3
Cundinamarca	12	1,4
Chocó	6	0,7
Huila	44	5,0
La Guajira	33	3,8
Magdalena	42	4,8
Meta	10	1,1
Nariño	34	3,9
Norte De Santander	17	1,9
Quindío	22	2,5
Risaralda	11	1,3
Santa Marta	0	0,0
Santander	20	2,3
Sucre	57	6,5
Tolima	14	1,6
Valle Del Cauca	54	6,2
Arauca	8	0,9
Casanare	14	1,6
Putumayo	14	1,6
San Andrés	2	0,2
Amazonas	0	0,0
Guainía	0	0,0
Guaviare	1	0,1
Vaupés	0	0,0
Vichada	2	0,2
Nacional	877	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En 35 brotes se ha identificado agentes patógenos procedentes de muestras biológicas y en 29 brotes se han identificado agentes patógenos procedentes de muestras de alimentos (ver tabla 10).

Tabla 10. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas, alimentos y agua procedentes de brotes de ETA (notificación colectiva), Colombia, periodo epidemiológico XII - 2015.

Agente etiológico identificado	Muestra biológica	Muestra de alimentos	Total
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	28	34
**Coliformes totales	9	23	32
<i>Escherichia coli</i>	15	10	25
**Coliformes fecales	4	19	23
<i>Salmonella</i> spp	18	0	18
<i>Fasciola hepática</i>	12	0	12
<i>Lodamoeba butschlii</i>	5	0	5
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	1	3
<i>Shigella</i> sp	1	2	3
<i>Taenia solium</i>	3	0	3
<i>Bacillus cereus</i>	1	1	2
<i>Vibrio</i> sp	2	0	2
Hepatitis A	2	0	2
<i>Endolimax nana</i>	2	0	2
<i>Streptococcus</i> sp	1	0	1
<i>Proteus</i> sp	1	0	1
Rotavirus	1	0	1
Complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	1	0	1
Uncinarias	1	0	1
<i>Listeria monocytogenes</i>	0	1	1
Total	87	85	172

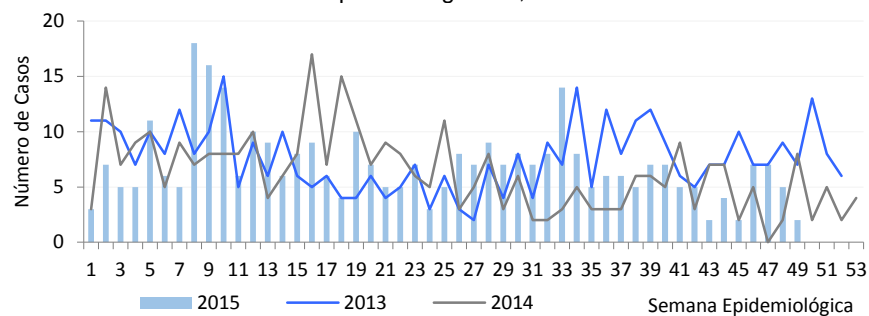
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia - ** No se consideran agentes etiológicos causales de ETA.

En la semana epidemiológica 50 se notificaron 11 brotes en Atlántico, Bogotá, Cartagena, Boyacá, Cesar, Sucre, Valle del Cauca y Guaviare; los establecimientos implicados fueron hogar (cinco brotes), otros establecimientos (cuatro brotes), establecimiento militar (un brote) y restaurante comercial (un brote).

• Fiebre tifoidea y paratifoidea

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado 341 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, no se notificaron casos en esta semana. Se observa un aumento en la notificación del 6,6% con respecto a las mismas semanas del 2014 (ver gráfica 24).

Gráfica 24. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 75% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 60,1% de los casos fueron notificados por Antioquia, Norte de Santander y Huila (ver tabla 11).

Tabla 11. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Antioquia	105	30,8
Norte De Santander	77	22,6
Huila	23	6,7
Meta	16	4,7
Valle Del Cauca	13	3,8
Bolívar	11	3,2
Cauca	11	3,2
Nariño	11	3,2
Chocó	10	2,9
Sucre	10	2,9
Bogotá	9	2,6
Cesar	6	1,8
Santander	6	1,8
Cartagena	4	1,2
Cundinamarca	4	1,2
La Guajira	4	1,2
Barranquilla	3	0,9
Caldas	3	0,9
Magdalena	3	0,9
Risaralda	3	0,9
Santa Marta	3	0,9
Córdoba	1	0,3
Quindío	1	0,3
Tolima	1	0,3
Putumayo	1	0,3
San Andrés	1	0,3
Exterior	1	0,3
Total	341	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 50 de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 5 a 9 años (13,8%), de 10 a 14 años (12%) y de 20 a 24 años (12%) (ver tabla 12).

Tabla 12. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	37	10,9
5-9	47	13,8
10-14	41	12,0
15-19	31	9,1
20-24	41	12,0
25-29	30	8,8
30-34	25	7,3
35-39	21	6,2
40-44	7	2,1
45-49	9	2,6
50-54	15	4,4
55-59	11	3,2
60-64	8	2,3
65-69	5	1,5
70-74	6	1,8
75-79	2	0,6
80 Y MÁS	5	1,5
TOTAL	341	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En 14 entidades territoriales se han confirmado casos para fiebre tifoidea, las principales entidades territoriales son Norte de Santander, Antioquia y Meta (ver tabla 13).

Tabla 13. Casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.

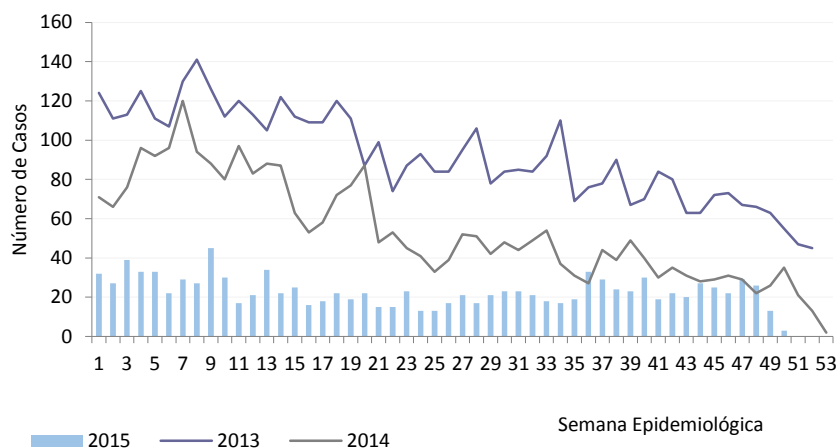
Entidad Territorial	Número de Casos	Tasa de incidencia por 100000 habitantes,
Norte de Santander	70	5,16
Antioquia	67	1,04
Meta	9	0,94
Nariño	11	0,63
Huila	4	0,35
Bolívar	5	0,24
Cesar	2	0,19
Sucre	1	0,12
Risaralda	1	0,11
Santander	2	0,10
Valle del Cauca	4	0,09
Bogotá D.C.	6	0,08
Cundinamarca	2	0,07
Córdoba	1	0,06
Colombia	185	0,38

Fuente: LNR – grupo de microbiología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Hepatitis A

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 50 se notificaron 1154 casos de hepatitis A, de los cuales cinco se notificaron esta semana; el 52,3% fueron confirmados por laboratorio, 47,1% por clínica y 0,7% por nexo epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica 50 se presentó una disminución en la notificación del 58,9% respecto al 2014 (ver gráfica 25).

Gráfica 25. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según el lugar de procedencia se observa que el mayor número de casos notificados provienen de: Antioquia (24,6%), Valle del Cauca (9%), Bogotá (7,6%) y Huila (5,6%) (ver tabla 14).

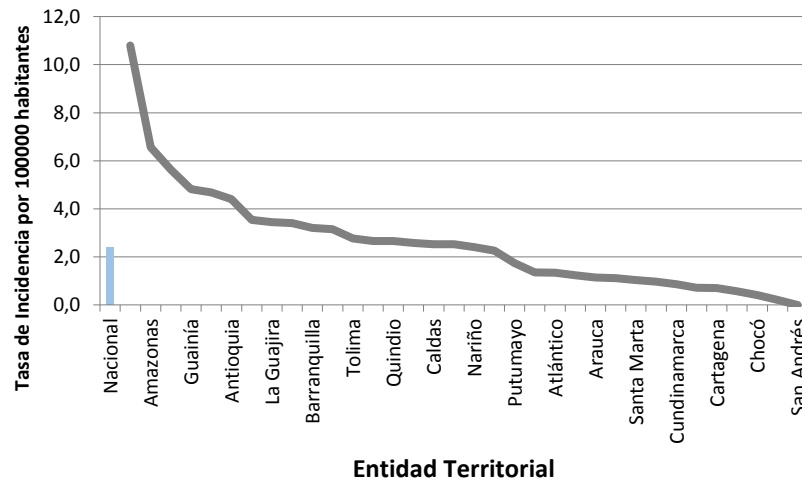
Tabla 14. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad Territorial	Nº Casos	Porcentaje
Antioquia	284	24,6
Valle Del Cauca	104	9,0
Bogotá	88	7,6
Huila	65	5,6
Norte De Santander	48	4,2
Cauca	47	4,1
Meta	45	3,9
Nariño	42	3,6
Barranquilla	39	3,4
Tolima	39	3,4
Boyacá	34	2,9
Atlántico	33	2,9
La Guajira	33	2,9
Risaralda	30	2,6
Santander	28	2,4
Caldas	25	2,2
Cundinamarca	23	2,0
Sucre	22	1,9
Córdoba	21	1,8
Quindío	15	1,3
Bolívar	12	1,0
Guaviare	12	1,0
Cesar	10	0,9
Magdalena	9	0,8
Casanare	9	0,8
Cartagena	7	0,6
Putumayo	6	0,5
Santa Marta	5	0,4
Amazonas	5	0,4
Exterior	4	0,3
Arauca	3	0,3
Chocó	2	0,2
Guainía	2	0,2
Vichada	2	0,2
Caquetá	1	0,1
San Andrés	0	0,0
Vaupés	0	0,0
Total	1154	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 50 fue de 2,4 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Guaviare con 10,8, Amazonas con 6,6 y Huila con 5,63 casos por 100 000 habitantes (ver gráfica 26).

Gráfica 26. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 12% en rural y el 8% en centro poblado. En cuanto a la población, el 95,6% pertenece a otros grupos étnicos, el 2,4% a indígenas, el 1,7% afrocolombianos, el 0,4% a ROM y gitanos.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (15,9%), 25 a 29 años (12,8%) y 5 a 9 años (11,8%). El 38% de los casos fueron hospitalizados.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por vectores

• Chagas

En la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron al Sivigila 15 casos de enfermedad de Chagas, correspondientes a casos crónicos, cuatro corresponden a la semana 50 y 11 casos a semanas anteriores.

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 el acumulado es de 932 casos, de los cuales 92,4 % (861/932) corresponden a casos crónicos (437 confirmados y 424 probables) y 7,6 % (71/932) corresponden a casos agudos (13 confirmados y 58 probables), con disminución del 18,1 % en referencia al año anterior, en el cual se notificaron 1138 casos a la misma semana.

Los casos crónicos fueron notificados por 28 entidades territoriales; Boyacá notificó la mayor proporción de casos con el 16,84%, seguido de Santander con un 15,68%, Casanare con un 14,98%, el distrito de Bogotá con un 14,05% y La Guajira con un 10,10%, territorios que notificaron el 71,66 % de los casos a nivel nacional (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad Territorial	Casos Probables	Frecuencia relativa	Casos Confirmados	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
Boyaca	132	31,13	13	2,97	145	16,84
Santander	68	16,04	67	15,33	135	15,68
Casanare	13	3,07	116	26,54	129	14,98
Bogota	71	16,75	50	11,44	121	14,05
Guajira	2	0,47	85	19,45	87	10,10
Cesar	38	8,96	23	5,26	61	7,08
Norte Santander	6	1,42	33	7,55	39	4,53
Arauca	12	2,83	20	4,58	32	3,72
Tolima	27	6,37	4	0,92	31	3,60
Cundinamarca	12	2,83	7	1,60	19	2,21
Guaviare	10	2,36	0	0,00	10	1,16
Huila	5	1,18	4	0,92	9	1,05
Meta	7	1,65	1	0,23	8	0,93
Guainia	1	0,24	4	0,92	5	0,58
Antioquia	3	0,71	1	0,23	4	0,46
Valle	3	0,71	1	0,23	4	0,46
Caqueta	4	0,00	0	1,10	4	0,46
Bolivar	0	0,00	3	0,69	3	0,35
Barranquilla	2	0,47	0	0,00	2	0,23
Caldas	2	0,47	0	0,00	2	0,23
Quindio	2	0,47	0	0,00	2	0,23
Sucre	0	0,00	2	0,46	2	0,23
Putumayo	2	0,47	0	0,00	2	0,23
Cauca	0	0,00	1	0,23	1	0,12
Nariño	0	0,00	1	0,23	1	0,12
Risaralda	1	0,24	0	0,00	1	0,12
Sta Marta D.E.	1	0,24	0	0,00	1	0,12
Vichada	0	0,00	1	0,23	1	0,12
Total casos	424	100%	437	100%	861	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En cuanto a la distribución de casos agudos de la enfermedad de Chagas, las entidades territoriales de Boyacá, Casanare, Córdoba, Cundinamarca, Antioquia, Cesar y Tolima, registran el 62 % de los casos notificados a nivel nacional; los nueve casos de procedencia desconocida fueron notificados por Bogotá. El 18,31% (13/71) de casos notificados en fase aguda han sido confirmado por laboratorio (ver tabla 15).

Tabla 15. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
Boyaca	13	1	14	1,41
Casanare	5	8	13	11,27
Cordoba	3	1	4	1,41
Cundinamarca	4	0	4	0,00
Antioquia	3	0	3	0,00
Cesar	2	1	3	1,41
Tolima	3	0	3	0,00
Guajira	2	0	2	0,00
Huila	2	0	2	0,00
Norte Santander	1	1	2	1,41
Arauca	1	0	1	0,00
Atlantico	1	0	1	0,00
Barranquilla	1	0	1	0,00
Bolivar	1	0	1	0,00
Cauca	1	0	1	0,00
Magdalena	1	0	1	0,00
Meta	1	0	1	0,00
Nariño	1	0	1	0,00
Putumayo	1	0	1	0,00
Sucre	1	0	1	0,00
Valle	1	0	1	0,00
Desconocido	9	0	9	1,41
*Exterior	0	1	1	0,00
Total	58	13	71	18,31

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

*El caso fue notificado por el departamento de Norte de Santander

• Chikunguña

Durante el año 2014 se presentaron un total de 106.763 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 50 se notificaron 357.155 casos, de los cuales 353.393 fueron confirmados por clínica, 3.188 confirmados por laboratorio y 574 sospechosos (ver tabla 16).

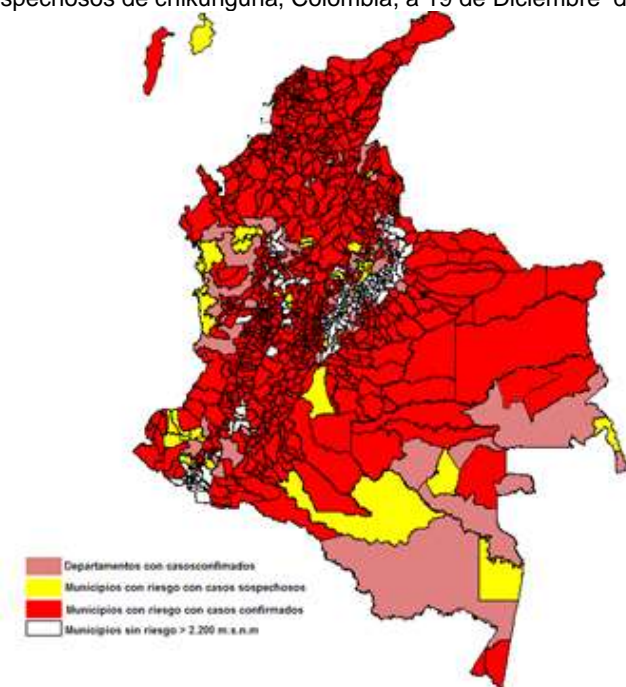
Tabla 16. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 19 de Diciembre de 2015

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 50-2015	762	0	3	765
Acumulado 2015	354.228	3.189	577	357.994
Acumulado 2014	104.405	1.456	902	106.763

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se ha demostrado circulación viral en 35 entidades territoriales quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y sospechosos: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Guainía, Guaviare, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; en estos casos la entidad territorial aparecerá en rosado (ver mapa 6).

Mapa 6. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, a 19 de Diciembre de 2015



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Casos notificados por regiones de Colombia

En la región de la Amazonía se han reportado 199 casos confirmados por laboratorio procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Vaupés y Putumayo (ver tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de autóctonos de chikunguña en la región Amazonía por municipio de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	Amazonas	10	5	4	19
	Caquetá	6.611	41	16	6.668
	Guainía	53	25	1	79
	Guaviare	1.909	105	0	2.014
	Vaupés	2	3	1	6
	Putumayo	937	20	0	957
Total		9.522	199	22	9.743

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la región Central se han reportado casos confirmados por laboratorio y por clínica en las entidades territoriales de: Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Quindío y Tolima (ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Central por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	Antioquia	14.595	173	163	14.931
	Bogotá*	0	1	14	15
	Caldas	2.958	57	18	3.033
	Cundinamarca	17.594	249	27	17.870
	Huila	28.684	205	0	28.889
	Quindío	5.801	29	0	5.830
	Risaralda	4.806	65	1	4.872
	Tolima	41.117	350	33	41.500
	Total	115.555	1.129	256	116.940

*Bogotá D.C.: es necesario que el distrito de Bogotá ajuste la procedencia de los casos notificados al Sivigila.

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la región Oriental se han reportado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Boyacá, Norte de Santander y Santander (ver tabla 19).

Tabla 19. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Oriental por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	Boyacá	739	67	30	836
	Norte Santander	6.119	86	6	6.211
	Santander	11.614	89	84	11.787
	Total	18.472	242	120	18.834

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La región Orinoquía ha notificado 355 casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Arauca, Casanare, Meta y Vichada (ver tabla 20).

Tabla 20. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Orinoquía por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	Arauca	5.464	64	0	5.528
	Casanare	15.507	136	0	15.643
	Meta	20.969	129	79	21.177
	Vichada	282	26	0	308
Total		42.235	355	79	42.669

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La región Pacífica ha notificado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Chocó (ver tabla 21).

Tabla 21. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Pacífico por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	Cauca	3.732	50	5	3.787
	Chocó	940	31	54	1.025
	Nariño	2.250	48	34	2.332
	Valle	118.938	1.023	4	119.965
Total		125.860	1.152	97	127.109

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la región Caribe se ha presentado casos confirmados por clínica reportados por las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés, Sucre y Santa Marta (ver tabla 22).

Tabla 22. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Caribe por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	Atlántico	1.995	7	0	2.002
	Barranquilla	6.129	3	0	6.132
	Bolívar	622	7	0	629
	Cartagena	504	5	0	509
	Cesar	3.787	48	0	3.835
	Córdoba	12.638	9	1	12.648
	Guajira	4.475	9	0	4.484
	Magdalena	2.505	4	0	2.509
	San Andrés	1.229	2	2	1.233
	Santa Marta D.E.	1.623	7	0	1.630
	Sucre	7.077	11	0	7.088
	Total	42.584	112	3	42.699

La distribución de las muertes por departamento de procedencia y notificación se presentan a continuación (ver tabla 23).

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud

[illegible]

Recomendaciones en vigilancia

- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920, con lo cual además se podrán verificar o buscar casos a través las búsquedas activas institucionales.
- Es muy 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.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikunguña, solo en la excepción de tener resultado de laboratorio positivos para los dos eventos.
- 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 con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva
- En los municipios que tienen casos importados, pero donde no se ha demostrado circulación autóctona no deben confirmarse casos por clínica.
- Deben ajustarse los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikunguña y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.
- 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, mayores de 65 años y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217 y 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

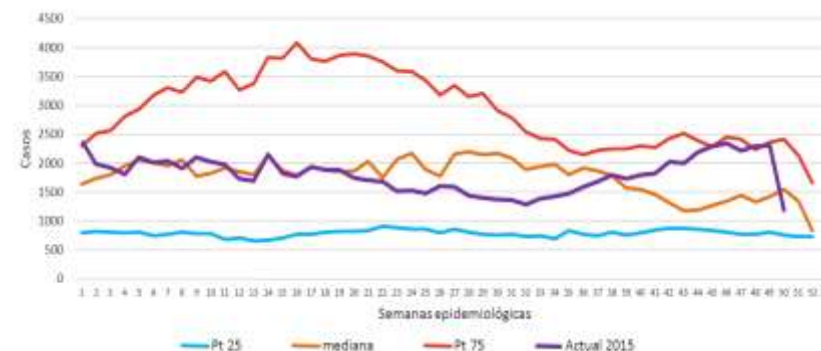
Información por departamento y municipio.

<http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Lo-que-debes-saber-sobre-la-fiebre-Chikungunya.aspx#.VRllyfmG-So>

Dengue

El canal endémico de dengue se ha ubicado en zona de brote durante el 4,0 % (2/50) de las semanas epidemiológicas, 54,0 % (27/50) en zona de éxito y seguridad y 42,0% (21/50) en la zona de alarma. Es importante tener en cuenta los efectos que pueden ocasionarse en la construcción del canal debido al retraso en la notificación. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2010 a 2014 (ver gráfica 27).

Gráfica 27. Canal endémico de dengue, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado en el Sistema de Vigilancia Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto

Nacional de Salud, 89094 casos (98,6 %) de dengue y 1288 casos (1,4 %) de dengue grave.

En relación con el mismo periodo epidemiológico de 2014, hubo una reducción de 16803 casos, lo que representa un 15,7 % de disminución. Se han notificado en promedio 1807 casos semanales en lo corrido de 2015.

Por sexo, el 51,6 % de los casos de dengue se registró en hombres. En general el 49,6 % pertenecen al régimen contributivo, 41,8 % al régimen subsidiado. El 33,7 % de los casos de dengue se concentró en los menores de 14 años y 52,0 % de los casos de dengue grave. En general, se han notificado 933 casos (1,0%) en población indígena y 2438 casos (2,7 %) en afrocolombianos (ver tabla 24).

Tabla 24. Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	43175	48,5%	611	47,4%	43786	48,4%
	Masculino	45919	51,5%	677	52,6%	46596	51,6%
Tipo de régimen	Contributivo	44300	49,7%	496	38,5%	44796	49,6%
	Especial	2588	2,9%	31	2,4%	2619	2,9%
	No afiliado	2934	3,3%	52	4,0%	2986	3,3%
	Excepción	2154	2,4%	18	1,4%	2172	2,4%
	Subsidiado	37117	41,7%	691	53,6%	37808	41,8%
Pertenencia étnica	Indígena	914	1,0%	19	1,5%	933	1,0%
	ROM, Gitano	379	0,4%	8	0,6%	387	0,4%
	Raizal	109	0,1%	0	0,0%	109	0,1%
	Palenquero	13	0,0%	0	0,0%	13	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	2408	2,7%	30	2,3%	2438	2,7%
	Otro	85271	95,7%	1231	95,6%	86502	95,7%
Grupos de edad	Menor de 1 año	2625	2,9%	87	6,8%	2712	3,0%
	1 a 4 años	6140	6,9%	114	8,9%	6254	6,9%
	5 a 9 años	10052	11,3%	258	20,0%	10310	11,4%
	10 a 14 años	11227	12,6%	211	16,4%	11438	12,7%
	15 a 19 años	9814	11,0%	135	10,5%	9949	11,0%
	20 a 24 años	8420	9,5%	91	7,1%	8511	9,4%
	25 a 29 años	7437	8,3%	46	3,6%	7483	8,3%
	30 a 34 años	6440	7,2%	43	3,3%	6483	7,2%
	35 a 39 años	5039	5,7%	39	3,0%	5078	5,6%
	40 a 44 años	4110	4,6%	35	2,7%	4145	4,6%
	45 a 49 años	3707	4,2%	34	2,6%	3741	4,1%
	50 a 54 años	3664	4,1%	39	3,0%	3703	4,1%
	55 a 59 años	2764	3,1%	28	2,2%	2792	3,1%
	60 a 64 años	2120	2,4%	21	1,6%	2141	2,4%
	65 y más años	5535	6,2%	107	8,3%	5642	6,2%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80,2 % de los casos de dengue procede de 12 entidades territoriales: Valle del Cauca con 20,9 %, Tolima con 9,6 %, Santander con 9,0 %, Antioquia con 7,0 %, Meta con 6,7 %, Huila con 5,0 %, Cesar con 4,5 %, Norte de Santander con 4,2 %, Quindío con 4,0 %, Cundinamarca con 3,4 %, Sucre con 3,1 % y Atlántico con 3,0 %. Para dengue grave el 80 % de los casos se concentró en 12 entidades territoriales: Tolima con el 22,4 %, Huila con 12,6 %, Valle del Cauca con 9,5 %, Bolívar con 5,4 %, Cesar con 4,7 %, Antioquia con 4,3 %, Sucre con 4,2 %, Norte De Santander con 4,0 %, Atlántico con 3,8 %, Meta con 3,3 %, Santander con 3,2 % y Cundinamarca con 2,7%.

El 50 % de los casos de dengue procede de 23 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Ibagué, Medellín, Bucaramanga, Villavicencio, Cúcuta, Valledupar, Armenia y Neiva, que a su vez han notificado más de 1600 casos durante las 50 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, El 50 % de los casos de dengue procede de 21 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Ibagué, Cali, Neiva, Barranquilla, Purificación, Magangué, Medellín y Cúcuta, que a su vez han notificado más de 25 casos en 2015.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 50 de 2015 es de 338 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. La incidencia nacional fue superada por 19 entidades territoriales, siendo Tolima, Meta, Boyacá, Casanare, Quindío, Cundinamarca, Putumayo y Huila las entidades que presentaron proporciones de incidencia superiores a 550 casos por 100000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue en municipio hiperendemicos se observó que Acacias, Melgar, Ibagué, Espinal, Yopal, San Gil, Aguazul, Calarcá, Garzón, Armenia y Cali, presentaron incidencias superiores a 570 casos por 100 000 habitantes. Para dengue grave los municipios de Ibagué, Espinal, Neiva y Aguazul presentaron incidencias superiores a 10,6 casos por 100.000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 65,2 % (20413/31330); la hospitalización para los casos de dengue grave fue de 92,4 % (1190/128), Guaviare, Arauca, Magdalena, Atlántico, Casanare, La Guajira y Cundinamarca, presentaron hospitalizaciones inferiores al 80 %. Siete entidades territoriales reportaron un 100 % de hospitalización (San Andrés, Putumayo, Cartagena, Nariño, Caldas, Amazonas y Boyacá.

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han confirmado 69 muertes por dengue, procedentes de las entidades territoriales de La Guajira, Cauca, Amazonas, Cartagena, Santa Marta, Magdalena, Casanare y Quindío, con una muerte cada una; Caquetá, Caldas y Sucre, con dos muertes cada una; Huila, Córdoba, Cesar, Bolívar y Santander, con tres muertes, Meta con cuatro muertes, Norte de Santander con cinco muertes, Cundinamarca con seis muertes, Valle del Cauca con siete muertes y Tolima con 18 muertes. Se han confirmado siete casos de co-infección dengue – chikunguña.

• Fiebre amarilla

En la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron tres casos probables de fiebre amarilla al Sivigila.

El acumulado a semana epidemiológica 50 de 2015 es de 27 casos notificados al Sivigila como casos probables, que representa una disminución de la notificación del 27 % en relación con el año anterior, en el cual se habían notificado 37 casos a la misma semana. De los 27 casos notificados como probables (23/27), el 81,5 % tienen reportes de laboratorio negativos para fiebre amarilla y cuatro casos se encuentran en estudio (ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

Departamento de procedencia	Casos Confirmados	Resultados Negativos	En Estudio	Total de Casos	Frecuencia Relativa
Meta	0	5	2	7	25,93
Antioquia	0	3	0	3	11,11
Caqueta	0	1	1	2	7,41
Guaviare	0	2	0	2	7,41
Vichada	0	2	0	2	7,41
Arauca	0	1	0	1	3,70
Bogota	0	1	0	1	3,70
Cordoba	0	1	0	1	3,70
Guainia	0	1	0	1	3,70
Huila	0	1	0	1	3,70
Magdalena	0	1	0	1	3,70
Nariño	0	1	0	1	3,70
Risaralda	0	1	0	1	3,70
Valle	0	0	1	1	3,70
*Exterior	0	2	0	2	7,41
Total	0	23	4	27	100

Fuente: SIVIGILA Instituto Nacional de Salud, Colombia

*Los casos fueron notificado por las entidades territoriales de Antioquia y Valle del Cauca

• Leishmaniasis

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificaron al SIVIGILA 7645 casos confirmados de Leishmaniasis distribuidos así: 7527 casos (98,5 %) de Leishmaniasis cutánea, 103 casos (1,3 %) de Leishmaniasis mucosa y 15 casos (0,2 %) de leishmaniasis visceral. Respecto al mismo periodo del año 2014, se presentó una reducción de 3591 casos, es decir 32 % de variación.

Los casos proceden de 31 entidades territoriales y 440 municipios, con una mayor carga en los departamentos de Antioquia, Meta, Tolima, Santander, Chocó, Nariño, Norte de Santander y Guaviare, que a su vez concentraron el 72,3 % de la notificación (ver tabla 26).

Tabla 26. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	1533	20	0	1553	20,3%	20,3%
Meta	993	14	0	1007	13,2%	33,5%
Tolima	899	2	0	901	11,8%	45,3%
Santander	485	3	0	488	6,4%	51,7%
Choco	468	5	0	473	6,2%	57,8%
Nariño	387	2	0	389	5,1%	62,9%
Norte Santander	374	1	0	375	4,9%	67,8%
Guaviare	330	13	0	343	4,5%	72,3%
Bolívar	265	4	10	279	3,6%	76,0%
Risaralda	267	0	0	267	3,5%	79,5%
Caquetá	251	8	0	259	3,4%	82,9%
Córdoba	210	4	2	216	2,8%	85,7%
Putumayo	188	4	0	192	2,5%	88,2%
Cundinamarca	154	6	0	160	2,1%	90,3%
Valle	113	1	0	114	1,5%	91,8%
Vichada	103	0	0	103	1,3%	93,1%
Caldas	95	1	0	96	1,3%	94,4%
Cauca	83	2	0	85	1,1%	95,5%
Boyacá	66	2	0	68	0,9%	96,4%
Sucre	42	0	3	45	0,6%	97,0%
Guainía	41	2	0	43	0,6%	97,5%
Vaupés	35	1	0	36	0,5%	98,0%
Huila	24	1	0	25	0,3%	98,3%
Amazonas	24	1	0	25	0,3%	98,7%
Desconocido	21	1	0	22	0,3%	98,9%
Arauca	16	2	0	18	0,2%	99,2%
Cesar	17	1	0	18	0,2%	99,4%
Exterior	15	0	0	15	0,2%	99,6%
Guajira	8	1	0	9	0,1%	99,7%
Casanare	7	0	0	7	0,1%	99,8%
Santa Marta D. E	5	1	0	6	0,1%	99,9%
Cartagena	5	0	0	5	0,1%	100,0%
Magdalena	3	0	0	3	0,0%	100,0%
Total	7527	103	15	7645		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 26 % de los casos se concentró en los municipios de: Rovira (Tolima) con 260 casos (3,4 %), Pueblo Rico (Risaralda) con 234 casos (3,1 %), Rio Blanco (Risaralda) con 230 casos (3,0 %), Tumaco (Nariño) con 223 casos (2,9 %), San José del Guaviare con 195 casos (2,6 %), Dabeiba (Antioquia) con 177 casos (2,3 %), Arboledas (Norte de Santander) con 140 casos (1,8 %), Taraza (Antioquia) con 129 casos (1,7 %), Tierra Alta (Córdoba) con 127 casos (1,7%) y Vista Hermosa (Meta) con 117 casos (1,5 %). Para el caso de leishmaniasis visceral, los casos se concentraron en el municipio de El Carmen de Bolívar con ocho casos (57,1%).

Los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa se concentraron en hombres, en los grupos de edad de 20 a 24 años, con mayor

frecuencia en pacientes que pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el régimen de excepción; de áreas rurales, es decir, que corresponden a población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito. Para leishmaniasis visceral los casos se concentraron en pacientes menores de cuatro años (93,3 %), que en su totalidad refieren aseguramientos al régimen subsidiado (ver tabla 27).

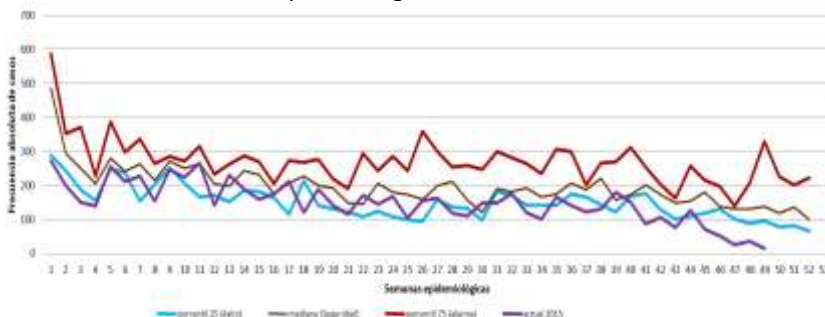
Tabla 27. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		7527	103	15
Sexo	Femenino	20,7%	16,5%	53,3%
	Masculino	79,3%	83,5%	46,7%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,4%	0,0%	26,7%
	1 a 4 años	4,4%	0,0%	66,7%
	5 a 9 años	5,6%	1,9%	0,0%
	10 a 14 años	6,7%	1,0%	6,7%
	15 a 19 años	11,7%	10,7%	0,0%
	20 a 24 años	27,0%	21,4%	0,0%
	25 a 29 años	15,3%	21,4%	0,0%
	30 a 34 años	8,7%	8,7%	0,0%
	35 a 39 años	4,9%	10,7%	0,0%
	40 a 44 años	3,4%	8,7%	0,0%
	45 a 49 años	2,7%	3,9%	0,0%
	50 a 54 años	2,5%	3,9%	0,0%
	55 a 59 años	2,4%	1,9%	0,0%
	60 a 64 años	1,5%	2,9%	0,0%
	65 y más años	2,7%	2,9%	0,0%
Pertenencia étnica	Indígena	4,7%	1,0%	6,7%
	ROM	0,3%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,1%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,1%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	5,3%	8,7%	0,0%
	Otros	89,5%	90,3%	93,3%
Área de procedencia	Cabecera municipal	11,3%	13,6%	13,3%
	Centro poblado	17,2%	35,9%	46,7%
	Rural disperso	71,4%	50,5%	40,0%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,1%	13,6%	0,0%
	Especial	0,5%	1,0%	0,0%
	No afiliado	4,6%	3,9%	0,0%
	Excepción	41,7%	48,5%	0,0%
	Subsidiado	48,0%	33,0%	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado entre las zonas de éxito y seguridad durante 44 semanas epidemiológicas (88,0 %) y en zona de alarma en las semanas epidemiológicas 11, 13, 17, 22, 30 y 39 del año 2015 (ver gráfica 28).

Gráfica 28 Canal endémico nacional de Leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

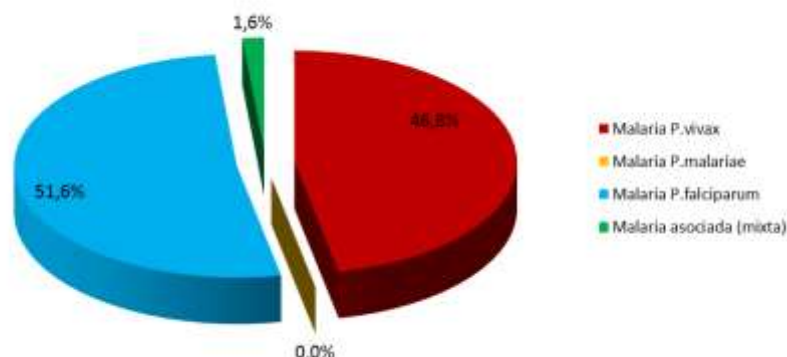


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Malaria

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron al Sivigila 50313 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 23555 casos (46,8 %) por *P. vivax*, 25968 casos (51,6 %) por *P. falciparum* y 790 casos (1,6 %) por malaria asociada. Se notificaron 802 casos de malaria complicada y 2 muertes confirmadas por malaria (ver gráfica 29).

Gráfica 29. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Malaria no complicada

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 31 entidades territoriales y 341 municipios. El 75,9 % de los casos se concentró en tres departamentos, Choco con un 51,5 % de los casos, seguido de Antioquía con 12,3 % y Nariño con 12,1 % y (ver tabla 28).

Tabla 28. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	449	16352	0	9090	25891	51,5%	51,5%
Antioquia	35	1439	0	4732	6206	12,3%	63,8%
Nariño	13	5877	0	177	6067	12,1%	75,9%
Amazonas	56	399	0	3423	3878	7,7%	83,6%
Valle	15	557	0	1524	2096	4,2%	87,7%
Córdoba	9	130	0	1104	1243	2,5%	90,2%
Guainía	21	72	0	994	1087	2,2%	92,4%
Risaralda	13	287	0	646	946	1,9%	94,2%
Bolívar	87	164	0	568	819	1,6%	95,9%
Vichada	64	146	0	348	558	1,1%	97,0%
Exterior	13	103	0	390	506	1,0%	98,0%
Guaviare	8	111	0	276	395	0,8%	98,8%
Cauca	1	283	0	44	328	0,7%	99,4%
Vaupés	0	1	0	51	52	0,1%	99,5%
Meta	0	11	0	31	42	0,1%	99,6%
Putumayo	1	4	0	27	32	0,1%	99,7%
Norte Santander	1	0	0	28	29	0,1%	99,7%
Desconocido	1	4	0	21	26	0,1%	99,8%
Caqueta	0	14	0	4	18	0,0%	99,8%
Sucre	1	0	0	16	17	0,0%	99,8%
Caldas	0	3	0	12	15	0,0%	99,9%
Guajira	1	0	0	8	9	0,0%	99,9%
Quindío	0	0	0	9	9	0,0%	99,9%
Santander	0	2	0	6	8	0,0%	99,9%
Arauca	0	0	0	7	7	0,0%	99,9%
Cundinamarca	0	4	0	3	7	0,0%	100,0%
Santa marta D. E	0	3	0	4	7	0,0%	100,0%
Cesar	0	2	0	2	4	0,0%	100,0%
Atlántico	1	0	0	3	4	0,0%	100,0%
Casanare	0	0	0	3	3	0,0%	100,0%
Magdalena	0	0	0	2	2	0,0%	100,0%
Barranquilla	0	0	0	1	1	0,0%	100,0%
Cartagena	0	0	0	1	1	0,0%	100,0%
Total	790	25968	0	23555	50313	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 48,5 % de los casos se presentó en 13 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó (Chocó), Tadó (Chocó), Lloró (Chocó), Bagadó (Chocó), Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño), Bajo Baudó (Chocó), Puerto Nariño (Amazonas) y El Charco (Nariño), con una notificación superior a los 1320 casos en lo corrido del año (Ver tabla 29).

Tabla 29. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	161	4302	0	1975	6438	12,8%	12,8%
Tadó	5	1740	0	928	2673	5,3%	18,1%
Lloró	30	1160	0	725	1915	3,8%	21,9%
Bagadó	30	579	0	1263	1872	3,7%	25,6%
Buenaventura	5	468	0	1338	1811	3,6%	29,2%
San Andrés De Tumaco	8	1548	0	67	1623	3,2%	32,5%
Bajo Baudó	16	1213	0	327	1556	3,1%	35,6%
Puerto Nariño	14	104	0	1236	1354	2,7%	38,2%
El Charco	1	1320	0	18	1339	2,7%	40,9%
El Bagre	6	385	0	898	1289	2,6%	43,5%
Leticia	2	53	0	1231	1286	2,6%	46,0%
Nóvita	19	915	0	300	1234	2,5%	48,5%
Otros Municipios	493	12181	0	13249	25923	51,5%	100,0%
Total	790	25968	0	23555	50313	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la distribución social y demográfica, se notificaron 29184 casos (58,0 %) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,1 % de la notificación. Por pertenencia étnica el 52,0 % de los casos se presentó en población afrocolombiana, 25,9 % en indígenas y 21,7 % en otros. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 70,8 %, y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (20,1 %) (Ver tabla 30).

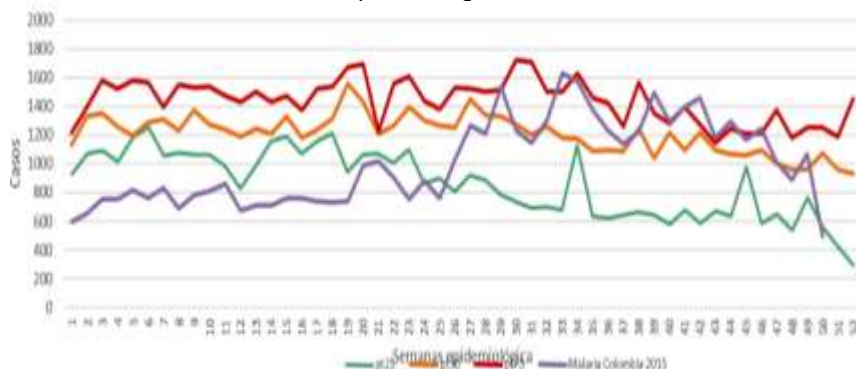
Tabla 30. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Variable Social y demográfica	Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria Vivax	Total
Casos	790	25968	23555	50313
Sexo	Femenino	37,1%	43,4%	40,6%
	Masculino	62,9%	56,6%	59,4%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1,0%	0,7%	1,7%
	1 a 4 años	10,4%	6,9%	11,7%
	5 a 9 años	12,0%	12,2%	12,2%
	10 a 14 años	12,8%	14,2%	12,0%
	15 a 19 años	12,3%	12,7%	12,6%
	20 a 24 años	13,4%	11,0%	11,0%
	25 a 29 años	8,6%	9,5%	8,9%
	30 a 34 años	6,8%	7,3%	7,3%
	35 a 39 años	5,7%	6,1%	6,0%
	40 a 44 años	4,6%	4,7%	4,6%
	45 a 49 años	3,2%	4,1%	3,6%
	50 a 54 años	3,0%	3,6%	3,1%
	55 a 59 años	2,9%	2,8%	2,6%
	60 a 64 años	1,3%	1,8%	1,4%
	65 y más años	2,0%	2,6%	2,3%
Pertenencia étnica	Indígena	30,4%	14,1%	38,9%
	ROM	0,0%	0,2%	0,2%
	Raizal	0,1%	0,1%	0,1%
	Palenquero	0,1%	0,1%	0,0%
	Afrocolombiano	35,1%	75,4%	26,8%
Área de procedencia	Otros	34,3%	10,3%	34,0%
	Cabecera municipal	30,0%	36,8%	22,3%
	Centro Poblado	42,0%	32,6%	23,8%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Rural disperso	28,0%	30,6%	53,9%
	Contributivo	4,9%	5,0%	5,4%
	Especial	4,6%	2,7%	3,2%
	Sin afiliación	23,2%	20,2%	20,0%
	Excepción	1,9%	0,6%	1,3%
	Subsidiado	65,4%	71,5%	70,1%
				70,8%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria no complicada se ha ubicado en la zona de éxito y seguridad durante 32 semanas epidemiológicas (64,0 %) y en zona de alarma en nueve semanas epidemiológicas (18,0 %) y zona de brote en ocho semanas (16,0 %). (Ver gráfica 30).

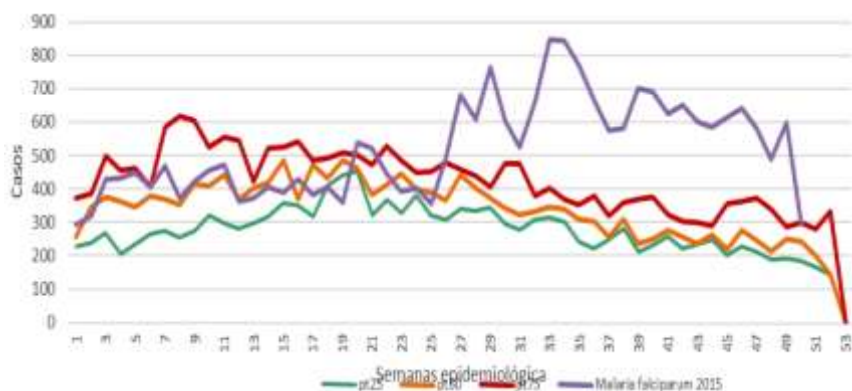
Gráfica 30. Canal endémico nacional de malaria no complicada, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria por *P. falciparum* se ha ubicado en zona de alarma durante el 28,0% (14/50) de las semanas epidemiológicas del año, en zona de brote en el 52,0 % de las semanas (26/50) y zonas de éxito y seguridad en el 20,4 % (10/50) (ver gráfica 31).

Gráfica 31. Canal endémico nacional de malaria por *P. falciparum*, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El riesgo epidemiológico de malaria hasta semana epidemiológica 50 de 2015 fue de 4,7 casos por cada 1000 habitantes, con 59 municipios ubicados en alto riesgo epidemiológico (IPA mayor a 10 casos por 1000 habitantes), dentro de estos, Bagadó (Chocó),

Tarapacá (Amazonas), Lloró (Chocó) y Puerto Nariño (Amazonas); que han presentado más de 160 casos por 1000 habitantes. (Ver tabla 31).

Tabla 31. Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015.

Municipio	IPA	IVA	IFA
Bagadó	231,03	155,87	71,46
Tarapacá (ANM)	184,40	124,22	50,79
Lloró	172,38	65,26	104,42
Puerto Nariño	168,35	153,67	12,93
Nóvita	155,38	37,77	115,21
Tadó	141,91	49,27	92,38
El Cantón del San Pablo	107,11	14,27	91,68
Vigía del Fuerte	96,89	36,23	60,67
Pueblo Rico	91,34	61,67	28,45
Bajo Baudó	89,99	18,91	70,16
Río Quito	84,30	15,48	68,26
Medio San Juan	75,63	29,79	42,83
Río Iro	69,31	25,62	37,28
Atrato	65,71	10,45	54,33
Carmen del Darien	63,70	24,48	39,03
La Pedrera	58,19	57,16	1,03
Quibdó	55,73	17,10	37,24
El Bagre	55,21	38,46	16,49
Medio Baudó	54,97	38,22	15,86
Inírida	51,93	48,01	3,21

IPA: Casos por 1000 habitantes en riesgo

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Malaria complicada

Se notificaron 802 casos de malaria complicada con mayor distribución en los departamentos de Chocó (38,7 %), Valle del Cauca (15,1 %), Antioquía (12,8 %) y Nariño (9,2 %), que a su vez concentraron el 75,8 % de la notificación. Los municipios con mayor concentración de casos fueron: Quibdó (Chocó) con 109 casos (13,6 %), Buenaventura (Valle del Cauca) con 75 casos (9,4 %), Tumaco (Nariño) con 55 casos (6,9 %), Leticia con 41 casos (5,1 %) e Inírida (Guainía) con 27 casos (3,4 %) (Ver tabla 32).

• Zika

A partir de la confirmación de la circulación de virus Zika (ZIKAV) en el país y como resultado del trabajo de vigilancia intensificada de dengue, chikunguña y otras enfermedades eruptivas por el laboratorio de virología del INS, se han confirmado por laboratorio a semana epidemiológica 50 de 2015 un total 700 casos positivos del ZIKV, distribuidos en 28 de las 36 entidades territoriales. Se han notificado 8292 casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica nacional (Sivigila), procedentes de 33 de las 36 entidades territoriales (ver tabla 33).

Tabla 33. Distribución de casos confirmados y sospechosos por virus Zika según entidad territorial de procedencia, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Departamento de procedencia	Casos conf. Laboratorio	% conf. Laboratorio	Casos sospechosos	% sospechosos	Total
Amazonas	0	0,00	5	0,06	5
Antioquia	74	10,57	24	0,29	98
Arauca	7	1,00	1	0,01	8
Atlántico	4	0,57	364	4,39	368
Barranquilla	6	0,86	823	9,93	829
Bogotá	0	0,00	7	0,08	7
Bolívar	87	12,43	383	4,62	470
Boyacá	20	2,86	8	0,10	28
Caldas	15	2,14	25	0,30	40
Caquetá	3	0,43	8	0,10	11
Cartagena	51	7,29	590	7,12	641
Casanare	7	1,00	17	0,21	24
Cauca	3	0,43	1	0,01	4
Cesar	6	0,86	109	1,31	115
Chocó	0	0,00	0	0,00	0
Córdoba	5	0,71	472	5,69	477
Cundinamarca	22	3,14	1575	18,99	1597
Exterior	0	0,00	5	0,06	5
Guainía	0	0,00	1	0,01	1
Guajira	2	0,29	60	0,72	62
Guaviare	1	0,14	1	0,01	2
Huila	13	1,86	280	3,38	293
Magdalena	0	0,00	147	1,77	147
Meta	2	0,29	5	0,06	7
Nariño	7	1,00	1	0,01	8
Norte Santander	187	26,71	791	9,54	978
Putumayo	22	3,14	12	0,14	34
Quindío	0	0,00	1	0,01	1
Risaralda	29	4,14	16	0,19	45
San Andrés	51	7,29	570	6,87	621
Santander	13	1,86	7	0,08	20
Sta Marta D.E.	4	0,57	733	8,84	737
Sucre	22	3,14	631	7,61	653
Tolima	32	4,57	613	7,39	645
Valle	5	0,71	6	0,07	11
Vaupés	0	0,00	0	0,00	0
Vichada	0	0,00	0	0,00	0
Total general	700	100	8292	100	8992

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Tabla 32. Distribución de los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

Departamento de procedencia	Número de casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia relativa acumulada de casos
Chocó	310	38,7%	38,7%
Valle del Cauca	121	15,1%	53,7%
Antioquia	103	12,8%	66,6%
Nariño	74	9,2%	75,8%
Amazonas	49	6,1%	81,9%
Guainía	27	3,4%	85,3%
Córdoba	21	2,6%	87,9%
Bolívar	17	2,1%	90,0%
Risaralda	16	2,0%	92,0%
Vichada	11	1,4%	93,4%
Exterior	10	1,2%	94,6%
Cauca	9	1,1%	95,8%
Meta	5	0,6%	96,4%
Caquetá	4	0,5%	96,9%
Guaviare	4	0,5%	97,4%
Desconocido	4	0,5%	97,9%
Santander	3	0,4%	98,3%
Caldas	3	0,4%	98,6%
Quindío	3	0,4%	99,0%
Putumayo	2	0,2%	99,3%
Barranquilla	2	0,2%	99,5%
Magdalena	1	0,1%	99,6%
Sucre	1	0,1%	99,8%
Cartagena	1	0,1%	99,9%
Cundinamarca	1	0,1%	100,0%
Total	802	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

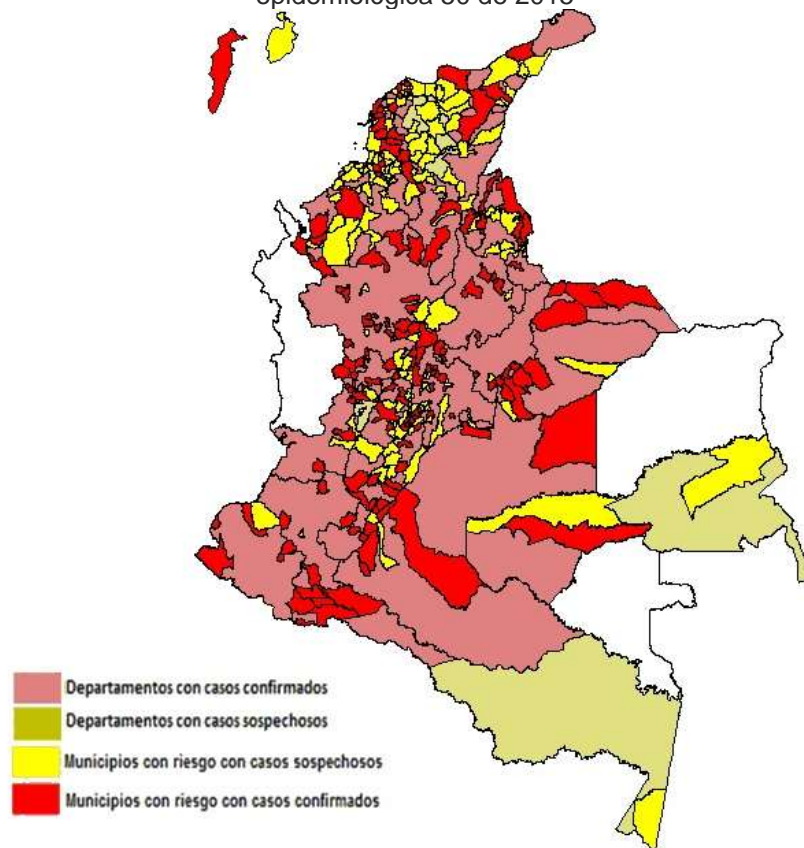
Mortalidad por malaria

Se han confirmado dos muertes por malaria. La primera corresponde a menor de sexo femenino de un año, procedente del municipio Medio San Juan en Chocó, pertenencia étnica indígena; se refiere como especie parasitaria de infección, *Plasmodium falciparum*, no se especificó la complicación presentada, no recibió tratamiento etiológico, con ocurrencia en la semana epidemiológica 01 de 2015. El segundo caso corresponde a hombre de 35 años, procedente de Venezuela, atendido en un municipio de Norte de Santander, se refieren complicaciones cerebrales, renales hepáticas y pulmonares, la muerte ocurrió en la semana 14.

En este momento existen 12 muertes en estudio procedentes de los departamentos de Antioquia (n=2), Chocó (n=5), Nariño (n=2), Valle del Cauca (n=1), Guaviare (n=1) y Córdoba (n=1).

Se han confirmado casos en 160 municipios del territorio nacional, de los cuales 75 (46,87 %) corresponden a la Región Central y 29 (18,12 %) corresponden a la Región Oriental. Antioquia es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados (22 municipios) (ver mapa 7).

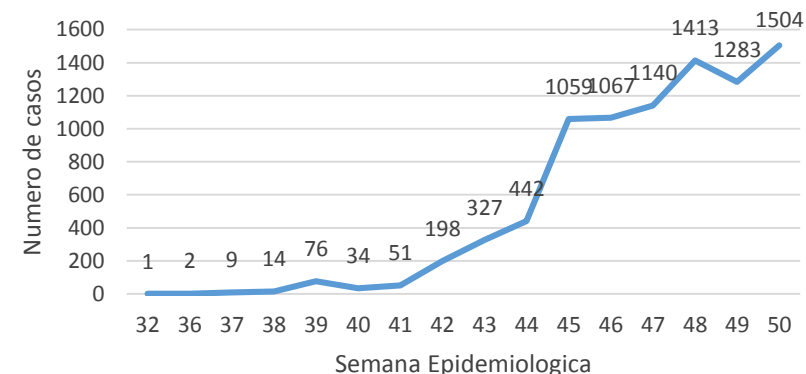
Mapa 7. Distribución de casos de virus Zika en Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La curva de notificación muestra un aumento significativo de los casos desde la semana epidemiológica 41, el mayor Ingreso al sistema de vigilancia se presentó en la semana epidemiológica 50 (1504 casos) (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de casos notificados de enfermedad por virus Zika por semanas epidemiológicas, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Respecto a la distribución de casos sospechosos de virus Zika en Colombia a semana 50 de 2015, se observa la mayor frecuencia en la Región Caribe, presentando 4882 casos distribuidos en 11 entidades territoriales y 111 municipios (ver tabla 34)

Tabla 34. Distribución de casos sospechosos en la Región Caribe, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	4	364	368
	BARRANQUILLA	6	823	829
	BOLIVAR	87	383	470
	CARTAGENA	51	590	641
	CESAR	6	109	115
	CORDOBA	5	472	477
	GUAJIRA	2	60	62
	MAGDALENA	0	147	147
	SAN ANDRES	51	570	621
	STA MARTA D.E.	4	733	737
	SUCRE	22	631	653
Total		238	4.882	5.120

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La Región Central presentó un total de 2541 casos positivos, procedentes de ocho entidades territoriales y 76 municipios (ver tabla 35).

Tabla 35. Distribución de casos sospechoso en la Región Central, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	Antioquia	74	24	98
	Bogotá	0	7	7
	Caldas	15	25	40
	Cundinamarca	22	1.575	1.597
	Huila	13	280	293
	Quindío	0	1	1
	Risaralda	29	16	45
	Tolima	32	613	645
Total		185	2.541	2.726

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La siguiente Región con mayor número de casos es la Oriental con un total de 806 casos, procedentes de tres entidades territoriales y 23 municipios (ver tabla 36).

Tabla 36. Distribución de casos sospechosos en la Región Oriental, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	Boyacá	20	8	28
	Norte Santander	187	791	978
	Santander	13	7	20
	Total	220	806	1.026

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La Región de la Amazonía presentó 27 casos sospechosos, distribuidos en tres entidades territoriales y 8 municipios (ver tabla 37).

Tabla 37. Distribución de casos sospechosos en la región de la amazonía, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	Amazonas	0	5	5
	Caquetá	3	8	11
	Guainía	0	1	1
	Guaviare	1	1	2
	Vaupés	0	0	0
	Putumayo	22	12	34
	Total	26	27	53

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La Región de la Orinoquía presentó 23 casos sospechosos confirmados procedentes de tres entidades territoriales y nueve municipios (ver tabla 38).

Tabla 38. Distribución de casos sospechosos en la Región Orinoquía, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	Arauca	7	1	8
	Casanare	7	17	24
	Meta	2	5	7
	Vichada	0	0	0
	Total	16	23	39

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

En la Región Pacífica se confirmaron 8 casos procedentes de tres entidades territoriales y cinco municipios (ver tabla 39).

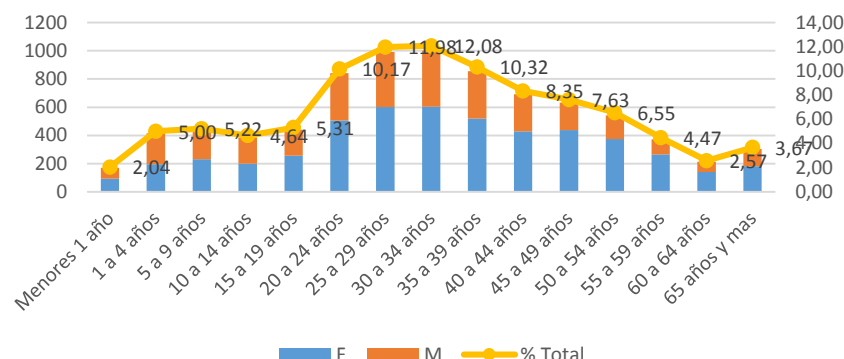
Tabla 39. Distribución de casos sospechosos en la Región Pacífica, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	Cauca	3	1	4
	Chocó	0	0	0
	Nariño	7	1	8
	Valle	5	6	11
	Total	15	8	23

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

En la distribución de casos sospechosos de enfermedad por virus Zika por grupos de edad y sexo, se presenta mayor frecuencia de casos en el sexo femenino (60,61 %), el grupo de edad que concentra la mayor proporción de casos son las personas entre los 30 a 34 años (12,08 %) (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de casos sospechosos de enfermedad por virus Zika por grupos de edad y sexo, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Hasta semana epidemiológica 50 se han notificado 140 mujeres en estado de embarazo, procedentes de 22 entidades territoriales y 44 municipios. De ellas, 8 gestantes tienen resultado para PCR-RT positivo notificado por el laboratorio de virología del INS, la entidad territorial que más casos ha notificado es el departamento de Norte de Santander (27,14 %) (ver tabla 40).

Tabla 40. Distribución de casos notificados en gestantes por entidad territorial de procedencia y resultado de laboratorio, Colombia a semana epidemiológica 50 de 2015

Dpto. Procedencia	PCR positivo	Total gestantes	% Total
Norte Santander	0	38	27,14
Barranquilla	0	17	12,14
Atlántico	0	9	6,43
Cartagena	1	9	6,43
Sta Marta D.E.	0	9	6,43
Cundinamarca	0	8	5,71
Sucre	0	7	5,00
Magdalena	0	6	4,29
San Andres	0	6	4,29
Bolívar	1	5	3,57
Tolima	1	5	3,57
Cesar	0	4	2,86
Córdoba	0	4	2,86
Huila	0	3	2,14
Antioquia	0	2	1,43
Putumayo	2	2	1,43
Arauca	1	1	0,71
Caldas	0	1	0,71
Guajira	0	1	0,71
Quindío	0	1	0,71
Risaralda	1	1	0,71
Santander	1	1	0,71
Total general	8	140	100,00

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Recomendaciones para las acciones de vigilancia epidemiológica del evento

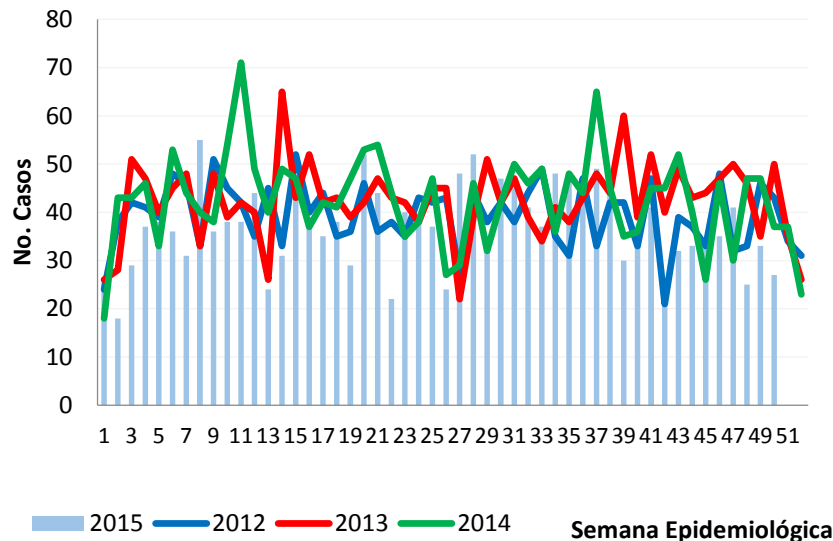
- Realizar notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika a través de la ficha de Sivigila con el código 895.
- Implementación de las Circulares Externas 063 y 064 de 2015 sobre intensificación de la vigilancia de defectos congénitos y la vigilancia de los síndromes neurológicos con fuerte sospecha de infección por virus Zika.
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
- Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación), en tanto el Equipo de Vigilancia Global de OMS haga efectiva la introducción de los nuevos códigos CIE10 para la Enfermedad por virus ZIKA y sus sinónimos así: **U06** para Enfermedad por virus Zika, **U06.9** para Enfermedad por virus Zika, no especificado.
- Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico solo en 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).
- Los casos que no cumplan con definición de casos es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue o chikunguña, dada su carga de morbilidad y mortalidad
- Ante cualquier duda con referencia a la vigilancia epidemiológica, favor comunicarse con el equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del Instituto Nacional de Salud.

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 50 se han notificado 1849 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 220 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 12,70%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 2370 casos (ver gráfica 32).

Gráfica 32 Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

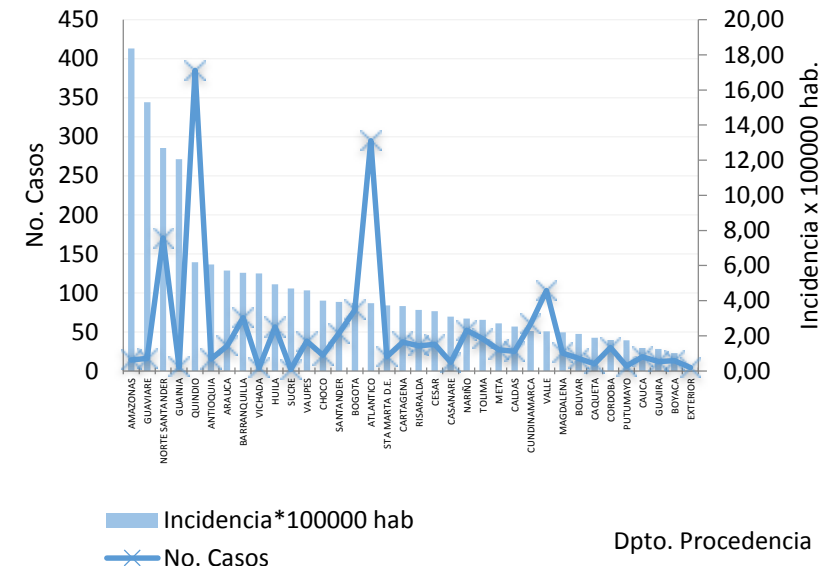


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los casos notificados hasta la presente semana, Antioquia con el 21,15 %, Bogotá con el 16,50 %, Norte de Santander con el 9,30 %, Valle del Cauca con el 5,62 % y Santander con el 4,38 %, representan el 56,95 % de los casos notificados.

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 3,84 casos por cada 100 000 habitantes; Amazonas con 18,36, Guaviare con 15,31, Norte de Santander con 12,69, Guainía con 12,05 y Quindío con 6,19 casos por cada 100 000 habitantes, registraron las mayores incidencias (ver gráfica 33)

Gráfica 33. Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la notificación de hepatitis B hay predominio en el sexo masculino con 57,71 %; sin embargo; estas proporciones por sexo varían por territorio. El 67,60 % de los casos se registran en la población entre 20 y 44 años de edad; el grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años con un 18,98 % de los casos notificados (ver tabla 41).

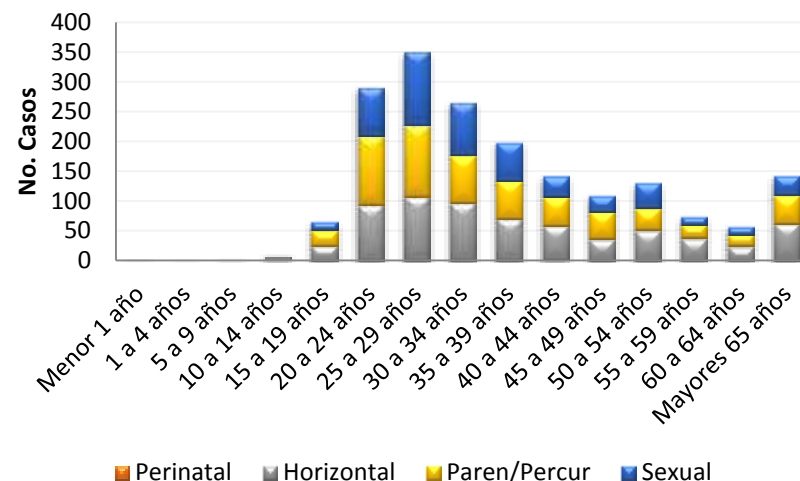
Tabla 41. Casos notificados de hepatitis B según grupo de edad y sexo, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Grupo de edad	Mujer	% Mujer	Hombre	% Hombre	Total	% Total
Menor 1 año	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 a 4 años	1	50,00	1	50,00	2	0,11
5 a 9 años	2	66,67	1	33,33	3	0,16
10 a 14 años	5	50,00	5	50,00	10	0,54
15 a 19 años	45	68,18	21	31,82	66	3,57
20 a 24 años	139	47,60	153	52,40	292	15,79
25 a 29 años	159	45,30	192	54,70	351	18,98
30 a 34 años	127	47,74	139	52,26	266	14,39
35 a 39 años	92	46,23	107	53,77	199	10,76
40 a 44 años	62	43,66	80	56,34	142	7,68
45 a 49 años	24	21,82	86	78,18	110	5,95
50 a 54 años	35	26,72	96	73,28	131	7,08
55 a 59 años	23	30,67	52	69,33	75	4,06
60 a 64 años	21	36,21	37	63,79	58	3,14
Mayores 65 años	47	32,64	97	67,36	144	7,79
Total general	782	42,29	1067	57,71	1849	100,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Ha aumentado el reporte de casos por transmisión horizontal con el 36,36 %; la transmisión sexual representa el 29,44 % de los casos, más elevada entre las personas de 15 a 39 años (ver gráfica 34).

Gráfica 34. Distribución de los casos de hepatitis B notificados por modo de transmisión y grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

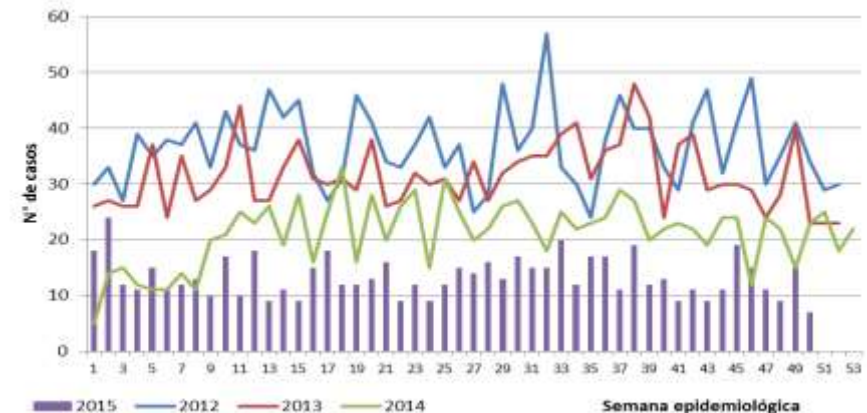
Durante la semana 50 no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B, ni secundaria a la infección por Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado 34 muertes por hepatitis B y nueve muertes por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

• Sífilis

Sífilis congénita

A semana epidemiológica 50 del 2015 han sido notificados 670 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso, de acuerdo con instrucciones del Ministerio de Salud y Protección Social, por el periodo de transición de enero a septiembre, se ingresaron aquellos casos que cumplen definición de caso antigua. A la misma fecha en 2014 se había notificado 1055 casos, con disminución del 36,49 % en la notificación, que puede estar relacionada con el desconocimiento de las nuevas definiciones de caso, el incumplimiento de la Guía de práctica clínica y las subsiguientes fallas en la notificación (ver gráfica 35).

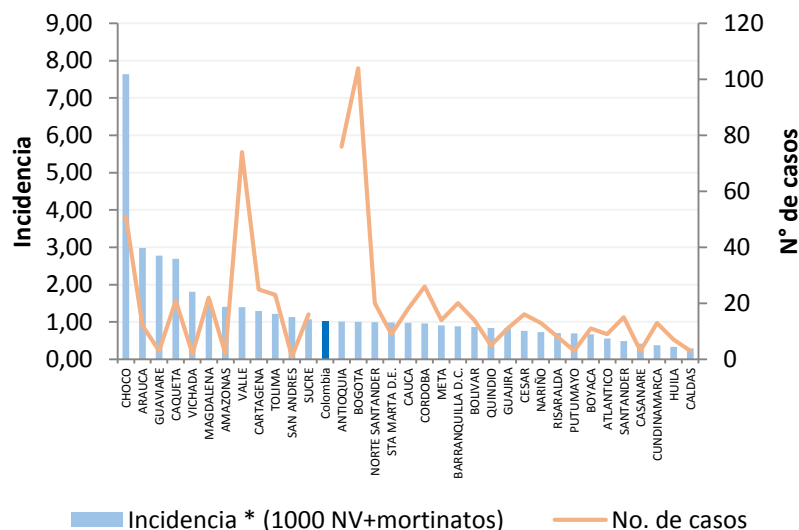
Gráfica 35. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Bogotá, Antioquia, Valle, Chocó y Córdoba notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 50 de 2015. Chocó, Arauca, Guaviare, Caquetá y Vichada han notificado la mayor incidencia de sífilis congénita a semana epidemiológica 50 de 2015 (ver gráfica 36).

Gráfica 36. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



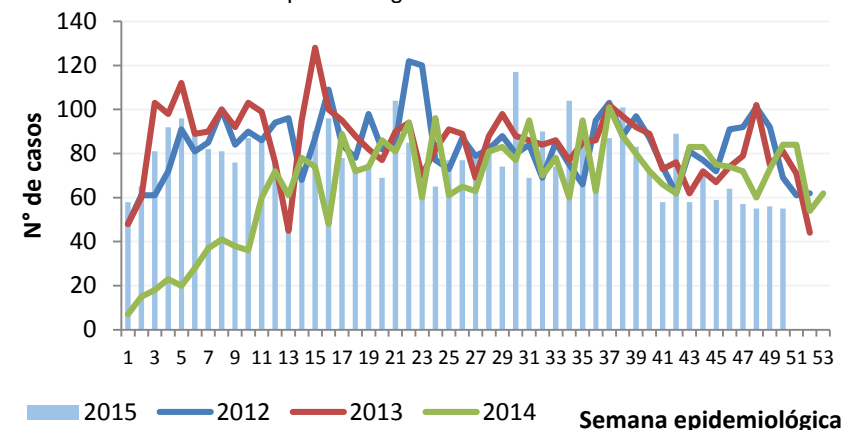
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana 50 la Incidencia de sífilis congénita para Colombia es de 1,01 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 era de 0,5 casos o menos por 1000 nacidos vivos.

Sífilis gestacional

A semana epidemiológica 50 del 2015 se han notificado 3868 casos de sífilis gestacional que cumplen definición de caso; de acuerdo con instrucciones del Ministerio de Salud y Protección Social, por el periodo de transición de enero a septiembre, se ingresaron aquellos casos que cumplen definición de caso antigua. A la misma fecha en 2014 se habían notificado 3272 casos (ver gráfica 37).

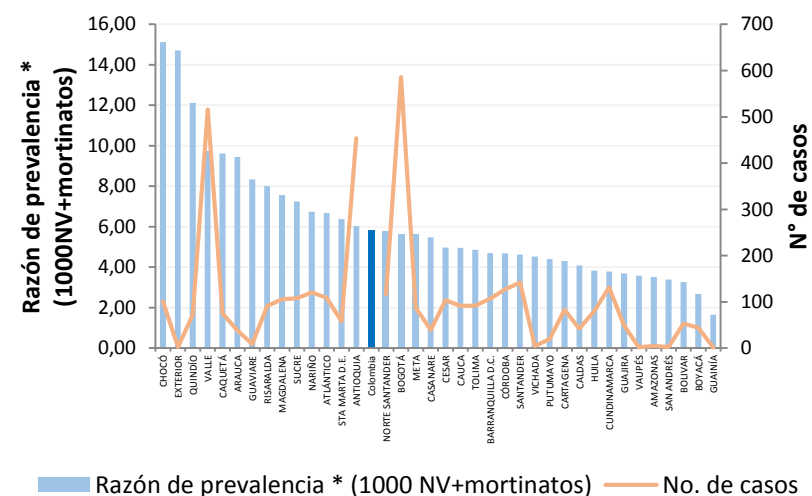
Gráfica 37. Notificación de casos de sífilis gestacional, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis gestacional a semana epidemiológica 50 de 2015 son Bogotá, Valle, Antioquia, Santander y Cundinamarca. Por prevalencia se encuentran: Chocó, Quindío, Valle, Caquetá y Arauca (ver gráfica 38).

Gráfica 38. Razón de prevalencia y número de casos de sífilis gestacional, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

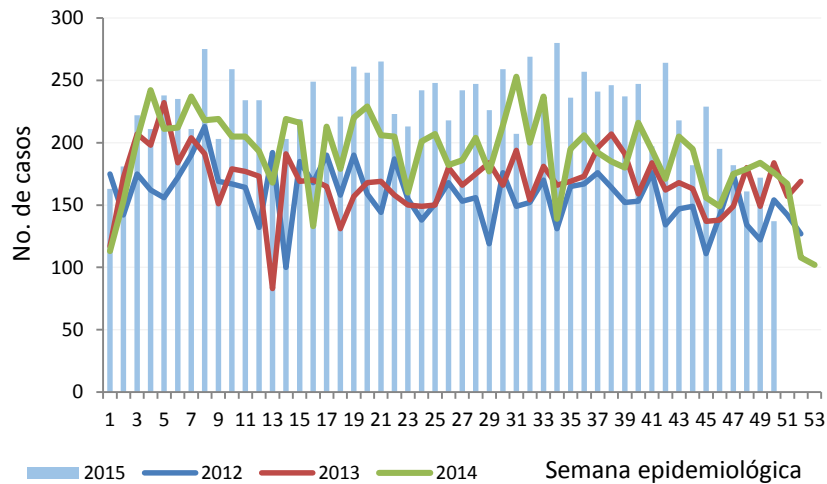
A semana 50 la razón de prevalencia de sífilis gestacional para Colombia es de 5,83 casos por 1000 nacidos vivos.

- **VIH/SIDA y muerte por SIDA**

VIH/sida y muertes por sida

A semana epidemiológica 50 de 2013 se notificaron 8470 casos de VIH/sida y muertes por sida; a semana 50 del año 2014 se notificaron 9717 casos y para el 2015 se han reportado 11208 casos, lo que muestra un aumento en la notificación del 15,34 % (1491 casos más en el 2015), lo cual puede aumentar más por la notificación tardía de casos (ver gráfica 39).

Gráfica 39. Notificación de VIH/sida y muerte por sida, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 50, de los 11208 casos notificados, 10448 están en estadio VIH y sida y 760 aparecen con condición final muerto.

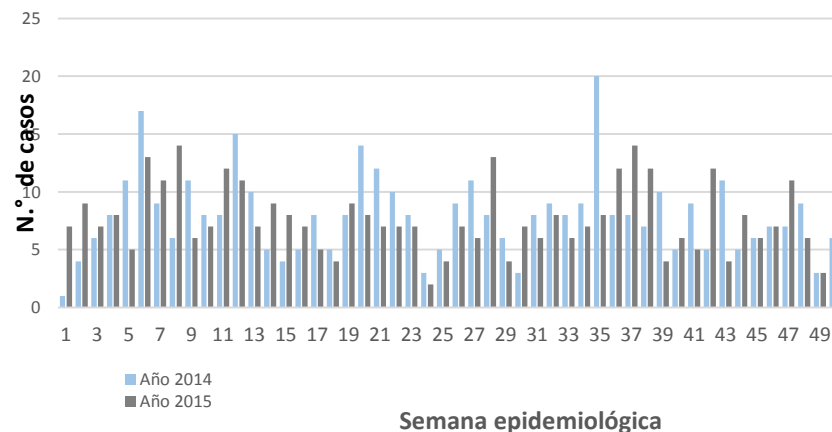
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública

Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado al Sivigila 383 casos de lepra, de estos el 74,9 % (287 casos) de los casos fueron confirmados por laboratorio y el 25,1 % (96 casos) confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 90,6 % (347 casos) ingresaron como nuevos, el 6,5 % como recidiva (25 casos) y 11 casos como reingreso abandono. Con respecto al año anterior (398 casos hasta SE 50) para esta semana se observa una disminución del 3,8 % en la notificación (ver gráfica 40).

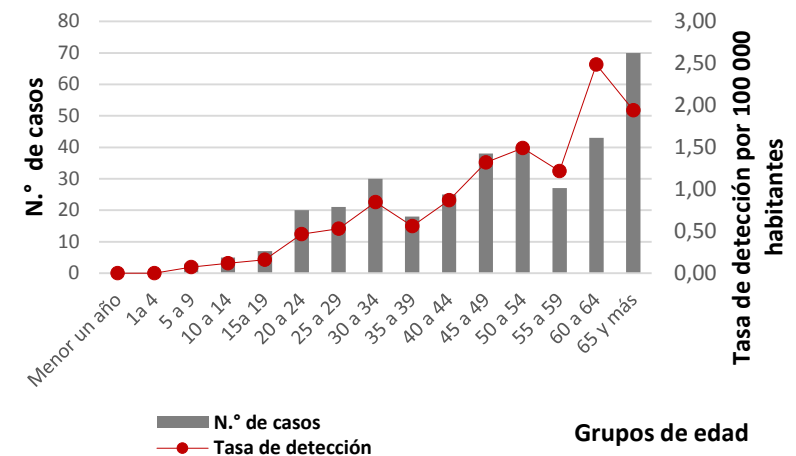
Gráfica 40. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 es de 0,72 casos por 100 000 habitantes. El 63,4 % (220 casos) del total de casos nuevos detectados corresponden al sexo masculino; la tasa de detección más alta se presenta en el grupo de edad de 60 a 64 (2,49 casos por 100 000 habitantes) (ver gráfica 41).

Gráfica 41. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El departamento de Arauca presenta la tasa de detección de casos nuevos más alta para el país con 5,72 casos por 100 000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 2,58 casos por 100 000 habitantes. El departamento de Valle del Cauca ha notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 10,2 % (39 casos). El 88,9 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, información necesaria para realizar las acciones de vigilancia alrededor del caso y de sus convivientes (ver tabla 42).

Tabla 42. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento. Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.

Entidad territorial	N.° de casos notificados	N.° de casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Arauca	16	16	15	5,72	1	0
Nte Santander	37	37	35	2,58	2	0
Huila	28	31	29	2,51	1	1
Cesar	21	21	20	1,94	0	1
Santander	39	38	38	1,84	0	0
Cartagena	22	21	18	1,80	2	1
Magdalena	21	22	19	1,51	2	1
Tolima	18	20	20	1,42	0	0
Casanare	3	6	5	1,40	1	0
Amazonas	0	1	1	1,31	0	0
Sta Marta D.E.	5	6	5	1,03	1	0
Guaviare	1	1	1	0,90	0	0
Caqueta	4	4	4	0,84	0	0
Valle Del Cauca	39	39	35	0,76	1	3
Barranquilla	18	11	9	0,74	2	0
Meta	6	7	7	0,73	0	0
Cauca	9	9	9	0,65	0	0
Risaralda	9	8	6	0,63	1	1
Bolivar	15	14	11	0,52	2	1
Atlantico	4	11	10	0,41	1	0
Caldas	5	5	4	0,40	1	0
Choco	1	3	2	0,40	1	0
Sucre	6	6	3	0,35	2	1
Putumayo	2	2	1	0,29	1	0
Guajira	2	2	2	0,21	0	0
Bogota	30	18	16	0,20	1	1
Cundinamarca	3	6	5	0,19	1	0
Quindio	1	1	1	0,18	0	0
Cordoba	3	3	3	0,18	0	0
Nariño	3	3	3	0,17	0	0
Boyaca	2	2	2	0,16	0	0
Antioquia	10	9	8	0,12	1	0
Total	383	383	347	*0,72	25	11

*Tasa Nacional de detección de casos nuevos de lepra

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos (383), el 37,9 % corresponde a lepra paucibacilar de estos se presentan 16 casos con grado dos de discapacidad y el 62,1 % a lepra multibacilar presentando 33 casos con grado dos de discapacidad. Es muy preocupante que al momento de la notificación 152 casos (39,6 %) presentan algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío (ver tabla 43).

Tabla 43. Número de casos de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Clasificación lepra	Grado de discapacidad				Total	%
	Grado 0	Grado I	Grado II			
Paucibacilar	90	40	15		145	37,9
Multibacilar	141	63	34		238	62,1
Total	231	103	49		383	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado al Sivigila 12570 casos de tuberculosis todas las formas, el 81,5% (10246 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,3% (2311 casos) a formas extrapulmonares, de estos se presentan 422 casos con localización meníngea. Se registran trece casos sin información de datos complementarios. Con respecto al año anterior para esta semana se observa un aumento del 2,4% en la notificación. Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato (gráfica 42).

Gráfica 42. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 74,1% (9314 casos) ingresaron como confirmado por laboratorio, el 24,0% (3012 casos) por clínica y el 1,9 % (244 casos) por nexa epidemiológico (ver tabla 44).

Tabla 44. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	8000	1306	8	9314	74,1
Confirmado por clínica	2054	954	4	3012	24,0
Confirmado por nexo epidemiológico	192	51	1	244	1,9
TOTAL	10246	2311	13	12570	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, a semana epidemiológica 50, el 90,1% (11326 casos) ingresaron como casos nuevos, el 3,9 % (494 casos) como recaída, el 3,3% (415 casos) como pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, el 2,1% (264 casos) como otros pacientes previamente tratados y 0,5 % (58 casos) como fracaso (ver tabla 45).

Tabla 45. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	9138	2188	11326	90,1
Recaída	444	50	494	3,9
Fracaso	51	7	58	0,5
Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento	381	34	415	3,3
Otros pacientes previamente tratados	232	32	264	2,1
Sin dato	0	0	13	0,1
TOTAL	10246	2311	12570	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la pertenencia étnica los grupos de mayor porcentaje de casos son: otros grupos poblacionales con el 86,8%, seguido de afrocolombianos con el 7,15%; y población indígena con el 5,32%. Hasta esta semana epidemiológica se han notificado 888 casos con condición final muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (2311 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 36,3%, meníngea con el 18,3% y la ganglionar con el 16,4% (ver gráfica 43).

Gráfica 43. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	839	36,3
MENINGEA	422	18,3
GANGLIONAR	378	16,4
OTRO	200	8,7
OSTEOARTICULAR	112	4,8
PERITONEAL	86	3,7
SIN DATO	60	2,6
INTESTINAL	52	2,3
GENITOURINARIA	49	2,1
PERICARDICA	42	1,8
RENAL	32	1,4
CUTANEA	39	1,7
TOTAL	2311	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos nuevos (11326 casos) distribuidos por entidad territorial de residencia; el departamento del Amazonas presenta la mayor incidencia (72,1 casos por 100 000 habitantes), seguido de Risaralda (45,6 casos por 100 000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 23,5 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 46).

Tabla 46. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Entidad territorial de residencia	N.º de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB pulmonar	N.º de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
Amazonas	52	68,2	3	2,0	55	72,1
Antioquia	1684	26,1	462	321,0	2146	33,2
Arauca	86	32,8	27	17,0	113	43,1
Atlántico	283	22,8	36	26,0	319	25,7
Barranquilla	459	37,7	58	44,0	517	42,4
Bogotá	599	7,6	367	229,0	966	12,3
Bolívar	70	6,4	21	17,0	91	8,3
Boyacá	70	5,5	27	21,0	97	7,6
Caldas	227	23,0	46	31,0	273	27,6
Cauca	109	22,8	24	20,0	133	27,8
Cartagena	189	18,9	41	29,0	230	23,0
Casanare	69	19,4	20	16,0	89	25,0
Cauca	169	12,3	52	43,0	221	16,0
Cesar	218	21,2	36	27,0	254	24,7
Chocó	184	36,8	38	22,0	222	44,4
Córdoba	159	9,3	40	29,0	199	11,6
Cundinamarca	271	10,1	72	53,0	343	12,8
Guajira	193	20,2	28	2,9	221	23,1
Guaviare	25	22,5	2	1,8	27	24,3
Guainía	7	16,9	1	2,4	8	19,3
Huila	249	21,6	47	4,1	296	25,6
Magdalena	102	12,9	6	0,8	108	13,7
Meta	313	32,6	56	5,8	369	38,4
Nariño	125	7,2	31	1,8	156	8,9
Norte Santander	324	23,9	61	4,5	385	28,4
Putumayo	73	21,1	11	3,2	84	24,3
Quindío	158	27,9	29	5,1	187	33,1
Risaralda	358	37,6	76	8,0	434	45,6
San Andrés	5	6,5	2	2,6	7	9,2
Santander	453	22,0	95	4,6	548	26,6
Sta Marta D.E.	123	25,4	22	4,5	145	30,0
Sucre	47	5,5	8	0,9	55	6,5
Tolima	344	24,4	76	5,4	420	29,8
Valle Del Cauca	1295	28,1	258	5,6	1553	33,7
Vaupés	8	18,3	3	6,9	11	25,2
Vichada	20	27,8	2	2,8	22	30,6
Exterior	18	0,0	4	0,0	22	0,0
Total	9138	---	2188	---	11326	---
Tasa Incidencia	---	19,0	---	4,5	--	23,5

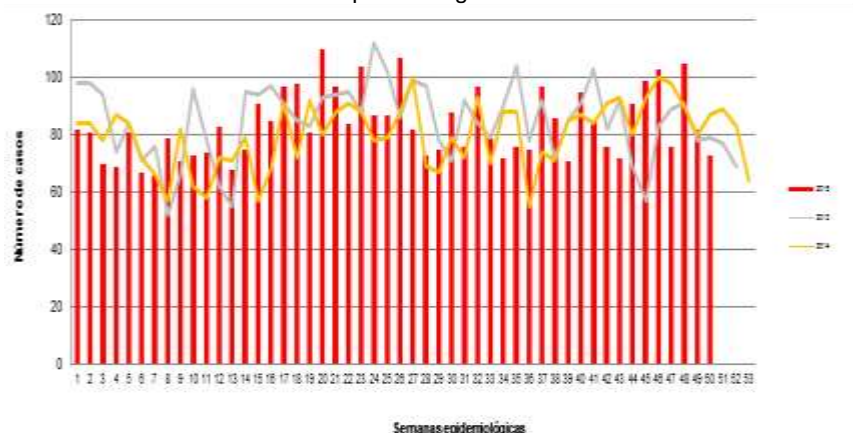
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 50 de 2015 se han reportado al Sivigila 4171 accidentes ofídicos por serpientes venosas en Colombia, en la semana 50 se notificaron 73 casos y de semanas anteriores se notificaron 182. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado 4002 casos acumulados, lo que implica una variación de 4,22%. En promedio por semana epidemiológica se han reportado 83,4 casos (IC 95% 80,1 – 86,7) (ver gráfica 44).

Gráfica 44. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

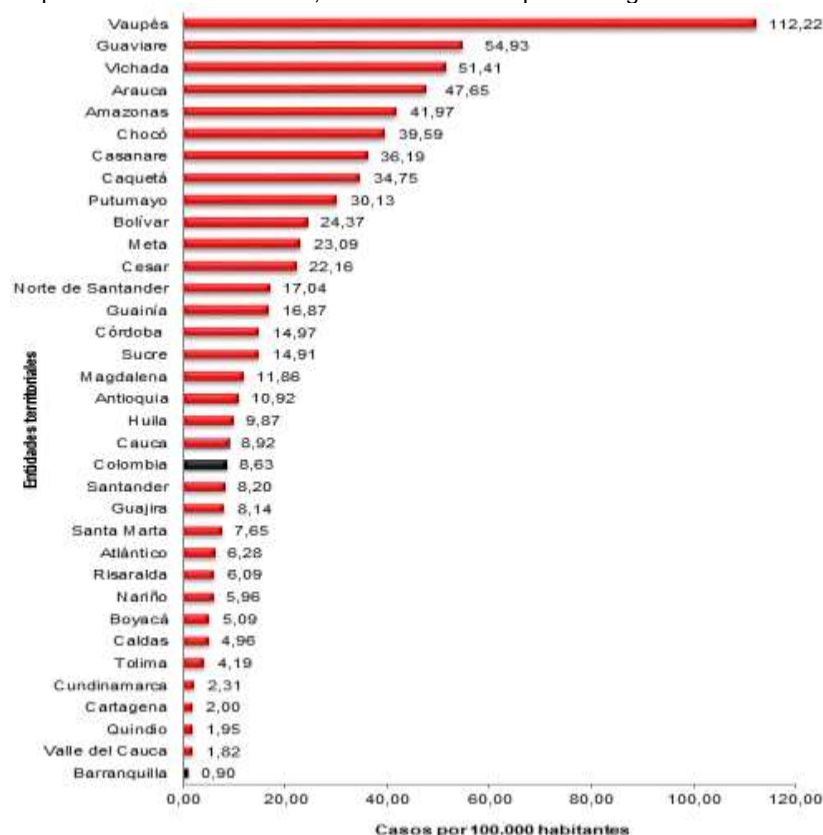


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 50, de las regiones occidente y costa atlántica, proceden la mayor cantidad de casos (1332 y 1194 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (16,9 %), Bolívar (6,4 %), Córdoba (6,1 %), Norte de Santander y Cesar (5,5 % cada una), Meta (5,3%), Chocó (4,7 %), Santander (4,1%), Caquetá (4,0 %) y Casanare (3,1 %), de estos 10 departamentos proceden el 61,6 % del total de los casos.

La proporción de incidencia acumulada de accidente ofídico en el país es de 8,63 casos por 100.000 habitantes (IC 95% 8,63– 8,89); las regiones amazonía y orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 33,6 y 34,1 casos por 100.000 habitantes respectivamente. De las entidades territoriales con mayor incidencia que la nacional, las cinco más altas son: Vaupés, Guaviare, Vichada, Arauca, y Amazonas, en orden descendente (ver gráfica 45).

Gráfica 45. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 50 de 2015.

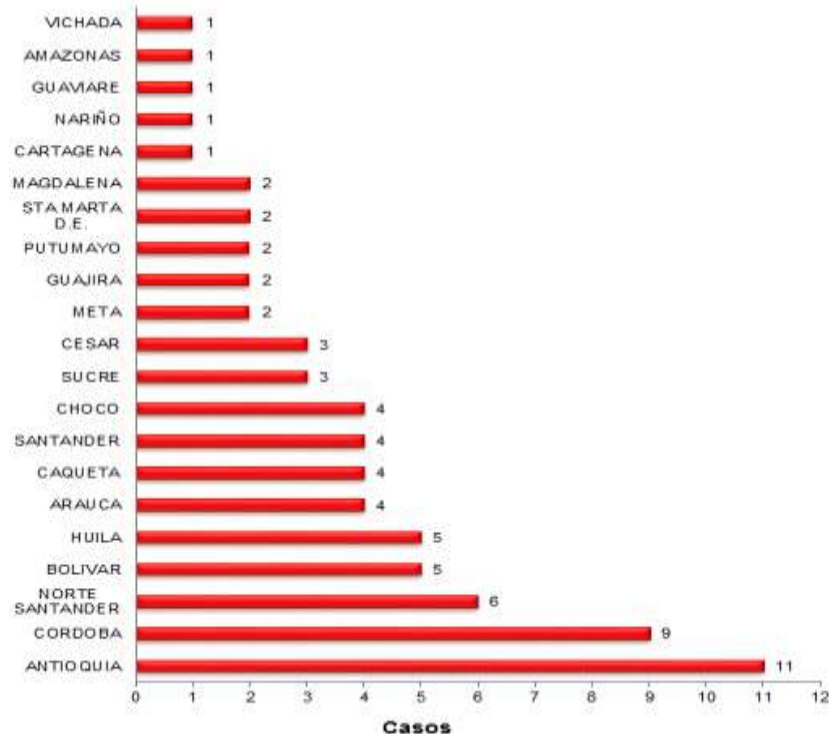


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 50, los 73 accidentes ofídicos fueron notificados por 21 entidades territoriales, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (15,1%), Córdoba (12,3 %), Norte de

Santander (8,2%), Bolívar y Huila (6,8% cada una), Arauca, Caquetá, Chocó y Santander (5,5 % cada una), Cesar (4,1 %); estas entidades acumulan el 75,1% de la notificación durante la semana (ver gráfica 46).

Gráfica 46. Número de casos de accidente ofídico por entidad territorial de notificación en Colombia, durante la semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica, 60 de los casos fueron notificados por 55 municipios, siendo los de mayor cantidad de casos: Montería (seis casos), Florencia (cuatro casos), Arauca y Pitalito (tres casos cada una), Acacias, Barrancabermeja, Chigorodó, Quibdó, San Pablo y Santa Marta (dos casos cada una); acumulando así el 38,4% de los accidentes ofídicos del país.

El 70,6% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 32 años y el 78,2% de los pacientes proceden del área rural. El 56,2 % de los casos son hombres de la zona rural.

Con respecto al manejo de las personas notificadas, el 62,2% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 75,8 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 1739 casos (68,3 % de los casos), moderados 1178 casos (86,8 % de los casos), 236 graves (91,1% de los casos).

Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 1748 ampollas para el manejo de los accidentes, en promedio 4,7 ampollas por paciente, mínimo uno y máximo 60.

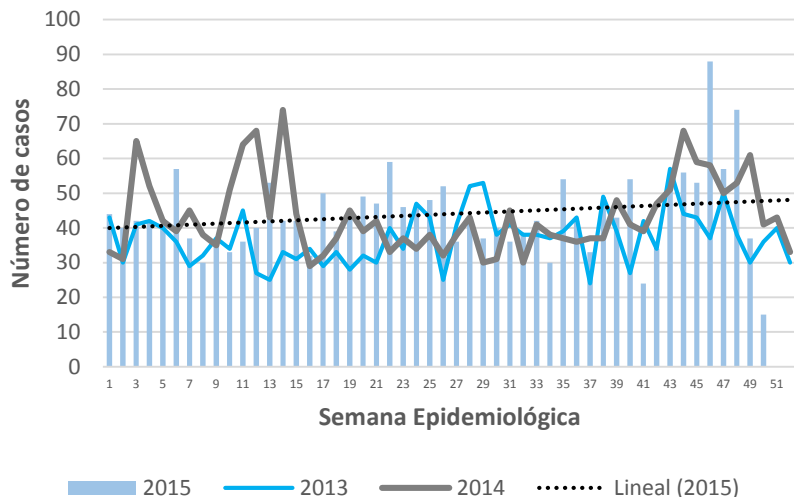
Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico Hasta la semana 50 se han reportado 28 defunciones, presentándose en las siguientes entidades territoriales; Antioquia (cinco casos) Chocó (cuatro casos), Boyacá, Córdoba, Nariño, Arauca, Bolívar, Cauca, Vaupés (dos caso cada una), Caldas, Norte de Santander, Guaviare, Sucre, La Guajira, Putumayo y Caquetá (un caso cada una), representando una letalidad de 0,72%.

Alertas En la semana 50 se notificó una defunción de procedencia de Antioquia y notificado por Córdoba.

• *Leptospiriosis*

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han reportado al Sivigila 2.194 casos de leptospirosis en Colombia; en la misma semana del año anterior se registraron 2181 casos; esta información está sujeta a cambios debido a la oportunidad en la notificación y a los ajustes que se dan del evento cada semana (ver gráfica 47).

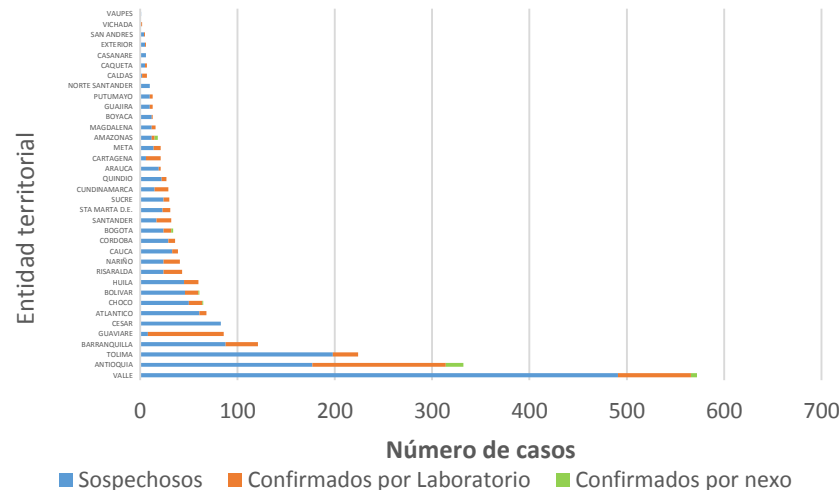
Gráfica 47. Notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos fueron notificados por 34 entidades territoriales; el 51,41% de las notificaciones se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 25,16% de los casos se han confirmado por laboratorio y proceden de Amazonas, Antioquia, Arauca, el distrito de Barranquilla, el distrito de Bogotá, Bolívar, Caldas, el distrito de Cartagena, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, el distrito de Santa Marta, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. El 1,41% de los casos fueron confirmados por nexo epidemiológico en Amazonas, Antioquia, el distrito de Bogotá, Chocó y Risaralda (ver gráfica 48).

Gráfica 48. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015

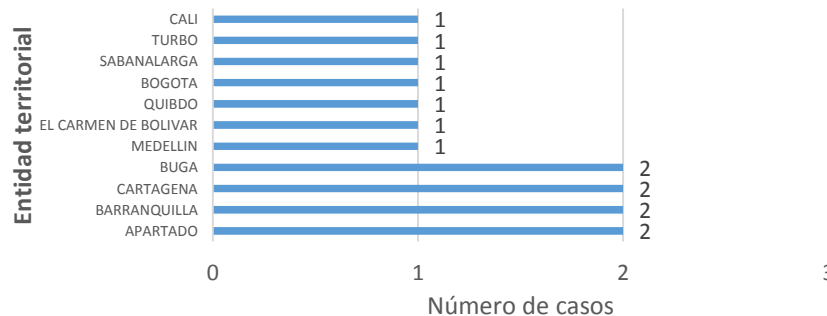


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional hasta la semana epidemiológica 50 es de 1.209 casos por cada 100.000 habitantes; Guaviare, Amazonas, Chocó y Vichada, presentan la mayor incidencia en el país.

En la semana epidemiológica 50 de 2015 se notificaron 15 casos de leptospirosis frente a 41 casos ocurridos en la misma semana de 2014; el 53,33% de los casos fueron notificados por Apartadó, Buga, los distritos de Barranquilla y Cartagena (ver gráfica 49).

Gráfica 49. Casos de leptospirosis por municipio de notificación, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

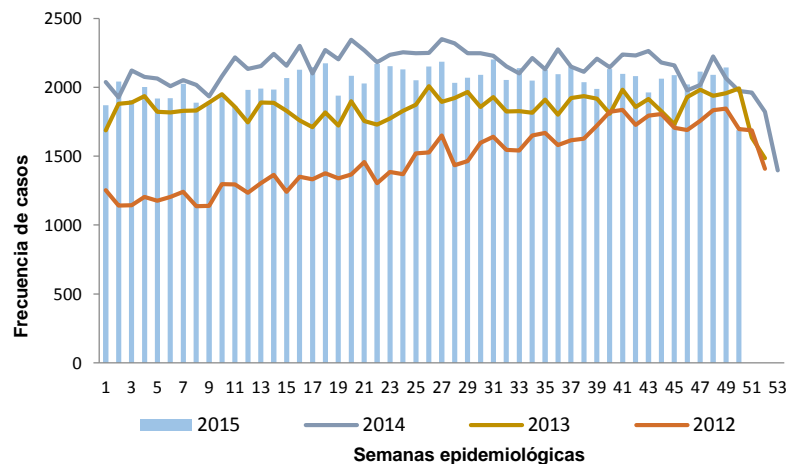
El 61,12% de los casos fueron registrados en hombres; el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 76,75% de los casos proceden de la cabecera municipal; el 53,74% de los casos están afiliados al régimen subsidiado; se reportó 79,17% de hospitalizaciones por este evento.

Hasta la semana 50 de 2015 se han notificado 93 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de las cuales 39 han sido descartadas y seis confirmadas. De las 54 muertes confirmadas y probables, 11 fueron registradas en Antioquia, nueve en Valle de Cauca, ocho en Tolima, cuatro en Córdoba, tres en Risaralda, dos en Cesar, Arauca y Norte de Santander, una en Sucre, Atlántico, Casanare, Barranquilla, Nariño, Putumayo, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Chocó, Magdalena, Quindío y Cauca.

• Vigilancia Integrada de la Rabia Humana

Con corte a la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado al SIVIGILA 102.153 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución de 5,48 % en la notificación de casos para este año en relación con el año anterior (ver gráfica 50).

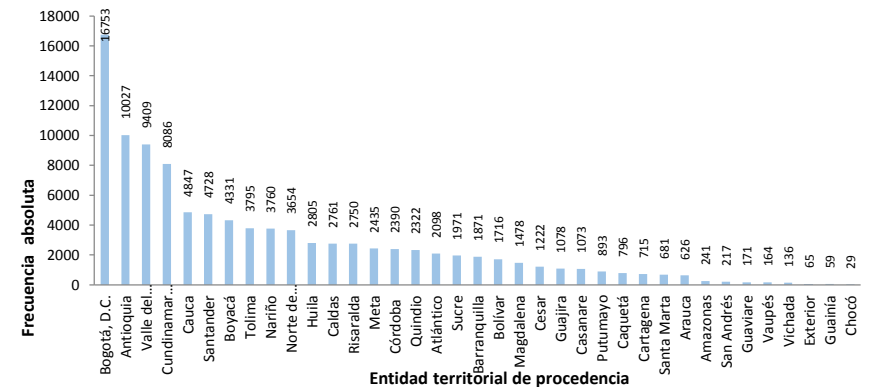
Gráfica 50. Notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (44.152 agresiones) y Occidente (35.905 casos). Bogotá con el 16,40 %, Antioquia con el 9,82 %, Valle del Cauca con el 9,21 %, Cundinamarca con el 7,92 %, Cauca con el 4,74 % y Santander con el 4,63 %, acumulan el 52,72 % de la notificación del país (ver gráfica 51).

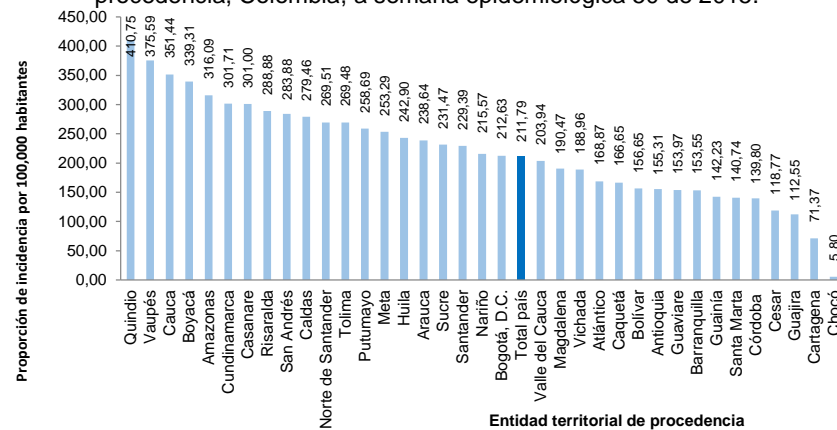
Gráfica 51. Frecuencia absoluta de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia es de 211,79 casos de agresiones por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Vaupés, Cauca, Boyacá y Amazonas (ver gráfica 52).

Gráfica 53. Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

En esta semana se notificaron 1.689 casos de agresiones y contactos con el virus de la rabia, 283 casos (14,35 %) menos que en la misma semana de 2014 (1.972 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 989 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes agredidos fue de 28,49 años; el 53,51 % (54.660) de los casos ocurrieron en hombres y el 2,39 % (2.445 casos) fueron hospitalizados para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones a 60.646 agresiones, como exposiciones leves a 32.331 agresiones, como exposiciones graves a 7.875 agresiones y 1.301 agresiones no fueron clasificadas. En relación con el manejo de los casos, se hizo lavado de la herida con agua y jabón en 98.062 pacientes y sutura a 7.824 pacientes; se ordenó aplicación de suero a 7.753 pacientes y de vacuna a 36.836 pacientes.

Rabia humana: durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

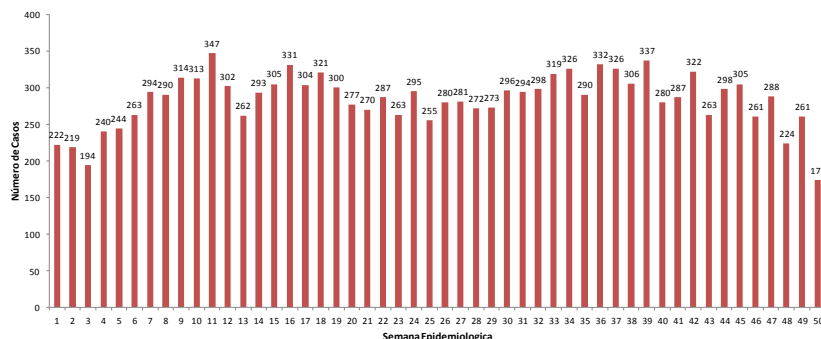
Rabia animal: durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia en perros ni en gatos.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Factores de Riesgo Ambiental

• Intencionalidad suicida por intoxicaciones

En la semana epidemiológica 50 se reportaron al Sivigila 174 casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida, el acumulado a esta semana es de 14198 casos de los cuales el 53,77% (7634) fueron intoxicaciones por medicamentos y 34,14% (4847) intoxicaciones por plaguicidas (ver gráfica 54).

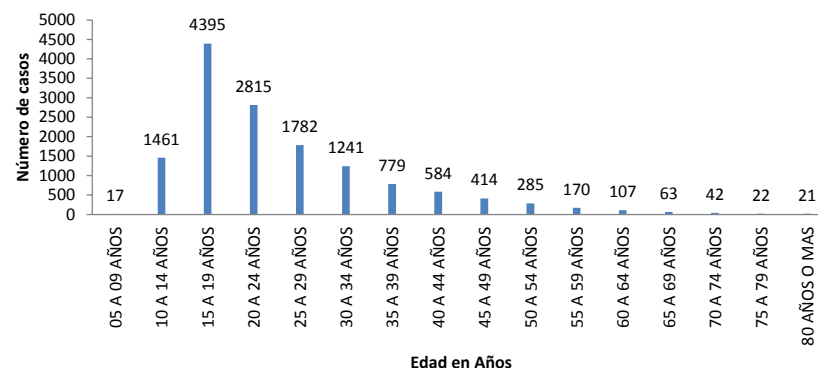
Gráfica 54. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por semana epidemiológica, Colombia, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

El 31,02% (4395) de las intoxicaciones con intencionalidad suicida reportadas al Sivigila, se presentaron en jóvenes entre los 15 y los 19 años, mientras que el 19,83% (2815) fueron reportadas en adultos jóvenes entre los 20 y los 24 años, estos dos grupos de edad, estos dos grupos reúnen el 50,78% de los casos reportados (ver gráfica 55).

Gráfica 55. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por grupos quinquenales de edad, Colombia, a semana epidemiológica 50, Colombia, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Según área de residencia de los casos, 11070 (77,97%) ocurrieron en cabecera municipal, 2041 (14,38%) en rural disperso y 1087 (7,66%) en centro poblado (ver tabla 47).

Tabla 47. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por tipo de intoxicación y área de residencia, Colombia, semana epidemiológica 50, Colombia, 2015.

	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	TOTAL
Gases	12	1	0	13
Medicamentos	6638	517	479	7634
Metanol	7	0	1	8
Otras Sustancias Químicas	1058	110	177	1345
Plaguicidas	3052	434	1361	4847
Solventes	170	12	16	198
Sustancias Psicoactivas	133	13	7	153
Total general	11070	1087	2041	14198

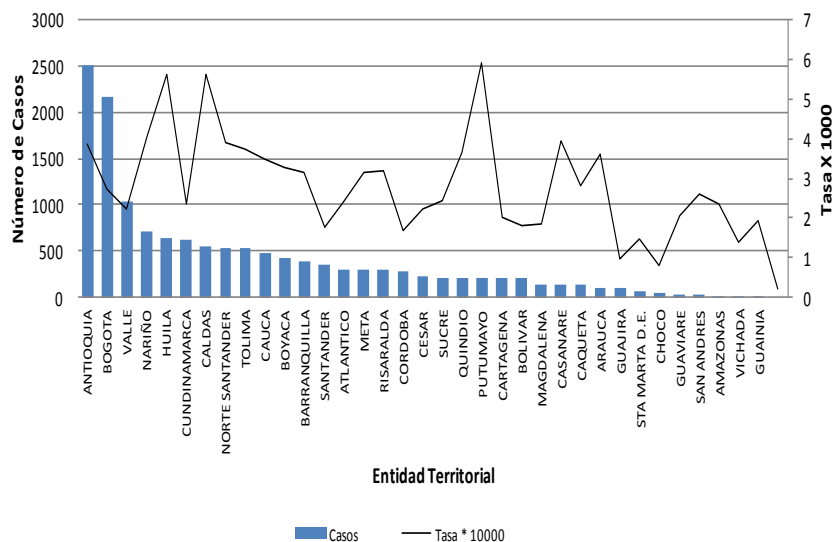
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Mientras que la intoxicación por medicamentos es el método más común en las intoxicaciones con intencionalidad suicida en las cabeceras municipales (59,96%) y centros poblados (47,56%) en el territorio rural disperso los plaguicidas representan el 66,68% de las intoxicaciones con intencionalidad suicida.

Cinco entidades territoriales agrupan el 49,75% de los casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida reportados, estos son; Antioquia (17,6%), Bogotá (15,3%), Valle (7,3%), Nariño 8 (5,0%) y Huila (4,6%). La tasa nacional es de 2,94 intentos de suicidio con sustancias químicas por cada 10.000 habitantes, se identifican 15

entidades territoriales con tasas superiores a la tasa nacional, entre las cuales destacan como tasas más altas las de Putumayo, Caldas, Huila, Nariño y Casanare (ver gráfica 56).

Gráfica 56 Intoxicación con intencionalidad suicida por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 50, Colombia, 2015.

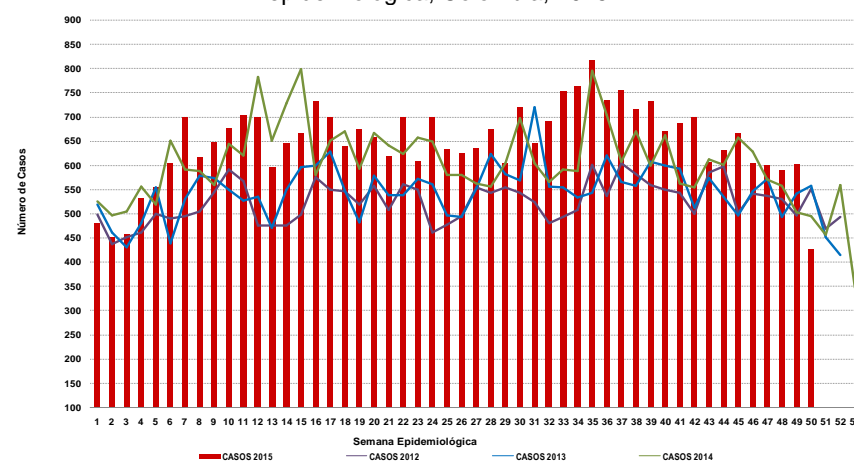


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica 50 del año 2015 se han notificado 32351 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, al sistema de vigilancia en Salud pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud y para el año 2014 con corte a esta misma semana, se habían notificado 30677 casos, lo que representa un aumento de 5,17% en la notificación acumulada de casos (ver gráfica 57).

Gráfica 57. Notificación de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica, Colombia, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En promedio se han notificado 647 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. De la semana epidemiológica 50 se notificaron 427 casos y 82 casos de intoxicaciones ocurridas durante las 49 semanas epidemiológicas previas.

El mayor número de casos notificados de intoxicaciones está dado por el grupo de medicamentos con 10739 casos, seguido por plaguicidas con 8435 casos y sustancias psicoactivas con 6710 casos (ver tabla 48).

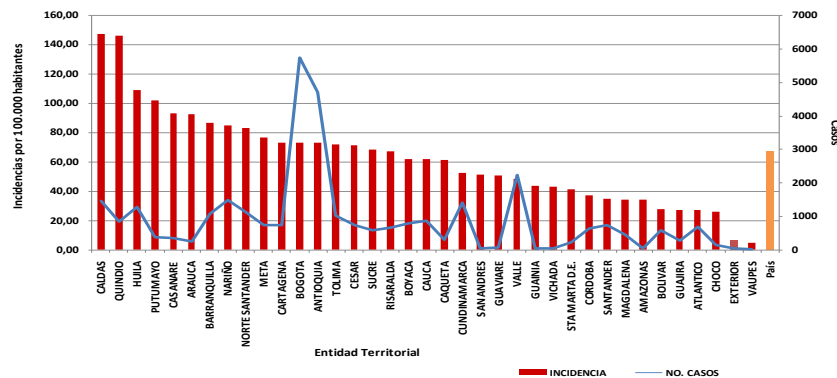
Tabla 48. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.

Evento	Casos a semana 50	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 50	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	10739	22,28	136	0,28
Intoxicación por plaguicidas	8435	17,50	115	0,24
Intoxicación por sustancias psicoactivas	6710	13,92	94	0,20
Intoxicación por otras sustancias químicas	4408	9,14	54	0,11
Intoxicación por solventes	916	1,90	18	0,04
Intoxicación por gases	818	1,70	7	0,01
Intoxicación por metanol	240	0,50	3	0,01
Intoxicación por metales	85	0,18	—	0,00
TOTAL	32351	—	427	—
TASA DE INCIDENCIA		67,11		0,89

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Antioquia con 4700 casos, Valle del Cauca con 2231 casos, Nariño con 1479 y Caldas con 1455 casos notificaron el mayor número de casos. El departamento con mayor proporción de incidencia fue Caldas con 147,27 casos por 100.000 habitantes, Quindío con 146,13, Huila con 108,85, Putumayo con 101,68 y Casanare con 92,86 (ver gráfica 58).

Gráfica 58. Comportamiento de incidencia y casos de intoxicaciones por sustancias químicas según entidades territoriales, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Hasta la semana epidemiológica 50 se han notificado 297 muertes, para esta semana epidemiológica se notificaron cuatro casos, de los cuales dos muertes fueron por plaguicidas y dos muertes por otras sustancias químicas. Las dos muertes por plaguicidas presentaron una exposición accidental y las dos muertes por otras sustancias químicas presentaron una exposición intencional suicida.

Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica 50 se notificaron 841 reincidencias, de estas, dos casos son reincidentes en siete oportunidades, tres casos son reincidentes en cuatro oportunidades, un caso es reincidente en tres oportunidades, 17 casos son reincidentes en dos oportunidades, 354 casos son reincidentes en una oportunidad. La principal intencionalidad de

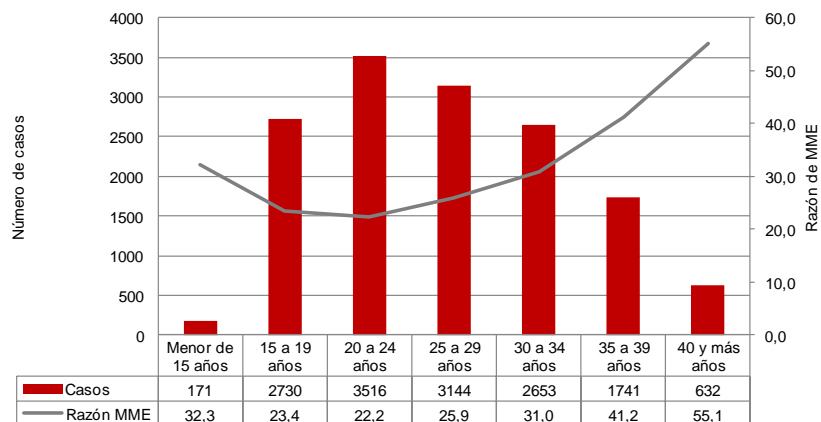
dichas reincidencia fue de tipo suicida con 355 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad psicoactiva con 282 casos.

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

• Morbilidad materna extrema

El acumulado de casos de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 es de 14.587; de acuerdo con la edad de las madres, el mayor porcentaje de casos se presenta en el grupo de edad de 20 a 24 años con un 24,1%, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 21,6%. En relación con la razón de morbilidad materna extrema, la mayor razón se registra en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 55,1 casos por 1.000 nacidos vivos, de 35 a 39 años con 41,2 casos y en adolescentes menores de 15 años con 32,3 casos (ver gráfica 59).

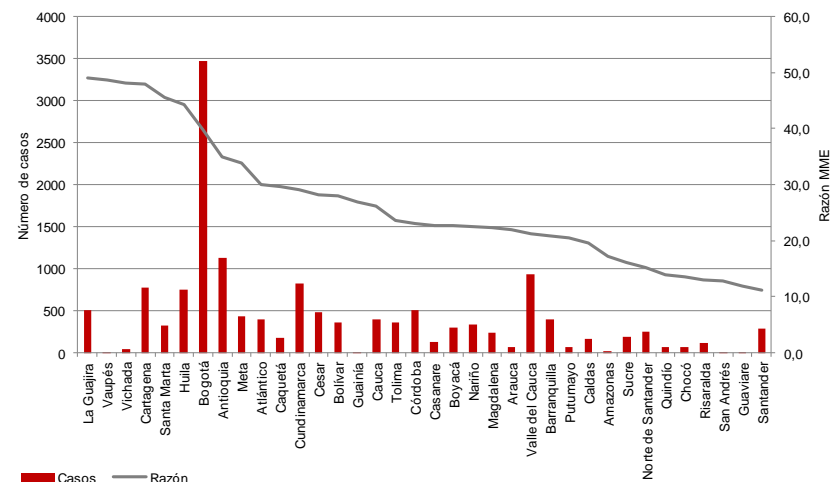
Gráfica 59. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud, Colombia.
DANE, a 31 de octubre de 2014.

Según el lugar de residencia, el 23,8% de los casos se ha registrado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 7,8% y Valle del Cauca con el 6,4%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son La Guajira con 49,1 por 1.000 nacidos vivos, Vaupés con 48,8 casos y Vichada con 48,1 casos (ver gráfica 60).

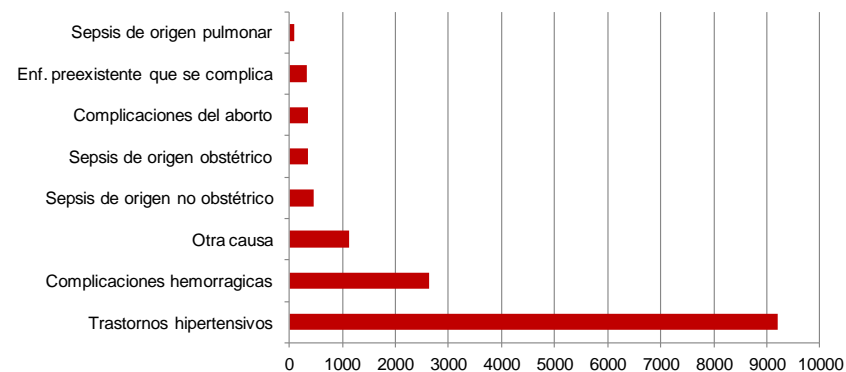
Gráfica 60. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.
DANE, a 31 de octubre de 2014.

De acuerdo con las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 50 de 2015, el mayor porcentaje corresponde a trastornos hipertensivos con un 63,2% de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,1% (ver gráfica 61).

Gráfica 61. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015.



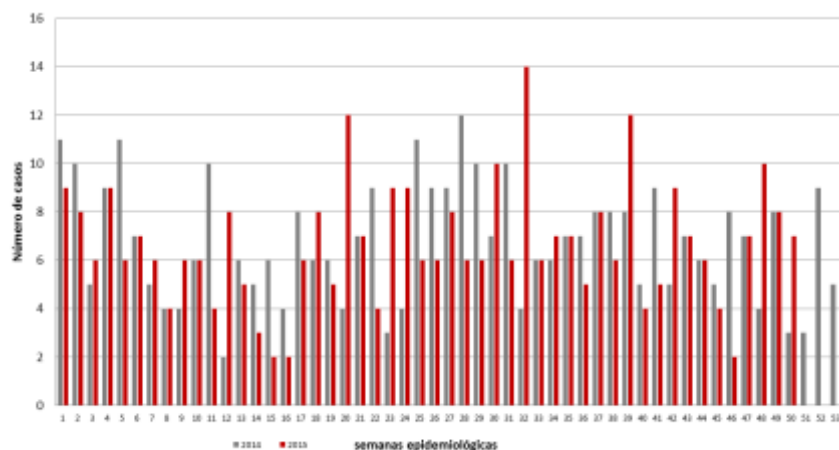
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

- **Mortalidad materna**

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado en el país 468 muertes maternas, 333 corresponden a muertes maternas tempranas (las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 96 corresponden a muertes maternas tardías (las que ocurren desde el día 43 hasta el año posterior a la terminación del embarazo) y 39 casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa (LCE).

El mayor número de casos se han notificado durante la semana 32 con 14 muertes, seguido de la semana 20 con 12 muertes, la semana 39 con 11 muertes y en la semana 30 se notificaron 10 casos (ver gráfica 62).

Gráfica 62. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2014 - 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Al comparar el número de muertes maternas con los años anteriores, de forma preliminar se encuentra una disminución de 2,5% en los casos notificados en relación con el año 2014. Según el momento de ocurrencia, las muertes maternas tempranas han disminuido en 2,3% con respecto de las notificadas en 2014, las muertes maternas tardías han aumentado 2,1% y las muertes maternas por lesiones de causa externa han disminuido en 13,3% (ver tabla 49).

Tabla 49. Muertes maternas tempranas, tardías y por lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2015.

Año	Tempranas	Tardías	LCE	Total
2013	333	77	33	443
2014	341	94	45	480
2015	333	96	39	468

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

En la semana epidemiológica 50 de 2015 ingresaron diez muertes maternas de las cuales siete corresponden a muertes maternas tempranas, tres a muertes maternas tardías y no se notificaron muertes por lesión de causa externa. Nueve casos corresponden a muertes ocurridas en la semana epidemiológica 50 (siete se clasificaron como muertes maternas tempranas, dos como muertes maternas tardías) y una muerte pertenecía a una semana epidemiológica anterior, que fue notificado tardíamente.

Por lugar de residencia, en relación con la misma semana epidemiológica de 2014, aumentó la notificación de casos en el distrito de Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Tolima, el distrito de Barranquilla, Bolívar, Magdalena, Meta, Vichada, Caldas, Huila, Boyacá, Arauca, Amazonas, Vaupés y en el Exterior. En contraste, Guaviare no ha registrado muertes maternas tempranas hasta la semana 50 de 2015. San Andrés, Providencia y Santa Catalina notificó de forma tardía una muerte materna por lesión de causa externa durante la semana 49, sin embargo, no ha registrado muertes maternas tempranas en los años 2014 y 2015. Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 el 94,4% (34) de las entidades territoriales han notificado muertes maternas tempranas (ver gráfica 63).

Gráfica 63. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2015.



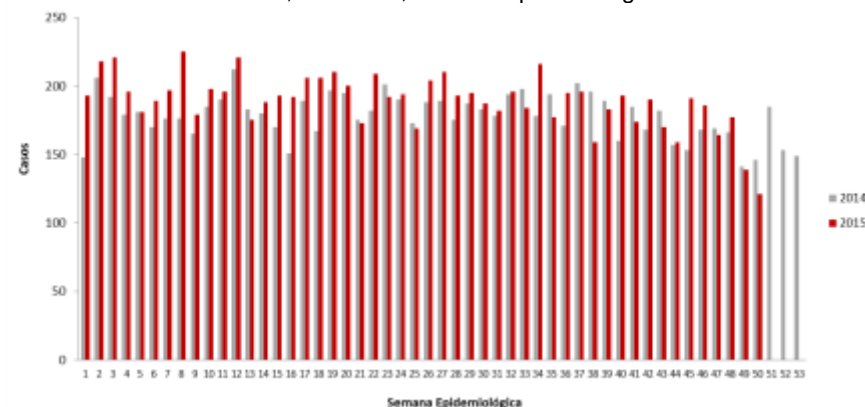
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

• Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado un total acumulado de 9462 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y para la semana 50 se notificaron 121 casos. La distribución del total de casos según el momento de ocurrencia es la siguiente 4558 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 1075 casos (11%) a muertes fetales intraparto, 2513 casos (27%) neonatales tempranas y 1316 casos (14%) a neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 8950 casos, lo que representa un aumento del 5,7% (512 casos más) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 64).

Gráfica N° 64. Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.

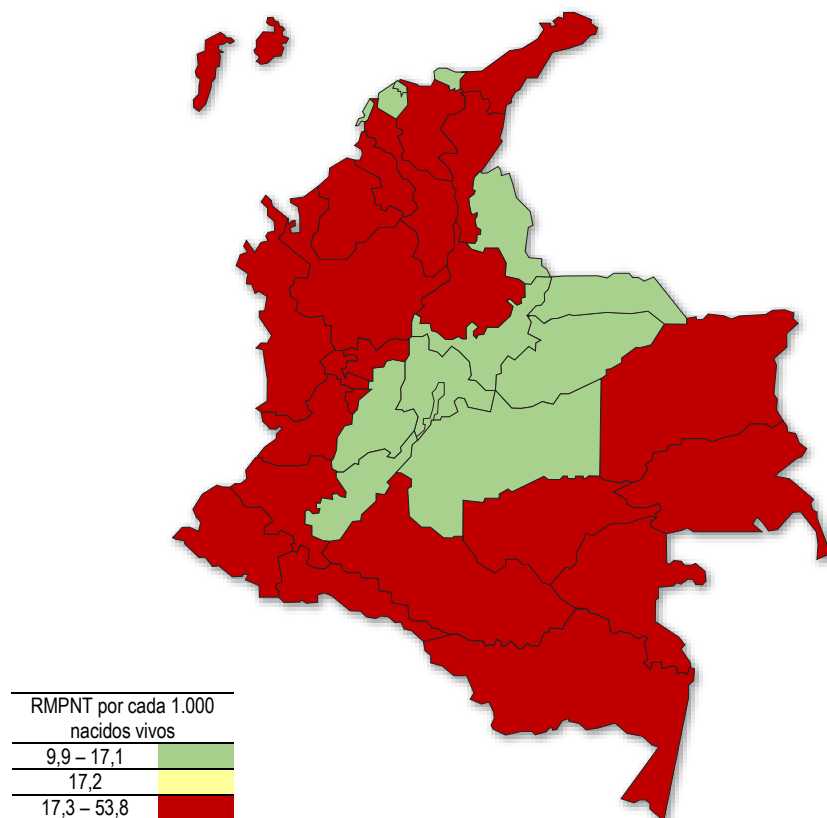


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Hasta la semana epidemiológica 50, todas las entidades territoriales notificaron casos al Sivigila. Las entidades territoriales por residencia que aportan el 60% total de casos a nivel nacional son: Bogotá 1372 casos (14,5%), Antioquia 1118 casos (11,8%), Valle del Cauca 774 casos (8,2%), Cundinamarca 457 casos (4,8%), Santander 453 (4,8%), Córdoba 434 casos (4,6%), Cauca 314 (3,3%), Cesar 307 (3,2%), Barranquilla 289 (3,1%), y Nariño 278 casos (2,9%).

La tasa de incidencia nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Colombia a semana epidemiológica 50 fue de 17,2 casos por cada mil nacidos vivos, 23 entidades territoriales se ubicaron por encima de la media nacional; el departamento de Vaupés presentó la tasa de incidencia más alta con 53,8 casos por cada mil nacidos vivos, proporción que esta 3 veces por encima de la media nacional, le sigue San Andrés con una razón de 40,8 casos por cada mil nacidos vivos y Chocó con 35,9 casos por cada mil nacidos vivos, entidades que duplican la tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía nacional (ver mapa 8).

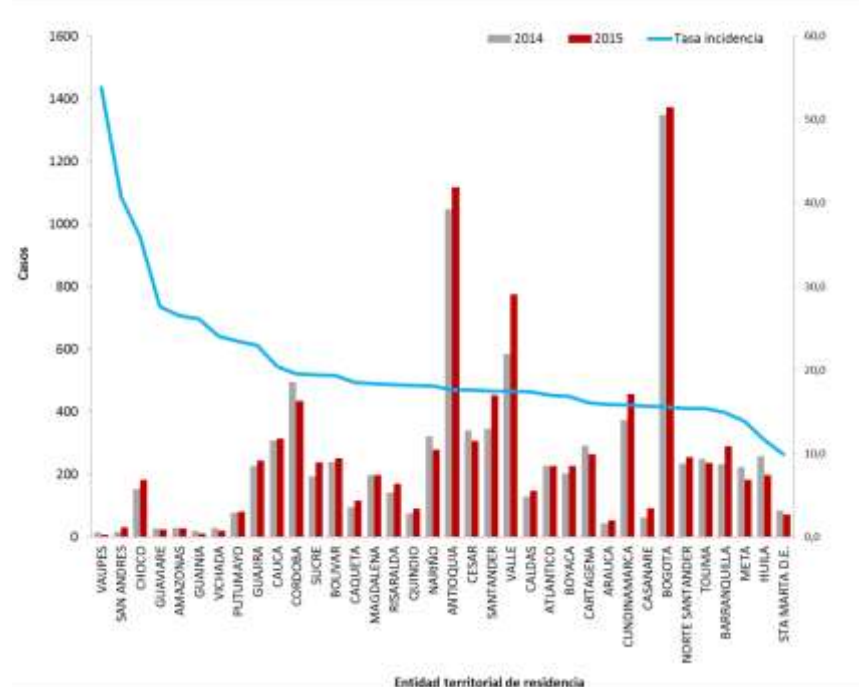
Mapa N° 8. Tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) según entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia
DANE - Estadísticas Vitales.

Las entidades territoriales de residencia que hasta la semana 50 presentaron un incremento en la notificación de casos mayor al 10% en 2015 frente al 2014 fueron: San Andrés (87,5%), Casanare (44,4%), Valle del Cauca (32,3%), Santander (30,9%) Barranquilla (24,6%), Sucre (22,6%), Cundinamarca (22,5%), Caquetá (21%), Quindío (20%), Risaralda (19,8), Chocó (18,9%), Arauca (18,1%), Caldas (13,9%) y Boyacá (11,3) (Ver gráfica N°65).

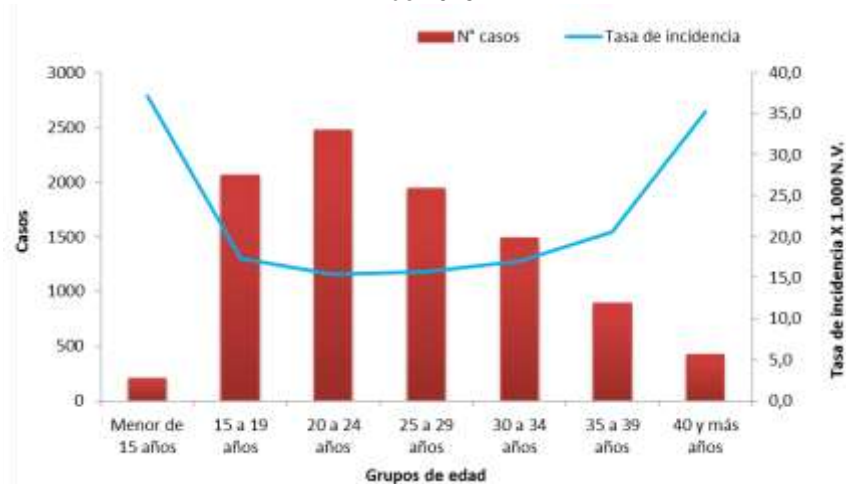
Gráfica N° 65. Casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales.

De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales o neonatales tardías, la mínima fue de 10 la máxima de 50 años; 24% de los casos corresponden a mujeres de 10 a 19 años, en el grupo de 20 – 34 años se concentra el 62% de los casos y en mayores de 34 años el 14%. La incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta está en el grupo de las menores de 15 años con 37,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos y el grupo de 40 y más años con 35,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 66).

Gráfica N° 66. Casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupo de edad de la madre, Colombia, semana epidemiológica 50 de 2015.



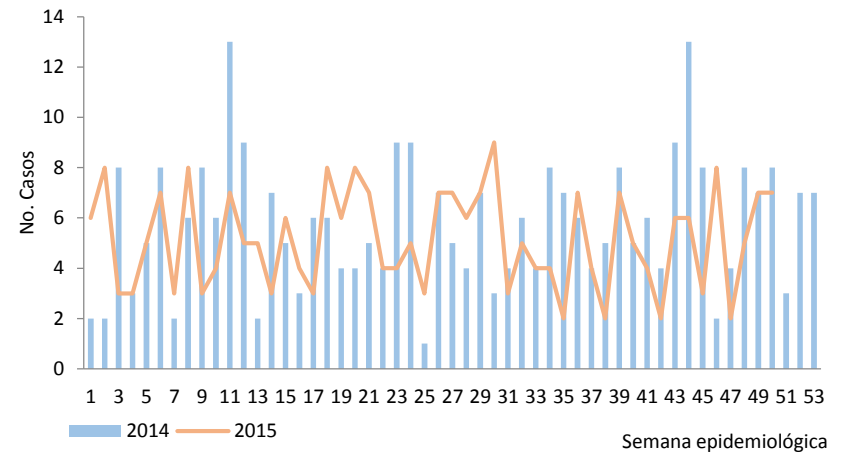
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales.

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

Hasta la semana 50 de 2015, se han notificado 257 muertes de niños menores de 5 años por diferentes patologías, pero que presentan también desnutrición dentro de alguno de sus diagnósticos. Todos esos casos se encuentran en análisis para definir la causa que explica la muerte.

En el año 2014 a la misma semana epidemiológica se registraban 289 casos, mostrando una disminución del 11,1% (ver gráfica 67).

Gráfica 67 Comportamiento de la notificación de muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana 50 se notificaron diez casos, de los cuales siete por fecha de defunción corresponden a esta semana, un caso de la semana 39 y dos casos de la semana 49.

De los diez casos, ocho se presentaron en menores de un año y dos en niños de uno a cuatro años en Córdoba, Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Putumayo, Cartagena, Barranquilla y Cesar.

Por lugar de residencia, los departamentos que más aportan estas muertes son: La Guajira (el 13,2%), Cesar y Vichada (con el 7% cada uno) y Córdoba (con el 6,6%).

El 59,5% (153/257) de las muertes ocurrieron en menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los tres meses de vida. Con una mediana de peso al nacer de 2600 gramos y talla de 47 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 5 kg. y talla de 56 cms. El 40,5% (104/257) de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 14 meses de vida, con una mediana de peso al momento de la muerte de 7 kg. y talla de 72 cm.

El 57,6 % de las muertes corresponde al sexo masculino. El 79 % de los casos se encontraba afiliado al régimen subsidiado, el 16,3% no estaba afiliado al momento de la muerte y el 3,5% se encontraba afiliado al régimen contributivo. Del total de niños y niñas con aseguramiento, el 27,4% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Por pertenencia étnica, el 52,5 % de los casos corresponde a otros, seguido de población indígena con el 42,0 % y afrocolombianos con el 5,5%.

El 72% de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 86,4% pertenecen al estrato socioeconómico uno.

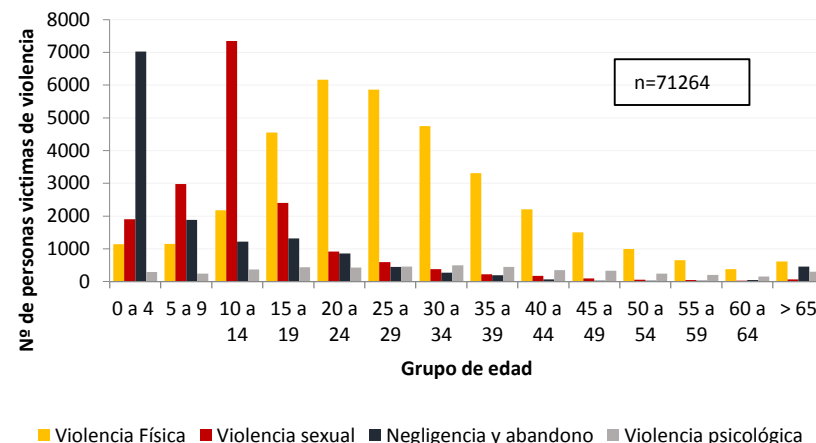
• Violencia de género

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2015 se han notificado 71264 casos de violencia; de estos, el 78,28% (55783/71264) se presentó en mujeres: el 23,31% (16612/71264) de la violencia fue en niños y niñas, el 27,82% (19829/71264) en adolescentes y el 48,86% (34823/71264) en población adulta.

De los 71264 casos notificados de violencias de género, el 49,8 % (35467/71264) fueron por violencia física, el 24,1% (17198/71264) por violencia sexual, 19,5% (13861/71264) por negligencia y abandono y el 6,6% (4738/71264) por violencia psicológica.

En los menores de cinco años se registró el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se registró con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfica 68).

Gráfica 68. Distribución de los tipos de violencia por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 50, 2015



Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Se encuentra diferencia estadística en la violencia registrada en las mujeres con respecto de los hombres en todos los grupos de edad; en general se registraron 3,51 casos de violencia en mujeres por cada caso en hombre (ver tabla 50).

Tabla 50. Incidencia de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 50, 2015

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES				
	n	INCIDENCIA (por 100.000 hab.)	n	INCIDENCIA (por 100.000 hab.)	RR	IC 95%	
Niños (0 a 9)	9046	215,79	7566	172,42	1,25	1,21	1,29
Adolescentes (10 a 19)	16472	390,20	3357	76,18	5,12	4,94	5,32
Adultos (> 20)	30265	189,27	4558	30,38	6,23	6,04	6,43
TOTAL	55783	228,58	15481	65,05	3,51	3,45	3,58

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Colombia.

A semana epidemiológica 50 se notificaron en 23 entidades territoriales 72 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión “quemadura”; el 61,1% (44/72) de estas agresiones fueron a mujeres; en Medellín se registró el mayor número de casos esta semana (ver tabla 51).

Tabla 51. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por entidad territorial, municipio de procedencia, sexo, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2015

Entidad territorial de procedencia	Municipio	Mujeres	Hombres	Total
Antioquia	Amaga	1	0	1
	Armenia	1	0	1
	Medellin	6	2	8
Atlantico	Soledad	1	0	1
Barranquilla	Barranquilla	0	1	1
Bogota	Bogota	3	3	6
Bolívar	San Estanislao	1	0	1
	San Pablo	1	0	1
	Santa Rosa	0	1	1
Boyaca	Duitama	1	0	1
	Sogamoso	1	0	1
	Tunja	1	0	1
Caldas	Manizales	0	1	1
	Riosucio	0	1	1
Caqueta	Florencia	1	0	1
Cesar	Aguachica	1	0	1
	Bosconia	0	1	1
	Curumani	1	0	1
	San Alberto	1	0	1
	Valledupar	2	0	2
Choco	Quibdo	2	0	2
Cordoba	Purisima	1	0	1
Cundinamarca	Cajica	1	0	1
	Mosquera	2	0	2
	Acevedo	0	1	1
Huila	Pitalito	1	0	1
	Barbacoas	1	0	1
	Pasto	1	0	1
	Tumaco	1	1	2
Norte Santander	Cucuta	1	1	2
	Ocaña	2	0	2
Putumayo	Mocoa	0	1	1
Quindio	Armenia	0	1	1
	Calarca	0	1	1
Risaralda	Pereira	2	2	4
San Andres	San Andres	0	1	1
Santander	Barrancabermeja	0	1	1
	Bucaramanga	2	1	3
	Floridablanca	0	1	1
Sucre	Corozal	0	1	1
	Tolu	0	1	1
Tolima	Rioblanco	1	0	1
Valle Del Cauca	Caicedonia	0	1	1
	Cali	3	2	5
	El Cerrito	0	1	1
Total general		44	28	72

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

abandono, 50 por violencia física, 10 por violencia sexual y una por violencia psicológica; en Antioquia se registró el mayor número de casos esta semana (ver tabla 52).

Tabla 52. Casos sospechosos de muerte por violencia de género, por tipo de violencia y entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50, 2015

Entidad territorial	Negligencia y abandono	Violencia física	TIPO DE VIOLENCIA		TOTAL GENERAL
			Violencia sexual	Violencia Psicológica	
Amazonas	1	0	0	0	1
Antioquia	0	14	3	0	17
Arauca	2	1	1	0	4
Atlantico	1	0	0	0	1
Barranquilla	0	1	0	0	1
Bogota	3	1	0	1	5
Bolívar	1	2	1	0	4
Boyaca	4	0	0	0	4
Caldas	1	5	0	0	6
Caqueta	1	0	0	0	1
Cartagena	3	0	1	0	4
Casanare	7	1	0	0	8
Cauca	1	0	0	0	1
Cesar	1	1	0	0	2
Choco	2	0	0	0	2
Cordoba	1	1	0	0	2
Cundinamarca	1	1	0	0	2
Guainia	1	0	0	0	1
Huila	9	2	1	0	12
Magdalena	2	1	0	0	3
Meta	6	2	0	0	8
Nariño	3	2	1	0	6
Norte Santander	5	1	1	0	7
Putumayo	1	0	0	0	1
Quindio	2	0	0	0	2
Risaralda	5	1	0	0	6
Santander	7	2	1	0	10
Sucre	1	0	0	0	1
Tolima	5	0	0	0	5
Valle Del Cauca	1	11	0	0	12
Vichada	4	0	0	0	4
Total general	82	50	10	1	143

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

Hasta la fecha, se registran 143 casos sospechosos de muertes por estas causas, de los cuales 82 fueron por negligencia y

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

• Alertas internacional

➤ Enfermedad por el virus del Ébola (EVE), África Occidental

El reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se realiza al 23 de diciembre de 2015, con fecha de corte del 20 de diciembre. El número total de casos acumulados es 28.637 con 11.315 muertes reportadas.

Liberia no reportó casos nuevos de EVE. Se continúa el seguimiento a los contactos.

Guinea no reportó nuevos casos EVE. El 29 de octubre se reportó el último caso confirmado en este país.

Sierra Leona fue declarada libre de EVE a partir del 7 de noviembre de 2015. Este país se encuentra en la fase de vigilancia intensificada por 90 días programada para concluir el 5 de febrero de 2016.

Fuente: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-23-december-2015>

➤ Actualización epidemiológica Cólera en la región de las Américas, 23 de diciembre de 2015.

Desde inicios de este año y hasta la semana epidemiológica (SE) 48 de 2015 se registró un total de 30.654 casos de cólera en tres países de las Américas: Cuba (65), Haití (30.080) y República Dominicana (509). Haití concentra el 98% del total de casos notificados en la Región.

Orientaciones a los estados miembros: ante la persistencia de la circulación de cólera en países dentro y fuera de la Región de las Américas, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para lograr y mantener condiciones adecuadas de saneamiento y acceso al agua potable.

Los viajeros que se dirigen a zonas donde circula el cólera deben ser informados acerca de la forma de contagio de la enfermedad y sobre la necesidad de practicar buenos hábitos de higiene personal, así como sobre el consumo de agua y alimentos seguros, con el fin de minimizar los riesgos de importación de casos.

La diseminación del cólera a partir de casos importados dependerá de las condiciones de agua y saneamiento existentes.

La OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a mantener activos los sistemas de vigilancia para detectar oportunamente los casos sospechosos, realizar un diagnóstico rápido de laboratorio que permita la confirmación de casos, la provisión de tratamiento adecuado y la contención de la propagación de la enfermedad.

Fuente:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32625&lang=es

- **Alertas nacionales**

- **Seguimiento a contacto con exposición desconocida de enfermedad por virus del Ébola**

Paciente femenino que ingreso a Colombia y se encuentra en seguimiento desde el 21 de diciembre de 2015, proveniente de Guinea Conakry, salida de ese país el 15 de diciembre de 2015. Clasificación: contacto con exposición desconocida. Sin novedad en toma de temperatura. Actualmente en seguimiento por distrito de Cartagena.

- **Brote de varicela en centro penitenciario en Pereira, Risaralda.**

Fecha de notificación: 16 diciembre 2015

Fecha de ocurrencia: 14 diciembre 2015

Enfermos/Expuestos: 1/418

Acciones adelantadas: Investigación epidemiológica de campo para verificación de caso, revisión de los 5 compañeros que comparten celda con el caso índice. Búsqueda activa de casos en cada uno de los patios por el equipo de salud. Aislamiento del caso índice, limpieza y desinfección en el patio, restricción de los desplazamientos.

Uso de elementos de protección personal como guantes y tapabocas para el personal de guardia que está en el patio.

- **Brote de ETA en Festival de Pastel en Cartagena.**

Fecha de notificación: 17 diciembre 2015

Fecha de Investigación: 17 diciembre 2015

Fecha de ocurrencia: 17 diciembre 2015

Enfermos/Expuestos: 3/3

Posibles alimentos implicados: Posibles alimentos implicados: Pastel o tamal (arroz con verduras, pollo, cerdo envuelto en hoja de bijao).

Signos y síntomas: Nauseas, vómito, dolor abdominal, cefalea.

Estado de pacientes: vivos: 3 muertos: 0 hospitalizados: 0

Acciones adelantadas: actividades de IVC.

- **Seguimiento situación cárcel El Pedregal, Medellín, Antioquia.**

Por monitoreo de medios se capta noticia de brote de tuberculosis en centro penitenciario y una muerte por el evento.

Se realiza seguimiento conjunto con Secretaria de Salud de Antioquia y Medellín, encontrando lo siguiente:

Paciente de 33 años EK. Con antecedente de VIH/SIDA estadio C3, desde hace 13 años, hace 7 años sin tratamiento (voluntario). Ingreso a Hospital en Medellín el 18 de diciembre de 2015, por cuadro de 1 semana de cefalea de gran intensidad, fotofobia, emesis, náuseas.

Diagnóstico de Tuberculosis pulmonar hace 1 mes.

Tratamiento intrahospitalario: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol. Kaletra + Efavirez.

Acciones realizadas: seguimiento y acompañamiento durante el año por parte de la secretaria municipal de Medellín al centro penitenciario en capacitaciones de protocolos, lineamientos y manejo clínico de casos de tuberculosis.

Pendiente: Unidad de análisis de la muerte, seguimiento de resultados por laboratorio, investigación de campo y búsqueda de sintomáticos respiratorios.



Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General (E)

Mancel Enrique Martínez Duran
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

Norma Rocío Lozano – nlozano@ins.gov.co
Edición

Giovanni Sanabria – ysanabria@ins.gov.co
Diagramación

Av. Calle 26 No 51 – 20, Bogotá D. C. – Colombia
PBX (571) 220 77 00

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015