

- Inicio
- Situación Nacional
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tabla de Mando Nacional



Una publicación del Instituto Nacional de Salud, que ofrece información epidemiológica actualizada sobre el comportamiento de los eventos de interés en salud pública del país como un factor útil para la toma de decisiones

Protección y Control de Calidad del Agua para Consumo Humano

El estado Colombiano, como garante de este recurso tan valioso, y con el fin de dar cumplimiento a los estándares nacionales de calidad, de manera que el agua para consumo humano no afecte la salud de sus habitantes.



En consonancia con lo anterior, los estados deben generar los requisitos básicos y esenciales para garantizar la seguridad del agua de consumo son: un «marco» para la seguridad del agua que comprenda metas de protección de la salud establecidas por una autoridad con competencia en materia de salud, sistemas adecuados y gestionados correctamente (infraestructuras adecuadas, monitoreo correcto, y planificación y gestión eficaces), y un sistema de vigilancia independiente.(1)

Adicionalmente, lo anterior conlleva la evaluación sistemática de los riesgos en la totalidad de un sistema de abastecimiento de agua de consumo, que va desde el origen, fuente de abastecimiento o cuenca de captación, hasta su entrega al consumidor, con la determinación de las medidas que pueden aplicarse para gestionar estos riesgos, así como de métodos para garantizar el funcionamiento eficaz de las medidas de control (1).

El estado Colombiano, como garante de este recurso tan valioso, y con el fin de dar cumplimiento a los estándares nacionales de calidad, de manera que el agua para consumo humano no afecte la salud de sus habitantes, estableció el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano, a través del decreto 1575 del 9 de mayo de 2007 de los entonces Ministerios de la Protección Social y Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, con el fin de monitorear, prevenir y controlar los riesgos para la salud humana causados por su consumo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la vigilancia de la calidad del agua de consumo puede definirse como la «*evaluación y examen, de forma continua y vigilante, desde el punto de vista de la salud pública, de la inocuidad y aceptabilidad de los sistemas de abastecimiento de agua de consumo*».

Teniendo en cuenta lo anterior, adicional a la obligación que tiene la persona prestadora del servicio público de acueducto de garantizar el suministro de agua apta para el consumo humano, es la que tienen las direcciones departamentales, distritales y municipales (autoridades sanitarias) de ejercer vigilancia través del seguimiento a la calidad del recuso distribuido en una población específica. Lo anterior, se materializa en la toma y análisis de muestras de agua que realizan las autoridades sanitarias denominadas muestras de vigilancia y las muestras de control (contra muestras) que son tomadas por la persona prestadora, las cuales son necesarias para determinar si el agua suministrada es apta para consumo humano.

Según lo establecido en la Resolución 811 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, en el Art. 3, las muestras deben ser tomadas en puntos concertados entre el prestador del servicio público de acueducto y la autoridad sanitaria, sobre la red de distribución; para que se haga efectiva la toma de muestras, el prestador debe construir unas cajillas a través de las cuales se instale un dispositivo que permita la toma de la misma.

Adicionalmente, el Decreto 1575 de 2007 estableció el Índice de Riesgo de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA), el cual, es un indicador utilizado para evaluar la calidad del agua de consumo y su operación fue reglamentada por la Resolución 2115 del mismo año. Este índice analiza el grado de ocurrencia de enfermedades cuando no se cumplen con las características físicas, químicas y

El objetivo es monitorear, prevenir y controlar los riesgos para la salud humana causados por su consumo de agua.

microbiológicas del agua para consumo humano y su cálculo se realiza mediante una media ponderada donde son atribuidos pesos a cada una de esas características. Para la evaluación del riesgo de la calidad del agua con base en los valores IRCA se definieron los siguientes valores:


- Sin riesgo: de 0 % a 5 %
- Riesgo bajo: de 5,1 % a 14 %
- Riesgo medio de 14,1 % a 35 %
- Riesgo alto entre 35,1 % y 80 %
- Inviabile sanitariamente de 80,1 % a 100 %

Teniendo en cuenta los resultados del IRCA por muestra y del IRCA mensual, se define la clasificación del nivel de riesgo del agua suministrada para el consumo humano por la persona prestadora y se señalan las acciones que debe realizar la autoridad sanitaria competente, como se observa en la (tabla 1).

Tabla 1
Clasificación del nivel de riesgo en salud según el IRCA por muestra y el IRCA mensual y acciones que deben adelantarse

Clasificación IRCA (%)	Nivel de Riesgo	IRCA por muestra (Notificaciones que adelantará la autoridad sanitaria de manera inmediata)	IRCA mensual (Acciones)
80.1 - 100	INVIABLE SANITARIA MENTE	Informar a la persona prestadora, al COVE, Alcalde, Gobernador, SSPD, MPS, INS, MAVDT, Contraloría General y Procuraduría General.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora, alcaldes, gobernadores y entidades del orden nacional.
35.1 - 80	ALTO	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde, Gobernador y a la SSPD.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora y de los alcaldes y gobernadores respectivos.
14.1 - 35	MEDIO	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde y Gobernador.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de la persona prestadora.
5.1 - 14	BAJO	Informar a la persona prestadora y al COVE	Agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento
0 - 5	SIN RIESGO	Continuar el control y la vigilancia.	Agua apta para consumo humano. Continuar la vigilancia.

Fuente: Cuadro No 2. Resolución 2115 de 2007 de los Ministerios de la Protección Social y Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.

-  Inicio
-  Situación
-  Mortalidad
-  Trazadores
-  Brotes
-  Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Este indicador, se genera a partir de la información recopilada con las muestras de Vigilancia y control, la diferencia es que cada responsable (prestador y Autoridad Sanitaria) se encarga del análisis de las mismas y **el reporte se realiza por medios diferentes**; así mismo, la resolución 2115 de 2007 establece el número mínimo de las muestras que se deben realizar según la población atendida.

Respecto a la estimación y reporte del IRCA, se realizará de forma mensual; en el caso del **control**, serán realizados por parte de la persona prestadora al **Sistema Único de Información SUI** en los términos y los plazos establecidos para el efecto por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios-SSPD.

En cuanto a los registros de IRCA de la **vigilancia de la calidad del Agua**, resultado de las actividades de Inspección, Vigilancia y Control en el país, serán reportados por las Autoridades Sanitarias, al **"Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano SIVICAP"**.

Teniendo en cuenta lo anterior, la autoridad sanitaria de los municipios categoría 1, 2 y 3 calcularán los IRCA's provenientes de los resultados de las muestras de vigilancia y los reportará a la autoridad sanitaria departamental de su jurisdicción. Los IRCAs de los municipios categoría 4, 5 y 6 serán calculados por la autoridad sanitaria departamental. En ambos casos, la autoridad sanitaria departamental cargará esta información SIVICAP web. (Art. 16 Resolución 2115 del 22 de junio de 2007).

Finalmente, el INS como administrador del sistema de vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano - SIVICAP, analiza y consolida la información recogida a través de su plataforma web con los siguientes fines:

- Para la toma de decisiones del sector a todo nivel en el país.
- Generar los Índices de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA e IRABA, así como información de la Inspección sanitaria (BPS) y Mapa de riesgo.

- Analizar las posibles asociaciones entre los indicadores antes mencionados con la Morbimortalidad de enfermedades vehiculizadas a través del agua como la EDA (enfermedad diarreica aguda), Hepatitis A, Fiebre tifoidea y paratifoidea, cólera, ETA (enfermedades transmitidas por alimentos).
- Suministrar información mediante consultas, reportes y documentos técnicos entre otras a: Autoridades Sanitarias Departamentales, Departamento Nacional de Planeación-DNP, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Autoridades Sanitarias Departamentales y municipales, Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios-SSPD, Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio-MVCT, Comisión Reguladora de Agua Potable-CRA, entidades del sector, Organismos de Control, Instituciones de diferente orden y ciudadanía en General Información para entre otras.

e) Articular de la información del SIVICAP con otros sistemas de información del sector, de acuerdo con las políticas de conectividad gubernamental y del marco de las Tecnologías de la Información y Comunicación, como: el SUI (Sistema Único de Información), Enlace SUI-SIVICAP en cooperación con la Superintendencia de servicios Públicos Domiciliarios (SSPD), Sistema de información de Salud Pública, SIVIGILA-INS, Sistema de Información de la Salud y la Protección Social, SISPRO-MSPS, Sistema de Información de Estadísticas, ANDA-DANE, Sistema Unificado de Información de la Niñez, SUIN-ICBF, Sistema Unificado de Información en

Salud ambiental-SUISA, Sistema de medidas Sanitarias y Fitosanitarias-MSFS y otros

- Presentar la información el Subsistema SIVICAP, para visibilidad y comparabilidad a nivel internacional, como herramienta útil, para la sistematización y generación de conocimiento en el sector de aguas.
- Generar información técnica, científica y reportes históricos sobre calidad, morbilidad, indicadores de gestión e impacto en salud, asociados al agua como: boletines de vigilancia de la

**El INS
administra el
sistema de
vigilancia de la
Calidad del Agua
para Consumo
Humano -
SIVICAP**

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189







Colombia 2017

calidad del agua, indicadores de cumplimiento de la norma por autoridades sanitarias, artículos científicos, manuales de procedimientos, informes y documentos técnicos y reportes históricos calidad de agua.

Respecto a la vigilancia de la calidad del agua realizada en Colombia, frente a los modelos de otros países como Estados Unidos, Canadá y Chile, la reglamentación colombiana exige que se tomen: la muestra (vigilancia) y la contra muestra (persona prestadora) los cuales deben ser reportados en dos sistemas de información diferentes, al SIVICAP (administrado por el INS) para las muestras de Vigilancia y al SUI (administrado por la SSPD) para las muestras de control por parte de las personas prestadoras, mientras que en los países señalados, son las personas prestadoras las que realizan el muestreo y análisis de las características de calidad del agua para consumo humano y los resultados los reporta directamente a la agencia reguladora. Este muestreo dual, realizado en Colombia, en el que se diferencian las funciones y responsabilidades de los proveedores de servicios de las de una autoridad sanitaria responsable de la vigilancia de la calidad del agua independiente, permite proteger la salud pública, a través del control directo del estado, ejercido a través de la Autoridad Sanitaria en sus diferentes niveles, municipal, distrital y departamental. Adicionalmente, las dos funciones: vigilancia y control de la calidad deben ser realizadas por entidades diferentes e independientes debido al conflicto de intereses que se produce cuando ambas funciones se combinan.

Referencia bibliográfica

1. Organización Mundial de la Salud. Guías para la calidad del agua potable. [Internet]. OMS; 2006. Disponible en: <https://goo.gl/HNFs65>

-  Inicio
-  Situación
-  Mortalidad
-  Trazadores
-  Brotes
-  Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

SITUACION NACIONAL

❖ Tablero de control, análisis de datos de la vigilancia

En el análisis de esta semana para los eventos que presentan una alta frecuencia (por encima del percentil 50 en el histórico 2012 – 2016) se compara la semana en observación (semana epidemiológica 39), basándose en la suma de los casos observados en un periodo epidemiológico (de esta semana y las 3 semanas previas); y compara el resultado con el promedio de 15 periodos históricos alrededor de esa semana de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los 5 años previos al año de análisis (gráfica 1).

En lo observado para la semana 39, se encuentran por debajo de la notificación esperada los eventos de Leishmaniasis cutánea, Dengue y Varicela lo cual ha permanecido desde las semanas 24 y 26 respectivamente.

Los eventos de Parotiditis y Accidente ofídico, se mantienen por encima de lo esperado.

Gráfica 1
Comparación de los casos notificados priorizados de la semana epidemiológica 39 con su comportamiento histórico para eventos priorizados.



En cuanto a los eventos de baja frecuencia (por debajo del percentil 50 en el histórico 2012 – 2016), se hace uso de la distribución de probabilidades de Poisson, el cual resulta útil para analizar el comportamiento de este tipo de eventos “raros” que se asume ocurren de manera aleatoria en el tiempo. Mediante esta estimación se determina la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio anterior. El valor esperado para cada año corresponde al promedio de los últimos cinco años para la misma semana.

En la tabla 2, se observan algunos eventos resaltados de color rojo para los cuales la probabilidad observada en semana 36 es diferente al comportamiento histórico ($p < 0,05$),

Tabla 2
Comparación de los casos notificados priorizados de la semana epidemiológica 39 con su comportamiento histórico para eventos priorizados.

Evento	Observado	Esperado	Poisson
IRAG inusitado	17	15	0,085
Sífilis congénita	20	26,2	0,040
ESAVI	4	16,8	0,000
Leptospirosis	15	11,4	0,061
Chagas	10	8,8	0,116
Mortalidad por IRA	9	8	0,124
Mortalidad Materna	10	13,8	0,070
Lepra	6	7,6	0,134
Tuberculosis Fármacorresistente	5	5,6	0,170
Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea	0	3,6	0,027
Leishmaniasis Mucosa	1	2,6	0,193
Hepatitis C	21	1,6	0,000
Mortalidad Por Dengue	1	3	0,149
Mortalidad Por Eda 0-4 Años	3	2,4	0,209
Tétanos Accidental	0	0,6	0,549

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

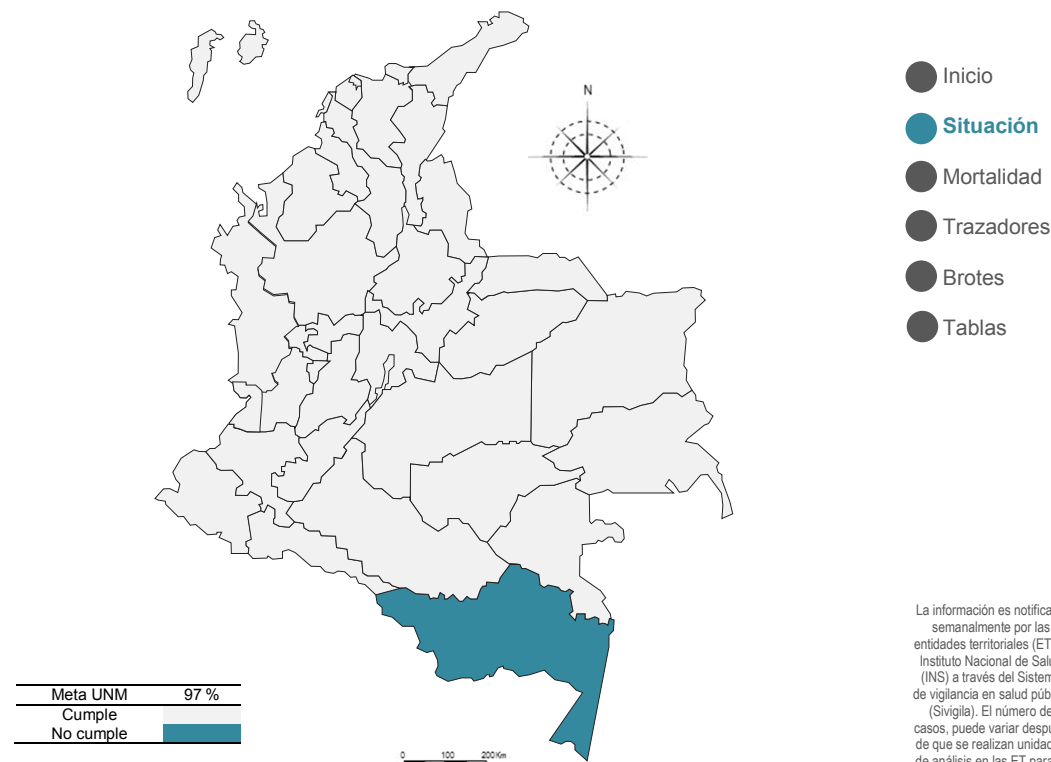
❖ Cumplimiento en la notificación

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 39 de 2017, fue del 100 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) permaneciendo igual respecto a la semana anterior y a la misma semana de 2016. El país cumplió con la meta establecida del 100 % en la notificación semanal por UND.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue de 99,9 % (1 116 de 1 117 municipios), permaneció igual respecto a la semana anterior y aumento 1,1 % respecto a la misma semana de 2016. El país cumplió con la meta de 97 % en la notificación semanal por UNM, sin embargo, el departamento de Amazonas no cumplió con la meta establecida para este nivel del flujo de información (mapa 1).

El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue de 97,5 % (5 083 de 5 212 UPGD); se cumplió la meta del 90,0 % para este nivel. La notificación aumento 0,4 % en relación con la semana anterior y aumento 2,75 % respecto a la misma semana epidemiológica del año 2016; todas las entidades territoriales cumplieron con la meta establecida.

Mapa 1
Cumplimiento de la notificación por UNM,
Colombia, semana epidemiológica 39, 2017



La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

MORTALIDAD

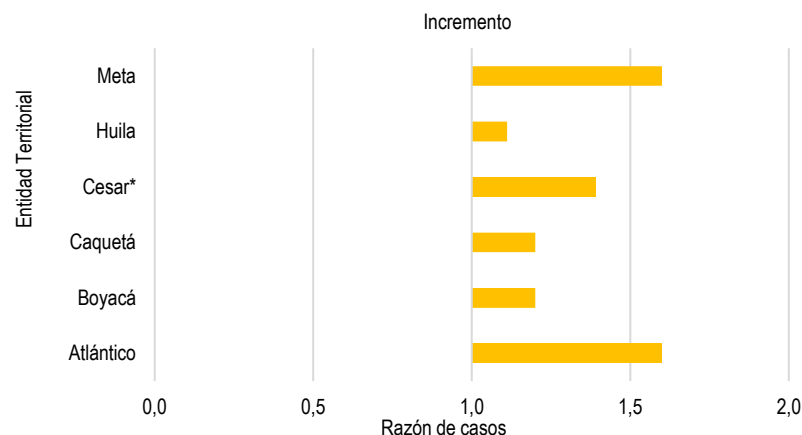
❖ Mortalidad por y asociada a desnutrición

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notifican al Sivigila cinco casos de muertes probables por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, tres de esta semana y dos notificadas de manera tardía; los casos corresponden a muertes por diferentes patologías que registran desnutrición como uno de los diagnósticos. Se descartó un caso. A la fecha, se encuentran en estudio 151 casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición, para su clasificación final y para definir la causa de muerte.

Para la semana 39, la razón entre lo observado y lo esperado de casos de mortalidad por y asociados a desnutrición para los departamentos de Atlántico, Meta, Cesar, Caquetá, Boyacá y Huila presentan un incremento que supera el límite superior histórico notificado entre 2014 a 2016 (gráfica 2).

Gráfica 2

Comparación de notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial en semana epidemiológica 39 de 2017 con su comportamiento histórico de 2014 a 2016.



En esta semana no ingresaron muertes probables por desnutrición; se descartaron tres muertes por unidad de análisis. A la fecha, quedan en estudio 35 muertes probables por desnutrición para su clasificación final y para definir la causa de muerte; por residencia, La Guajira, Cesar, Magdalena, Córdoba y Meta han notificado el 71,4 % de estas muertes (tabla 3).

Tabla 3

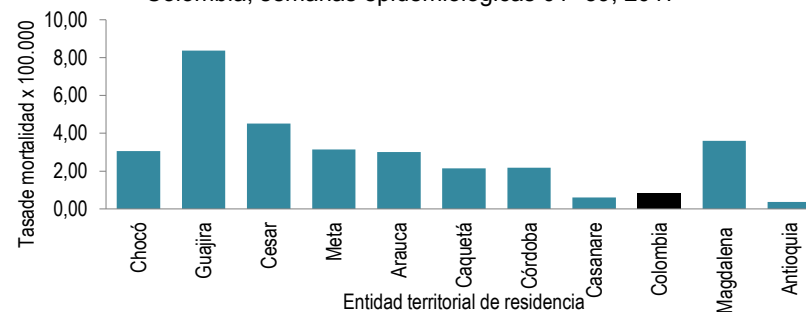
Casos notificados de muertes probables por desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 39, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Guajira	11	31,4
Cesar	5	14,3
Magdalena	5	14,3
Córdoba	4	11,4
Meta	3	8,6
Chocó	2	5,7
Antioquia	2	5,7
Arauca	1	2,9
Caquetá	1	2,9
Casanare	1	2,9
Total	35	100

La tasa de mortalidad por desnutrición nacional es de 0,8 muertes por 100 000 menores de cinco años; todas las entidades territoriales superan la tasa nacional, excepto Antioquia y Casanare (gráfica 3).

Gráfica 3

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 39, 2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

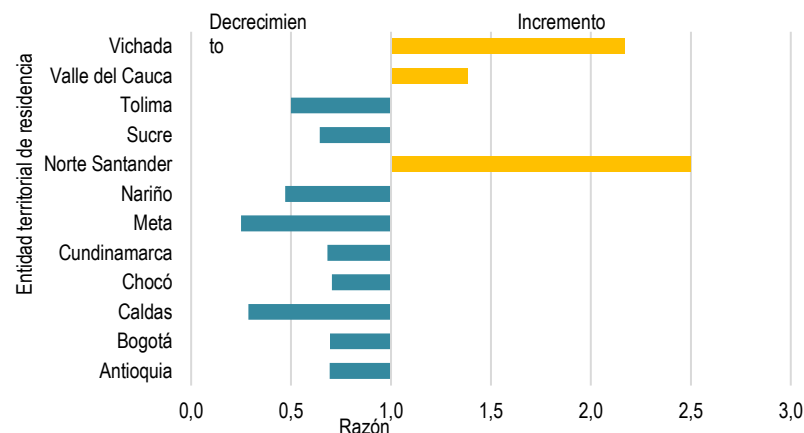
❖ Mortalidad por infección respiratoria aguda menores 5 años

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron 14 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años 10 de esta semana y cuatro de semanas anteriores notificadas tardíamente; durante esta semana se descartaron tres casos por no cumplir con la definición del evento. A la fecha han ingresado al Sivigila 350 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, las cuales se encuentran en estudio.

A semana epidemiológica 39 las entidades territoriales de Norte de Santander, Valle del Cauca y Vichada presenta un incremento significativo en la notificación de muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años en comparación con el promedio de notificación de los años 2014 a 2016; Antioquia, Bogotá, Caldas, Chocó, Cundinamarca, Meta, Nariño, Sucre y Tolima presentan una disminución significativa (gráfica 4).

Gráfica 4

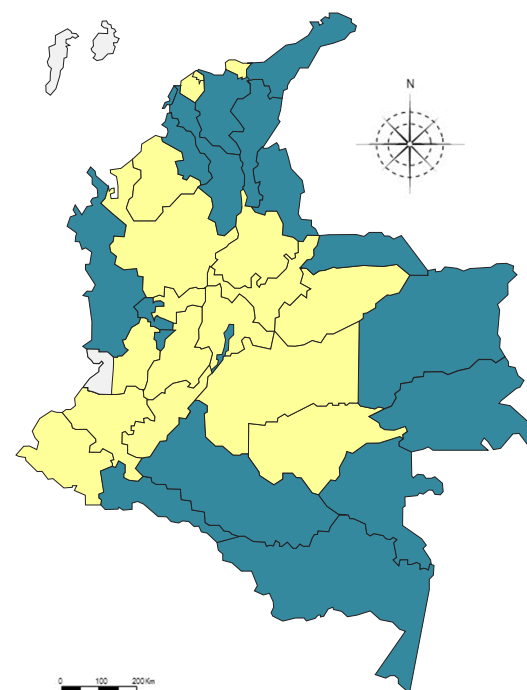
Comparación de la notificación de muertes por infección respiratoria aguda grave en menores de cinco años por entidad territorial de residencia a semana epidemiológica 39 de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia, 2014-2016.



A semana epidemiológica 39 de 2017 la mortalidad nacional es de 8,0 por cada 100 000 menores de cinco años; Vichada, Guainía y Chocó presentan la mayor mortalidad por IRA en menores de cinco años con 125,3, 75,5 y 29,1 respectivamente (Mapa 3).

Mapa 3

Mortalidad por infección respiratoria aguda grave en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017



Superan la mortalidad nacional
No superan la mortalidad nacional
No han notificado muertes

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

❖ **Mortalidad materna**

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron al Sivigila 14 casos de muerte materna, 10 correspondientes a esta semana y cuatro notificados de forma tardía. De los casos notificados esta semana, 10 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), dos corresponden a mortalidad materna tardía (desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y dos casos de muerte por causas coincidentes. En la misma semana de 2016 se notificaron seis casos de muerte materna temprana. A la fecha, han ingresado al Sivigila 359 casos confirmados de muerte materna, 252 corresponden a muertes maternas tempranas, 81 corresponden a muertes maternas tardías y 26 casos corresponden a muertes maternas producidas por causa coincidentes (tabla 4).

Tabla 4
Notificación de mortalidad materna,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2015-2017

Año	Temprana	Tardía	Coincidente	Total
2015	265	79	40	384
2016	257	100	25	382
2017	252	81	26	359

Al ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, para su análisis se hace uso de la distribución de probabilidades de Poisson, por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre 2012 y 2016. En la tabla 5 se observan las entidades territoriales para las cuales la probabilidad observada en la semana epidemiológica 39 es diferente al comportamiento histórico del evento. Las entidades territoriales de Atlántico, Chocó y Nariño presentan un incremento significativo frente a lo esperado ($p < 0,05$), mientras que Antioquia, Buenaventura, Caldas, Cauca y Córdoba presentan una disminución significativa frente a lo esperado ($p < 0,05$).

Tabla 5

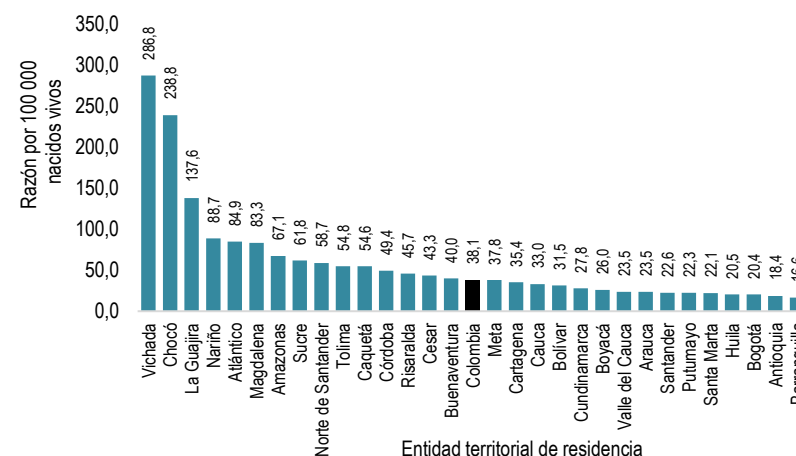
Entidades territoriales con variaciones respecto al promedio de casos notificados 2012-2016, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017

Entidad territorial	Observado	Esperado	Poisson
Antioquia	14	26	0,003
Atlántico	14	9	0,026
Buenaventura	2	7	0,017
Caldas	0	3	0,033
Cauca	6	12	0,023
Chocó	16	8	0,007
Córdoba	13	20	0,029
Nariño	16	10	0,022

La razón de mortalidad materna nacional preliminar es de 38,1 casos por 100 000 nacidos vivos, siendo superior en 15 entidades territoriales. Las razones más altas, con más de 100 casos por cada 100 000 nacidos vivos se registran en Vichada con 286,8, Chocó con 286,8 y La Guajira con 137,6 casos por cada 100 000 nacidos vivos (gráfica 5).

Gráfica 5

Razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017



La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

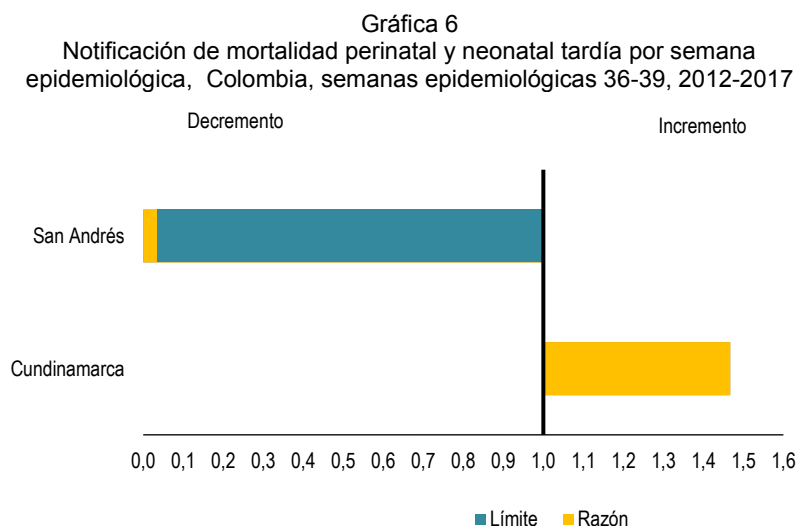
Colombia 2017

❖ Mortalidad Perinatal y Neonatal

En la semana epidemiológica 39 de 2017 se notificaron 212 muertes perinatales y neonatales tardías, 140 de esta semana y 72 notificadas de manera tardía; a la fecha, han ingresado al Sivigila 7 181 casos.

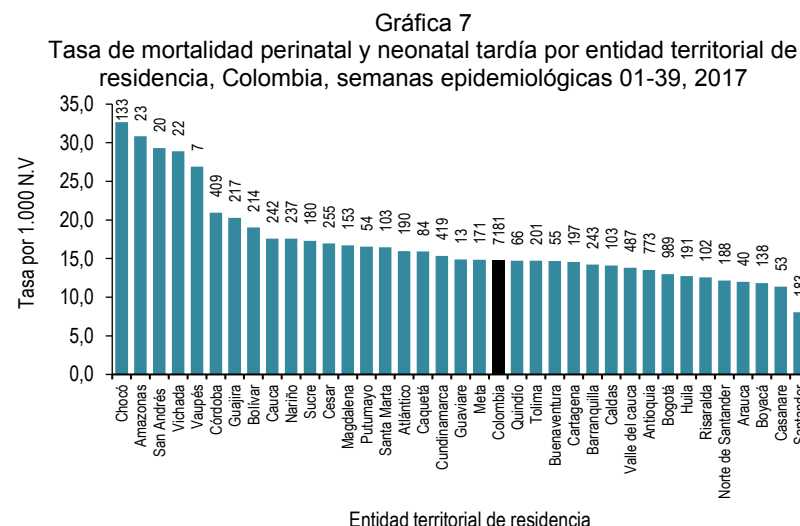
En el análisis para esta semana se comparó lo observado en la semana epidemiológica 38, basándose en la suma de los casos observados en un periodo epidemiológico (de esta semana y las 3 semanas previas); y compara el resultado con el promedio de 15 periodos históricos alrededor de esa semana de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los 5 años previos al año de análisis.

En lo observado para la semana 39 se presenta una disminución de los casos notificados para San Andrés en comparación con lo notificado entre 2012 y 2016; mientras que Cundinamarca tiene un incremento en la notificación con respecto a su comportamiento para el mismo periodo de tiempo (gráfica 6).



Según el momento de ocurrencia, 3 471 casos (el 48,4 %) corresponden a muertes fetales anteparto, 768 casos (el 10,7 %) a muertes fetales intraparto, 1 890 casos (el 26,3 %) a muertes neonatales tempranas, 1 052 casos (el 14,6 %) a muertes neonatales tardías.

La tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía nacional es de 14,8 muertes por 1 000 nacidos vivos. 20 de las entidades territoriales superan la tasa nacional; Choco con 32,7, Amazonas con 30,8, San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 29,3, Vichada con 28,9, Vaupés con 26,9, Córdoba con 20,9, La Guajira con 20,3, Bolívar con 19,0, Cauca y Nariño con 17,6, Sucre con 17,3, Cesar con 17,0, Magdalena con 16,7, Putumayo con 16,6, Santa Marta con 16,5, Atlántico con 16,0 y Caquetá con 15,9 muertes por 1 000 nacidos vivos, cada uno registran las tasas más altas a nivel nacional (gráfica 7).



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

EVENTOS TRAZADORES

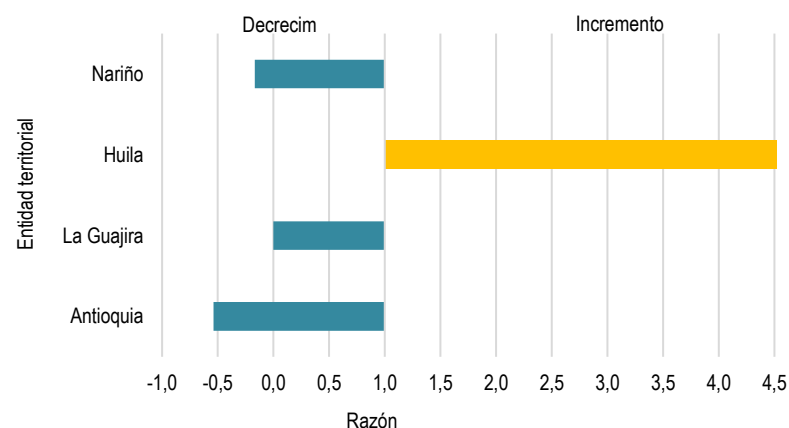
❖ Infección respiratoria aguda grave inusitada

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron al Sivigila 27 casos de infección respiratoria aguda grave inusitada, 15 de esta semana y 12 de semanas anteriores; durante esta semana se descartó un caso por no cumplir con la definición del evento. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1 200 casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada; no se han identificado virus nuevos o de alta patogenicidad en los casos de infección respiratoria aguda grave inusitada notificados.

Para la semana epidemiológica 39 de 2017, el departamento del Huila presenta un incremento significativo en la notificación de casos de IRAG inusitado en comparación con el promedio de notificación de los años 2013 a 2016; Nariño, La Guajira y Antioquia presentan disminución significativa en la notificación (gráfica 8).

Gráfica 8

Comparación de la notificación de Infección respiratoria aguda grave inusitada, a semana epidemiológica 39 de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia, 2013-2016

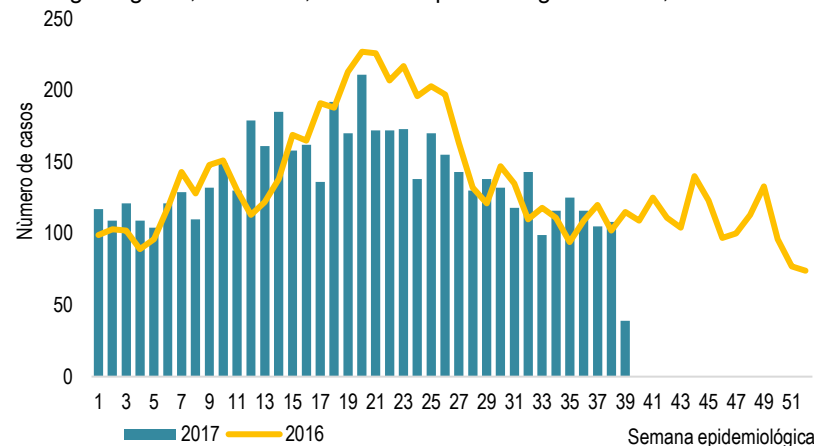


Vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron al Sivigila 115 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, 39 de esta semana y 76 de semanas anteriores, de los cuales 94 (el 81,7 %) corresponden a pacientes con infección respiratoria aguda grave y 21 (el 18,3 %) a pacientes con enfermedad similar a la influenza. A la fecha, han ingresado al Sivigila 5 377 casos de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave mediante la estrategia de vigilancia centinela (gráfica 9).

Gráfica 9

Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2016-2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander y Valle del Cauca notificaron casos durante la semana epidemiológica 39; las UPGD centinelas que aparecen sin casos no cumplieron el indicador de notificación para esta semana (tabla 6).

Tabla 6

Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave por entidad territorial y UPGD centinela, Colombia, semana epidemiológica 39, 2017

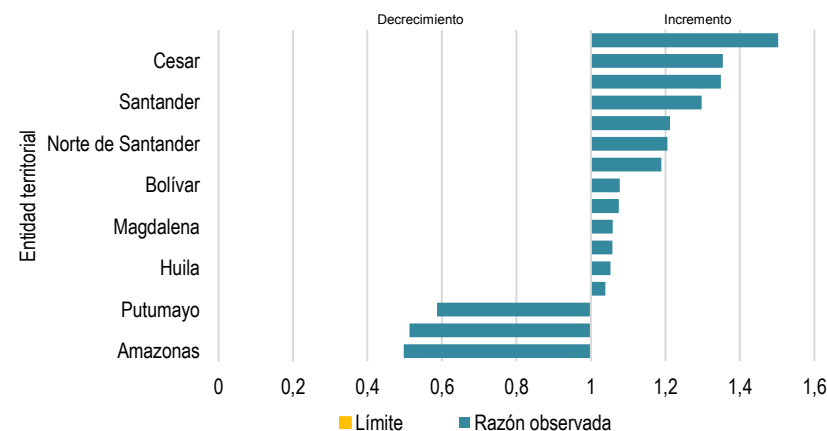
Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	1
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	17
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	1
Barranquilla	Clínica General del Norte	9
	Hospital el Tunal	19
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	4
	Hospital Santa Clara	0
	Fundación Cardioinfantil	13
	Hospital de Suba	3
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	9
Caldas	La Enea Assbasalud	0
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	0
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	5
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	1
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	0
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	8
Norte Santander	Policlínico Atalaya	4
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	0
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	11
	Red de Salud de Ladera	10
Total		115

En esta semana se notificaron 134 362 consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda de 2 118 249 consultas externas y urgencias por todas las causas, obteniendo una proporción del 6,3 %. A semana epidemiológica 39 de 2017, se han notificado 5 315 196 consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda.

En la notificación de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, durante la semana epidemiológica 39, las entidades territoriales de Amazonas, Guaviare y Putumayo se encuentran en disminución y las entidades territoriales de Casanare, Huila, Atlántico, Magdalena, Cundinamarca, Bolívar, Tolima, Norte de Santander, Buenaventura, Santander, Vaupés, Cesar y Cartagena presentan incremento en la notificación sin diferencias estadísticamente significativas (gráfica 10).

Gráfica 10

Comparación de notificación de consultas externas y urgencias por infección aguda según entidad territorial de la semana epidemiológica 39 de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia, 2013-2016



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

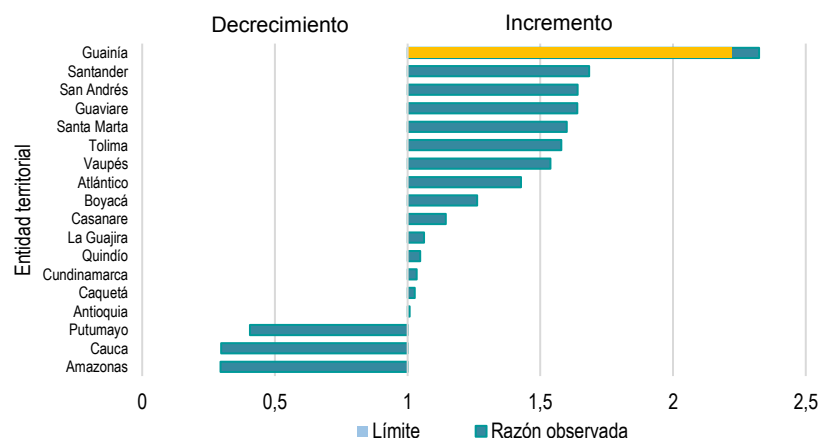
Vigilancia de morbilidad por infección respiratoria aguda

A nivel nacional en el análisis de la morbilidad por IRA, mediante el método para comparar el comportamiento observado (semana epidemiológica 39 y las tres semanas previas) con el comportamiento histórico (promedio alrededor de la semana de evaluación, años 2013 a 2016), la razón observada de casos de infección respiratoria aguda presenta un decrecimiento de 0,97 inferior al límite histórico.

En esta semana se notificaron 4 560 hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (4 173 registros en sala general y 387 en unidades de cuidados intensivos) de 66 254 hospitalizaciones por todas las causas, obteniendo una proporción del 6,9 %. A semana epidemiológica 39 de 2017, se han notificado 204 500 hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (188 723 registros en sala general y 15 777 registros en unidades de cuidados intensivos).

En la semana epidemiológica 39 en Amazonas, Cauca y Putumayo se identifica decrecimiento en la notificación de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave sin superar el límite histórico. Se presenta incremento en la notificación en las entidades territoriales de Antioquia, Caquetá, Cundinamarca, Quindío, La Guajira, Casanare, Boyacá, Atlántico, Vaupés, Tolima, Santa Marta, Guaviare, San Andrés, Santander y Guainía; en esta última entidad territorial con diferencia estadísticamente significativa (gráfica 11).

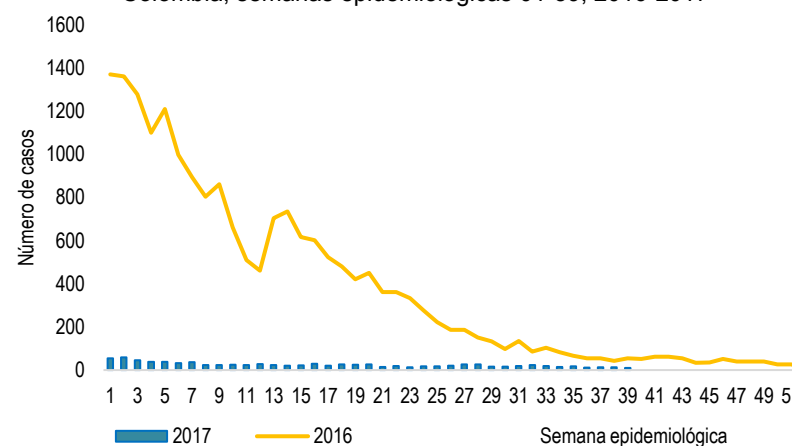
Gráfica 11
Comparación de notificación de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave según entidad territorial de la semana epidemiológica 39 de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia, 2013-2016



❖ Chikunguña

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron al Sivigila 24 casos de chikunguña; diez casos de esta semana y 14 notificados de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron 54 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 949 casos de chikunguña, 26 casos (2,7 %) confirmados por laboratorio, 887 casos (93,5 %) confirmados por clínica y 36 casos (3,8 %) sospechosos (gráfica 12).

Gráfica 12
Casos notificados de chikunguña,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2016-2017



Durante la semana epidemiológica 39 de 2017 por procedencia, Valle del Cauca, Tolima, Santander, Cundinamarca y Huila notificaron el 49,2 % de los casos (tabla 7).

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Tabla 7

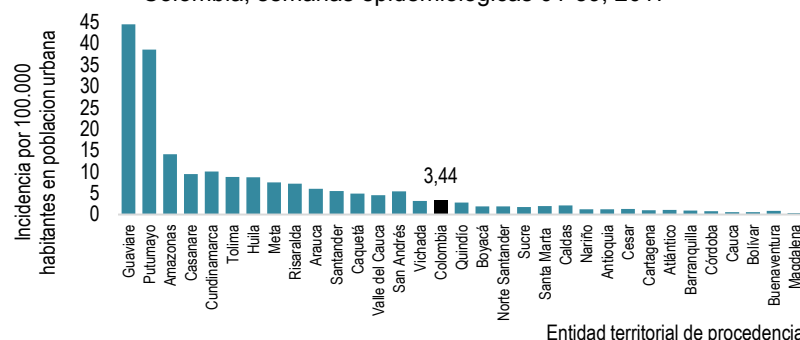
Casos notificados de chikunguña por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados por clínica	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total
Valle	164	1	0	165
Tolima	81	2	1	84
Santander	83	1	4	88
Cundinamarca	60	3	7	70
Huila	59	1	0	60
Antioquia	54	5	3	62
Meta	54	1	0	55
Putumayo	62	3	0	65
Risaralda	54	0	0	54
Guaviare	25	4	0	29
Casanare	24	1	0	25
Caquetá	12	2	1	15
Barranquilla	11	0	0	11
Quindío	14	0	0	14
Cesar	10	0	0	10
Sucre	9	1	0	10
Boyacá	4	0	5	9
Norte de Santander	19	0	0	19
Caldas	15	0	0	15
Arauca	10	0	0	10
Santa Marta	7	0	0	7
Amazonas	4	0	1	5
Atlántico	13	0	0	13
Cauca	3	0	0	3
Bolívar	5	0	0	5
Cartagena	8	0	0	8
Córdoba	7	0	0	7
Nariño	5	0	0	5
Vaupés	1	0	1	2
Choco	0	0	1	1
Magdalena	2	0	0	2
Vichada	1	0	0	1
San Andrés	3	0	0	3
Buenaventura	3	0	0	3
Guainía	0	0	0	0
La Guajira	1	0	0	1
Bogotá	0	0	0	0
Exterior	0	1	12	13
Total	887	26	36	949

La incidencia nacional de chikunguña es de 3,44 caso por 100 000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Guaviare, Putumayo, Amazonas, Casanare y Cundinamarca (gráfica 13).

Gráfica 13

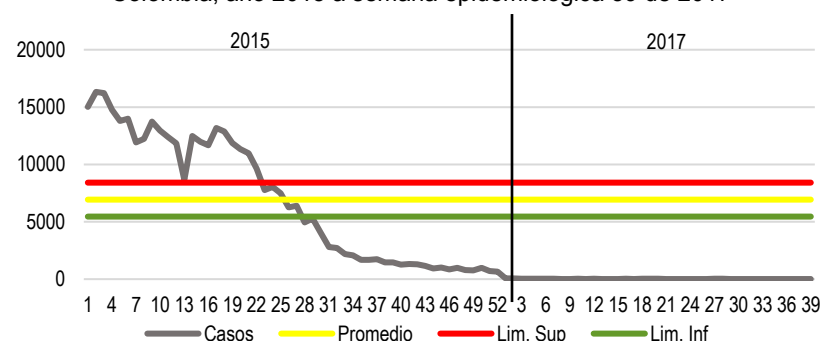
Incidencia chikunguña por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017



El descenso general de casos notificados durante el año 2017 es visible comparado con los casos notificados en el año 2015 ya que el descenso se presentó por debajo del límite inferior lo cual se explicaría porque en el año 2015 el país se encontraba en epidemia (gráfica 14).

Gráfica 14

Comportamiento epidemiológico de la enfermedad por virus Chikunguña, Colombia, año 2015 a semana epidemiológica 39 de 2017



El 56,3 % de los casos de chikunguña se registró en el sexo femenino; el 61,1 % pertenecen al régimen contributivo; el 13,5 % se notificó en el grupo de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, el 95,8 % se notificaron en el grupo otros; el 70,4 % de los casos proceden del área urbana.

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

❖ Dengue

En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron al Sivigila 463 casos probables de dengue, 274 casos de esta semana y 189 notificados de manera tardía; en la misma semana epidemiológica 39 de 2016 se notificaron 1 156 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 21 646 casos; 12 608 casos (el 58,2 %) sin signos de alarma; 8 815 casos (el 40,7 %) con signos de alarma y 223 casos (el 1,0 %) de dengue grave

Por procedencia Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Santander, Huila, Norte de Santander, Meta, Cundinamarca, Boyacá y Quindío notificaron el 77,4 % de los casos (tabla 8).

Tabla 8
Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 01-39, 2017

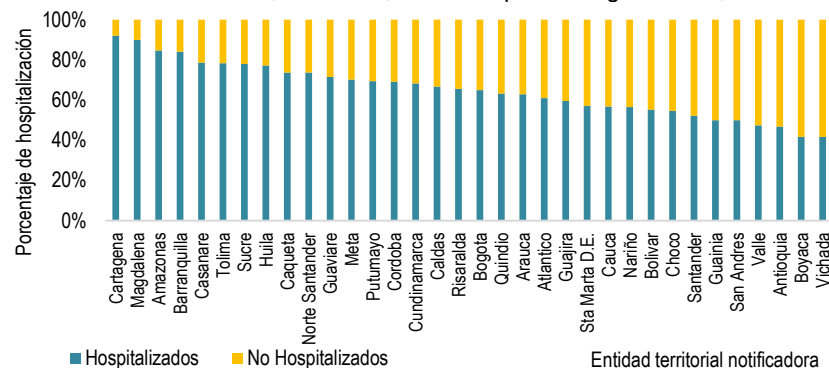
Entidad territorial	Casos de dengue	Frecuencia relativa	Casos de dengue grave	Frecuencia relativa	Total general
Valle	4 114	19,2	20	9,0	4 134
Antioquia	3 739	17,5	25	11,2	3 764
Tolima	2 383	11,1	36	16,1	2 419
Santander	1 680	7,8	14	6,3	1 694
Huila	1 071	5,0	29	13,0	1 100
Norte Santander	889	4,1	3	1,3	892
Meta	1 043	4,9	17	7,6	1 060
Cundinamarca	844	3,9	9	4,0	853
Boyacá	347	1,6	3	1,3	350
Quindío	489	2,3	1	0,4	490
Sucre	498	2,3	2	0,9	500
Cesar	562	2,6	6	2,7	568
Putumayo	269	1,3	1	0,4	270
Córdoba	462	2,2	8	3,6	470
Casanare	413	1,9	2	0,9	415
Bolívar	333	1,6	7	3,1	340
Risaralda	196	0,9	2	0,9	198
Atlántico	282	1,3	6	2,7	288
Barranquilla	250	1,2	7	3,1	257
Caquetá	185	0,9	2	0,9	187
Arauca	247	1,2	3	1,3	250
Caldas	121	0,6	2	0,9	123
Nariño	113	0,5	4	1,8	117
Magdalena	93	0,4	1	0,4	94
Guaviare	124	0,6	1	0,4	125
Guajira	133	0,6	1	0,4	134
Buenaventura	85	0,4	2	0,9	87
Cauca	99	0,5	1	0,4	100
Choco	81	0,4	3	1,3	84
Cartagena	50	0,2	3	1,3	53
Exterior	44	0,2	1	0,4	45
Sta. Marta D.E.	55	0,3	1	0,4	56
Amazonas	52	0,2	0	0,0	52
Vichada	47	0,2	0	0,0	47
San Andrés	20	0,1	0	0,0	20
Guainia	9	0,0	0	0,0	9
Vaupés	1	0,0	0	0,0	1

Reportaron casos procedentes de 36 entidades territoriales, cuatro distritos y 661 municipios; Cali con el 14,4 %, Medellín con el 8,9 %, Ibagué con el 2,4 %, Neiva con el 2,2 %, Villavicencio 2,1 %, Bucaramanga con el 1,7 %, Cúcuta y Floridablanca con el 1,6 % cada uno, Sincelejo con el 1,5 %, Armenia y Barranquilla con el 1,2 %, Girardot 1,1 % de los casos notificados como dengue; Neiva con el 10,3 %, Ibagué 4,5 %, Cali 4,0 %, Barranquilla y Villavicencio con el 3,1 %, Purificación y Medellín con el 2,7 %, Girardot y Necoclí con el 2,2 %, Campoalegre y Tierralta de los casos notificados como dengue grave.

El 56,8 % de los casos de dengue se registró en el sexo masculino; el 47,7 % de los casos pertenecen al régimen contributivo y un 3,5 % refieren no afiliación; el 12,3 % de los casos de dengue y el 14,8 % de los casos notificados de dengue grave se registraron en menores de 5 años. Se han notificado 257 casos en población indígena (el 1,2 %) y 703 casos en afrocolombianos (el 3,2 %) y gestantes 170 casos (el 1,8 %).

Del total de casos de dengue con signos de alarma fueron Hospitalizados el 62,7 % (gráfica 15).

Gráfica 15
Hospitalizados de casos notificados de dengue con signos de alarma por entidad notificadora, Colombia, semana epidemiológica 01-39, 2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

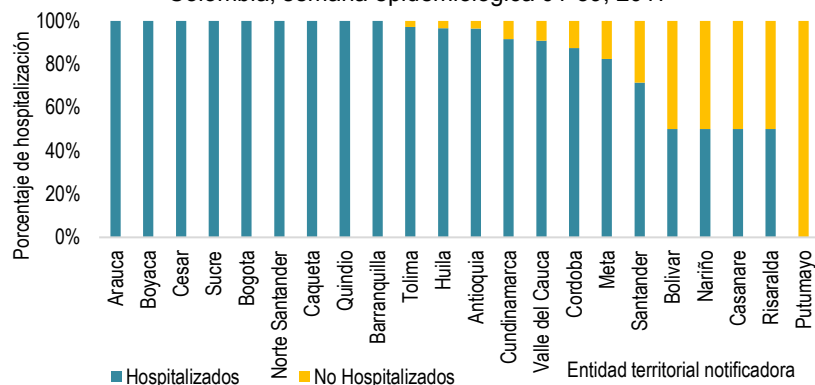
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

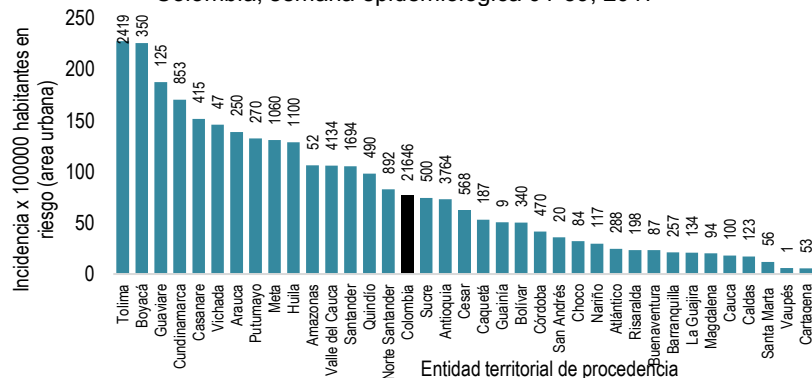
Del total de dengue grave fueron Hospitalizados 91,4 % (gráfica 16).

Gráfica 16
Hospitalizados de casos notificados de dengue Grave por entidad notificadora, Colombia, semana epidemiológica 01-39, 2017



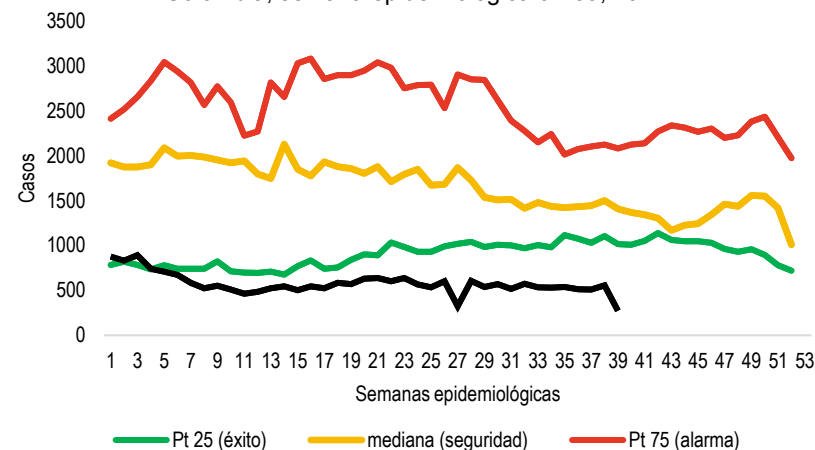
La incidencia nacional de dengue es de 76,4 casos por 100 000 habitantes en riesgo (población de área urbana). Tolima, Boyacá, Guaviare, Cundinamarca, Casanare, Vichada, Arauca, Putumayo, Meta, Huila, Valle del Cauca, Santander, Quindío, Norte de Santander registran las mayores incidencias (gráfica 17).

Gráfica 17
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01-39, 2017



El canal endémico de dengue se ubicó en zona de seguridad en las semanas epidemiológicas 01 a 04, se ubicó en zona de éxito en la semana epidemiológica 05 a 39 (gráfica 18).

Gráfica 18
Canal endémico nacional de dengue, Colombia, semana epidemiológica 01-39, 2017



En relación con la situación epidemiológica por departamento de procedencia, ninguna entidad territorial se ubicó en situación de brote, cinco entidades territoriales en situación de alarma y 32 entidades territoriales en situación de éxito y seguridad (tabla 9).

Tabla 9
Comportamiento epidemiológico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 38-39, 2017

Entidades en situación de éxito y seguridad		Entidades en situación de alarma	
Caldas	Guajira	Quindío	Caquetá
Meta	Putumayo	Valle del Cauca	San Andrés, prov. Sta. Catalina
Cesar	Barranquilla	Choco	Cundinamarca
Casanare	Huila	Bolivar	Nariño
Córdoba	Vichada	Boyacá	Guaviare
Norte Santander	Cartagena	Atlántico	
Santander	Amazonas	Magdalena	
Cauca	Guainia	Buenaventura	
Tolima	Vaupés	Arauca	
Sucre	Santa Marta		
Risaralda	Antioquia		

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

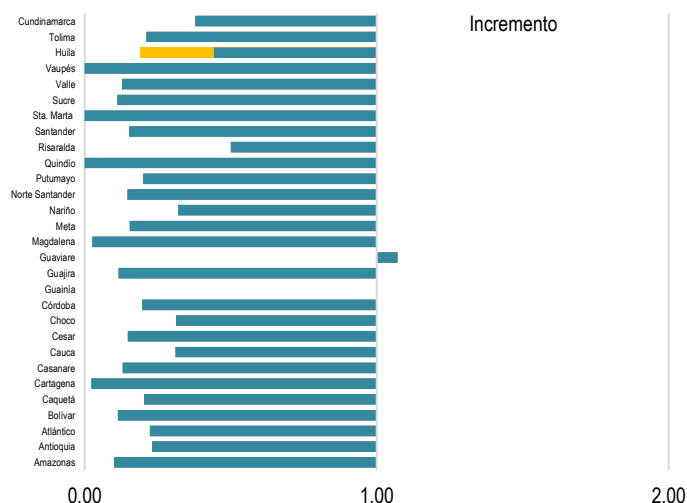
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Se observa decremento en el número de casos notificados en los departamentos de Huila, Sucre, Córdoba, Choco, Cesar, Cauca, Cundinamarca, Vaupes y Bolivar, y en incremento en Guaviare en comparación con el promedio de notificación de los años 2011 a 2016 (gráfica 19).

Gráfica 19
Comparativo de la notificación para Dengue entre los años 2011 a 2016
Colombia, semana epidemiológica 01-39, 2017

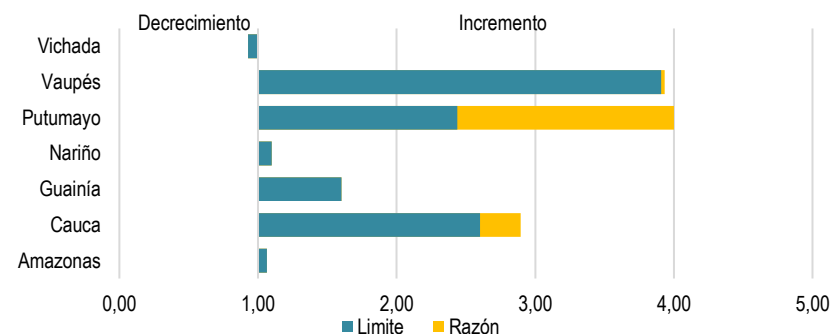


Hasta la semana epidemiológica 39 se han notificado 93 muertes de las cuales, seis muertes fueron descartadas por error de digitación, 50 descartadas por no cumplir con la definición operativa de caso (Patología, Historia Clínica, Virología y Epidemiología), 19 permanecen como probables, 3 compatible Antioquía (Medellín), Bolívar (Clemencia) notificado por Cartagena, Tolima (Ibague) y 16 muertes fueron confirmadas en pacientes procedentes de Arauca (Arauca) notificada por Norte de Santander, Risaralda (Quinchia), Huila (Neiva), (Baraya) con un caso cada uno, Ibague (3), Purificación (Tolima) con dos caso y uno de Coyaima, Meta (Acacias) (Puerto López) (Restrepo) con un casos cada uno, Magdalena (Santa Barbara) notificada por Sucre, uno de Valle del Cauca (Pradera) notificado por Palmira, uno de Córdoba (Tierralta)

Malaria

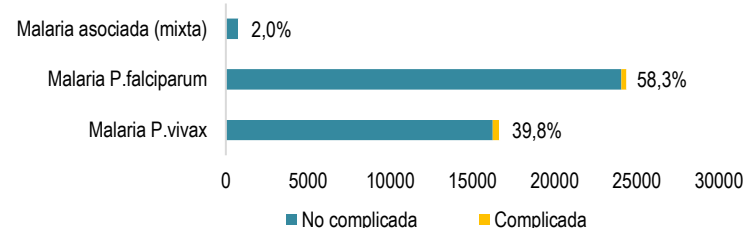
En la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron 993 casos, 356 de esta semana y 637 notificados de manera tardía. A la fecha, han ingresado al Sivigila 41 955 casos de malaria, 41 104 casos de malaria no complicada y 851 casos de malaria complicada. Para la semana epidemiológica 39 de 2017, se observa un incremento en la notificación de casos de malaria en los departamentos de Putumayo y Cauca en comparación con el promedio de notificación de los años 2012 a 2016 (gráfica 20).

Gráfica 20
Comparación de la notificación de malaria por entidad territorial de notificación, semana epidemiológica 39 de 2017 con su comportamiento histórico, Colombia, 2012-2016



Por especies parasitarias circulantes en el país, hay predominio de infección por *P. falciparum* con 24.439 casos (el 58,3 %), seguido por *P. vivax* con 16.691 casos (el 39,7 %) y 825 casos (el 2 %) corresponden a infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (gráfica 21).

Gráfica 21
Casos notificados de malaria por especie parasitaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Malaria no complicada

Por procedencia Chocó, Nariño, Antioquia, Córdoba, Guainía, Amazonas y Cauca registraron el 91,4 % de los casos de malaria no complicada; Choco registra el 30,8 % de todos los casos (tabla 10).

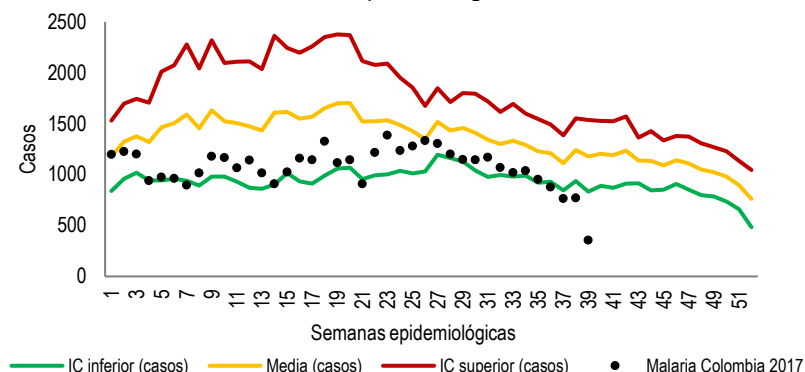
Tabla 10

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia, Colombia semanas epidemiológicas 01 -39, 2017

Entidad territorial	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. malarie</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	%
Chocó	493	7 672	0	4 504	12 669	30,8
Nariño	17	11 379	0	342	11 738	28,6
Antioquia	40	758	0	2 728	3 526	8,6
Córdoba	35	679	0	2 270	2 984	7,3
Guainía	47	439	0	1 769	2 255	5,5
Amazonas	21	184	0	1 556	1 761	4,3
Cauca	13	1430	0	44	1 487	3,6
Vichada	54	321	0	730	1 105	2,7
Valle del Cauca	6	746	0	232	984	2,4
Guaviare	10	118	0	639	767	1,9
Bolívar	18	57	0	466	541	1,3
Vaupés	0	77	0	246	323	0,8
Risaralda	0	12	0	76	88	0,2
Meta	0	16	0	57	73	0,2
La Guajira	0	1	0	56	57	0,1
Putumayo	0	29	0	25	54	0,1
Norte de Santander	0	6	0	23	29	0,07
Caldas	0	3	0	21	24	0,06
Sucre	0	4	0	19	23	0,1
Caquetá	0	5	0	17	22	0,05
Santander	0	1	0	10	11	0,03
Casanare	0	4	0	7	11	0,03
Atlántico	0	2	0	7	9	0,02
Arauca	0	2	0	6	8	0,02
Barranquilla	0	0	0	6	6	0,01
Magdalena	0	1	0	4	5	0,01
Cesar	1	1	0	2	4	0,01
Cartagena	0	1	0	2	3	0,01
Santa Marta	0	0	0	2	2	0,00
Quindío	0	0	0	2	2	0,00
Desconocido	1	9	0	14	24	0,1
Exterior	37	120	0	352	509	1,08
Total	793	2 4077	0	16 234	41 104	100

El canal endémico de malaria no complicada ha estado en situación de alarma 1 semana, en éxito en 7 semanas y en seguridad 31 semanas (gráfica 22).

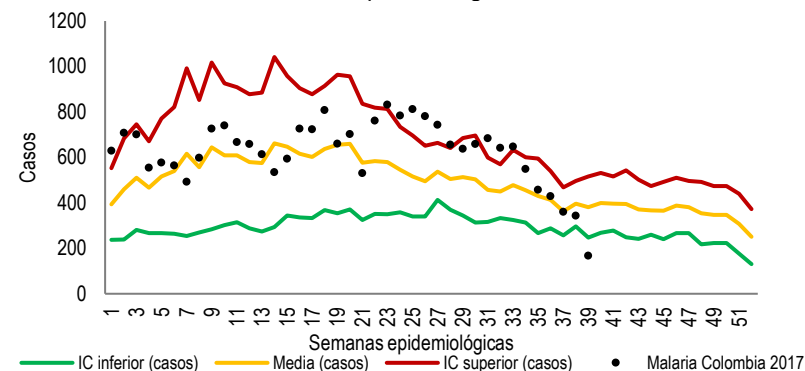
Gráfica 22
Canal endémico de malaria no complicada,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

El canal endémico de malaria por *P. falciparum* ha estado en situación de brote 11 semanas, en alarma 21 semanas, en seguridad 6 semanas y en éxito 1 semana (gráfica 23).

Gráfica 23
Canal endémico de malaria no complicada por *P. falciparum*,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017



La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

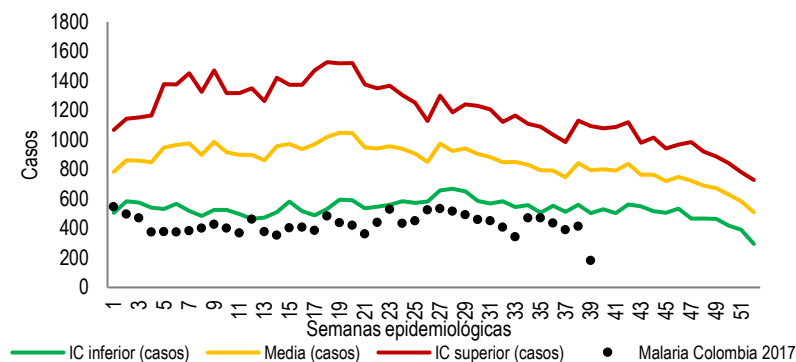
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

El canal endémico de malaria por *P. vivax* ha estado en situación de éxito en 38 semanas y seguridad 1 semana (gráfica 24).

Gráfica 24
Canal endémico de malaria no complicada por *P. vivax*,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017



El riesgo epidemiológico de malaria hasta la semana epidemiológica 39 de 2017 fue de 3,89 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (población del área rural), con predominio de infección por *P. falciparum* con un IFA de 2,26 casos por cada 1000 habitantes en riesgo (tabla 11).

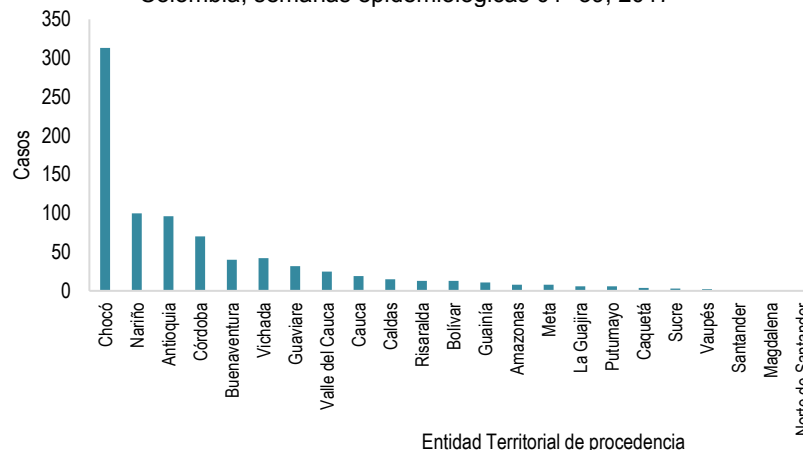
Tabla 11
Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017

Municipio	Departamento	IPA	IVA	IFA
La Pedrera	Amazonas	144,2	125,1	16,8
Roberto Payán	Nariño	127,1	0,8	126,3
Inirida	Guainía	107,9	84,5	21,2
Tarapacá	Amazonas	97,3	89,3	7,8
Lloró	Chocó	84,7	36,9	43,4
Vigía del Fuerte	Antioquia	75,6	38,4	35,2
Olaya Herrera	Nariño	72,2	0,2	72,0
Yavaraté	Vaupés	62,3	62,3	0,0
Río Quito	Chocó	56,6	7,8	47,6
Tadó	Chocó	48,4	18,1	28,8
Puerto Nariño	Amazonas	45,5	42,8	2,4
Timbiquí	Cauca	44,2	1,0	42,7
Barbacoas	Nariño	44,1	3,8	40,1
Atrato	Chocó	43,3	12,3	27,4
Quibdó	Chocó	41,3	11,5	27,8
Taraira	Vaupés	41,3	36,2	5,2
Remedios	Antioquia	41,1	36,4	4,1
Medio San Juan	Chocó	39,6	8,0	30,5

Malaria Complicada

Se notificaron 827 casos de malaria complicada procedentes de 23 entidades territoriales y 15 casos del total son procedentes del exterior (gráfica 25).

Gráfica 25
Casos notificados de malaria complicada por departamento de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

El 61 % de los casos de malaria complicada se registró en el sexo masculino; el 14 % de los casos se registró en el grupo de edad de 20 a 24 años; por pertenencia étnica 161 casos (el 18,9 %) se notificaron en indígenas y 276 casos (el 32,4 %) se notificaron en afrocolombianos; por procedencia, el 47,9 % de los casos se registró en las cabecera municipal y el 64,7 % pertenecen al régimen subsidiado

De los 851 casos de malaria complicada, 619 casos (el 73 %) presentaron complicaciones hematológicas, 121 casos (el 14 %) presentaron complicaciones hepáticas, 26 casos (el 3 %) presentaron complicaciones pulmonares, 49 casos (el 6 %) presentaron complicaciones renales y 147 casos (el 17 %) otras complicaciones (gráfica 26).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

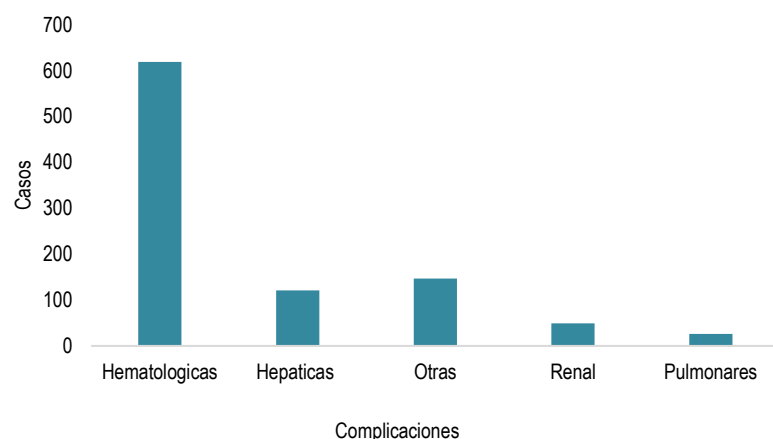
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia
y Análisis del Riesgo
en Salud Pública

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Gráfica 26

Complicaciones notificadas en los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017



***Casos registrados como procedentes del exterior**

Hasta la semana epidemiológica 39 del 2017, se han notificado 508 casos procedentes del exterior, 496 casos de malaria no complicada y 12 casos de malaria complicada; 354 casos se han registrado con infección por *P. vivax*, 116 casos con infección por *P. falciparum* y 38 casos con infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (tabla 12).

Tabla 12

Casos notificados de malaria procedentes del exterior, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -39, 2017

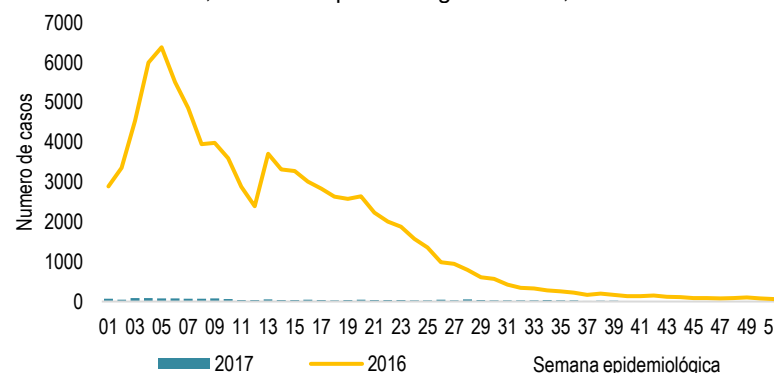
País de procedencia	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	%
* Exterior. País Desconocido	0	0	3	3	0,6
Brasil	0	3	16	19	3,7
Ecuador	0	0	1	1	0,2
Mozambique	0	1	0	1	0,2
Panamá	0	0	2	2	0,4
Perú	0	3	13	16	3,1
Qatar	0	1	0	1	0,2
República Centroafricana	0	2	0	2	0,4
Venezuela	38	106	319	463	91,1
Total	38	116	354	508	100

❖ **Enfermedad por virus Zika**

En la semana epidemiológica 39 de 2017 se notificaron 39 casos de Zika, 22 casos correspondientes a la semana epidemiológica 39 de 2017 y 17 casos ingresaron como notificación tardía de las semanas epidemiológicas anteriores; en la misma semana del año 2016 se notificaron 168 casos. En total se han notificado 1 836 casos de Zika, 126 casos confirmados procedentes de 64 municipios y un caso procedente del exterior, 1 558 casos proceden de 212 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio, 152 casos proceden de 32 municipios donde no se han confirmado casos por laboratorio (gráfica 27).

Gráfica 27

Casos notificados de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2016-2017



Durante los años 2015 a 2017, se confirmó la circulación de virus Zika en 560 municipios y cuatro distritos del territorio nacional. Se han notificado casos sospechosos de enfermedad por virus Zika en 245 municipios, sumando un total de 809 municipios con casos reportados entre confirmados y sospechosos. 35 entidades territoriales del orden departamental y distrital han notificado casos de Zika al sistema de vigilancia. De los casos notificados durante la semana epidemiológica 39 del 2017, por procedencia, Valle del Cauca, Santander, Tolima, Cundinamarca y Meta concentraron el 66,2 % de los casos. El 50,3 % de los casos

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

fueron notificados por los municipios de Cali con el 43,8 %, Bucaramanga con el 2,9 %, Villavicencio e Ibagué con el 1,8 % cada uno (tabla 13).

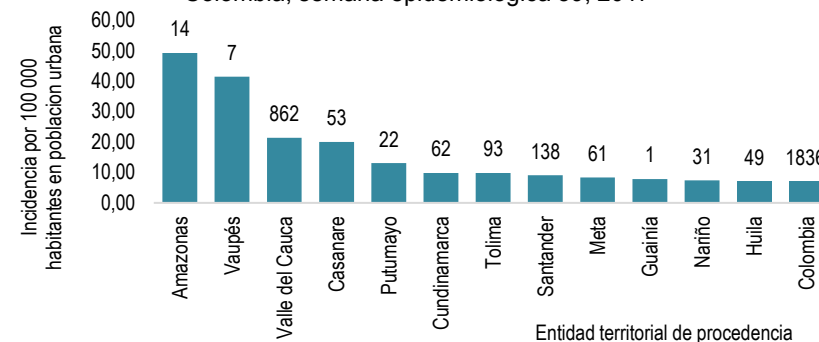
Tabla 13

Casos notificados de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados	%	Casos confirmados por clínica	%	Total
Valle del Cauca	15	11,9	843	54,1	858
Santander	14	11,1	118	7,6	132
Tolima	7	5,6	83	5,3	90
Meta	4	3,2	57	3,7	61
Cundinamarca	3	2,4	50	3,2	53
Casanare	6	4,8	46	3	52
Huila	9	7,1	36	2,3	45
Antioquia	1	0,8	42	2,7	43
Norte de Santander	8	6,3	27	1,7	35
Cesar	0	0	30	1,9	30
Barranquilla	7	5,6	20	1,3	27
Risaralda	3	2,4	23	1,5	26
Atlántico	14	11,1	10	0,6	24
Sucre	0	0	23	1,5	23
Cartagena	3	2,4	20	1,3	23
Putumayo	1	0,8	21	1,3	22
Caldas	3	2,4	15	1	18
Córdoba	5	4	10	0,6	15
Amazonas	0	0	14	0,9	14
Santa Marta	0	0	13	0,8	13
Arauca	1	0,8	10	0,6	11
Cauca	5	4	6	0,4	11
Bolívar	4	3,2	6	0,4	10
Caquetá	2	1,6	7	0,4	9
Boyacá	2	1,6	5	0,3	7
Nariño	3	2,4	4	0,3	7
Vaupés	1	0,8	5	0,3	6
Guajira	1	0,8	4	0,3	5
Quindío	1	0,8	3	0,2	4
Magdalena	1	0,8	3	0,2	4
Guaviare	0	0	4	0,3	4
Exterior	2	1,6	0	0	2
Total	126	7,5	1 558	92,5	1 684

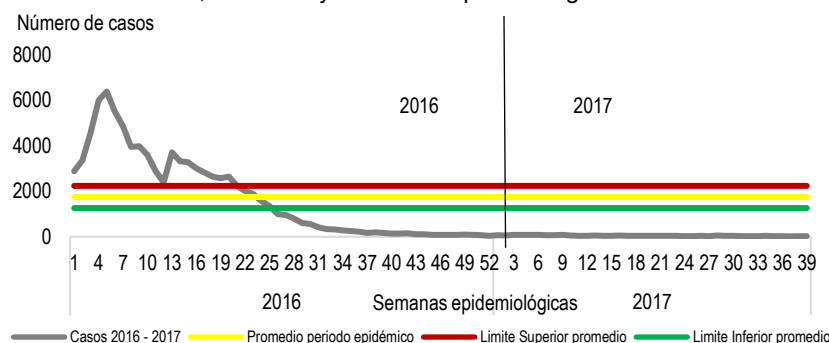
Para esta semana, la incidencia nacional de la enfermedad por virus Zika es de 6,92 casos por 100 000 habitantes en población urbana. 12 entidades territoriales superaron la incidencia nacional; las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Amazonas, Vaupés, Valle del Cauca, Casanare y Putumayo (Gráfica 28).

Gráfica 28
Incidencia de la enfermedad por virus Zika, Colombia, semana epidemiológica 39, 2017



Respecto al comportamiento del evento durante el año 2017, en comparación con la fase epidémica de la enfermedad (años 2015 - 2016), se observa una notificación de casos muy por debajo del promedio de casos notificados del periodo epidémico de la enfermedad y del límite inferior esperado de casos de Zika que debieron ingresar al Sivigila, lo cual es concordante con la comportamiento de transición hacia la endemia que está adquiriendo la enfermedad, tanto en la población general como en los grupos de riesgo (gestantes y personas con riesgo de presentar complicaciones neurológicas) (Gráfica 29).

Gráfica 29
Canal de comportamiento epidemiológico de la enfermedad por virus Zika, Colombia, año 2016 y a semana epidemiológica 39 de 2017



La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Gestantes con diagnóstico de enfermedad por virus Zika

Hasta la semana epidemiológica 39 de 2017, se notificaron 238 casos en mujeres embarazadas que refirieron haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, de los cuales 37 casos son confirmados, 181 casos proceden de municipios donde se confirmó circulación del virus Zika (confirmados por clínica) y 20 casos de municipios donde no se han confirmado casos. Por entidad territorial de residencia, la que ha notificado la mayor proporción de casos es Santander con 46 gestantes (el 19,3 %) (Tabla 14).

Tabla 14

Casos notificados de enfermedad por virus Zika en gestantes por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017

Entidad territorial de residencia	Confirmados	%	Confirmados por clínica	%	Total
Santander	7	18,9	34	18,8	41
Valle del Cauca	7	18,9	30	16,6	37
Tolima	0	0	24	13,3	24
Casanare	1	2,7	14	7,7	15
Meta	1	2,7	10	5,5	11
Bogotá	2	5,4	8	4,4	10
Atlántico	9	24,3	1	0,6	10
Antioquia	0	0	10	5,5	10
Norte de Santander	0	0	9	5	9
Huila	1	2,7	7	3,9	8
Barranquilla	4	10,8	3	1,7	7
Cesar	0	0	6	3,3	6
Cauca	2	5,4	3	1,7	5
Nariño	0	0	3	1,7	3
Sucre	0	0	3	1,7	3
Risaralda	1	2,7	2	1,1	3
Cundinamarca	0	0	3	1,7	3
Santa Marta	0	0	2	1,1	2
Putumayo	0	0	2	1,1	2
Bolívar	1	2,7	1	0,6	2
Caldas	1	2,7	1	0,6	2
Caquetá	0	0	1	0,6	1
Guajira	0	0	1	0,6	1
Guaviare	0	0	1	0,6	1
Quindío	0	0	1	0,6	1
Arauca	0	0	1	0,6	1
Total	37	15,5	181	76,1	218

Vigilancia intensificada de Microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central, Colombia, 2016 – 2017 (Revisión a 06 de octubre de 2017)

1. De la semana 01 a la 52 de 2016 se han confirmado 305 casos de microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central asociados al virus Zika, 104 casos se han descartado con otros diagnósticos, 351 se han descartado sin diagnóstico establecido, 202 casos no correspondían a ningún defecto congénito y cuatro casos están en estudio.
2. De la semana 01 a la semana 39 de 2017 se han confirmado 28 casos de microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central asociados al virus Zika, 23 casos se han descartado con otros diagnósticos, 96 se han descartado sin diagnóstico establecido, 70 casos no correspondían a ningún defecto congénito y 281 casos están en estudio.
3. Del periodo Epidémico: De la semana 01 de 2016 a la semana 18 de 2017 (1 de mayo) se han confirmado 331 casos de microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central asociados al virus Zika, 119 casos se han descartado con otros diagnósticos, 408 se han descartado sin diagnóstico establecido, 246 casos no correspondían a ningún defecto congénito y 116 casos están en estudio.

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

Hasta la semana epidemiológica 39 de 2017 se notificaron 72 casos sospechoso de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con la infección por el virus Zika (Tabla 15).

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

Tabla 15

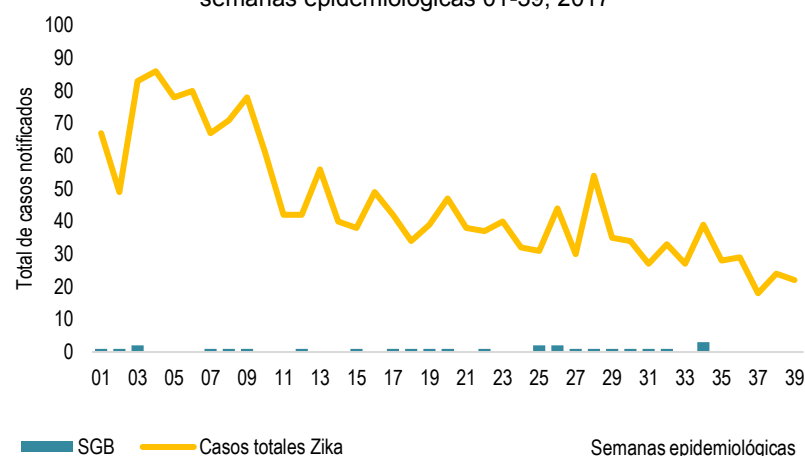
Síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017

Entidad territorial de residencia	Casos	Frecuencia
Bogotá	14	19,4
Tolima	8	11,1
Cundinamarca	6	8,3
Cartagena	5	6,9
Casanare	5	6,9
Valle del Cauca	5	6,9
Atlántico	3	4,2
Santander	3	4,2
Meta	3	4,2
Nariño	3	4,2
Antioquia	3	4,2
Bolívar	3	4,2
Cauca	2	2,8
Barranquilla	2	2,8
Quindío	1	1,4
Norte de Santander	1	1,4
Boyacá	1	1,4
Cesar	1	1,4
Caldas	1	1,4
Huila	1	1,4
Magdalena	1	1,4
Total	72	100

Del total de complicaciones neurológicas notificadas con el antecedente de enfermedad viral por Zika, 27 casos (el 37,5 %), ingresaron con el código CIE-10 de Síndrome de Guillain-Barré (SGB), le sigue en frecuencia el diagnóstico de “Poli neuropatía no especificada” (G629) con 6 casos (8,3 %) (Gráfica 30).

Gráfica 30

Casos notificados de SGB con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika notificados bajo la vigilancia intensificada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-39, 2017



- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

❖ BROTOS Y ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización Epidemiológica Peste, Madagascar, 2 de octubre de 2017

Del 23 de agosto al 30 de septiembre Madagascar ha reportado un total de 73 casos sospechosos, probables y confirmados de peste neumónica, con 17 muertes.

A 30 de septiembre, 10 ciudades reportaron casos de peste neumónica y los tres más afectados son: la ciudad capital y los suburbios de Antananarivo (27 casos, 7 muertes), Toamasina (18 casos, 5 muertes) y Faratshio (13 casos, 1 muerte).

Del 1 de agosto al 30 de septiembre, además de los casos de peste neumónica, Madagascar ha reportado: 58 casos de peste bubónica, incluyendo siete muertes, un caso de peste septicémica, un caso en el que aún no se especifica el tipo.

Respuesta de salud pública: el Ministerio de Salud activó unidades de crisis en Antananarivo y Toamasina y todos los casos se les ha dado acceso a tratamiento sin costo alguno, investigación en curso de nuevos casos, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en los distritos afectados y circundantes, incluyendo identificación de contactos, administración de quimioprofilaxis y monitoreo de contactos cercanos de casos de peste neumónica, sensibilizar a la población sobre la prevención y las acciones después de la exposición, sensibilizar a los trabajadores de la salud y proporcionar información, incluidas las medidas de control de la infección, y la aplicación de prácticas seguras de entierro.

<http://www.who.int/csr/don/02-october-2017-plague-madagascar/en/>

❖ BROTOS Y ALERTAS NACIONALES

Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) El 3 de octubre se recibe informe de brote ocurrido el 01/10/2017 en un evento familiar en Villavicencio, siendo afectadas 40 personas de 70 expuestos, con tasa de ataque de 57 %, consultaron a IPS 35 personas (dos ambulatorio, 33 hospitalizados). Casos con resolución, no se describen complicaciones. Se toman muestras de alimentos.

Inmunoprevenibles El 26 de septiembre se recibe informe sobre brote de parotiditis, Escuela de Policía, La Guajira, 21 casos de 124 expuestos, con tasa de ataque de 16,9 %. El caso índice inicio síntomas el 07/09/2017. Factores de riesgo detectados: falta de vacunación, hacinamiento, tener contacto con casos en actividades de la escuela, compartir el mismo dormitorio, compartir utensilios. Medidas de prevención y control: aislamiento de casos, recomendaciones desinfección de utensilios de cocina y de aseo, abstenerse de compartir elementos de uso personal.

Zoonosis Brote de leptospirosis en institución penitenciaria y carcelaria de Bogotá, tres casos confirmados mediante microaglutinación (MAT) con diferentes serovares en reclusos del penal (dos patios), se evidencia fuente propagada y diseminación de persona a persona, ninguno de los afectados a presentado complicaciones. Se realiza **investigación epidemiológica de campo** se evidencian deficientes condiciones higiénico-sanitarias que hace más factible la proliferación de roedores.

Dentro de los hallazgos ambientales: hacinamiento, ventilación deficiente, dificultades de acceso a agua potable, infraestructura deficiente para la permanencia de los internos, deficiente iluminación, sifones sin rejilla, humedad en las paredes. **Acciones:** atención médica de casos, toma de muestras a contactos estrechos, quimioprofilaxis a contactos estrechos, aislamiento de los casos, mientras termina la fase de transmisibilidad del agente causante de Leptospirosis (2 semanas), capacitación e información, control de roedores, instalación de trampas para captura de roedores. Evento en seguimiento.

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

TABLAS DE MANDO NACIONAL

❖ Comportamiento de la notificación por departamento a semana 39

Departamento	Malaria			Morbilidad por EDA			Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía			Dengue			Parotiditis			ESAVI Grave		
	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE
Amazonas	1 769	59	41	4 480	128	80	23	3	1	52	7	1	1	2	0	3	1	0
Antioquia	3 622	205	38	345 380	8 313	10 293	773	82	60	3 764	196	74	1 307	64	201	63	4	2
Arauca	8	0	0	6 841	168	142	40	4	4	250	6	6	86	2	34	4	2	0
Atlántico	9	0	0	45 293	1 030	943	190	19	17	288	48	13	529	11	44	19	1	0
Barranquilla	6	1	0	61 007	1 477	1 493	243	21	25	257	30	16	1 042	30	81	16	2	1
Bogotá	0	1	0	609 957	14 614	17 982	989	109	91	0	0	0	3 481	312	442	123	10	13
Bolívar	554	31	3	27 773	723	664	214	19	15	340	44	9	157	3	15	9	2	1
Boyacá	0	1	0	45 367	1 124	987	138	18	10	350	12	5	308	29	21	7	2	1
Buenaventura	852	34	7	7 324	174	165	55	8	3	87	4	2	0	9	0	4	0	0
Caldas	39	1	0	31 015	971	990	103	11	13	123	12	10	68	9	2	0	2	0
Caquetá	26	1	0	21 644	455	802	84	8	5	187	9	5	62	5	4	0	1	0
Cartagena	3	1	0	35 193	1 159	950	197	24	22	53	16	2	286	6	34	3	1	0
Casanare	11	1	0	9 432	261	277	53	6	3	415	22	6	29	3	5	3	1	0
Cauca	1 506	17	27	49 606	1 400	1 197	242	24	25	100	7	4	185	15	16	18	2	2
Cesar	4	2	0	48 374	994	1 043	255	25	24	568	65	22	109	8	13	8	2	3
Choco	12 982	369	110	8 088	233	153	133	14	12	84	44	3	4	17	0	1	1	1
Córdoba	3 054	37	15	46 719	1 145	1 085	409	34	39	470	48	9	602	3	93	12	1	2
Cundinamarca	0	2	0	111 313	2 685	3 061	419	33	49	853	38	33	590	43	57	26	2	4
Guainía	2 266	15	23	1 273	32	22	3	1	2	9	1	2	21	1	0	2	1	0
Guaviare	799	13	7	2 909	76	53	13	1	0	125	4	6	3	2	1	1	1	0
Huila	0	1	0	46 282	1 128	1 883	191	18	15	1 100	67	19	213	17	12	26	1	4
La Guajira	63	1	0	43 172	1 058	1 365	217	20	25	134	11	3	41	3	21	2	1	0
Magdalena	6	2	0	36 912	809	955	153	15	13	94	15	2	91	7	3	7	1	1
Meta	81	2	1	37 214	1 262	1 274	171	16	16	1 060	76	22	137	9	23	13	2	0
Nariño	11 838	113	59	69 891	2 054	1 823	237	22	17	117	4	4	126	12	5	14	2	0
Norte Santander	30	3	0	56 265	1 349	1 407	188	20	25	892	93	22	357	23	58	14	2	0
Putumayo	60	2	0	12 991	321	285	54	5	7	270	11	5	46	3	0	2	1	0
Quindío	2	0	1	31 279	861	878	66	6	3	490	42	12	39	4	2	5	2	1
Risaralda	101	27	0	41 782	1 161	917	102	11	7	198	19	8	76	6	9	4	1	0
San Andrés	0	0	0	3 147	84	161	20	2	0	20	3	2	21	2	1	1	1	0
Santander	12	2	0	71 554	1 502	1 688	103	7	5	1 694	200	40	114	20	8	19	2	0
Santa Marta D.E.	0	0	0	12 701	255	310	183	27	16	56	14	1	84	3	14	2	1	0
Sucre	26	1	0	29 864	787	737	180	16	20	500	60	9	790	15	82	7	2	1
Tolima	0	1	0	66 734	1 529	2 571	201	18	13	2 419	119	46	192	15	8	12	2	0
Valle	197	5	0	226 335	6 601	4 766	487	42	32	4 134	178	52	454	32	35	54	4	6
Vaupés	325	11	9	813	24	25	7	1	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0
Vichada	1 147	12	11	1 669	46	39	22	2	2	47	2	2	0	2	1	0	1	0

Esperado
Inesperado

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

❖ Comportamiento de la notificación por departamento a semana 39

Departamento	Tos Ferina			Parálisis Flácida			Sarampión/Rubeola			Síndrome de Rubeola Congénita			Tétanos Accidental			Difteria		
	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE
Amazonas	8	8	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	585	106	25	6	0	1	115	99	1	132	6	0	0	1	0	0	1	0
Arauca	24	5	0	1	1	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Atlántico	5	2	2	5	1	0	14	19	1	0	1	0	4	1	0	4	1	0
Barranquilla	8	0	0	3	1	1	20	18	2	1	2	0	2	1	0	2	1	0
Bogotá	1 393	133	48	17	1	3	597	121	18	120	8	0	0	0	0	0	0	0
Bolívar	33	6	10	3	1	0	3	17	0	0	1	0	4	2	0	4	2	0
Boyacá	83	7	5	5	1	1	12	19	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0
Buenaventura	0	3	0	1	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	61	11	2	2	1	0	22	15	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0
Caquetá	39	2	0	1	1	0	2	7	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0
Cartagena	16	7	2	3	1	0	0	15	0	2	1	0	2	0	0	2	0	0
Casanare	23	2	0	2	2	0	3	6	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Cauca	58	3	11	8	2	0	4	21	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0
Cesar	53	5	3	4	1	1	7	16	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Choco	11	2	1	0	0	0	0	8	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0
Córdoba	17	4	1	5	1	0	4	26	0	0	2	0	5	1	0	5	1	0
Cundinamarca	218	19	7	3	0	0	59	41	3	20	3	1	0	1	0	0	1	0
Guainía	6	1	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	1	2	0	1	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Huila	136	12	8	6	2	0	13	18	0	5	2	0	1	1	0	1	1	0
La Guajira	0	1	0	0	0	0	0	15	0	0	1	0	2	1	0	2	1	0
Magdalena	10	1	3	3	1	1	0	12	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0
Meta	49	3	3	2	1	0	3	15	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0
Nariño	117	11	3	4	1	0	8	27	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Norte Santander	174	12	9	5	1	0	9	21	0	7	2	0	0	0	0	0	0	0
Putumayo	15	2	1	2	2	0	1	5	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Quindío	7	1	2	2	1	0	2	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Risaralda	12	3	1	2	1	0	6	14	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
San Andrés	3	1	0	1	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	210	19	10	1	1	0	2	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	3	0	6	1	0	7	31	0	2	2	0	0	0	1	0	0	1
Sucre	195	26	28	5	2	1	33	13	0	5	1	0	1	1	0	1	1	0
Tolima	76	7	3	7	2	0	8	21	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0
Valle	154	24	3	1	0	0	5	64	0	1	4	0	0	1	0	0	1	0
Vaupés	8	9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	59	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0

Esperado
Inesperado

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

❖ Comportamiento de la notificación por departamento a semana 39

Departamento	Mortalidad por y asociada a Desnutrición menor de 5 años			Intoxicación por sustancias químicas			Chagas			Intento de Suicidio			Meningitis bacteriana			Varicela			Accidente ofídico		
	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Esperado	Observado SE	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Observado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Observado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Observado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Observado
Amazonas	1	2	0	27	0	0	0	0	0	25	1	0	3	4	3	158	15	1	23	1	1
Antioquia	7	9	0	4 510	93	79	0	0	0	3 589	102	91	95	89	95	6 627	893	1	529	11	8
Arauca	1	1	0	137	3	2	0	1	0	153	2	0	5	8	5	471	63	0	117	2	0
Atlántico	4	3	0	746	11	14	0	1	0	492	14	14	21	12	21	2 381	235	1	66	2	2
Barranquilla	1	1	0	978	18	14	0	0	0	426	12	13	22	16	22	2 709	290	1	10	0	0
Bogotá	0	5	0	4 496	122	101	0	0	0	1 814	54	51	128	74	128	11 340	3 275	0	3	0	0
Bolívar	5	8	0	779	6	21	3	0	0	311	8	8	32	32	32	1 624	96	1	171	5	4
Boyacá	3	3	0	576	17	15	0	1	0	490	14	16	18	10	18	1 452	267	1	48	1	3
Buenaventura	0	0	0	29	0	0	0	0	0	35	0	3				114			27	1	1
Caldas	0	0	0	1 369	22	22	0	0	0	720	18	16	5	4	5	735	237	0	39	1	0
Caquetá	3	3	1	439	8	11	0	0	0	257	6	5	16	3	16	307	68	0	132	1	2
Cartagena	1	3	0	999	8	20	0	0	0	375	10	7	31	26	31	1 982	88	2	14	0	0
Casanare	2	2	0	278	5	5	6	0	0	165	5	3	8	5	8	532	37	2	119	4	4
Cauca	4	4	1	950	19	17	0	0	0	666	17	17	12	17	12	902	118	1	103	1	3
Cesar	16	12	0	829	14	16	11	0	0	423	8	13	21	22	21	1 201	72	1	178	4	5
Choco	8	10	0	145	4	1	0	0	0	67	3	2	6	6	6	96	5	2	179	3	5
Córdoba	10	12	0	812	14	15	1	0	0	497	14	13	13	22	13	2 925	184	1	206	5	1
Cundinamarca	1	4	0	1 242	26	34	0	0	0	986	28	35	58	38	58	3 890	707	1	40	2	1
Guainía	3	3	0	6	0	0	0	0	0	9	0	0	4	4	4	9	1	2	14	0	0
Guaviare	0	3	0	40	1	1	0	0	0	21	1	3	6	1	6	1 304	47	2	77	2	2
Huila	5	5	0	1 061	24	39	0	0	0	804	20	24	23	17	23	62	10	1	66	2	1
La Guajira	28	29	0	221	3	2	0	0	0	137	4	3	3	8	3	1 102	172	1	102	2	0
Magdalena	8	9	0	361	5	6	0	0	0	234	7	4	11	15	11	900	49	1	112	2	1
Meta	8	5	1	824	21	15	0	0	0	453	13	9	19	12	19	1 275	198	1	231	5	1
Nariño	3	4	0	1 167	30	13	0	0	0	879	27	22	30	24	30	1 511	255	1	64	3	0
Norte Santander	1	3	0	1 156	22	38	0	1	0	612	17	16	20	9	20	3 115	285	1	211	3	3
Putumayo	2	2	0	324	7	6	0	0	0	256	7	5	11	10	11	386	40	1	82	1	3
Quindío	0	0	0	747	17	14	0	0	0	371	13	6	5	3	5	791	103	0	7	0	0
Risaralda	1	3	0	783	10	13	0	0	0	491	14	16	18	13	18	808	132	1	33	1	0
San Andrés	0	0	0	31	1	2	0	0	0	6	0	0				275	10	2	0	0	0
Santander	0	1	0	905	14	18	0	1	0	671	21	19	52	29	52	2 937	475	0	129	3	3
Santa Marta D.E.	1	1	0	188	2	8	0	0	0	175	5	5	4	3	4	477	31	1	31	1	0
Sucre	2	4	0	582	9	9	0	0	0	248	7	10	20	8	20	2 381	128	2	64	2	1
Tolima	3	4	0	676	17	16	0	3	0	638	23	18	18	16	18	1 621	238	0	62	1	1
Valle	5	9	1	2 336	48	63	0	0	0	1 946	57	34	109	56	109	6 553	678	1	30	0	2
Vaupés	1	1	0	22	0	0	0	0	0	45	2	2	1	1	1	13	7	0	50	0	0
Vichada	9	12	1	17	0	1	0	0	0	7	0	0	17	2	17	195	10	0	23	1	0

Esperado
Inesperado

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017

❖ **Comportamiento de la notificación por departamento acumulado a semana 39**

Departamento	VIH-Sida		Mortalidad Materna		Leptospirosis		Leishmaniasis cutánea		Sífilis congénita		Sífilis gestacional	
	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017	Acumulado esperado	Acumulado 2017
Amazonas	15	28	2	1	9	5	13	11	3	3	5	5
Antioquia	1 300	1531	26	14	265	399	1565	886	71	79	372	377
Arauca	27	25	2	1	9	4	11	10	8	8	33	42
Atlántico	237	237	9	14	33	81	0	0	9	9	104	120
Barranquilla	382	369	6	4	44	51	0	0	9	5	51	49
Bogotá	1 807	1818	25	21	24	39	0	0	102	121	498	498
Bolívar	139	126	8	5	62	91	298	179	14	20	51	103
Boyacá	78	78	5	4	9	24	96	130	8	9	46	49
Buenaventura	47	47	7	2	24	61	105	23	7	7	71	71
Caldas	177	205	3	0	6	14	168	119	6	18	56	62
Caquetá	47	47	7	4	4	11	284	164	8	7	43	43
Cartagena	274	274	6	7	19	17	4	1	32	32	84	145
Casanare	84	84	2	0	4	21	10	9	3	6	36	46
Cauca	116	156	12	6	22	26	101	103	15	10	56	52
Cesar	188	190	10	9	18	37	45	19	10	13	113	147
Choco	32	43	8	16	40	40	319	168	28	27	67	65
Córdoba	319	546	20	13	22	50	195	101	25	28	116	139
Cundinamarca	231	311	10	10	23	53	160	161	18	33	124	138
Guainía	2	2	2	0	1	0	29	40	1	0	2	2
Guaviare	105	116	2	0	45	14	500	292	17	19	75	110
Huila	9	21	4	4	39	18	31	44	3	3	9	9
La Guajira	122	163	17	21	9	11	25	79	8	17	81	107
Magdalena	112	118	10	11	23	9	15	4	16	16	117	134
Meta	144	134	5	6	17	15	930	255	18	18	73	94
Nariño	150	180	10	16	16	17	469	486	9	24	107	145
Norte Santander	262	281	9	12	8	14	252	357	13	13	87	87
Putumayo	22	42	3	1	8	3	306	141	4	5	32	35
Quindío	218	218	2	0	42	18	7	1	6	6	64	64
Risaralda	228	228	4	5	38	50	213	228	12	15	81	102
San Andrés	7	9	0	0	5	0	0	0	1	0	2	2
Santander	310	355	8	7	20	28	604	567	14	12	112	112
Santa Marta D.E.	108	108	4	2	35	7	8	12	6	6	32	32
Sucre	145	135	7	9	10	15	61	25	12	12	92	106
Tolima	172	172	7	10	173	199	339	504	16	25	74	69
Valle	954	1141	14	11	408	242	68	42	56	56	329	364
Vaupés	3	2	1	0	0	0	47	18	2	2	2	3
Vichada	2	4	4	3	2	3	57	14	1	0	2	1

Esperado
Inesperado

- Inicio
- Situación
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- Tablas

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis en las ET para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

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

Publicación en línea:
ISSN 2357-6189

Colombia 2017