

# BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLÓGICO** SEMANAL

## Contenido

Portada .....	1
Cumplimiento en la notificación .....	2
Inmunoprevenibles.....	4
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	12
Enfermedades transmitidas por vectores.....	17
Infecciones de transmisión sexual .....	27
Micobacterias.....	30
Zoonosis .....	33
Factores de Riesgo Ambiental.....	39
Enfermedades no Transmisibles .....	41
Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública.....	48

Dirección de Vigilancia y  
Análisis del Riesgo en  
Salud Pública



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Semana epidemiológica número 36 de 2015 (06 sep. al 12 sep.)



### “Cada minuto muere un niño a causa del paludismo”

18 de septiembre de 2015. El paludismo, o malaria, es una enfermedad potencialmente mortal causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos infectados. Según las últimas estimaciones, se produjeron 214 millones de casos de paludismo en 2015 que ocasionaron la muerte de unas 438 000 personas.

La tasa de mortalidad por malaria se ha reducido en más de un 47% desde el año 2000 a nivel mundial, y en un 54% en la Región de África de la OMS. La mayoría de las muertes se producen entre niños que viven en África, donde cada minuto muere un niño a causa del paludismo, OMS.

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

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/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](mailto:ins.sivigila@gmail.com) y [sivigila@ins.gov.co](mailto: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.

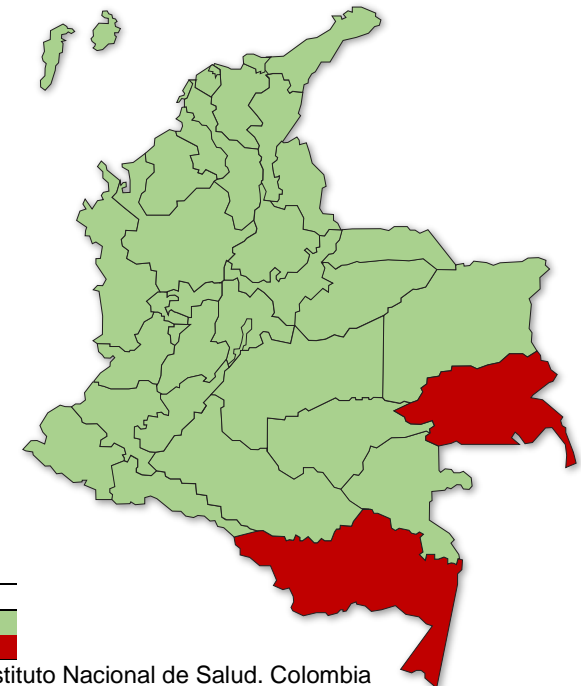
## Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 36

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 36 de 2015, fue del 100 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND).

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 99,5 % (1117 de 1122 municipios), aumentó 0,5 % 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 (ver mapa 1).

Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

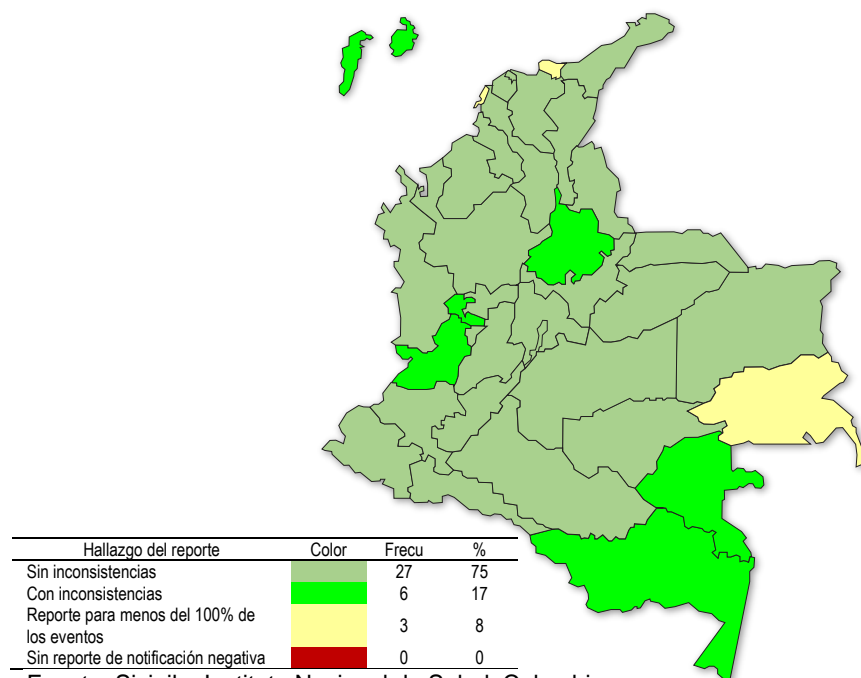


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 95 % (5264 de 5563 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel. La notificación permaneció igual con relación a la semana anterior y a la misma semana del año 2014. En la semana epidemiológica 36 de 2015 ninguna entidad territorial incumplió la meta establecida para UPGD.

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 36 de 2015, ninguna entidad territorial dejó de enviar el reporte de notificación negativa; adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, el 75 % (27) emitieron el reporte correcto para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación. Por otra parte, seis entidades territoriales presentaron inconsistencias en el reporte y tres dejaron de informar uno o más de los quince eventos establecidos (ver mapa 2).

Mapa 2. Distribución geográfica del comportamiento de la notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

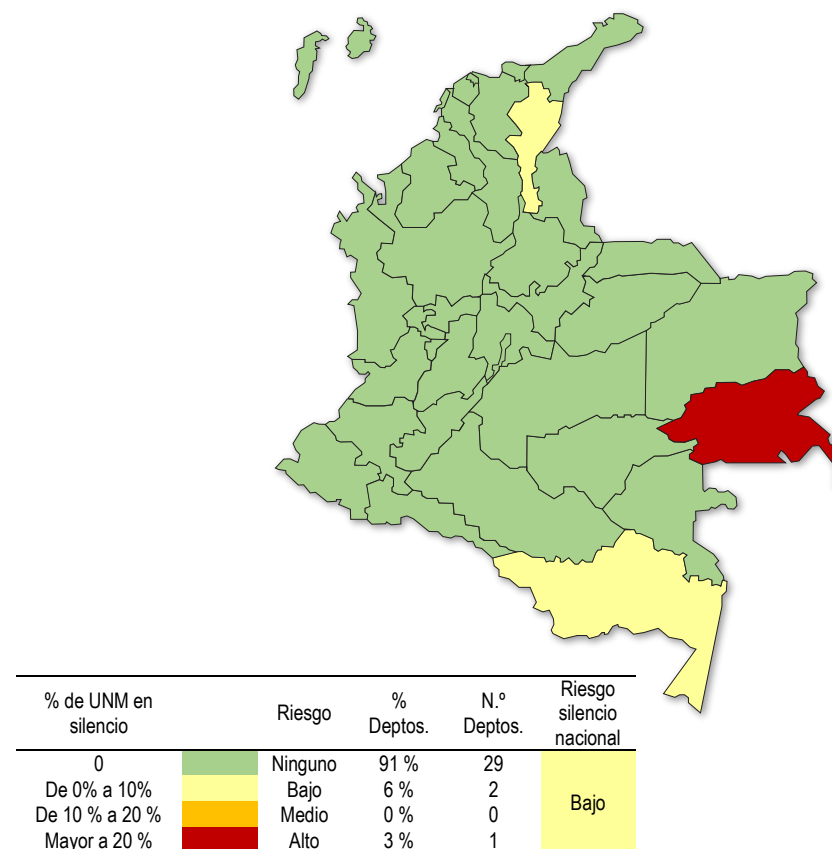


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 0,5 %, que lo clasifica como bajo riesgo. El 91 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 6 % (dos) de los departamentos, obtuvo menos del 10 % de sus municipios en silencio: Amazonas y Cesar. En alto riesgo continúa Guainía por silencio epidemiológico en tres de sus corregimientos (ver mapa 3).

Mapa 3. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

### • *Difteria*

A la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado tres casos probables de difteria; un caso procedente del departamento de Atlántico el cual se descarta por error de digitación, un caso procedente del departamento del Valle del Cauca que se descarta por laboratorio y un caso procedente del departamento de Sucre que se encuentra en estudio.

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

A la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado 458 casos sospechosos de ESAVI, de los cuales se descartan 41 casos por error de digitación, para un total de 417 casos sospechosos los cuales proceden de las siguientes entidades territoriales:

Tabla 1. Porcentaje de procedencia de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.

Entidad territorial	Casos graves	Casos leves	Total	Porcentaje
Bogotá	65	39	104	24,9%
Antioquia	22	32	54	12,9%
Valle del Cauca	13	16	29	7,0%
Norte Santander	14	12	26	6,2%
Santander	10	9	19	4,6%
Quindío	5	11	16	3,8%
Barranquilla	8	8	16	3,8%
Atlántico	10	5	15	3,6%
Cundinamarca	7	6	13	3,1%
Boyacá	5	7	12	2,9%
Sucre	6	6	12	2,9%
Caldas	6	6	12	2,9%
Cauca	5	5	10	2,4%
Cesar	5	4	9	2,2%
Tolima	5	3	8	1,9%
Huila	3	5	8	1,9%
Magdalena	4	3	7	1,7%
Nariño	5	2	7	1,7%
Risaralda	5	1	6	1,4%
Córdoba	3	2	5	1,2%
Casanare	2	2	4	1,0%
Santa Marta D.E.	1	3	4	1,0%
Caquetá	3	0	3	0,7%
Cartagena	2	1	3	0,7%
San Andrés	1	2	3	0,7%
Vichada	1	1	2	0,5%
Arauca	0	2	2	0,5%
Putumayo	1	1	2	0,5%
Meta	0	2	2	0,5%
Bolívar	2	0	2	0,5%
Chocó	0	1	1	0,2%
Guaviare	0	1	1	0,2%
Total general	219	198	417	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados el 53 % (219 casos) se clasifican inicialmente como casos graves; de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 51 casos se relacionan con la vacuna, 102 casos se relacionan con el programa de vacunación, 32 coinciden con la aplicación de las vacunas y 34 casos se encuentran pendientes de clasificar de acuerdo a las unidades de análisis que realicen las entidades territoriales.

El 47 % (198 casos) de los casos notificados se clasifican inicialmente como leves, de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento, 119 casos se relacionan con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas que se presentan dentro de las primeras 48 a 72 horas tienen un pronóstico benigno, 38 casos se relacionan con el programa de vacunación, 30 casos coinciden con la aplicación de la vacuna y 11 casos se encuentran pendientes por clasificar de acuerdo con los ajustes que realicen las entidades territoriales.

### • *Infección respiratoria aguda*

#### **Vigilancia IRAG inusitado**

Durante la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificaron 38 casos de IRAG inusitado por 13 entidades territoriales, de estos 22 cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo nacional, los 16 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 36, 2015

Entidad Territorial de notificación	No cumple	Cumple	Total casos notificados
Antioquia	8	6	14
Bogotá	1	8	9
Santander	2	1	3
Barranquilla	0	2	2
Cauca	2	0	2
Valle	1	0	1
Santa Marta	0	1	1
Casanare	1	0	1
Caldas	0	1	1
Sucre	0	1	1
Nariño	1	0	1
Risaralda	0	1	1
Córdoba	0	1	1
Total	16	22	38

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según los criterios de clasificación el 73 % (16) 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 sintomático respiratorio hasta 14 días previos al inicio de los síntomas (ver tabla 2).

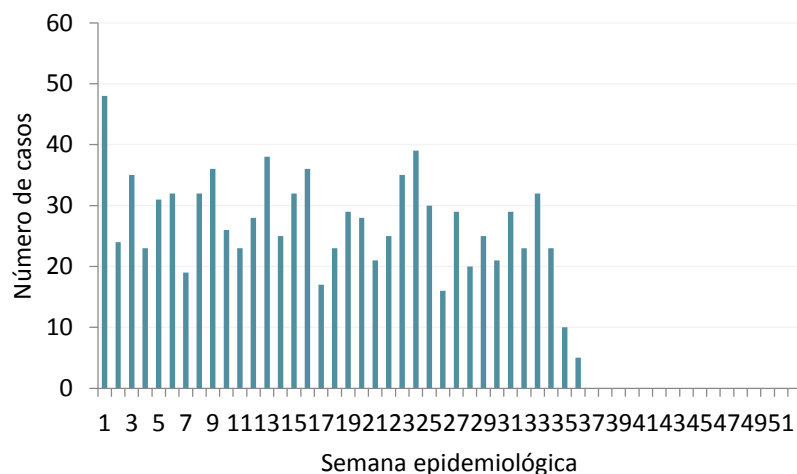
Tabla 2. Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 36, 2015

Criterios de clasificación	Casos	Porcentaje
Criterio de gravedad UCI	16	73%
Contacto con sintomático respiratorio	3	14%
Contacto con aves o cerdos	2	9%
Antecedente viaje internacional	1	5%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado 968 casos que cumplen con la definición establecida en el protocolo nacional, con un promedio de 27 casos semanales (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos de IRAG inusitado, Colombia a semana epidemiológica 36, 2015

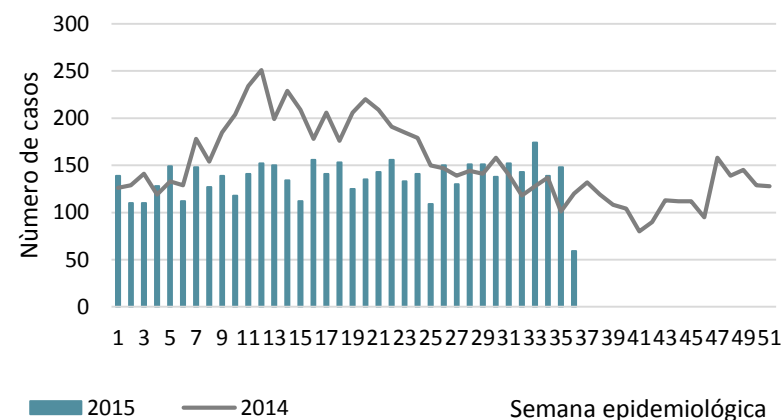


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### Vigilancia centinela ESI – IRAG

Durante la semana epidemiológica 36 se notificaron 157 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 113 casos corresponden a pacientes con IRAG y 44 casos a pacientes con ESI, para un acumulado total de 4896 casos. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 36 de 2015 muestra una disminución del 18,3 % en comparación con lo notificado en el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 36 de 2015 corresponden a las entidades territoriales de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, 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 36 de 2015

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	1
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	12
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	35
Barranquilla	Clínica General del Norte	2
	Hospital el Tunal	6
	Hospital Occidente de Kennedy	1
Bogotá	Hospital Santa Clara	5
	Fundación Cardioinfantil	8
	Hospital de Suba	3
	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	4
Boyacá	E.S.E Santiago de Tunja	1
	Hospital San Rafael de Tunja	3
Caldas	El Piloto Assbasalud	19
	Servicios Especiales de Salud	2
Cartagena	Gestión Salud	7
	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	1
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	14
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	0
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	4
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	1
	Fundación Hospital San Pedro	13
Norte Santander	Policlínico Atalaya	6
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	1
Valle Del Cauca	Fundación Valle de Lili	8
	Red de Salud de Ladera	0
Total		157

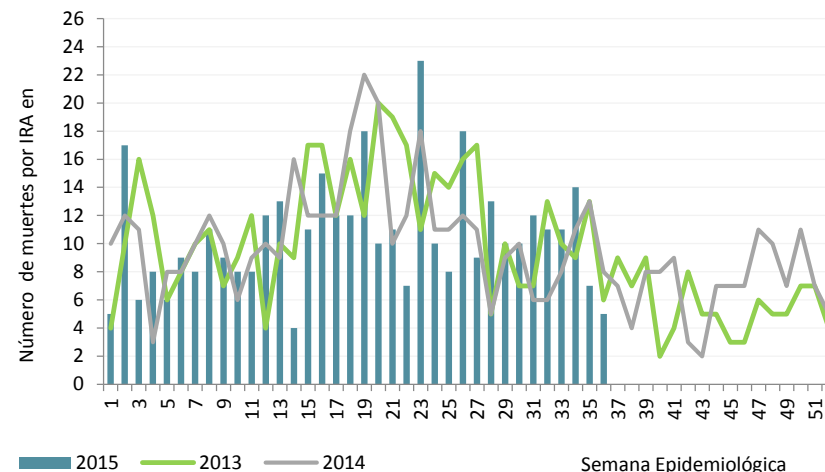
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### Vigilancia mortalidad por IRA en menores de cinco años

Durante la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificaron 11 muertes por IRA en menores de cinco años, al ajustar estas muertes por fecha de defunción, seis corresponden a notificación tardía y cinco a la semana epidemiológica 36, se descartaron cuatro casos durante esta semana para un acumulado total de 381 muertes.

La notificación de muertes por IRA en menores de cinco años a semana epidemiológica 36 de 2015 muestra una disminución del 2,5 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Muertes por IRA en menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

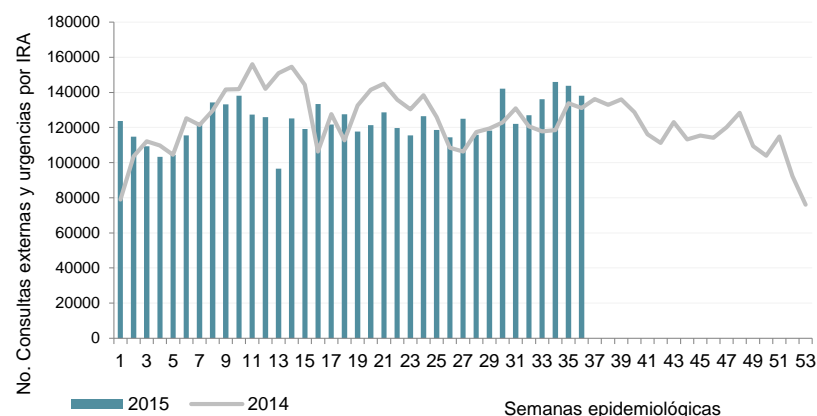
Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de cinco años notificados durante esta semana son: Antioquia con cinco casos, Cesar, Cartagena y Antioquia con dos casos, Bogotá, Barranquilla, Quindío, Sucre y Risaralda con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 36 la mortalidad nacional es de 8,8 por cada 100 000 menores de cinco 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 138.091 registros de un total de 1.782.702 consultas externas y urgencias por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 7,7 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 36 ha habido una disminución del 1,9 % (Gráfica 4).

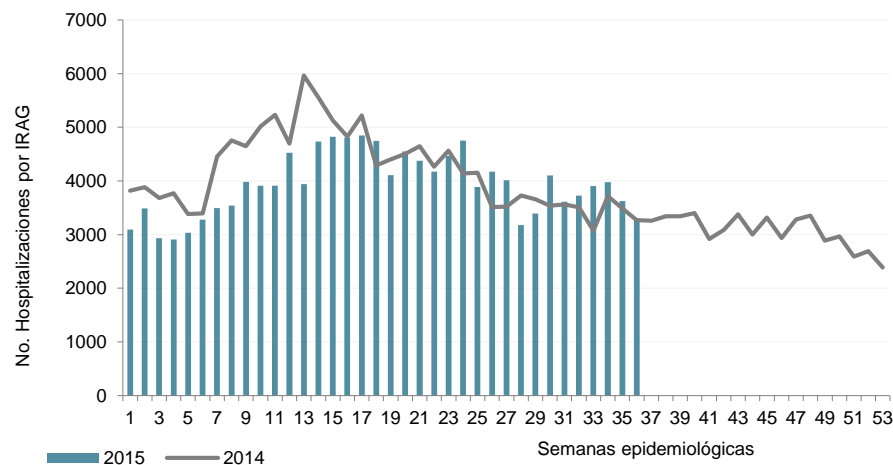
Gráfica 4. Consultas externas y urgencias por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones en sala general por IRA correspondió esta semana a un total de 3275 registros de un total de 48.658 hospitalizaciones en sala general por todas las causas obteniendo una proporción de IRAG del 6,7 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 36 ha habido una disminución del 6,4 % (Gráfica 5).

Gráfica 5. Hospitalizaciones por IRAG, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

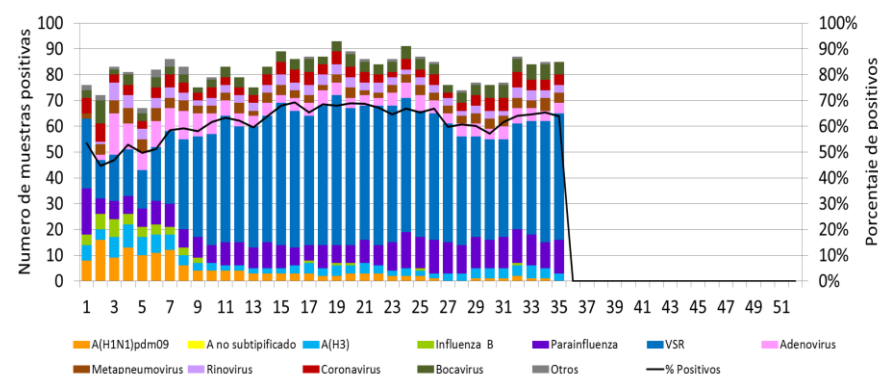
La notificación de hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos (UCI) correspondió esta semana a un total de 218 registros de un total de 3476 hospitalizaciones en UCI por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 6,3 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 36 ha habido una disminución del 6,4 %.

### 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 36 de 2015 se han analizado 4710 muestras, de las cuales el porcentaje de positividad corresponde al 61 %; de estas el 6,8 % fueron positivas para influenza y el 54,3 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (51%), seguido de Parainfluenza (11,8 %), Adenovirus (7 %), Bocavirus (5%), Coronavirus (4,9 %), Metapneumovirus (4,3 %), Rinovirus (3,9 %) y otros virus (1,0 %) (ver gráfica 6).

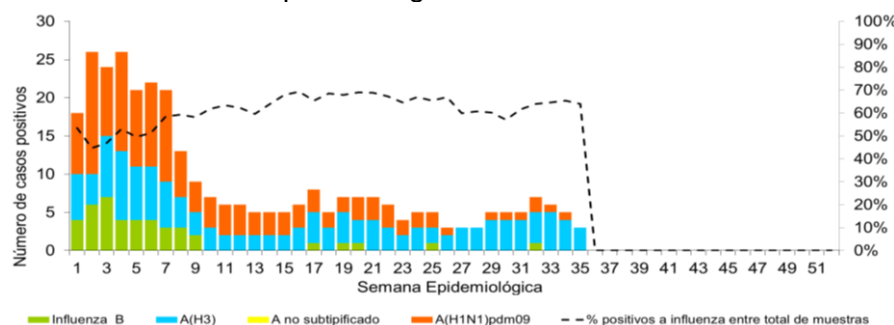
Gráfica 6. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015



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(H1N1)pdm09 el de mayor proporción (51,6 %), seguido por influenza A(H3N2) con el (48,4 %) (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución de virus de influenza, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015

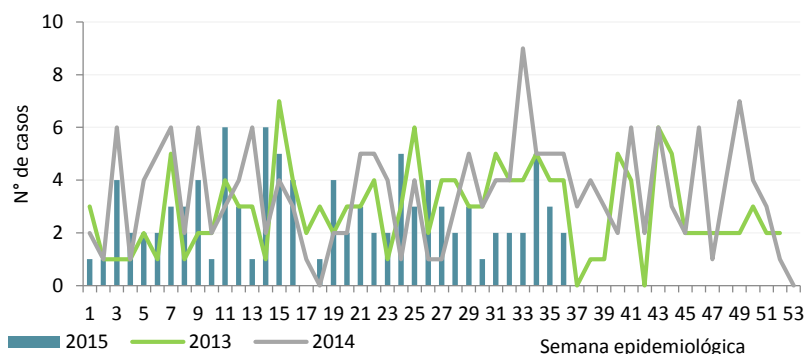


Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

### • Parálisis flácida aguda (PFA)

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado al Sivigila 99 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra una disminución del 21,4 % con respecto al año 2014 en el cual se había notificado 126 casos a la misma semana (ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Casos probables de PFA notificados, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015

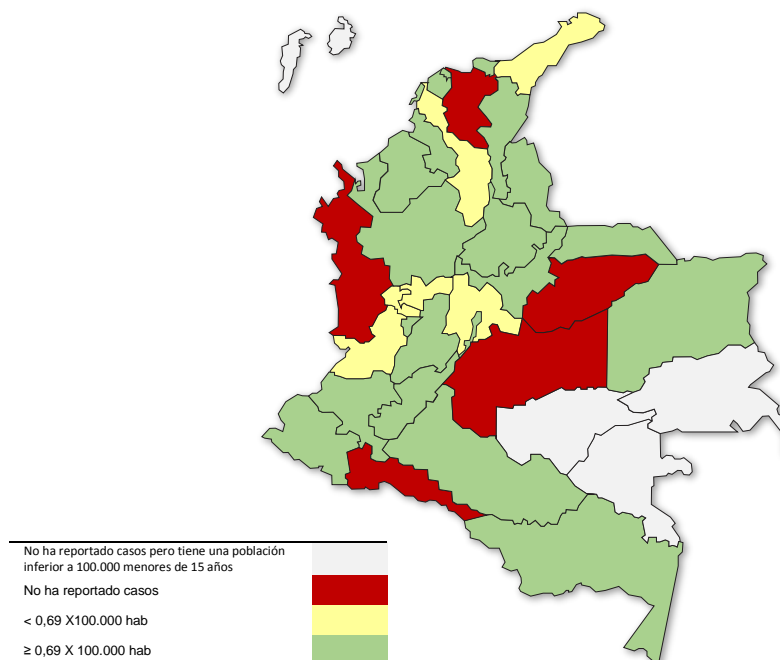


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de notificación a semana 36 es de 0,77 casos por 100 000 menores de 15 años (la tasa esperada a semana epidemiológica 36 es de 0,69). Las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

Esta semana se notificaron cuatro casos probables de PFA procedentes de Boyacá, Bogotá y Santander. Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana anterior. (Ver mapa 1).

Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial en Colombia Semana epidemiológica 36 de 2015



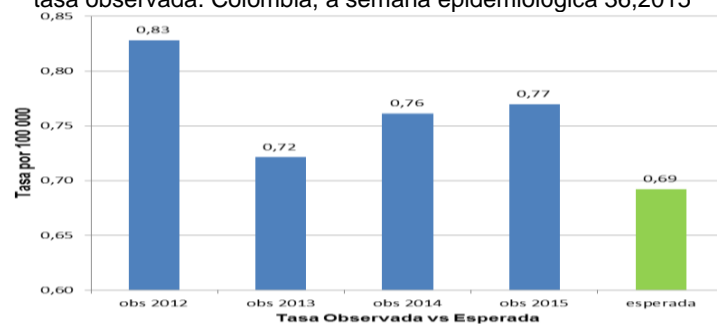
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 36 de 2015 la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 0,74 casos por 100.000 menores de



15 años, de manera que se cumple a nivel nacional con la tasa esperada (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada. Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015

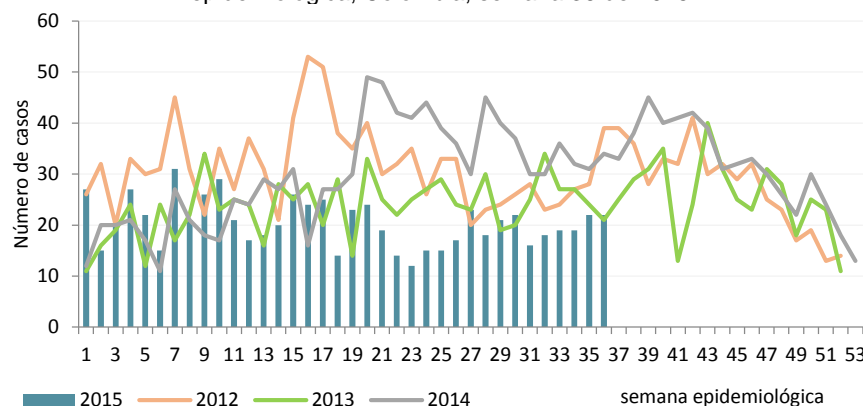


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### • Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se reportaron 737 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un descenso del 30,7 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 1064 casos, se observa una disminución del 12,9 % con respecto al año 2013 y una caída del 34,8 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 36 de 2015



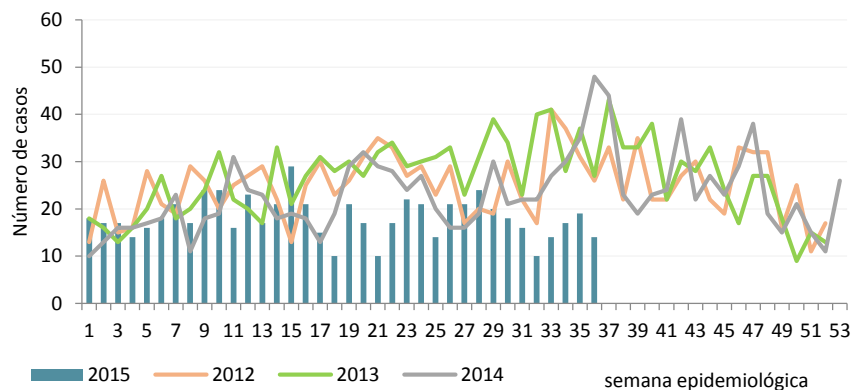
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 89,3 % de los casos sospechosos de sarampión son de siete entidades territoriales: Bogotá (469), Antioquia (89), Cundinamarca (52), el distrito de Barranquilla (14), Atlántico (13), Valle del Cauca (11) y Sucre (10); otras entidades territoriales que notifican casos son Caldas con nueve casos, Santa Marta con ocho casos, el distrito de Cartagena y Nariño con siete casos cada uno, Boyacá con seis casos, Risaralda y San Andrés con cinco casos cada uno, Caquetá, Santander y Vichada con tres casos cada uno, Chocó, Huila, Meta, Norte de Santander, Quindío con dos casos cada uno, Casanare, Cesar, Córdoba, Guaviare, La Guajira y Tolima con un caso cada uno; se notifican siete casos del exterior, dos procedentes de Brasil uno de Aruba, uno de Chile, uno de México, uno de Suiza (confirmado) y otro con país desconocido.

En la semana epidemiológica 36 se confirmó por laboratorio un caso de sarampión, mujer de 23 años, procedente de Suiza, nexo epidemiológico con hermano enfermo en Suiza, caso que inició erupción máculopapular generalizada el día 5 de septiembre en la ciudad de Cartagena. Las pruebas de laboratorio del INS reportan IgM dudosa para sarampión, IgG negativa para sarampión y RT-PCR en orina e hisopado nasofaríngeo POSITIVAS para sarampión; pruebas moleculares confirman un genotipo B3 de circulación actual en Europa y por primera vez detectado en Colombia.

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se reportaron 654 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra una disminución del 18,4 % con respecto al año anterior cuando se había notificado 801 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 32,7 % y con el 2012 hay otro descenso del 27,3 % (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Según departamento o distrito de procedencia, el 91,0 % de los casos sospechosos de rubéola son de seis entidades territoriales: Bogotá (459), Antioquia (70), Cundinamarca (30), Valle del Cauca (13), Caldas (13) y Boyacá (10); otras entidades que notifican casos son Quindío con siete casos, Meta, Nariño, San Andrés y Santander con seis casos cada uno, Norte de Santander con cinco casos, Risaralda y Tolima con cuatro casos cada uno, Cauca y Sucre con dos casos cada uno, Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Huila, Vaupés y los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta 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.

La tasa de notificación nacional es de 2,89 casos por 100.000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 36 de 1,38.

Un total de diez entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 36: San Andrés (14,39), Bogotá (11,78), Vichada (4,17), Cundinamarca (3,06), Antioquia (2,46), Vaupés (2,29), Caldas (2,23), Santa Marta (1,86), Quindío (1,59) y Sucre (1,41). No cumplen con la tasa esperada Boyacá, Barranquilla, Atlántico, Risaralda, Guaviare, Meta, Cartagena,

Nariño, Caquetá, Valle del Cauca, Norte de Santander, Santander, Chocó, Tolima, Casanare, Huila, Cesar, Cauca, Córdoba, La Guajira y Bolívar. Un total de cinco entidades territoriales no han notificado casos sospechosos (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

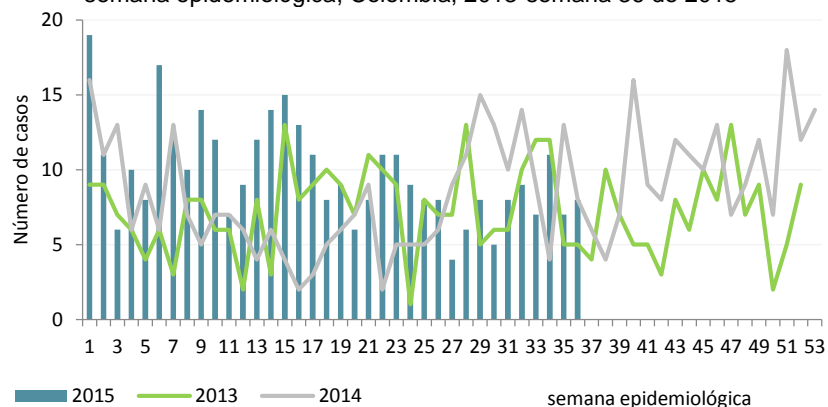
Departamento	Evento (Sarampión/Rubéola) SIVIGILA	Población total-2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
San Andrés	11	76.442	14,39
Bogotá, D.C.	928	7.878.783	11,78
Vichada	3	71.974	4,17
Cundinamarca	82	2.680.041	3,06
Antioquia	159	6.456.299	2,46
Vaupés	1	43.665	2,29
Caldas	22	987.991	2,23
Santa Marta	9	483.865	1,86
Quindío	9	565.310	1,59
Sucre	12	851.515	1,41
Boyacá	16	1.276.407	1,25
Barranquilla	15	1.218.475	1,23
Atlántico	14	1.242.388	1,13
Risaralda	9	951.953	0,95
Guaviare	1	111.060	0,90
Meta	8	961.334	0,83
Cartagena	8	1.001.755	0,80
Nariño	13	1.744.228	0,75
Caquetá	3	477.642	0,63
Valle del Cauca	24	4.613.684	0,52
Norte de Santander	7	1.355.787	0,52
Santander	9	2.061.079	0,44
Chocó	2	500.093	0,40
Tolima	5	1.408.272	0,36
Casanare	1	356.479	0,28
Huila	3	1.154.777	0,26
Cesar	2	1.028.890	0,19
Cauca	2	1.379.169	0,15
Córdoba	2	1.709.644	0,12
La Guajira	1	957.797	0,10
Bolívar	1	1.095.406	0,09
Amazonas	0	76.243	0,00
Arauca	0	262.315	0,00
Guainía	0	41.482	0,00
Magdalena	0	775.957	0,00
Putumayo	0	345.204	0,00
Exterior	9	NA	NA
Total	1391	48.203.405	2,89

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005  
Tasa esperada a semana 36= 1,38 casos por 100 000 habitantes

- **Síndrome de rubéola congénita**

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado 351 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra un incremento del 24,9 % cuando se reportaron 281 casos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2013-semana 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 84,5 % de los casos provienen de cuatro entidades territoriales: Antioquia (199), Bogotá (71), Sucre (14) y Cundinamarca (12); otras entidades que reportan casos sospechosos son: Tolima con ocho casos, Huila, Casanare y Nariño con cinco casos cada uno, Putumayo con cuatro casos, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Chocó y Valle del Cauca con tres casos cada uno, Caldas, Meta y Norte de Santander con dos casos cada uno y Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Guaviare, y Quindío con un caso cada uno. Doce entidades territoriales aún no notifican casos sospechosos de SRC en el Sivigila.

En la semana epidemiológica 36 el Laboratorio de virología del INS reportó un resultado de IgM POSITIVA en un recién nacido, femenino, de 11 días de vida, que nació el 28 de agosto de 2015, con malformaciones cardíacas múltiples (ductus arterioso persistente, CIA, hipertensión pulmonar), ictericia, hepatomegalia,

microcefalia y además con VDRL Reactiva 64 Dils (sífilis congénita temprana). Está pendiente la recolección de segunda muestra de suero un mes después de la primera y procesamiento de muestras de orina e hisopado faríngeo para pruebas de RT-PCR.

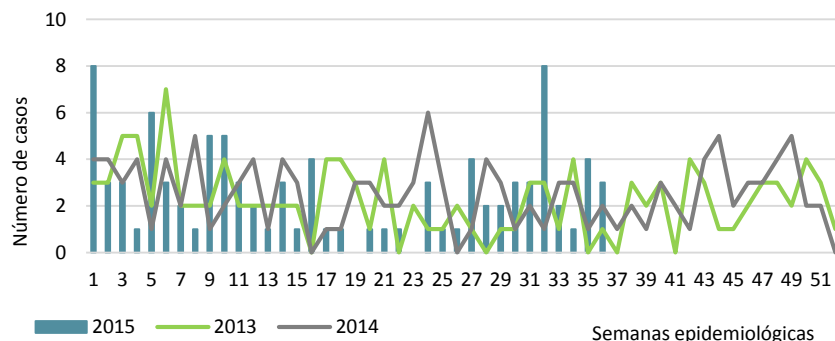
## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

### • Enfermedad diarreica aguda

#### Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA)

En el análisis realizado por entidad territorial de procedencia se notificaron al Sivigila a semana epidemiológica 36 de 2015, tres casos de muerte EDA en menores de cinco años y se descartó una muerte por residencia y procedencia del exterior, en la misma semana epidemiológica del 2014 se notificó un caso. El total acumulado para el país en 2015 es de 93 casos de muertes por EDA (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la mortalidad es de 21,52 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 1).

Tabla 1. Tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 36	Mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores De Una Año	873444	49	56,10
De 1 A 4 Años	3448193	44	12,76
Total País	4321637	93	21,52

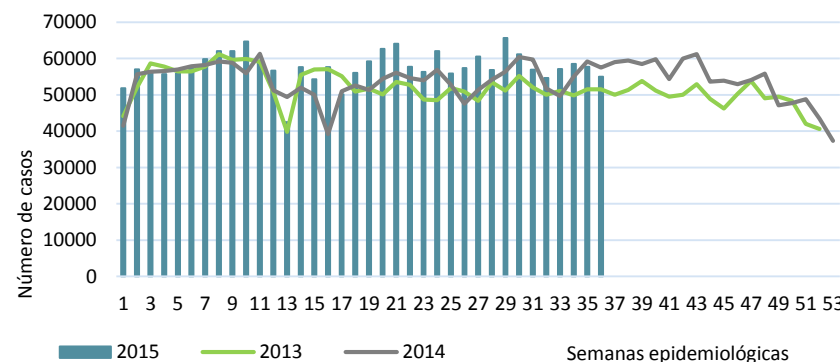
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 36 de 2015, 22 de las entidades territoriales han reportado casos de muertes por EDA en menores de cinco 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 36 de 2015 se notificaron 55 025 casos de EDA, analizados por entidad territorial de procedencia; con un total acumulado para el país de 2 076.625 casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Todas las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se observa una disminución del 4,6% casos con respecto al año anterior, los casos acumulados aumentan con un valor del 6,69%; dicho número de casos se ajusta de manera semanal con el ingreso de la información de las UPGD (ver tabla 2).

Tabla 2. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 36	57.536	55.025	4,36%
Casos Acumulados a SE 36	1.946.352	2.076.625	6,69%

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de un año registran la incidencia más alta con 137,30 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre 1 y 4 años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 344 393 casos (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitantes
Colombia	48203405	2076625	43,08
< 1 año	873444	119925	137,30
1 a 4 años	3448193	344393	99,88
5 a 9 años	4258678	158658	37,26
10 a 14	4282708	109917	25,67
15 a 19	4345112	120732	27,79
20 a 24	4292291	218815	50,98
25 a 29	3957939	213072	53,83
30 a 34	3539724	171693	48,50
35 a 39	3205979	125773	39,23
40 a 44	2879410	96737	33,60
45 a 49	2883795	86554	30,01
50 a 54	2680490	74892	27,94
55 a 59	2218791	60358	27,20
60 a 64	1728396	51282	29,67
65 a 69	1307382	38399	29,37
70 a 74	926841	29494	31,82
75 a 79	684618	25345	37,02
80 y más años	689614	30586	44,35

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 36 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 43,08 casos por 1000 habitantes fueron: Amazonas, Bogotá, Quindío, Magdalena, Antioquia, Valle del Cauca y Nariño. (ver tabla 4).

Tabla 4. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

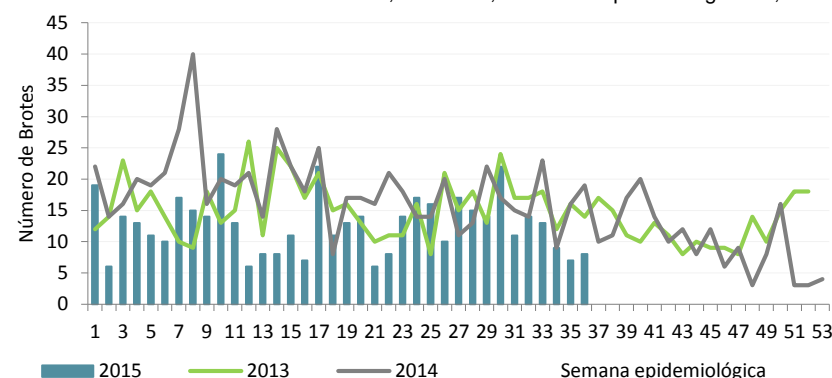
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	5733	0,3%	76.243	75,19
Bogotá	524429	25,3%	7.878.783	66,56
Quindío	32051	1,5%	565.310	56,70
Magdalena	35515	1,7%	775.957	45,77
Antioquia	293277	14,1%	6.456.299	45,42
Valle Del Cauca	203953	10%	4.613.684	44,21
Nariño	77036	3,7%	1.744.228	44,17
Colombia	2076625	100%	48203405	43,08

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

## ETA

Después del proceso de depuración se tiene que hasta la semana epidemiológica 36 del 2015 se notificaron al Sivigila 5530 casos de ETA, involucrados en 457 brotes. Respecto a los brotes de ETA por semana epidemiológica se observa una disminución en la notificación del 31,5% en relación a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 12,7 (ver gráfica 1).

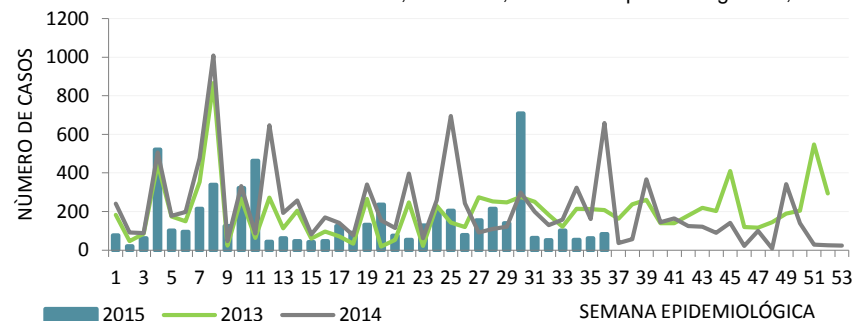
Gráfica 1. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 40,7% con respecto a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de casos por semana es de 153 (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia



Del total de casos notificados a semana epidemiológica 36 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 10 a 14 años (16,6%), 5 a 9 años (16,5%) y 20 a 24 años (9%). El 47% de los casos están como confirmados por clínica, el 25% como probables, el 23% como confirmados por laboratorio y el 5% confirmados por nexa epidemiológico.

En el análisis por entidad territorial de procedencia, Bogotá, Atlántico y Sucre fueron las que presentaron un mayor número de brotes (ver tabla 1).

Tabla 1. Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	62	13,6
Atlántico	56	12,3
Magdalena	38	8,3
Sucre	34	7,4
Nariño	28	6,1
Antioquia	23	5,0
Valle Del Cauca	22	4,8
Cartagena	21	4,6
Huila	17	3,7
Bolívar	16	3,5
Boyacá	15	3,3
Cesar	15	3,3
Quindío	13	2,8
La Guajira	11	2,4
Casanare	10	2,2
Barranquilla	9	2,0
Risaralda	8	1,8
Caldas	7	1,5
Cauca	7	1,5
Tolima	7	1,5
Arauca	7	1,5
Cundinamarca	6	1,3
Putumayo	6	1,3
Santander	5	1,1
Córdoba	3	0,7
Norte De Santander	3	0,7
Caquetá	2	0,4
Chocó	2	0,4
Meta	2	0,4
Vichada	2	0,4
NACIONAL	457	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En 37 brotes han identificado agentes patógenos procedentes de muestras biológicas y en 29 brotes se han identificado agentes patógenos procedentes de muestras de alimentos (ver tabla 2).

Tabla 2. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas, alimentos y agua procedentes de brotes de ETA (notificación colectiva), Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.

	M. Biológicas	M. alimentos	Total
**Coliformes totales	9	20	29
**Coliformes fecales	5	17	22
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	18	22
<i>Salmonella</i> spp	11	4	15
<i>Escherichia coli</i>	8	6	14
<i>Iodamoeba butschlii</i>	4	0	4
<i>Fasciola hepática</i>	2	0	2
<i>Taenia solium</i>	2	0	2
<i>Shigella</i> sp	1	0	1
<i>Endolimax nana</i>	1	0	1
<i>Streptococcus</i> sp	1	0	1
<i>Bacillus cereus</i>	0	1	1
<i>Campylobacter jejuni</i>	1	0	1
Complejo Entamoeba histolytica/dispar	1	0	1
Uncinarias	1	0	1
Total	51	66	117

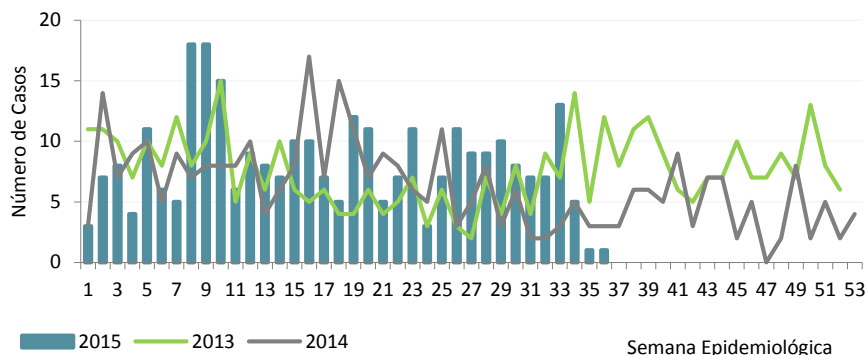
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia - \*\* No se consideran agentes patógenos causales de ETA.

En la semana epidemiológica 36 se notificaron ocho brotes, las entidades territoriales de procedencia fueron Bogotá, Boyacá, Bolívar, La Guajira, Valle del Cauca y Putumayo; los establecimientos implicados fueron hogar (cuatro brotes), establecimientos educativos (dos brotes), club social (un brote) y otros establecimientos (un brote).

### • Fiebre tifoidea y paratifoidea

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado 294 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, se notificó un caso en esta semana. Se observa un aumento en la notificación del 15,3% con respecto a las mismas semanas del 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 72% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 67,7% de los casos fueron notificados por Antioquia, Norte de Santander y Huila (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Antioquia	87	29,6
Norte De Santander	62	21,1
Huila	50	17,0
Sucre	12	4,1
Bogotá	10	3,4
Cauca	10	3,4
Valle Del Cauca	10	3,4
Chocó	7	2,4
Santander	7	2,4
Meta	6	2,0
Bolívar	5	1,7
Cesar	5	1,7
Nariño	4	1,4
Caldas	3	1,0
Barranquilla	2	0,7
Cartagena	2	0,7
Cundinamarca	2	0,7
Santa Marta	2	0,7
Caquetá	1	0,3
Córdoba	1	0,3
La Guajira	1	0,3
Magdalena	1	0,3
Risaralda	1	0,3
Casanare	1	0,3
Putumayo	1	0,3
San Andrés	1	0,3
Total	294	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 36 de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 5 a 9 años (11,6%), de 10 a 14 años (11,6%) y de 20 a 24 años (11,2%) (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	32	10,9
5-9	34	11,6
10-14	34	11,6
15-19	29	9,9
20-24	33	11,2
25-29	28	9,5
30-34	25	8,5
35-39	18	6,1
40-44	8	2,7
45-49	9	3,1
50-54	13	4,4
55-59	11	3,7
60-64	5	1,7
65-69	4	1,4
70-74	6	2,0
75-79	1	0,3
80 Y MÁS	4	1,4
TOTAL	294	100,0

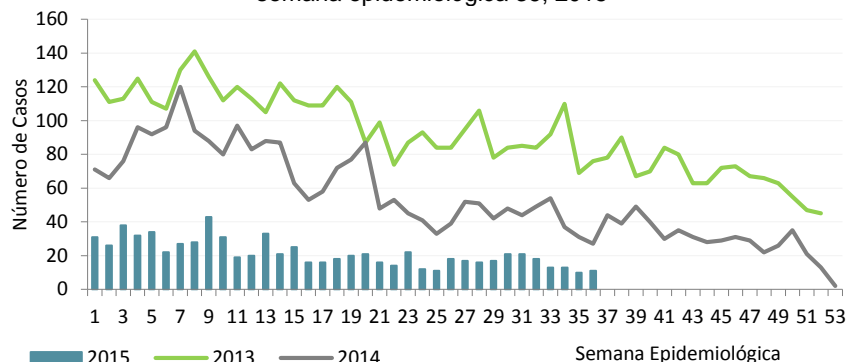
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales de procedencia de casos confirmados (serotificados en el Instituto Nacional de Salud) de fiebre tifoidea son Norte de Santander (51 casos), Antioquia (36 casos), Nariño (cuatro casos), Bogotá (tres casos), Santander (dos casos), Meta (un caso), Cartagena (un caso), Cesar (un caso) y Valle del Cauca (un caso).

## • Hepatitis A

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 36 se notificaron 771 casos de hepatitis A, de los cuales cinco se notificaron esta semana; el 52,1% fueron confirmados por clínica, 47,1% por laboratorio y 0,8% por nexa epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica 36 se presentó una disminución en la notificación del 67% respecto al 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según el lugar de procedencia se obtuvo que el mayor número de casos notificados provienen de: Antioquia (14,4%), Valle del Cauca (11%), Bogotá (7,7%) y Huila (7%) (ver tabla 1).

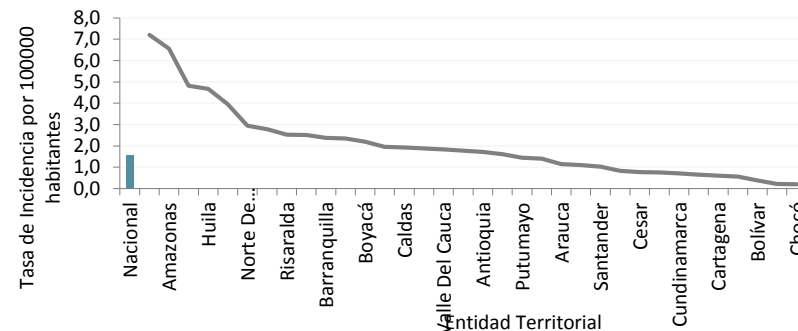
Tabla 1. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Entidad Territorial	Nº Casos	Porcentaje
Antioquia	111	14,4
Valle del Cauca	85	11,0
Bogotá	59	7,7
Huila	54	7,0
Norte de Santander	40	5,2
Meta	38	4,9
Tolima	33	4,3
Barranquilla	29	3,8
Boyacá	28	3,6
Nariño	28	3,6
Atlántico	27	3,5
Cauca	27	3,5
La Guajira	24	3,1
Risaralda	24	3,1
Santander	21	2,7
Caldas	19	2,5
Cundinamarca	19	2,5
Sucre	16	2,1
Córdoba	11	1,4
Quindío	10	1,3
Bolívar	8	1,0
Cesar	8	1,0
Guaviare	8	1,0
Magdalena	7	0,9
Cartagena	6	0,8
Casanare	5	0,6
Putumayo	5	0,6
Amazonas	5	0,6
Santa Marta	4	0,5
Arauca	3	0,4
Exterior	3	0,4
Guainía	2	0,3
Vichada	2	0,3
Caquetá	1	0,1
Chocó	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>771</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 36 fue de 1,6 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Guaviare con 7,2, Amazonas con 6,6 y Guainía con 4,8 casos por 100 000 habitantes (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 76% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 14% en rural y el 10% en centro poblado. En cuanto a la población, el 95,1% pertenece a otros grupos étnicos, el 2,3% a indígenas, el 1,9% afrocolombianos, el 0,6% a ROM y gitanos y 0,1 palenqueros.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (15,6%), 5 a 9 años (13,9%) y 15 a 19 años (12,2%). El 35% de los casos fueron hospitalizados.

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

### • Chagas

En la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificaron al Sivigila 24 casos de enfermedad de Chagas, cinco correspondientes a casos agudos y 19 a casos crónicos, cinco corresponden a la semana 36 y 19 casos a semanas anteriores.

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 el acumulado es de 685 casos, de los cuales 91,4 % (626/685) corresponden a casos crónicos (223 confirmados y 303 probables) y 8,6% (59/685) casos agudos (seis confirmados y 59 probables).

Los casos crónicos fueron notificados por 27 entidades territoriales. Boyacá notificó el mayor número de casos 16,93 %, seguido de Bogotá con un 15,18 %, Casanare y Guajira con un 13,90% cada uno y Santander 11,50 % (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Entidad Territorial	Casos Probables	Frecuencia relativa	Casos Confirmados	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
Boyaca	92	30,36	14	4,33	106	16,93
Bogota	58	19,14	37	11,46	95	15,18
Casanare	7	2,31	80	24,77	87	13,90
Guajira	2	0,66	85	26,32	87	13,90
Santander	45	14,85	27	8,36	72	11,50
Cesar	29	9,57	17	5,26	46	7,35
Norte Santander	4	1,32	29	8,98	33	5,27
Tolima	20	6,60	4	1,24	24	3,83
Arauca	5	1,65	15	4,64	20	3,19
Cundinamarca	11	3,63	3	0,93	14	2,24
Huila	3	0,99	4	1,24	7	1,12
Guaviare	6	1,98	0	0,00	6	0,96
Meta	5	1,65	0	0,00	5	0,80
Gualin	1	0,33	3	0,93	4	0,64
Bolivar	0	0,00	3	0,93	3	0,48
Valle	3	0,99	0	0,00	3	0,48
Antioquia	2	0,00	0	1,10	2	0,32
Quindio	2	0,66	0	0,00	2	0,32
Caqueta	2	0,66	0	0,00	2	0,32
Barranquilla	1	0,33	0	0,00	1	0,16
Caldas	1	0,33	0	0,00	1	0,16
Cauca	0	0,00	1	0,31	1	0,16
Nariño	1	0,33	0	0,00	1	0,16
Risaralda	1	0,33	0	0,00	1	0,16
Sta Marta D.E.	1	0,33	0	0,00	1	0,16
Sucre	0	0,00	1	0,31	1	0,16
Putumayo	1	0,33	0	0,00	1	0,16
Total casos	303	100,00%	323	100,00%	626	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos agudos a nivel nacional el 10,17 % (6/59) han sido confirmados por laboratorio (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
Bogota	10	0	10	0,00
Boyaca	6	1	7	1,69
Santander	6	0	6	0,00
Tolima	5	0	5	0,00
Casanare	3	1	4	1,69
Antioquia	3	0	3	0,00
Arauca	3	0	3	0,00
Cordoba	2	1	3	1,69
Cesar	1	1	2	1,69
Cundinamarca	2	0	2	0,00
Atlantico	1	0	1	0,00
Barranquilla	1	0	1	0,00
Bolivar	1	0	1	0,00
Caqueta	1	0	1	0,00
Cauca	1	0	1	0,00
Guajira	1	0	1	0,00
Huila	1	0	1	0,00
Magdalena	1	0	1	0,00
Nariño	1	0	1	0,00
Norte Santander	0	1	1	1,69
Sucre	1	0	1	0,00
Valle	1	0	1	0,00
Exterior	1	1	2	1,69
Total	53	6	59	10,17

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 106.592 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 36 se han notificado 334.429 casos, de los cuales 332.306 fueron confirmados por clínica, 1.198 confirmados por laboratorio y 925 sospechosos (ver tabla 1).

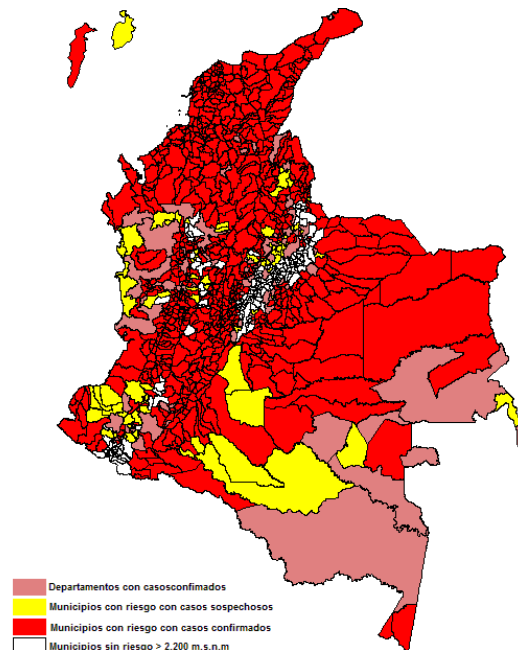
Tabla 1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 12 septiembre de 2015

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 36-2015	3.796	0	61	3.857
Acumulado 2015	332.306	1.198	925	334.429
Acumulado 2014	104.389	1.410	793	106.592

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, Chocó, 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 1).

Mapa 1. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, a 12 de septiembre de 2015



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

**Casos notificados por regiones de Colombia** En la región de la Amazonia se han reportado 86 casos confirmados por laboratorio procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Vaupés y Putumayo (ver tabla 2).

Tabla 2. 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 Amazonia	Amazonas	10	4	4	18
	Caqueta	6.404	28	80	6.512
	Guainia	57	18	1	76
	Guaviare	1.644	28	0	1.672
	Vaupés	2	2	1	5
	Putumayo	470	6	0	476
Total		8.587	86	86	8.759

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 y Tolima (ver tabla 3).

Tabla 3. 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	13.889	34	133	14.056
	Bogotá*	0	1	217	218
	Caldas	2.814	21	26	2.861
	Cundinamarca	16.289	193	41	16.523
	Huila	27.893	149	0	28.042
	Quindío	4.975	0	0	4.975
	Risaralda	3.138	24	0	3.162
	Tolima	38.738	198	10	38.946
Total		107.736	620	427	108.783

\*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 4).

Tabla 4. 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	Boyaca	655	55	34	744
	Nte Santander	6.018	46	15	6.079
	Santander	9.863	14	89	9.966
Total		16.536	115	138	16.789

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

La región Orinoquía ha notificado 156 casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Arauca, Casanare, Meta y Vichada (ver tabla 5).



Tabla 5. 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	5.413	10	0	5.423
	Casanare	15.437	53	0	15.490
	Meta	18.928	69	104	19.101
	Vichada	233	24	0	257
Total		40.011	156	104	40.271

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 6).

Tabla 6. 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	3.625	30	60	3.715
	Chocó	890	19	68	977
	Nariño	1.258	36	39	1.333
	Valle	113.534	93	0	113.627
Total		119.307	178	167	119.652

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

En la región Caribe se han 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 7).

Tabla 7. 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	1.726	0	0	1.726
	Barranquilla	5.178	0	0	5.178
	Bolívar	524	1	0	525
	Cartagena	444	0	0	444
	Cesar	3.646	13	0	3.659
	Córdoba	12.495	6	0	12.501
	Guajira	4.469	10	0	4.479
	Magdalena	2.338	2	0	2.340
	San Andrés	976	1	3	980
	Santa Marta D.E.	1.591	5	0	1.596
	Sucre	6.742	5	0	6.747
Total		40.129	43	3	40.175

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

**Muertes** Según las unidades de análisis realizadas en el Instituto Nacional de Salud con registro acumulado 2014-2015 (corte a semana epidemiológica 36), se han confirmado 58 muertes por chikunguña en el país, de la cuales siete tienen coinfección con dengue. La letalidad corresponde a 0.013 % (58/439.303) (número de muertes/ casos confirmados).

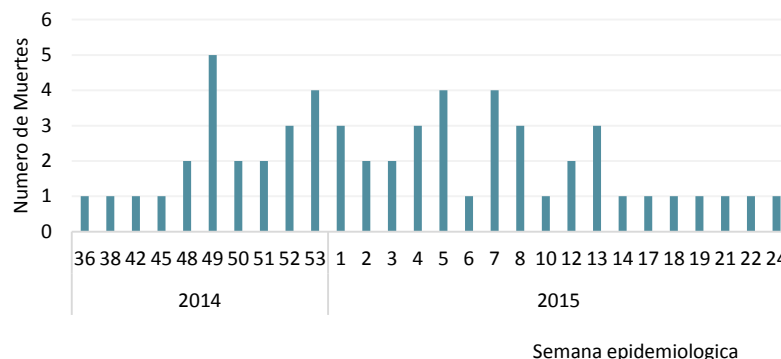
La distribución de las muertes por departamento de procedencia y notificación se presentan a continuación (ver tabla 8 y figura 1).

Tabla 8. Distribución de casos de muertes por chikunguña, Colombia acumulado 2014-2015

Año	Semana Epidemiológica	Dep Procedencia	Mun Procedencia	Mun Notificación	Dep Notificación	Edad
2014	36	Bolívar	Magangue	Sincedejo	Sucre	11 MESES
2014	38	Cartagena	Cartagena	Cartagena	Cartagena	64 AÑOS
2014	42	Nte Santander	Cucuta	Nte Santander	Nte Santander	23 AÑOS
2014	45	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	33 AÑOS
2014	48	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	66 AÑOS
2014	48	Nte Santander	Villa Del Rosario	Cucuta	Nte Santander	1 MESES
2014	49	Atlántico	Soledad	Barranquilla	Barranquilla	73 AÑOS
2014	49	Nte Santander	Cucuta	Nte Santander	Nte Santander	30 AÑOS
2014	49	Venezuela	Ureña	Cucuta	Nte Santander	62 AÑOS
2014	49	Atlántico	Baranoa	Barranquilla	Barranquilla	64 AÑOS
2014	49	Nte Santander	Los Patios	Cucuta	Nte Santander	21 DIAS
2014	50	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	75 AÑOS
2014	50	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	72 AÑOS
2014	51	Nte Santander	Los Patios	Cucuta	Nte Santander	58 AÑOS
2014	51	Sucre	Corozal	Corozal	Sucre	2 MESES
2014	52	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	79 AÑOS
2014	52	Huila	Campoalegre	Neiva	Huila	17 DIAS
2014	52	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	69 AÑOS
2014	52	Tolima	Chaparral	Ibague	Tolima	2 AÑOS
2014	53	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	64 AÑOS
2014	53	Guajira	San Juan Del Cesar	San Juan Del Cesar	Guajira	6 MESES
2014	53	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	54 AÑOS
2014	53	Nte Santander	Villa Del Rosario	Cucuta	Nte Santander	30 AÑOS
2015	1	Huila	Neiva	Neiva	Huila	74 AÑOS
2015	1	Tolima	Armero (Guayabal)	Armero (Guayabal)	Tolima	69 AÑOS
2015	1	Sucre	Sincedejo	Sincedejo	Sucre	66 AÑOS
2015	2	Tolima	Armero (Guayabal)	Ibague	Tolima	48 AÑOS
2015	2	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	77 AÑOS
2015	3	Tolima	Chaparral	Neiva	Huila	45 AÑOS
2015	3	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	70 AÑOS
2015	4	Cundinamarca	Viota	Girardot	Cundinamarca	64 AÑOS
2015	4	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	75 AÑOS
2015	4	Tolima	Melgar	Girardot	Cundinamarca	3 AÑOS
2015	5	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	77 AÑOS
2015	5	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	53 AÑOS
2015	5	Huila	Aipe	Neiva	Huila	67 AÑOS
2015	5	Cundinamarca	Viani	Bogota	Cundinamarca	41 AÑOS
2015	6	Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	73 AÑOS
2015	7	Caqueta	Florencia	Florencia	Caqueta	73 AÑOS
2015	7	Exterior	Venezuela	Cucuta	Nte Santander	67 AÑOS
2015	7	Tolima	Chaparral	Espinal	Tolima	75 AÑOS
2015	7	Huila	Garzon	Neiva	Huila	89 AÑOS
2015	8	Tolima	Carmen De Apicala	Girardot	Cundinamarca	5 MESES
2015	8	Tolima	Guamo	Espinal	Tolima	88 AÑOS
2015	8	Amazonas	Leticia	Leticia	Amazonas	26 AÑOS
2015	10	Tolima	Ibague	Ibague	Tolima	43 AÑOS
2015	12	Tolima	Purificación	Libano	Tolima	90 AÑOS
2015	12	Tolima	Espinal	Espinal	Tolima	66 AÑOS
2015	13	Cauca	Sder De Quilichao	Cali	Valle	55 AÑOS
2015	13	Cundinamarca	Guaduas	Bogota	Bogota	64 AÑOS
2015	13	Tolima	Ibague	Ibague	Tolima	55 AÑOS
2015	14	Quindío	La Tebaida	Armenia	Quindío	56 AÑOS
2015	17	Valle	Cali	Cali	Valle	21 AÑOS
2015	18	Meta	Villavicencio	Villavicencio	Meta	65 AÑOS
2015	19	Meta	Villavicencio	Villavicencio	Meta	49 AÑOS
2015	21	Nte Santander	Cucuta	Cucuta	Nte Santander	2 AÑOS
2015	22	Risaralda	Pereira	Pereira	Risaralda	5 AÑOS
2015	24	Arauca	Arauca	Arauca	Arauca	34 AÑOS

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

Figura 1. Distribución de casos de muertes por chikungunya, Colombia acumulado 2014-2015



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

### 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 enviará el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

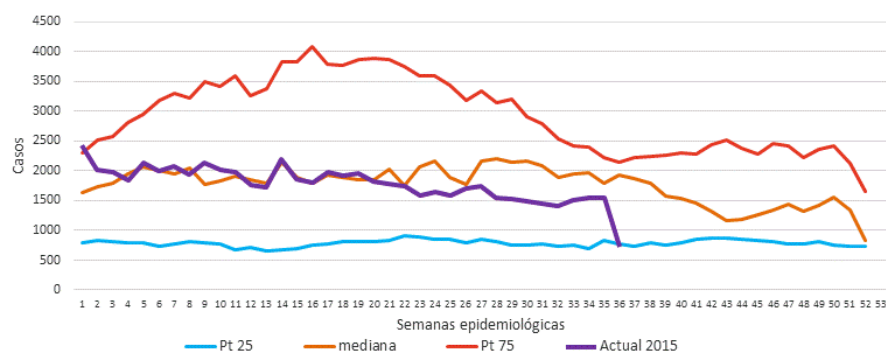
Información por departamento y municipio.

<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 2,8 % (1/36) de las semanas epidemiológicas, 61,1 % (22/36) en zona de éxito y seguridad; y 36,1% (13/36) 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 1).

Gráfica 1. Canal endémico de dengue, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificaron 64.102 casos totales de dengue, de los cuales 63.262 (98,7 %) corresponden a dengue y 840 (1,3 %) a dengue grave. Respecto al mismo periodo del año 2014, se había notificado 72.607 casos de dengue, lo que representa una reducción de 8505 casos, es decir, 11,7 % de variación. Se notificaron 1780 casos semanales en promedio.

El 31,5% (19934/63262) de los casos de dengue y el 48,7 % (409/840) de los casos de dengue grave se concentró en los menores de 14 años. Por aseguramiento, se observó un ligero predominio del régimen contributivo (52,8 %) en los casos de dengue, mientras en los casos de dengue grave fue mayor en pacientes del régimen subsidiado con un 49,0 %. El 53,9 % (436/840) de los casos de dengue grave, se presentaron en hombres. En general, se han notificado 651 casos (1,0%) en población indígena y 1506 casos (2,3 %) en afrocolombianos (ver tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	30887	49,5%	404	46,1%	31291	48,8%
	Masculino	32375	50,5%	436	53,9%	32811	51,2%
Tipo de régimen	Contributivo	32793	52,8%	342	41,9%	33135	51,7%
	Especial	1935	3,0%	24	3,0%	1959	3,1%
	No afiliado	2006	3,2%	39	4,4%	2045	3,2%
	excepción	1508	2,4%	11	1,8%	1519	2,4%
	Subsidiado	25020	38,7%	424	49,0%	25444	39,7%
Pertene ncia étnica	Indígena	636	1,0%	15	1,6%	651	1,0%
	ROM, Gitano	280	0,5%	8	0,5%	288	0,4%
	Raizal	70	0,1%	1	0,2%	71	0,1%
	Palenquero	12	0,0%	0	0,0%	12	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	1480	2,4%	26	3,0%	1506	2,3%
Grupos de edad	Otro	60784	96,0%	790	94,7%	61574	96,1%
	Menor de 1 año	1932	3,0%	55	7,0%	1987	3,1%
	1 a 4 años	4131	6,1%	69	6,8%	4200	6,6%
	5 a 9 años	6444	9,1%	153	14,7%	6597	10,3%
	10 a 14 años	7427	11,1%	132	14,7%	7559	11,8%
	15 a 19 años	6691	10,6%	91	11,0%	6782	10,6%
	20 a 24 años	6038	9,8%	67	8,9%	6105	9,5%
	25 a 29 años	5519	9,1%	29	3,9%	5548	8,7%
	30 a 34 años	4851	8,0%	28	3,3%	4879	7,6%
	35 a 39 años	3758	6,2%	24	2,8%	3782	5,9%
	40 a 44 años	3121	5,2%	25	3,2%	3146	4,9%
	45 a 49 años	2802	4,7%	22	3,3%	2824	4,4%
	50 a 54 años	2716	4,5%	31	5,1%	2747	4,3%
	55 a 59 años	2044	3,4%	22	3,0%	2066	3,2%
	60 a 64 años	1552	2,5%	13	1,6%	1565	2,4%
	65 y más años	4236	6,8%	79	10,7%	4315	6,7%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80,3 % de los casos de dengue proceden de 11 entidades territoriales: Valle del Cauca con 24,3 %, Santander con 10,2 %, Tolima con 9,4 %, Meta con 8,0 %, Antioquia con 5,8 %, Quindío con 4,8 %, Huila con 4,6 %, Cundinamarca con 3,7 %, Norte de Santander con 3,7 %, Cesar con 3,4 % y Casanare con 2,5 %. Para dengue grave el 81 % de los casos se concentró en 13 entidades territoriales: Tolima con el 21,5 %, Valle con 11,9 %, Huila con 10,6 %, Cesar con 4,8 %, Santander con 4,2 %, Meta con 4,2 %, Cundinamarca con 3,9 %, Sucre con 3,9 %, Antioquia con 3,8 %, Norte de Santander con 3,6 %, Barranquilla con 3,53%, Atlántico con 3,1 %, y Quindío con 2,7 %.

El 50 % de los casos de dengue procede de 19 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Ibagué, Bucaramanga, Medellín, Villavicencio, Armenia, Cúcuta, Neiva, Floridablanca y Valledupar, que a su vez han notificado más de 880 casos durante las 36 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, 35 municipios aportan el 50% de los casos, con mayor frecuencia en Ibagué, Cali, Purificación y Neiva con más de 25 casos acumulados en el año.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 36 de 2015 es de 240 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. La incidencia nacional fue superada por 17 entidades territoriales, siendo Meta, Quindío, Casanare, Tolima, Boyacá, Putumayo, Vichada y Cundinamarca, que presentaron proporciones de incidencia superiores a 470 casos por 100.000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue en municipio hiperendémicos se observó que Acacias, Melgar, Yopal, Calarcá, Ibagué, Espinal, Armenia, Cali, Garzón, Aguazul y San Gil, presentaron incidencias superiores a 450 casos por 100.000 habitantes. Para dengue grave los municipios de Ibagué, Espinal, Neiva y Aguazul presentaron incidencias superiores a 10 casos por 100.000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 60,5 % (13666/22584). La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 90,5 % (760/840), Arauca, Guaviare, Magdalena, La Guajira y Casanare, presentaron hospitalizaciones inferiores al 72 %. Solo 10 entidades territoriales reportaron un 100 % de hospitalización (San Andrés, Putumayo, Cartagena, Nariño, Caldas, Cauca, Amazonas, Bolívar, Boyacá y Atlántico).

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se han confirmado 50 muertes por dengue, procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Córdoba, Caldas, Cartagena, Huila, La Guajira, Santa Marta, Cauca, Magdalena, Quindío y Sucre, con una muerte cada uno; Bolívar, Meta y Caquetá con dos muertes cada uno; Cesar y Santander con tres muertes confirmadas, Norte de Santander con cuatro muertes, Valle del Cauca con cinco muertes, Cundinamarca

con seis muertes y Tolima con 14 muertes. Se han confirmado siete casos de co-infección dengue – chikungunya.

### • Fiebre amarilla

En la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificó un caso probable de fiebre amarilla.

En el transcurso del año se han notificado 17 casos probables de fiebre amarilla, los cuales han sido descartados por resultados de laboratorio negativo. (Ver tabla1).

Tabla 1. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

Departamento procedencia	Casos confirmados	Casos Descartados	Total de casos	Frecuencia relativa
Meta	0	3	3	17,64
Antioquia	0	2	2	11,76
Guaviare	0	2	2	11,76
Arauca	0	1	1	5,88
Bogota	0	1	1	5,88
Caqueta	0	1	1	5,88
Guainia	0	1	1	5,88
Huila	0	1	1	5,88
Magdalena	0	1	1	5,88
Nariño	0	1	1	5,88
Risaralda	0	1	1	5,88
Vichada	0	1	1	5,88
Exterior*	0	1	1	5,88
Total casos	0	17	17	100,00%

Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud. Colombia

\*El caso fue notificado por el departamento de Antioquia.

### • Leishmaniasis

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se ha notificado al Sivigila 5194 casos confirmados de leishmaniasis distribuidos así: 5113 casos (98,4 %) de leishmaniasis cutánea, 67 casos (1,3%) de leishmaniasis mucosa y 14 casos (0,3 %) de leishmaniasis visceral.

Los casos proceden de 33 entidades territoriales, con una mayor carga en los departamentos de Antioquia, Meta, Tolima, Santander, Nariño, Chocó, Norte de Santander y Guaviare, que a su vez concentraron el 71 % de la notificación (ver tabla 1).



Tabla 1. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	1105	13	0	1118	21,5%	21,5%
Meta	705	10	0	715	13,8%	35,3%
Tolima	453	0	0	453	8,7%	44,0%
Santander	346	2	0	348	6,7%	50,7%
Nariño	284	1	0	285	5,5%	56,2%
Choco	266	3	0	269	5,2%	61,4%
Norte Santander	261	0	0	261	5,0%	66,4%
Guaviare	231	12	0	243	4,7%	71,1%
Bolívar	203	4	10	217	4,2%	75,3%
Caquetá	165	3	0	168	3,2%	78,5%
Córdoba	162	2	2	166	3,2%	81,7%
Putumayo	155	4	0	159	3,1%	84,8%
Risaralda	151	0	0	151	2,9%	87,7%
Cundinamarca	115	4	0	119	2,3%	89,9%
Vichada	79	0	0	79	1,5%	91,5%
Cauca	65	0	0	65	1,3%	92,7%
Valle	57	1	0	58	1,1%	93,8%
Caldas	58	0	0	58	1,1%	95,0%
Boyacá	47	0	0	47	0,9%	95,9%
Sucre	35	0	2	37	0,7%	96,6%
Guainía	34	0	0	34	0,7%	97,2%
Vaupés	28	1	0	29	0,6%	97,8%
Amazonas	24	1	0	25	0,5%	98,3%
Desconocido	13	2	0	15	0,3%	98,6%
Cesar	13	1	0	14	0,3%	98,8%
Arauca	13	1	0	14	0,3%	99,1%
Huila	13	1	0	14	0,3%	99,4%
Exterior	10	0	0	10	0,2%	99,6%
Guajira	7	0	0	7	0,1%	99,7%
Santa Marta D.E.	4	1	0	5	0,1%	99,8%
Casanare	5	0	0	5	0,1%	99,9%
Cartagena	3	0	0	3	0,1%	99,9%
Magdalena	3	0	0	3	0,1%	100,0%
Total Colombia	5113	67	14	5194	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 24,6 % de los casos se concentró en los municipios de: Tumaco (Nariño) con 167 casos (3,2 %), Pueblo Rico (Risaralda) con 138 casos (2,7 %), San José del Guaviare con 133 casos (2,6 %), Rio Blanco (Tolima) con 132 casos (2,5 %), Rovira (Tolima) con 120 casos (2,3 %), Dabeiba (Antioquía) con 119 casos (2,3 %), Arboledas (Norte de Santander) con 106 casos (2,0 %), Tierra Alta (Córdoba) con 102 casos (2,0 %), Vista Hermosa (Meta) con 96 casos (1,8 %), Tarazá (Antioquía) con 86 casos (1,7 %) y Valdivia (Antioquía) con 78 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 (92,9 %), que en su totalidad refieren aseguramiento al régimen subsidiado (ver tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015

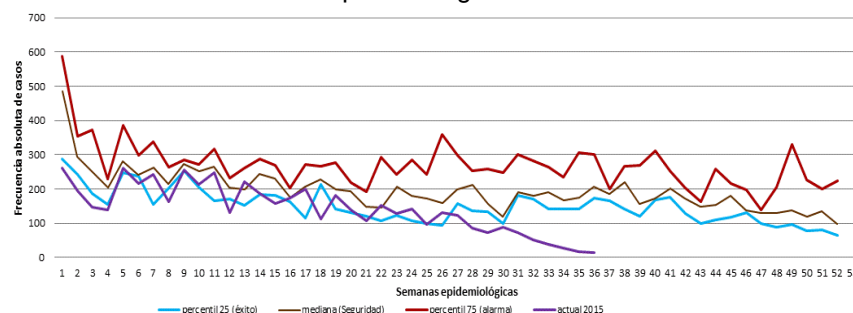
Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Sexo	Casos	5113	67	14
	Femenino	20,5%	10,4%	57,1%
	Masculino	79,5%	89,6%	42,9%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,4%	0,0%	28,6%
	1 a 4 años	4,2%	0,0%	64,3%
	5 a 9 años	5,7%	3,0%	0,0%
	10 a 14 años	6,6%	1,5%	7,1%
	15 a 19 años	11,7%	10,4%	0,0%
	20 a 24 años	26,9%	25,4%	0,0%
	25 a 29 años	16,1%	14,9%	0,0%
	30 a 34 años	8,5%	7,5%	0,0%
	35 a 39 años	4,8%	11,9%	0,0%
	40 a 44 años	3,4%	10,4%	0,0%
	45 a 49 años	2,6%	4,5%	0,0%
	50 a 54 años	2,4%	3,0%	0,0%
	55 a 59 años	2,5%	1,5%	0,0%
Pertenencia étnica	60 a 64 años	1,5%	3,0%	0,0%
	65 y más años	2,6%	3,0%	0,0%
	Indígena	4,4%	0,0%	7,1%
	ROM	0,3%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,1%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,1%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	5,0%	9,0%	0,0%
Área de procedencia	Otros	90,1%	91,0%	92,9%
	Cabecera municipal	12,6%	11,9%	14,3%
	Centro poblado	18,5%	41,8%	42,9%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Rural disperso	68,8%	46,3%	42,9%
	Contributivo	5,1%	17,9%	0,0%
	Especial	0,5%	1,5%	0,0%
	No afiliado	4,8%	6,0%	0,0%
	Excepción	42,3%	50,7%	0,0%
	Subsidiado	47,4%	23,9%	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 las 36 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico nacional de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015

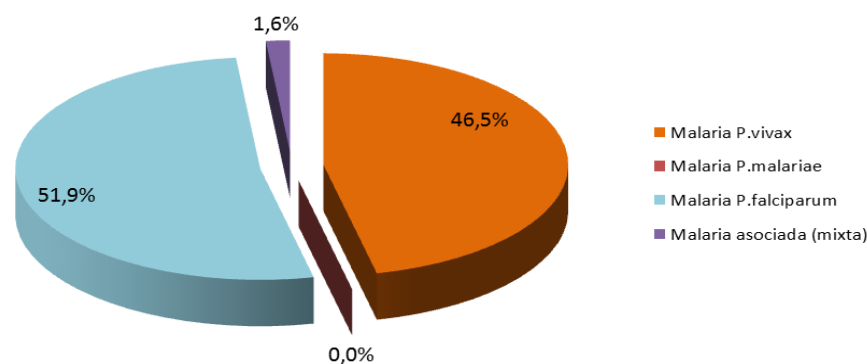


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salu

### • Malaria

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificaron al Sivigila 30.876 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 14.357 casos (46,4 %) por *P. vivax*, 16.030 casos (51,9 %) por *P. falciparum* y 489 casos (1,6 %) por malaria asociada. Se notificaron 577 casos de malaria complicada y nueve casos de muertes en estudio por malaria (ver gráfica 1).

Gráfica1. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 31 entidades territoriales y 304 municipios. El 75,8 % de los casos se concentró en tres departamentos, Chocó con un 48,0 % de los casos, seguido de Antioquía con 14,1 % y Nariño con 13,8 % (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	255	9644	0	4911	14810	48,0%	48,0%
Nariño	5	4236	0	115	4356	14,1%	62,1%
Antioquia	28	904	0	3314	4246	13,8%	75,8%
Amazonas	31	157	0	2093	2281	7,4%	83,2%
Valle	6	240	0	1020	1266	4,1%	87,3%
Córdoba	7	109	0	809	925	3,0%	90,3%
Guainía	15	49	0	516	580	1,9%	92,2%
Risaralda	11	156	0	406	573	1,9%	94,0%
Bolívar	66	100	0	374	540	1,7%	95,8%
Exterior	13	77	0	302	392	1,3%	97,1%
Vichada	42	93	0	211	346	1,1%	98,2%
Cauca	0	178	0	25	203	0,7%	98,8%
Guaviare	4	49	0	135	188	0,6%	99,4%
Meta	0	8	0	18	26	0,1%	99,5%
Putumayo	2	4	0	12	18	0,1%	99,6%
Sucre	1	1	0	16	18	0,1%	99,7%
Desconocido	1	2	0	13	16	0,1%	99,7%
Caquetá	0	12	0	3	15	0,0%	99,8%
Nte Santander	0	0	0	15	15	0,0%	99,8%
Vaupés	0	1	0	12	13	0,0%	99,8%
Caldas	0	2	0	6	8	0,0%	99,9%
Quindío	0	2	0	4	6	0,0%	99,9%
Santander	0	1	0	5	6	0,0%	99,9%
Guajira	1	0	0	4	5	0,0%	99,9%
Cundinamarca	0	2	0	2	4	0,0%	99,9%
Arauca	0	0	0	4	4	0,0%	99,9%
Atlántico	1	0	0	2	3	0,0%	100,0%
Sta Marta D.E.	0	2	0	1	3	0,0%	100,0%
Cesar	0	1	0	2	3	0,0%	100,0%
Magdalena	0	0	0	3	3	0,0%	100,0%
Casanare	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 Colombia	489	16030	0	14357	30876		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 46,9 % de los casos se presentó en 13 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó (Chocó), Tadó (Chocó), Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño), El Charco (Nariño) y Leticia (Amazonas). Los anteriores con una notificación superior a los 950 casos en lo corrido del año (ver tabla 2).

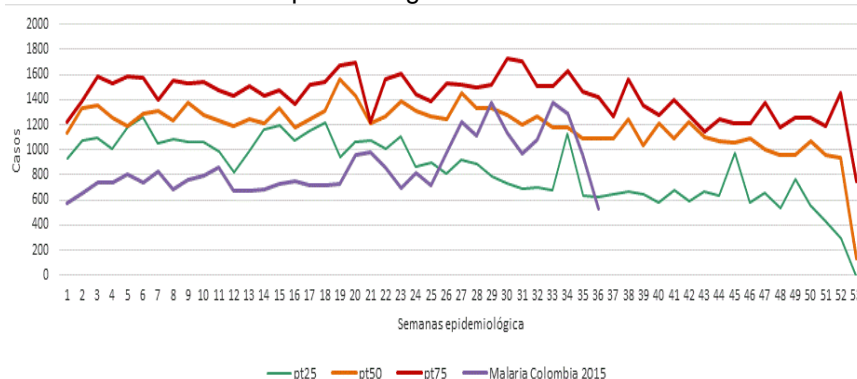
Tabla 2. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	79	2506	0	1167	3752	12,2%	12,2%
Tadó	3	1100	0	619	1722	5,6%	17,7%
Buenaventura	2	201	0	901	1104	3,6%	21,3%
Tumaco	4	1044	0	55	1103	3,6%	24,9%
El Charco	0	964	0	4	968	3,1%	28,0%
Leticia	2	44	0	910	956	3,1%	31,1%
Puerto Nariño	4	48	0	832	884	2,9%	34,0%
Novita	16	620	0	200	836	2,7%	36,7%
Lloro	20	474	0	336	830	2,7%	39,4%
Bagadó	8	263	0	531	802	2,6%	42,0%
El Bagre	5	261	0	534	800	2,6%	44,6%
Bajo Baudó	12	568	0	156	736	2,4%	46,9%
Otros Municipios	334	7938	0	8114	16383	53,1%	100,0%
Total Colombia	489	16030	0	14357	30876	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria se ha ubicado en la zona de éxito y seguridad durante 33 semanas epidemiológicas (91,7%) y en zona de alarma en tres semanas epidemiológicas (8,3 %) (Ver grafica 2).

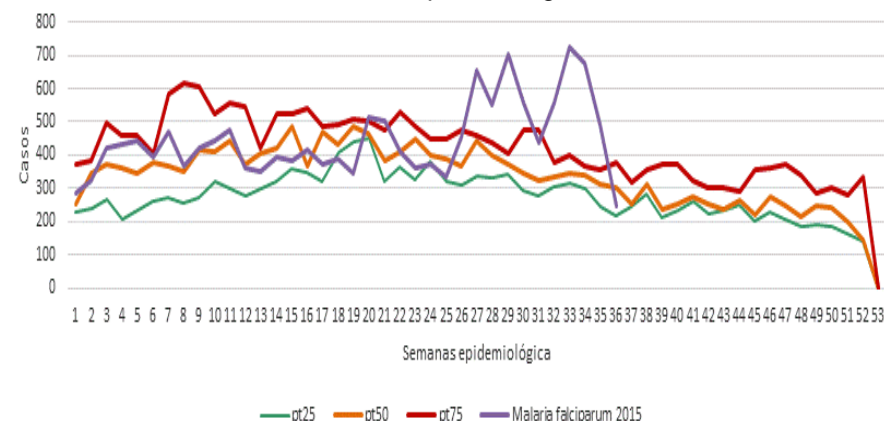
Gráfica 2. Canal endémico nacional de malaria, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria por *P. falciparum* se ha ubicado en zona de alarma durante el 36,1 % (13/36) de las semanas epidemiológicas del año, en zona de brote en el 27,8 % de las semanas (10/36) y zona de éxito y seguridad en el 36,1 % (13/6) (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Canal endémico nacional de malaria por *P. falciparum*, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la distribución social y demográfica, se notificaron 18.013 casos (58,3 %) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,4 % de la notificación y una concentración del 49,5 % de los casos en los grupos de 5 a 24 años. Por pertenencia étnica el 53,3 % de los casos se presentó en población afrocolombiana, 22,9 % en indígenas y 23,5 % en otros. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 71,2 %, y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (19,7 %) (ver tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Variable Social y demográfica		Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria Vivax	Total
Casos		489	16030	14357	30876
Sexo	Femenino	39,1%	43,1%	40,1%	41,7%
	Masculino	60,9%	56,9%	59,9%	58,3%
Grupos de edad	Menor de 1 año	0,8%	0,6%	1,5%	1,0%
	1 a 4 años	11,9%	6,5%	10,4%	8,4%
	5 a 9 años	11,0%	12,3%	11,6%	12,0%
	10 a 14 años	11,2%	14,6%	12,2%	13,4%
	15 a 19 años	13,9%	12,7%	13,1%	12,9%
	20 a 24 años	14,9%	11,1%	11,1%	11,2%
	25 a 29 años	8,0%	9,7%	8,4%	9,1%
	30 a 34 años	7,2%	7,3%	7,7%	7,5%
	35 a 39 años	5,3%	6,0%	6,2%	6,1%
	40 a 44 años	4,3%	4,7%	4,7%	4,7%
	45 a 49 años	2,9%	4,0%	3,8%	3,9%
	50 a 54 años	3,3%	3,5%	3,3%	3,4%
	55 a 59 años	3,1%	2,6%	2,4%	2,5%
	60 a 64 años	1,0%	1,7%	1,4%	1,6%
	65 y más años	1,2%	2,6%	2,2%	2,4%
Pertenencia étnica	Indígena	30,9%	11,2%	35,7%	22,9%
	ROM	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%
	Raizal	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	33,5%	77,8%	26,5%	53,3%
Área de procedencia	Otros	35,4%	10,7%	37,4%	23,5%
	Cabecera municipal	27,8%	38,3%	22,3%	30,7%
	Centro Poblado	43,6%	30,7%	20,3%	26,1%
	Rural disperso	28,6%	31,0%	57,4%	43,2%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	4,9%	4,9%	5,0%	4,9%
	Especial	0,4%	0,6%	0,9%	0,7%
	Sin afiliación	21,5%	19,9%	19,4%	19,7%
	Excepción	4,3%	3,1%	3,8%	3,4%
Subsidiado		68,9%	71,6%	70,9%	71,2%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron 577 casos de malaria complicada con mayor distribución en los departamentos de Chocó (39,0 %), Valle del Cauca (16,1 %), Antioquía (12,5 %) y Nariño (8,7 %), que a su vez concentraron el 76,3 % de la notificación. Los municipios con mayor concentración de casos fueron: Quibdó (Chocó) con 68 casos (13,7 %), Buenaventura (Valle del Cauca) con 51 casos (10,2 %), Leticia con 32 casos (6,4 %) Tumaco con 30 casos (6,0 %), y Tadó (Chocó) con 20 casos (4,0 %) (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

Departamento de procedencia	Número de casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia relativa acumulada de casos
Chocó	225	39,0%	39,0%
Valle	93	16,1%	55,1%
Antioquia	72	12,5%	67,6%
Nariño	50	8,7%	76,3%
Amazonas	37	6,4%	82,7%
Guainía	15	2,6%	85,3%
Risaralda	12	2,1%	87,3%
Bolívar	12	2,1%	89,4%
Exterior	8	1,4%	90,8%
Caquetá	8	1,4%	92,2%
Cauca	8	1,4%	93,6%
Vichada	7	1,2%	94,8%
Córdoba	6	1,0%	95,8%
Desconocido	5	0,9%	96,7%
Meta	4	0,7%	97,4%
Santander	3	0,5%	97,9%
Quindío	3	0,5%	98,4%
Caldas	2	0,3%	98,8%
Cartagena	1	0,2%	99,0%
Atlántico	1	0,2%	99,1%
Guaviare	1	0,2%	99,3%
Putumayo	1	0,2%	99,5%
Sucre	1	0,2%	99,7%
Magdalena	1	0,2%	99,8%
Cundinamarca	1	0,2%	100,0%
Total Colombia	577	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

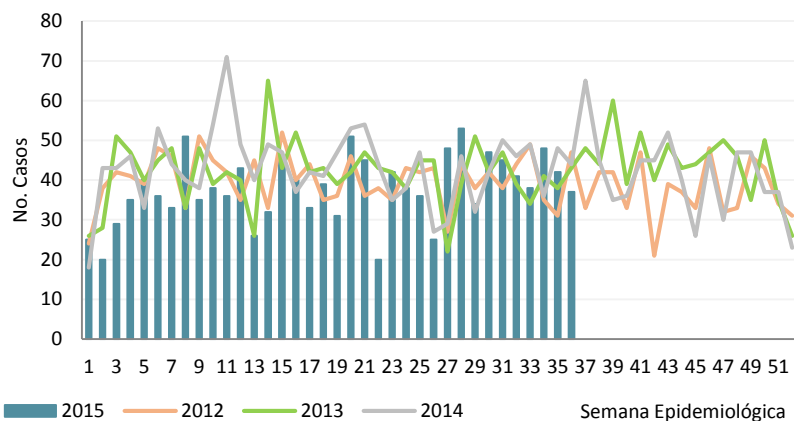
Se tienen nueve muertes de malaria en estudio, procedentes de los departamentos de Chocó con cinco muertes (55,5 %), Nariño con dos muertes (22,2 %), Valle del Cauca con una muerte (11,1%) y una muerte del exterior (11,1%), procedente de Venezuela. El 55,5 % en el sexo femenino. El 33,3 % (tres) de las muertes se presentaron en pacientes de un año y menos y el 22,2 % (dos) en pacientes de 65 y más años. Por pertenencia étnica 33,3 % (tres) de población indígena, 33,3 % 37,5 % (tres) en otros grupos y 33,3 % (tres) en afrocolombianos. Por aseguramiento se tiene el 55,5 % (cinco) en el régimen subsidiado, 22,2 % (dos) sin afiliación y 22,2 % (dos) en el régimen contributivo. Los casos se presentaron en las semanas epidemiológicas: 01, 14, 21,23, 24, 27, 29 y 33 de 2015.

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

### • Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 36 se han notificado 1357 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 151 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 10,13%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 1678 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



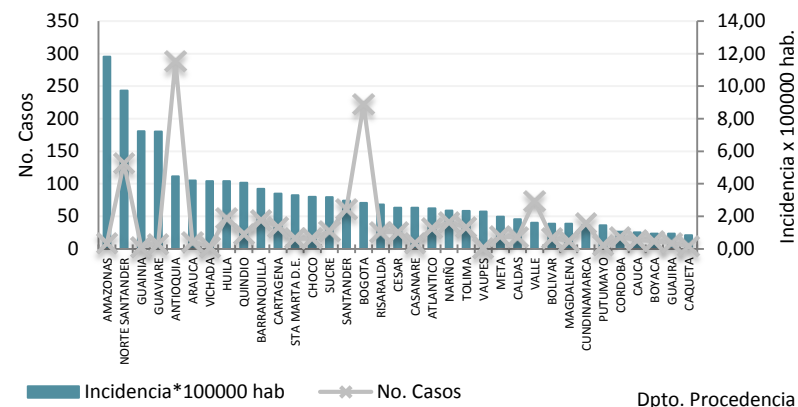
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Antioquia (21,22%), Bogotá (16,36%), Norte de Santander (9,73%), Valle del Cauca (5,45%) y Santander (4,50%), los cuales en conjunto representan el 57,26% de los casos notificados hasta la presente semana.

A semana epidemiológica 36 de 2015, una entidad territorial presentó silencio epidemiológico en relación con la notificación de los eventos en mención (San Andrés).

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 2,81 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales con la mayor incidencia fueron Amazonas (11,80), Norte de Santander (9,74), Guainía (7,23), Guaviare (7,20), Antioquia (4,46) y Arauca (4,19) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana 36 no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B. No se notificaron muertes secundarias a la infección por Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado 25 muertes por hepatitis B y siete 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.

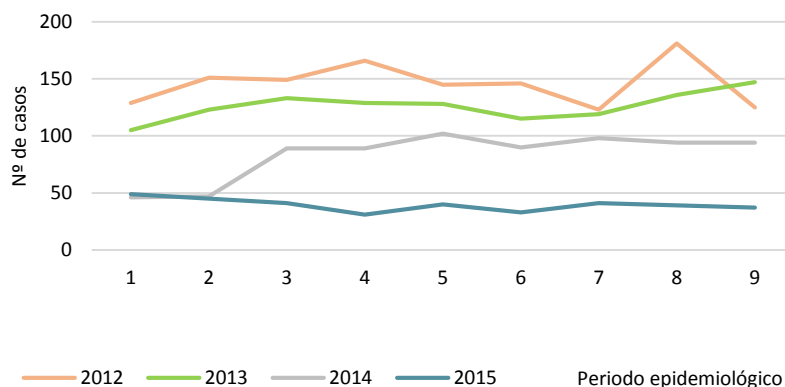
En el análisis de las posibles causas de la disminución en la notificación de los eventos, se sugiere el cumplimiento estricto de las definiciones de casos de Hepatitis B y C, lo cual implica el proceso completo de confirmación por laboratorio y la exclusión de casos sospechosos por criterios clínicos.

## • Sífilis

### Sífilis Congénita

A la semana epidemiológica 36 del 2015 han sido notificados 356 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 749 casos, por lo tanto se observa una disminución del 52,47 % en la notificación. Esta disminución 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 1).

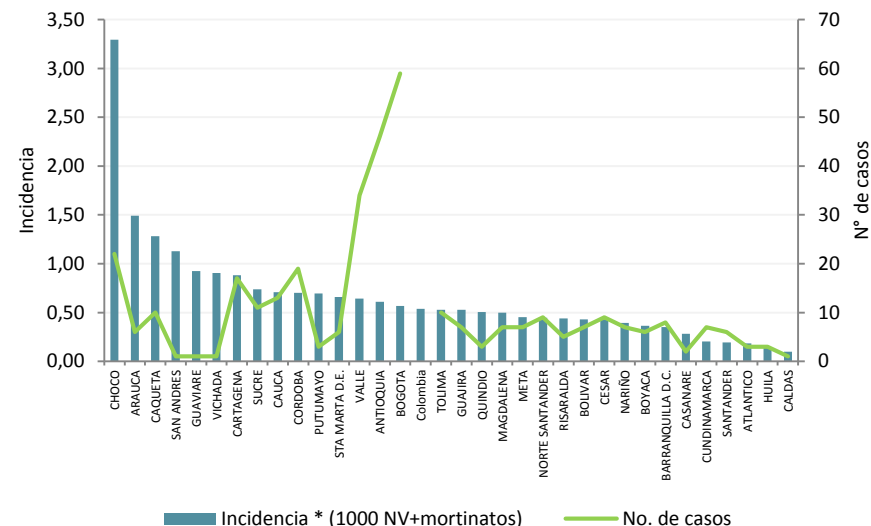
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 36 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Valle, Chocó y Córdoba. Por incidencia se encuentran: Chocó, Arauca, Caquetá, San Andrés y Guaviare (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

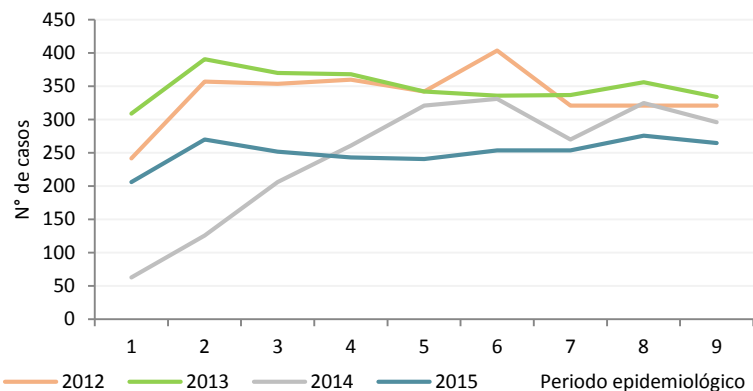
A semana 36 la Incidencia de sífilis congénita para Colombia es de 0,54 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos.

### Sífilis Gestacional

A semana epidemiológica 36 del 2015 han sido notificados 2261 casos de sífilis gestacional que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 2199 casos, se observa un incremento del 2,82 % en la notificación (ver gráfica 1).



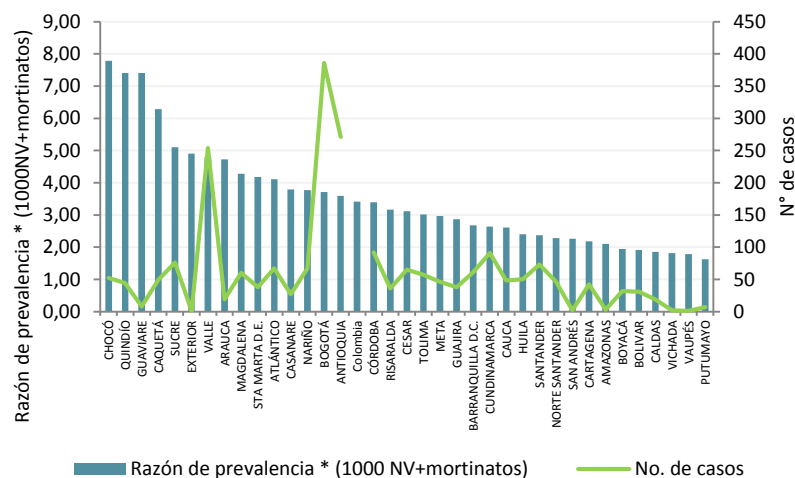
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis gestacional, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis gestacional a semana epidemiológica 36 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Valle, Córdoba y Cundinamarca. Por prevalencia se encuentran: Chocó, Quindío, Guaviare, Caquetá y Sucre (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Razón de prevalencia y número de casos de sífilis gestacional, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



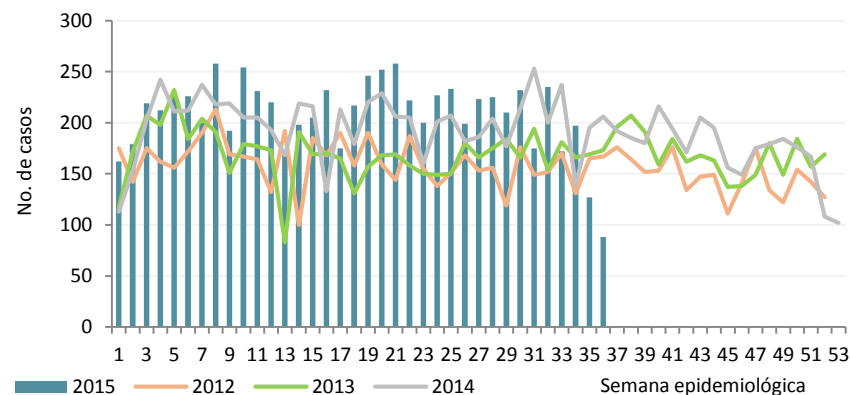
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana 36 la razón de prevalencia de sífilis gestacional para Colombia es de 3,41 casos por 1000 nacidos vivos.

### VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 36 de 2013 se notificaron 6103 casos, para el 2014 se notificaron 7160 casos y para el 2015 a semana 36 se han reportado 7501 casos, lo que muestra un aumento entre el 2014 y 2015 del 4,76 % (341 casos), tendencia que puede variar más por el ingreso de casos de manera tardía (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

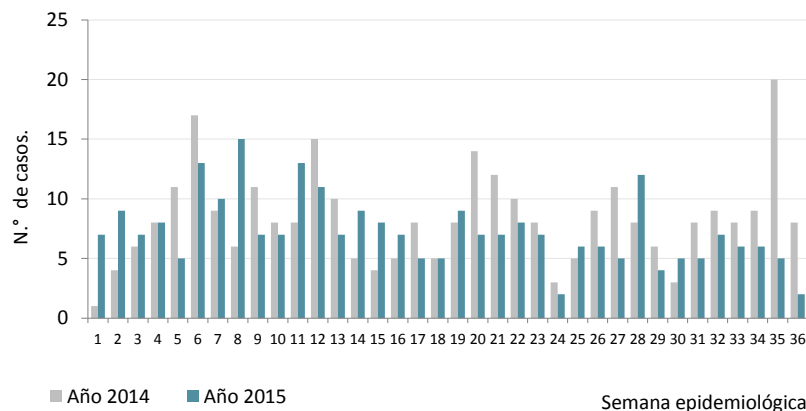
A la semana epidemiológica 36 de los 7501 casos notificados 7019 casos están en estadio VIH y SIDA y 482 aparecen con condición final muerto.

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

### • Lepra

A la semana epidemiológica 36 de 2015 se han notificado al Sivigila 262 casos de lepra, de estos el 74,8 % (196 casos) de los casos fueron confirmados por laboratorio y el 25,2 % (64 casos) confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 90,8 % (238 casos) ingresaron como nuevos, el 6,9 % como recidiva (18 casos) y seis casos como reingreso abandono. Con respecto al año anterior (300 casos hasta SE 36) para esta semana se observa una disminución del 12,6 % en la notificación (ver gráfica 1).

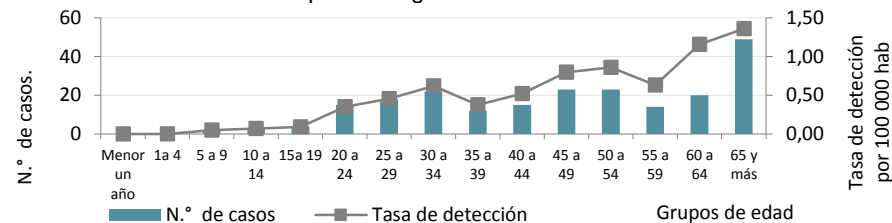
Gráfica 1. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 es de 0,49 casos por 100.000 habitantes. El 64,7 % (154 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 65 y más (1,44 casos por 100.000 habitantes) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 36 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 4,96 casos por 100.000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 1,92 casos por 100.000 habitantes. El departamento de Norte de Santander ha notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 10,3 % (27 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 1).

Tabla 1. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento. Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015.

Entidad territorial	N.º de casos notificados	N.º de casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Arauca	14	14	13	4,96	1	0
Norte Santander	27	27	26	1,92	1	0
Cesar	16	16	16	1,56	0	0
Cartagena	16	16	14	1,40	1	1
Amazonas	0	1	1	1,31	0	0
Santander	26	25	25	1,21	0	0
Huila	14	17	14	1,21	2	1
Guaviare	1	1	1	0,90	0	0
Casanare	2	4	3	0,84	1	0
Santa Marta D.E.	4	5	4	0,83	1	0
Barranquilla	16	11	9	0,74	2	0
Magdalena	11	12	9	0,71	2	1
Tolima	10	10	10	0,71	0	0
Caquetá	3	3	3	0,63	0	0
Valle Del Cauca	26	26	25	0,54	0	1
Meta	4	5	5	0,52	0	0
Cauca	6	6	6	0,44	0	0
Choco	1	2	2	0,40	0	0
Bolívar	8	7	7	0,33	0	0
Risaralda	5	4	3	0,32	1	0
Caldas	4	4	3	0,30	1	0
Putumayo	2	2	1	0,29	1	0
Boyacá	3	3	3	0,24	0	0
Sucre	3	3	2	0,23	0	1
Atlántico	1	6	5	0,20	1	0
Bogotá	25	16	14	0,18	1	1
Quindío	1	1	1	0,18	0	0
Cundinamarca	2	5	4	0,15	1	0
Nariño	2	2	2	0,11	0	0
Guajira	1	1	1	0,10	0	0
Antioquia	7	6	5	0,08	1	0
Córdoba	1	1	1	0,06	0	0
Total	262	262	238	0,49	18	6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos (262), el 36,6 % corresponde a lepra paucibacilar de estos se presentan 11 casos con grado dos de discapacidad y el 63,4 % a lepra multibacilar presentando 19 casos con grado dos de discapacidad. Es muy preocupante que al momento de la notificación 108 casos (41,2 %) presentan algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío (ver tabla 2).

Tabla 2. Número de casos de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

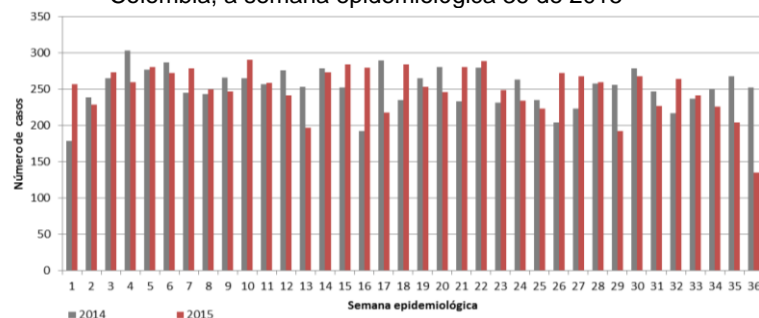
Clasificación lepra	Grado de discapacidad				%
	Grado 0	Grado I	Grado II	Total	
<i>Paucibacilar</i>	61	24	11	96	36,6
<i>Multibacilar</i>	93	54	19	166	63,4
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>78</b>	<b>30</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### • *Tuberculosis todas las formas*

A la semana epidemiológica 36 de 2015 se han notificado al Sivigila 9007 casos de tuberculosis todas las formas, el 81,3 % (7331 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,4% (1663 casos) a formas extrapulmonares, de estos se presentan 302 casos con localización meníngea. Se registran trece casos sin información de datos complementarios. Con respecto al año anterior para esta semana se observa una disminución del 1,0% 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 1).

Gráfica 1. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la distribución por tipo de caso, el 74,2% (6679 casos) ingresaron como confirmado por laboratorio, el 24,2% (2182 casos) por clínica y el 1,6 % (146 casos) por nexo epidemiológico (ver tabla 1).

Tabla 1. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado Por Laboratorio	5732	938	9	6679	74,2
Confirmado Por Clínica	1479	700	3	2182	24,2
Confirmado Por Nexo Epidemiológico	120	25	1	146	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>7331</b>	<b>1663</b>	<b>13</b>	<b>9007</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, a semana epidemiológica 36, el 89,6% (8073 casos) ingresaron como casos nuevos, el 4,2 % (374 casos) como recaída, el 3,4% (307 casos) como pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, el 2,2 % (196 casos) como otros pacientes previamente tratados y 0,5 % (44 casos) como fracaso (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	6501	1572	8073	89,6
Recaída	336	38	374	4,2
Fracaso	38	6	44	0,5
Paciente Con Tratamiento Después De Pérdida Al Seguimiento	283	24	307	3,4
Otros Pacientes Previamente Tratados	173	23	196	2,2
Sin Dato	0	0	13	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>7331</b>	<b>1663</b>	<b>9007</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la pertenencia étnica los grupos de mayor porcentaje de casos son: otros grupos poblacionales con el 86,4%, seguido de afrocolombianos con el 7,4%; y población indígena con el 5,4%. Hasta esta semana epidemiológica se han notificado 588 casos con condición final muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (1663 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 35,6%, meníngea con el 18,2% y la ganglionar con el 16,5% (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	592	35,6
MENINGEA	302	18,2
GANGLIONAR	274	16,5
OTRO	137	8,2
OSTEOARTICULAR	86	5,2
PERITONEAL	60	3,6
SIN DATO	51	3,1
INTESTINAL	38	2,3
GENITOURINARIA	32	1,9
PERICARDICA	32	1,9
RENAL	28	1,7
CUTANEA	31	1,9
	<b>1663</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos nuevos (8073 casos) distribuidos por entidad territorial de residencia; el departamento del Amazonas presenta la mayor incidencia (55,1 casos por 100.000 habitantes), seguido de Chocó (33,4 casos por 100.000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 16,7 casos por 100.000 habitantes (ver tabla 3).

Tabla 3. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 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	40	52,5	2	2,0	42	55,1
Antioquia	1179	18,3	332	321,0	1511	23,4
Arauca	59	22,5	17	17,0	76	29,0
Atlántico	206	16,6	25	26,0	231	18,6
Barranquilla	339	27,8	45	44,0	384	31,5
Bogotá	436	5,5	237	229,0	673	8,5
Bolívar	54	4,9	18	17,0	72	6,6
Boyacá	51	4,0	21	21,0	72	5,6
Caldas	159	16,1	32	31,0	191	19,3
Caquetá	69	14,4	22	20,0	91	19,1
Cartagena	128	12,8	29	29,0	157	15,7
Casanare	53	14,9	16	16,0	69	19,4
Cauca	115	8,3	43	43,0	158	11,5
Cesar	156	15,2	27	27,0	183	17,8
Chocó	145	29,0	22	22,0	167	33,4
Córdoba	122	7,1	29	29,0	151	8,8
Cundinamarca	185	6,9	58	53,0	243	9,1
Guajira	137	14,3	18	1,9	155	16,2
Guaviare	18	16,2	3	2,7	21	18,9
Guainia	5	12,1	1	2,4	6	14,5
Huila	177	15,3	34	2,9	211	18,3
Magdalena	75	9,5	2	0,3	77	9,7
Meta	214	22,3	37	3,8	251	26,1
Nariño	93	5,3	31	1,8	124	7,1
Norte Santander	223	16,4	43	3,2	266	19,6
Putumayo	45	13,0	12	3,5	57	16,5
Quindío	117	20,7	20	3,5	137	24,2
Risaralda	255	26,8	56	5,9	311	32,7
San Andrés	5	6,5	1	1,3	6	7,8
Santander	313	15,2	75	3,6	388	18,8
Sta Marta D.E.	86	17,8	13	2,7	99	20,5
Sucre	35	4,1	7	0,8	42	4,9
Tolima	254	18,0	52	3,7	306	21,7
Valle Del Cauca	921	20,0	186	4,0	1107	24,0
Vaupés	7	16,0	2	4,6	9	20,6
Vichada	14	19,5	2	2,8	16	22,2
Exterior	10	0,0	3	0,0	13	0,0
Total	6500	---	1573	---	8073	---
Tasa Incidencia	---	13,5	---	3,3	---	16,7

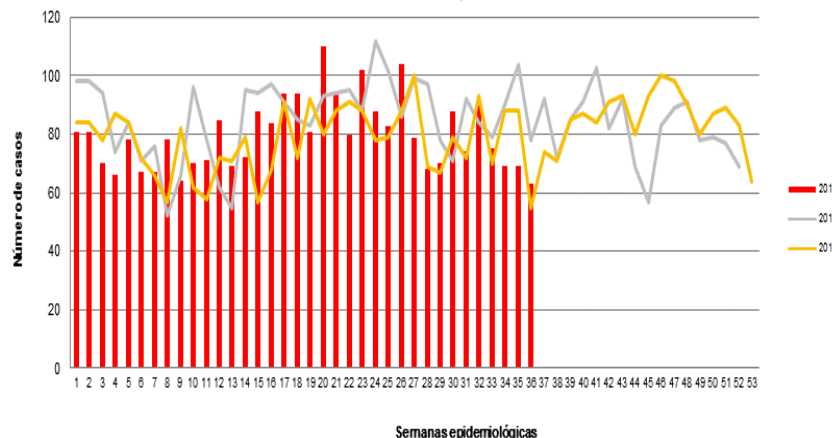
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

### • Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 36 de 2015 se ha reportado al Sivigila 2866 accidentes ofídicos por serpientes venosas en Colombia, de los cuales de la semana 36 se notificaron 63 casos, de semanas anteriores reportados en la semana 36 fueron 23 casos. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado acumulados 2789 casos lo que implica un incremento en la notificación del 2,8 % (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

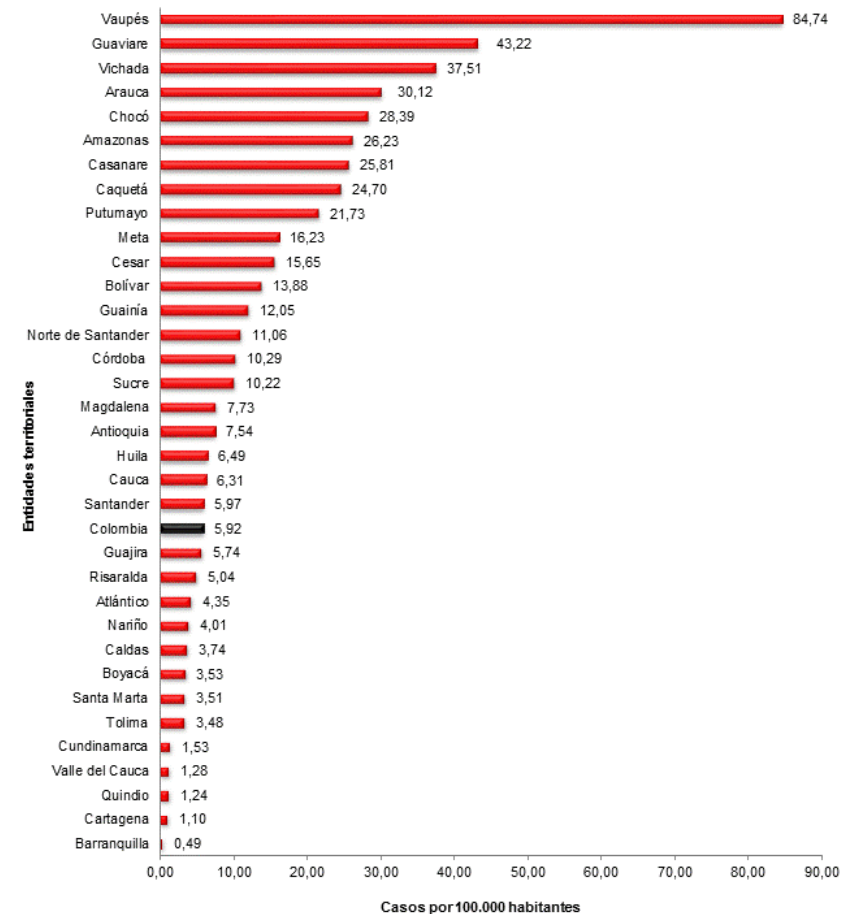


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 36, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (937 y 779 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (17,0 %), Córdoba (6,1 %), Cesar (5,6 %), Meta (5,4 %), Bolívar (5,3 %), Norte de Santander (5,2%), Chocó (5,0%), Santander (4,3%), Caquetá y, y Casanare (3,2 %), de estos 10 departamentos proceden el 61,3 % del total de los casos.

La proporción de incidencia de accidente ofídico en el país es de 5,92 casos por 100.000 habitantes (IC 95% 5,71 – 6,14); las regiones Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 23,7 y 24,0 casos por 100.000 habitantes respectivamente. De las entidades territoriales con mayor incidencia que la incidencia nacional las cinco más altas son: Vaupés, Guaviare, Vichada, Arauca, y Chocó, en orden descendente (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 36 de 2015.

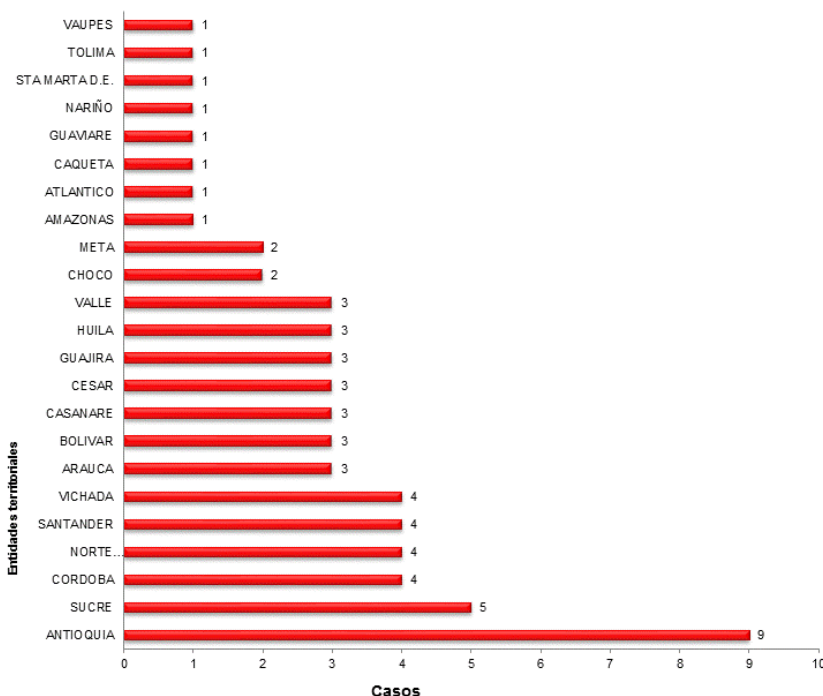


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia



En la semana epidemiológica 36, los 63 accidentes ofídicos fueron notificados por 23 entidades territoriales, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (14,29%), Sucre (7,94%), Córdoba, Norte de Santander, Santander y Vichada (6,35 % cada una); estas entidades acumulan el 47,6% de la notificación durante la semana (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de accidente ofídico por entidad territorial de notificación en Colombia, durante la semana epidemiológica 36 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 36 los casos fueron notificados por 52 municipios, siendo los de mayor cantidad de casos: Montería y Sincelejo (tres casos cada uno), Medellín, Neiva, Puerto Carreño, San Juan del Cesar, Santa Rosalia, Toledo y Yopal (con dos casos cada uno); acumulando así el 31,7% de los accidentes ofídicos del país.

El 71,7% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 32,0 años y el 64,2% de los pacientes proceden del área rural. El 46,7 % de los casos son hombres de la zona rural.

Con respecto al manejo de las personas notificadas el 61,0% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 74,6 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 1194 casos (67,5 %), moderados 797 casos (85,4 %); 146 graves (88,5%).

Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 10141 ampollas para el manejo de los accidentes, en promedio 4,7 ampollas por paciente, mínimo cero y máximo 60.

#### Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico

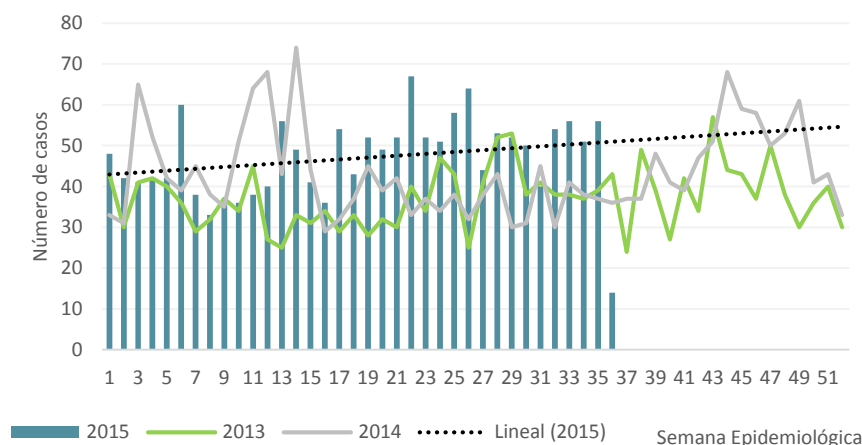
Hasta la semana 36 se han reportado 22 defunciones, presentándose en las siguientes entidades territoriales; Antioquia (tres casos), Chocó (tres casos), Boyacá (dos casos), Córdoba (dos caso), Nariño (dos casos), Arauca (dos casos), Sucre (dos casos), Caldas (un caso), Norte de Santander (un caso), Cauca (un caso), Bolívar (un caso), Guaviare (un caso) y Vaupés (un caso), representando una letalidad de 0,79%.

**Alertas** De la semana 36 no se reportaron defunciones.

## • Leptospiriosis

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se han reportado al Sivigila 1690 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 1491 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 11,78%, 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 1).

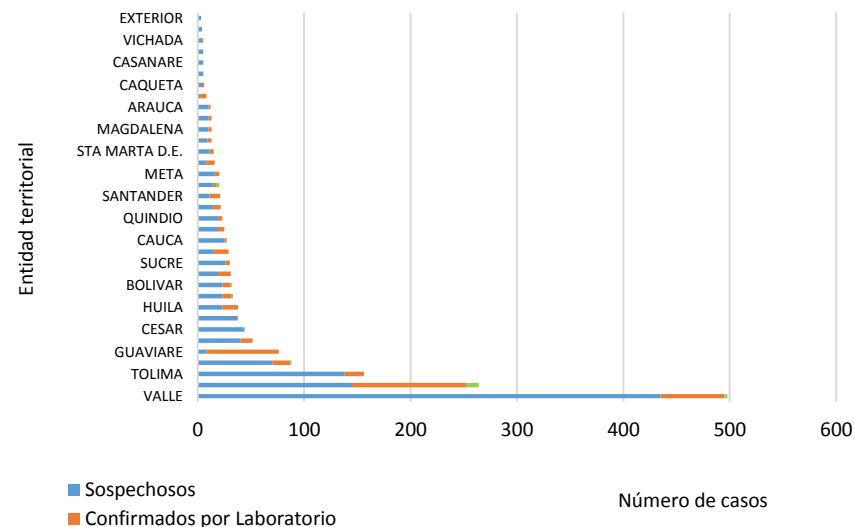
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 34 entidades territoriales, el 54,32 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 24,44% de los casos se encuentran confirmados por laboratorio procedente de los territorios de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. El 1,36% fueron confirmados por nexo procedentes de Amazonas, Antioquia, Bogotá, Choco y Risaralda (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015

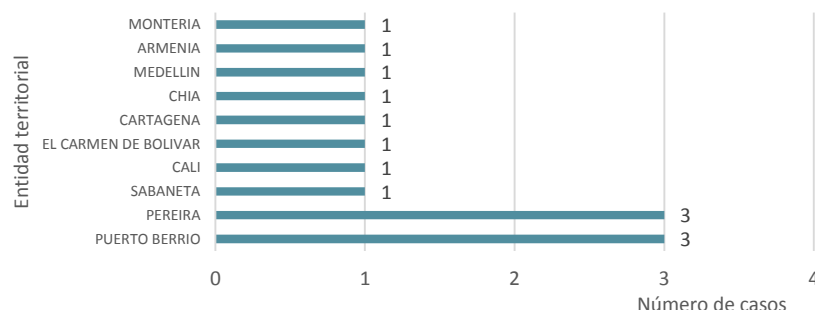


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 36 es de 0,905 casos por cada 100.000 habitantes, las entidades territoriales de Guaviare, Amazonas, Chocó y Vichada, son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica 36 de 2015 se notificaron 14 casos de leptospirosis, frente a 36 casos ocurridos en la misma semana de 2014, lo que implica una disminución de casos del 61,11% para la misma semana del presente año. El 42,86% de los casos fueron notificados por los municipios de Puerto Berrío y Pereira (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de leptospirosis por municipio de notificación, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

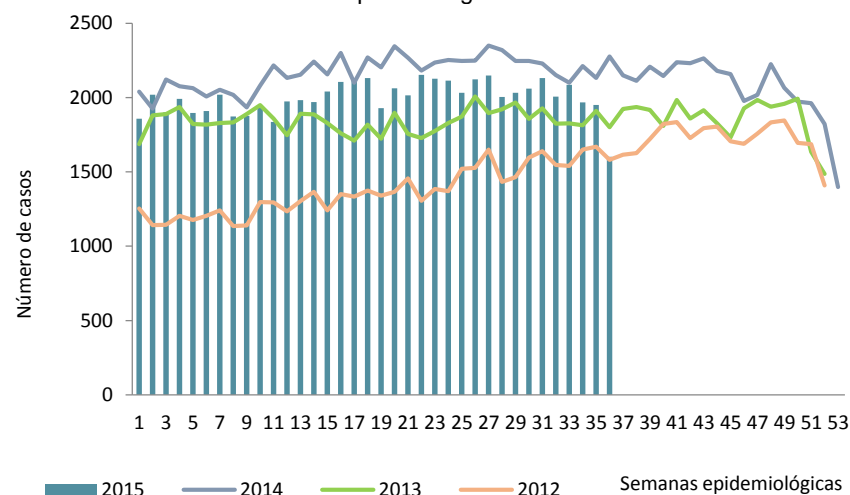
El 60,30% de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 77,46% proceden de cabecera municipal; el 53,35% los casos están afiliados régimen subsidiados, y se reportó 78,11% de hospitalizaciones por este evento.

Hasta la semana 36 de 2015 se han notificado 66 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de la cuales 19 han sido descartadas y dos están confirmadas. Las 47 (confirmadas y probables) muertes proceden de Antioquia (once), Valle de Cauca (seis), Tolima (tres), Sucre (tres), Meta (dos), Cartagena (dos), Nariño (dos), Atlántico (dos), Norte de Santander (dos), Córdoba (una), Santander (una), Magdalena (una), San Andrés (una), Chocó (una), Arauca (una), Vichada (una), Casanare (una), Cauca (una), Caldas (una), Risaralda (una), Putumayo (una), Quindío (una) y Cesar (una),

### • Vigilancia Integrada de la Rabia Humana

Con corte a la semana epidemiológica 36 de 2015 se han notificado al Sivigila 71.972 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución de 7,88% en la notificación de casos para este año (ver gráfica 1).

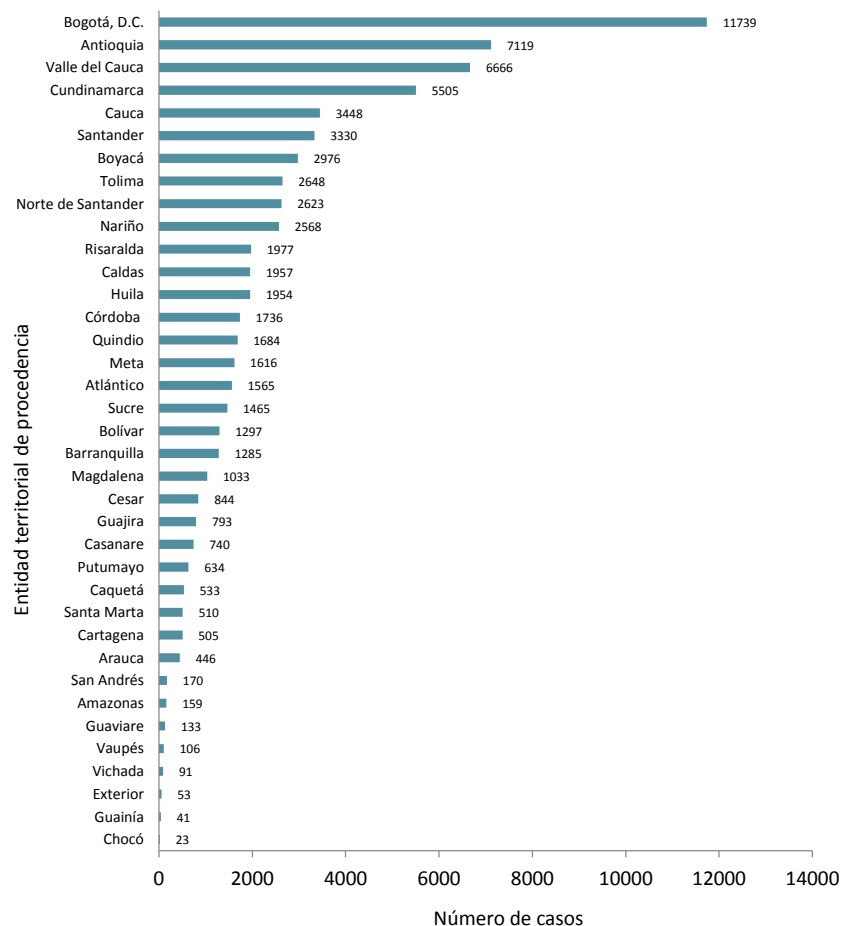
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (30.775 agresiones) y Occidente (25.442 casos). Los departamentos y distritos con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (16,31%), Antioquia (9,89%), Valle del Cauca (9,26 %), Cundinamarca (7,65 %), Cauca (4,78 %) y Santander (4,63 %), estas entidades territoriales acumulan el 52,52% de la notificación del país (ver gráfica 2).

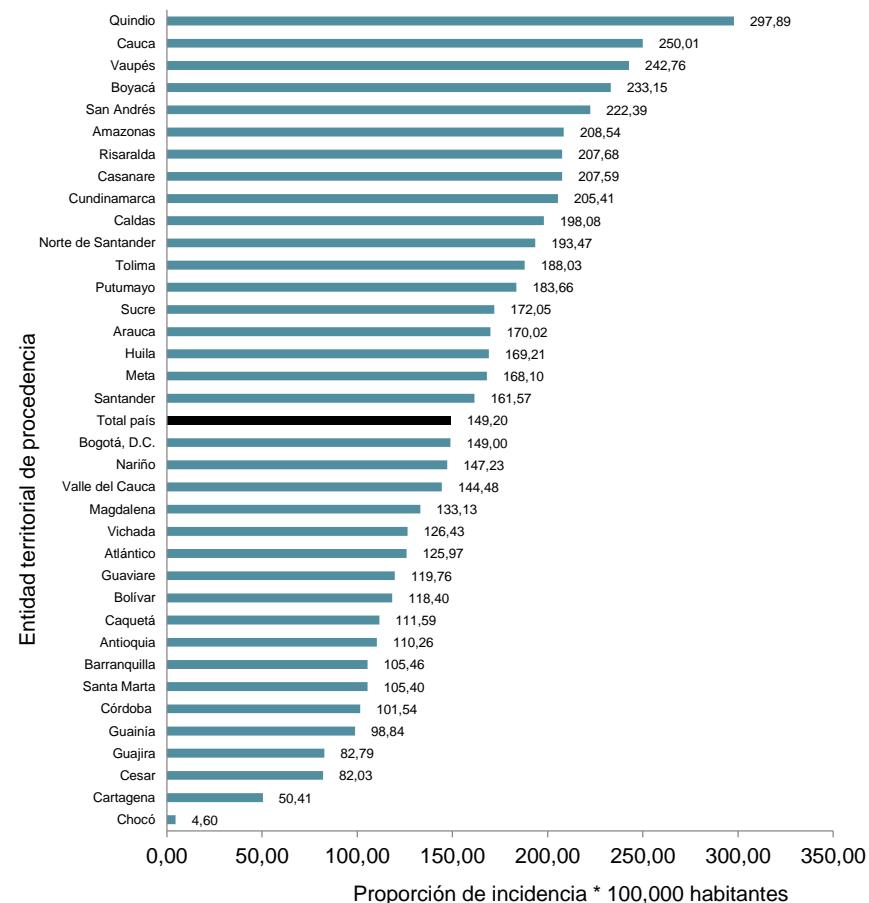
Gráfica 2. Frecuencia absoluta de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.



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 149,20 casos de agresiones por 100.000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Cauca, Vaupés, Boyacá y San Andrés (ver gráfica 3).

Gráfica 3. 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 36 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

En esta semana se notificaron 1.602 casos de agresiones y contactos con el virus de la rabia, 674 casos (29,61 %) menos que en la misma semana de 2014 (2276 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 956 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes agredidos fue de 28,42 años, el 53,54% (38.533) de los casos ocurrieron en hombres y el 2,28 % (1641casos) requirieron hospitalización para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones a 43.278 casos de agresiones (60.13%), como exposiciones leves a 23.171 casos (32,19%), como exposiciones graves 5457 casos (7,58%) y 66 casos (0,09 %) no fueron clasificados. Con relación al manejo de los casos, se realizó lavado de la herida en 69.897 pacientes (97,12%) y sutura a 5608 pacientes (7,79%), se ordenó aplicación de suero 5.379 pacientes (7,47 %) y de vacuna a 26.183 pacientes (36,38%).

***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.

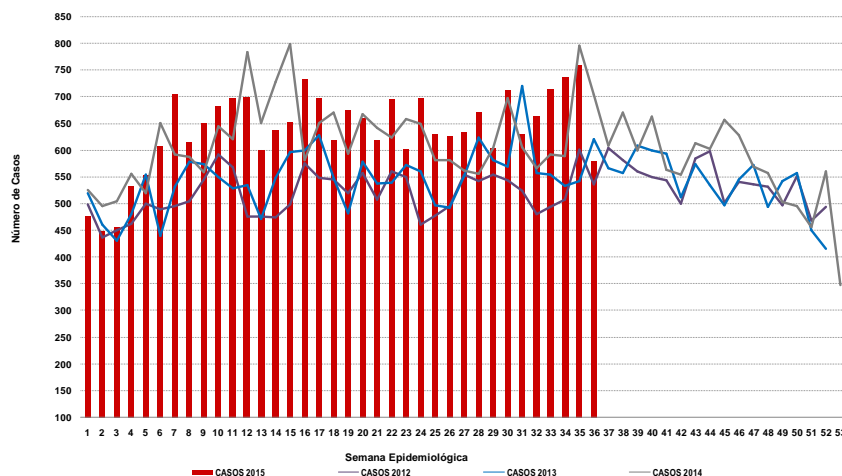


## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Factores de Riesgo Ambiental

### • Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica 36 del año 2015 se han notificado 22976 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 22391 casos, lo que representa un aumento de 2.55 % en la notificación acumulada de casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica, Colombia, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En promedio se han notificado 638 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica 36 se notificaron 579 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron al Sivigila 93 casos de intoxicaciones ocurridas durante las 35 semanas epidemiológicas previas.

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados hasta la semana epidemiológica 36 y solo para semana 36, así como su respectiva incidencia por 100.000 habitantes. De

forma acumulada, el mayor número de casos notificados de intoxicaciones está dado por el grupo de medicamentos (7630 casos), seguido por plaguicidas (6092 casos) y sustancias psicoactivas (4582 casos) (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015.

Evento	Casos a semana 36	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 36	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	7630	15,83	192	0,40
Intoxicación por plaguicidas	6092	12,64	160	0,33
Intoxicación por sustancias psicoactivas	4582	9,51	127	0,26
Intoxicación por otras sustancias químicas	3196	6,63	70	0,15
Intoxicación por solventes	665	1,38	17	0,04
Intoxicación por gases	579	1,20	5	0,01
Intoxicación por metanol	171	0,35	8	0,02
Intoxicación por metales	61	0,13	0	0,00
TOTAL	22976	47,67	579	1,20

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

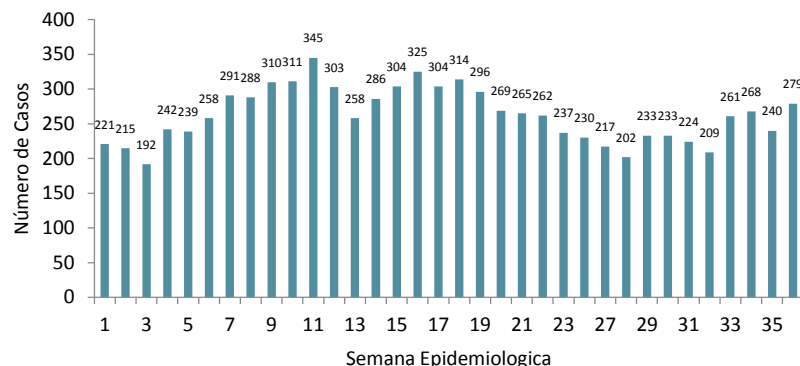
### Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica 36 se notificaron 440 casos de reincidencias, de estos dos casos son reincidentes en cinco oportunidades, dos casos son reincidentes en cuatro oportunidades, seis casos son reincidentes en dos oportunidades y 200 casos son reincidentes en una oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencia fue de tipo suicida con 204 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad de psicoactiva con 134 casos.

### • Intoxicaciones con intencionalidad suicida

En la semana epidemiológica 36, se reportaron al Sivigila 279 casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida, el acumulado a esta semana es de 8931 casos de los cuales el 53,4% (4769) fueron intoxicaciones por medicamentos y 34,41% (3043) intoxicaciones por plaguicidas (ver gráfica 1).

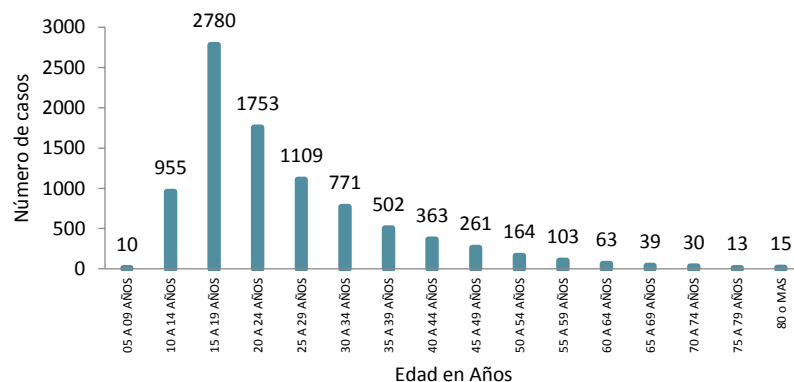
Gráfica 1. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por semana epidemiológica, Colombia, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

El 31,13% (2780) de las intoxicaciones con intencionalidad suicida reportadas al Sivigila, se presentaron en jóvenes entre los 15 y los 19 años, mientras que el 19,63% (1753) fueron reportadas en adultos jóvenes entre los 20 y los 24 años, estos dos grupos de edad, estos dos grupos reúnen el 50,76% de los casos reportados (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por grupos quinquenales de edad, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Según área de residencia de los casos, 6967 (78,01%) ocurrieron en cabecera municipal, 1278 (14,31%) en rural disperso y 686 (7,68%) en centro poblado (ver tabla 1).

Tabla 1. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por tipo de intoxicación y área de residencia, Colombia, semana epidemiológica 36, 2015

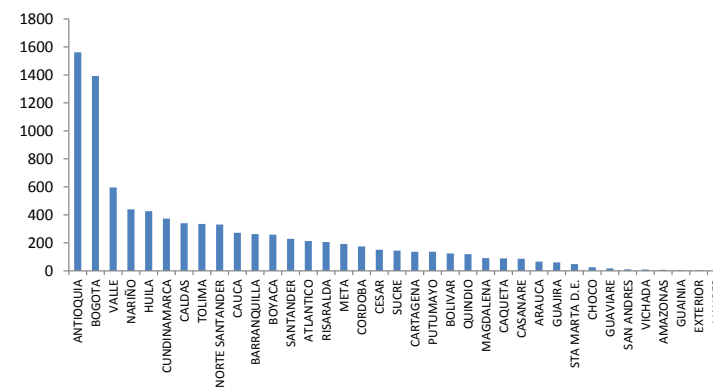
	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	TOTAL
Gases	10			10
Medicamentos	4165	318	286	4769
Metales	6			6
Metanol	18	2	3	23
Otras Sustancias	654	79	119	852
Químicas				
Plaguicidas	1943	274	856	3073
Solventes	90	4	11	105
Sustancias	81	9	3	93
Psicoactivas				
Total General	6967	686	1278	8931

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 (59,8%) y centros poblados (46,4%) en el territorio rural disperso los plaguicidas representan el 67% de las intoxicaciones con intencionalidad suicida.

Cinco entidades territoriales agrupan el 49% de los casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida reportados, estos son; Antioquia (17,48%), Bogotá (15,59%), Valle (6,67%), Nariño (4,92%) y Huila (4,77%) (ver gráfica 3).

Gráfica 3 Intoxicación con intencionalidad suicida por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 36, 2015



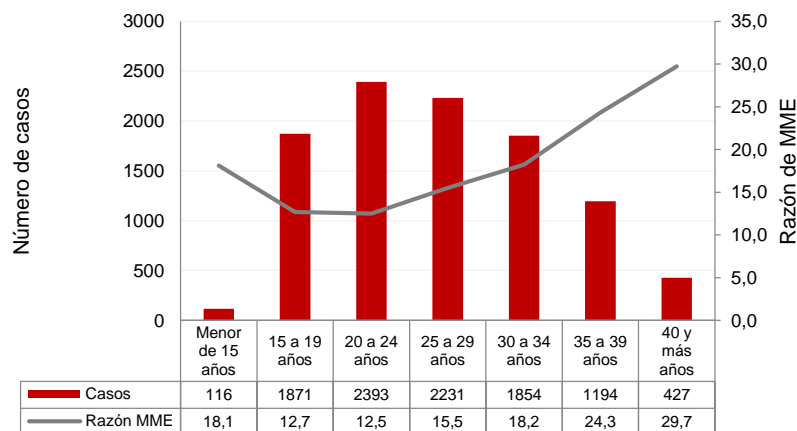
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

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

### • Morbilidad materna extrema

El total acumulado de casos de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 es de 10.086. 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 23,7%, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 22,1%. En relación con la razón de morbilidad materna extrema, la mayor razón se presenta en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 37,2 casos por 1.000 nacidos vivos, de 35 a 39 años con 28,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 21,9 casos por cada 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.

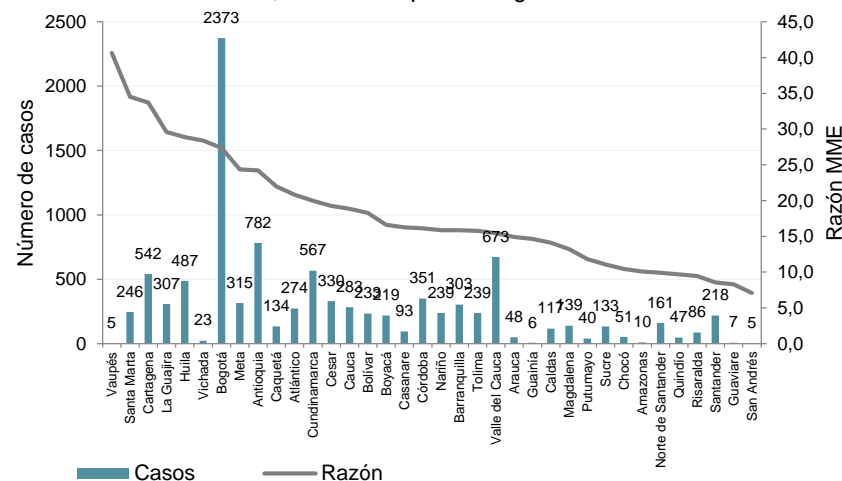


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia DANE, a 31 de octubre de 2014.

Según el lugar de residencia, el 23,5% de los casos se ha presentado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 7,8% y Valle del Cauca con el 6,7%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son: Vaupés con

40,7 casos por 1.000 nacidos vivos, Santa Marta con 34,5 y Cartagena con 33,7 casos por 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 2).

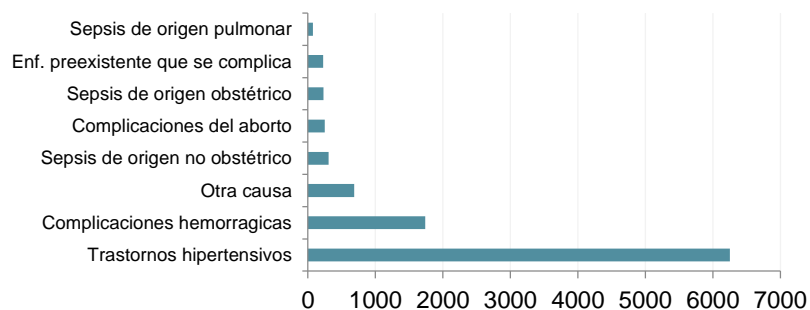
Gráfica 2. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.



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

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 36 de 2015, el mayor porcentaje corresponden a trastornos hipertensivos con un 64,0% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 17,9% (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015.



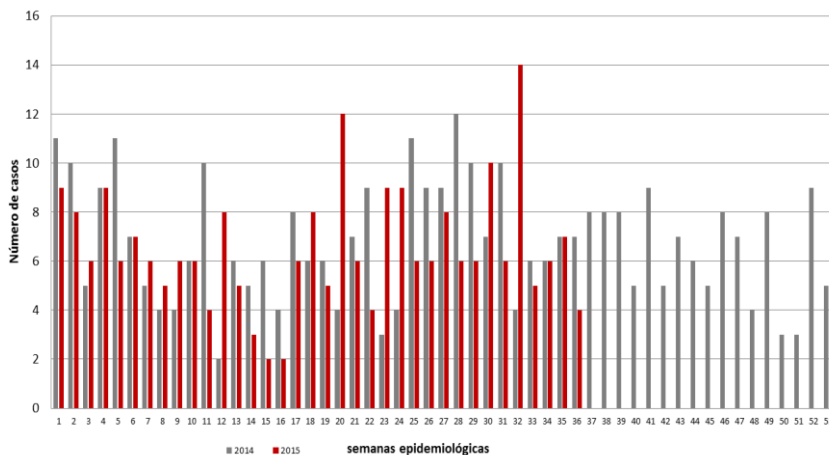
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

### • Mortalidad materna

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se han notificado en el país un total de 323 casos de muertes maternas. De estos, 235 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación, 62 casos corresponden a muertes maternas tardías, es decir las que ocurren desde el día 43 hasta el año posterior a la terminación del embarazo y 26 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 seguidos de la semana 20 con 12 muertes, seguido de las semanas uno, cuatro y 23 en donde se notificaron nueve casos en cada una. El promedio semanal de casos de muertes maternas tempranas se encuentra en 6,5 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Al comparar el número de casos de muerte materna con los años anteriores, se encuentra una disminución de 10% en los casos notificados en relación con el año 2014 y una disminución de 3,6% en relación con el año 2013. Según el momento de ocurrencia, frente a los casos notificados en 2014, las muertes maternas tempranas han disminuido en 6%, las muertes maternas tardías

han disminuido en 15% y las muertes maternas por lesiones de causa externa han disminuido en 27,7%.

El promedio semanal de casos se encuentra en 6,5 con lo cual de forma preliminar se estaría alcanzando el promedio esperado teniendo en cuenta la meta planteada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el componente de Salud Materna, para nuestro país, reduciendo la mortalidad materna a 45 por 100.000 nacidos vivos, resaltando que esta información es preliminar ya que existen casos de muerte materna notificados tardíamente que alteran este indicador (ver tabla 1).

Tabla 1. Muertes maternas tempranas, tardías y por lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015.

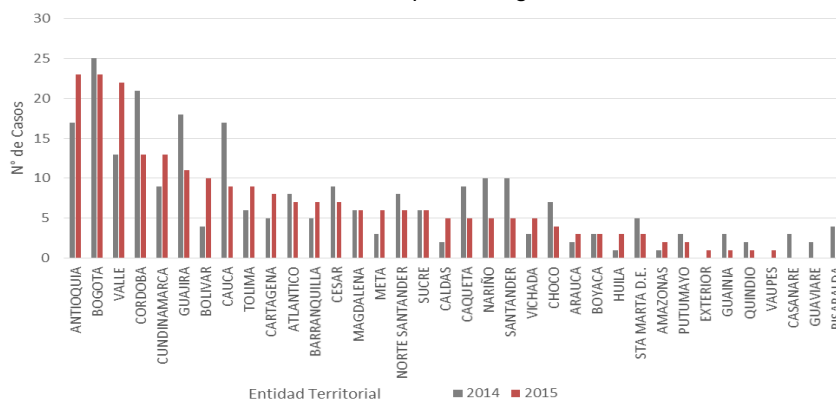
Año	Tempranas	Tardías	LCE	Total	Promedio semanal
2013	257	56	22	335	7,1
2014	250	73	36	359	6,9
2015	235	62	26	323	6,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

En la semana epidemiológica 36 de 2015, ingresaron seis casos de muertes maternas, de los cuales cinco corresponden a muertes maternas tempranas, uno a muerte materna tardía y no se presentaron lesiones de causa externa. Cuatro de los casos de muertes maternas que fueron notificados corresponden a semana epidemiológica 36 (los cuatro casos corresponden a muertes maternas tempranas) y dos casos pertenecían a otras semanas epidemiológicas, notificados tardíamente. En concordancia con lo anterior, el promedio semanal estimado de muertes maternas tempranas en el país a la fecha es de 6,5.

De acuerdo al lugar de residencia se encuentra que, con respecto al año anterior, ha aumentado la notificación de casos en Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Bolívar, Tolima, Cartagena, Barranquilla, Meta, Caldas, Vichada, Arauca, Huila, Amazonas, Vaupés y Exterior. En contraste Casanare, Guaviare y Risaralda no han presentado casos de muertes maternas tempranas hasta semana 36 de 2015. San Andrés no notificó casos en los años 2014 y 2015. Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 el 88,8% (32) de las entidades territoriales registran casos de muerte materna temprana (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015.



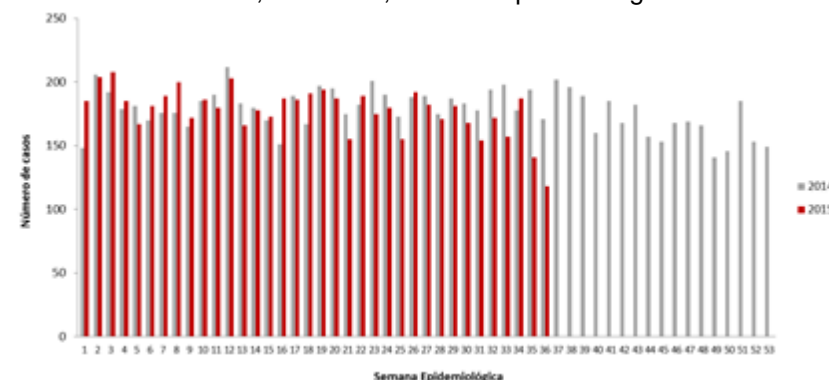
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

### • Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se han notificado un total acumulado de 6399 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y para la semana 36 se notificaron 118 casos. La distribución del total de casos según el momento de ocurrencia es la siguiente: 3078 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 697 casos (11%) a muertes fetales intraparto, 1725 casos (27%) neonatales tempranas y 871 casos (14%) neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 6568 casos, lo que representa un decremento del 2,5% (169 casos menos) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015.



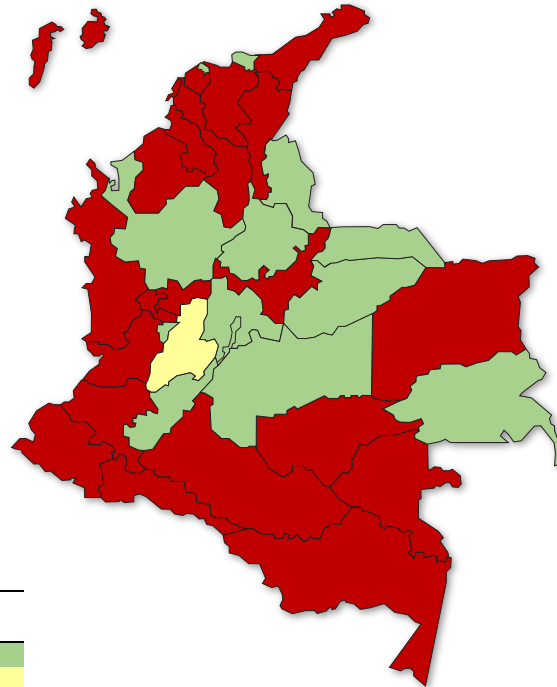
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Hasta la semana epidemiológica 36, todas las entidades territoriales notificaron casos. Las entidades territoriales por residencia que aportan el 60% total de casos a nivel nacional son: Bogotá 911 casos (14,2%), Antioquia 694 casos (10,8%), Valle del Cauca 525 casos (8,2%), Córdoba 322 casos (5%), Cundinamarca 309 casos (4,8%), Santander 228 (3,6%), Cesar 218 (3,4%), Barranquilla 212 (3,3%), Cauca 212 (3,3%) y Nariño 207 casos (3,2%).

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Colombia a semana 36 fue de 17,4 casos por cada mil nacidos vivos, 20 entidades territoriales se ubicaron por encima de la media nacional; el departamento del Vaupés presentó la razón más alta con 333 casos por cada mil nacidos vivos, razón que esta 19 veces por encima de la media nacional, le sigue San Andrés con una razón de 43,3 por cada mil nacidos vivos, Chocó 38,3 casos por cada mil nacidos vivos y Guaviare con 34,4 por cada mil nacidos vivos, entidades que duplican la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía nacional (ver mapa 1).



Mapa 1. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por departamento de residencia, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015.

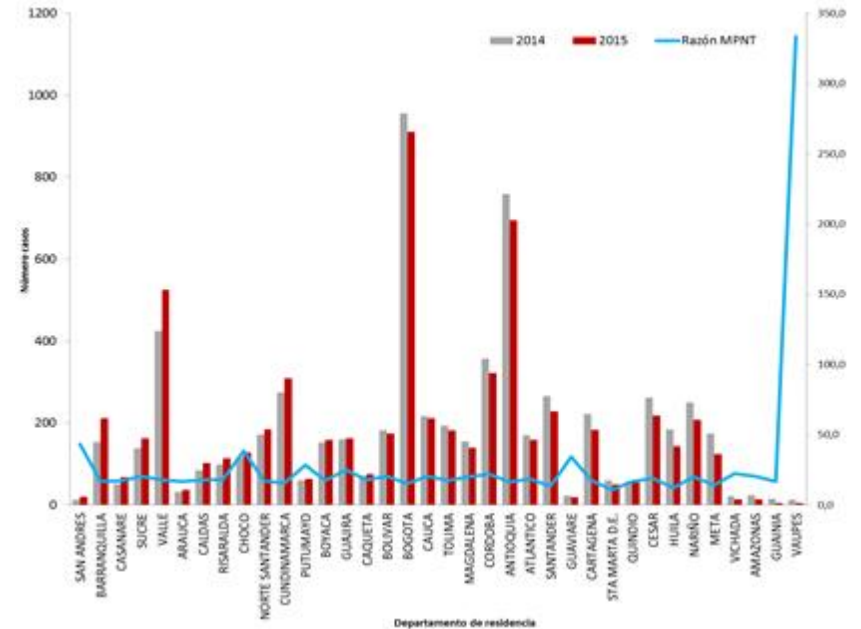


Razón de MPNT x 1.000 NV	
10,5 – 17,3	Verde claro
17,4	Verde oscuro
17,5 – 333,3	Rojo

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia Nacidos Vivos DANE.

Las entidades territoriales de residencia que hasta la semana 36 presentaron un incremento en la notificación de casos mayor al 10% en 2015 frente al 2014 fueron: San Andrés (67%), Barranquilla (38%), Casanare (31%), Valle del Cauca (24%), Caldas (21), Arauca (19%), Sucre (17%), Risaralda (16%) y Cundinamarca (12,4%) (ver gráfica 2).

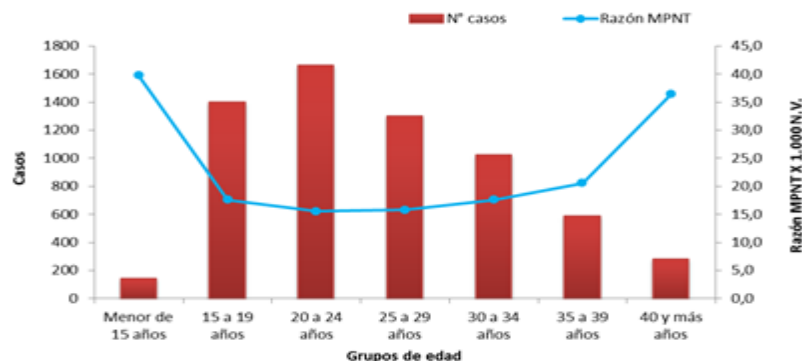
Gráfica 2. Comparativo de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Nacidos Vivos DANE.

De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales o neonatales tardías, la mínima fue de 10 años la máxima 50, por grupos de edad el 24% corresponden a mujeres de 10 a 19 años, en el grupo de 20 – 34 años se concentra el 62% y en mayores de 40 años el 4%. La razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía más altas están en el grupo de las menores de 15 años con 39,7 por cada 1000 nacidos vivos y el grupo de 40 y más con 36,5 casos por cada 1000 nacidos vivos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Muertes perinatales y neonatales tardías de acuerdo con la edad de la madre, Colombia, semana epidemiológica 36 de 2015.

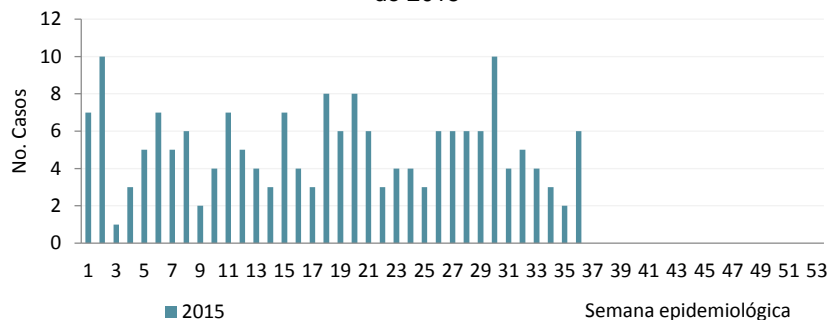


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Nacidos Vivos DANE.

#### • Mortalidad por y asociada a desnutrición

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015, posterior a la depuración de la base de datos se han notificado un total de 183 casos de muertes en niños menores de 5 años que dentro de las causas de muerte presentaban desnutrición junto con otras patologías; es decir que el total de casos notificados a la fecha se encuentran en estudio para determinar si la desnutrición fue o no la causa de muerte. Se descartó un caso del departamento del Cesar (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 36 se notificaron diez casos, de los cuales seis por fecha de defunción corresponden a esta semana y los demás casos de las semanas 13, 15, 24 y 28. De los diez casos, seis se presentaron en menores de un año y cuatro en menores de uno a cuatro años. Las entidades territoriales que notificaron fueron: Bogotá, Meta, Barranquilla, Cartagena, Chocó, Córdoba y Boyacá.

La distribución de casos por lugar de residencia se encuentra principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (10,9%), Vichada (8,2%), Córdoba (7,7%) y Cesar (7,1%). El 59 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 41% al sexo femenino. El 79,3 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado, el 14,9% no estaba afiliado al momento de la muerte y el 4,6% se encontraba afiliado al régimen contributivo. Del total de niños y niñas con aseguramiento, el 25% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 51,6 % corresponde a otros, seguido de población indígena con el 41,2 % y afrocolombianos con el 7,1%.

El 57,3% (n= 105) de las muertes pertenecen al grupo de edad de menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los tres y seis meses de vida, con una mediana en peso al nacer de 2600 gramos y talla de 47 cms; con una mediana en peso al momento de la muerte de 5 kg. y talla de 56 cms. El 42,6% (n=78) de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 12 meses de vida; con una mediana en peso al momento de la muerte de 7 kg. y talla de 71 cms.

La mayoría de las madres de los niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 88% pertenecen al estrato socioeconómico 1. En promedio se encuentran dos menores de cinco años por familia, los cuales requieren seguimiento y verificación de condiciones en el medio familiar.

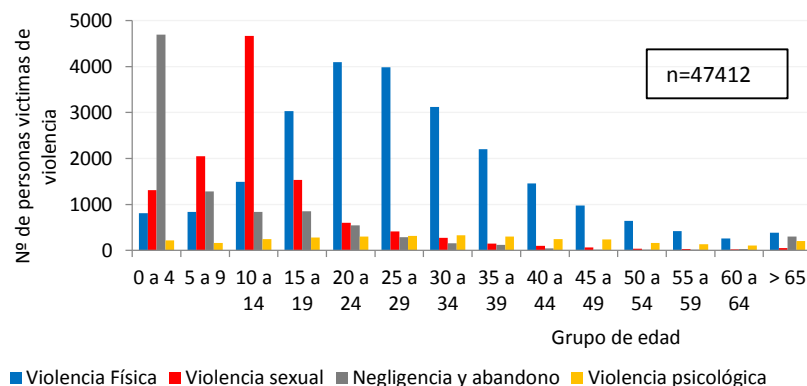
## • Violencia de género

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2015 se han notificado 47.412 casos de violencia. De estos el 78,02% (36993/47412) se presentó en mujeres y el resto en hombres. El 23,95% (11355/47412) de la violencia fue en niños y niñas, el 27,26% (12927/47412) en adolescentes y el 48,78% (23130/47412) en población adulta.

De los 47.412 casos notificados de violencias de género, el 50,0 % (23697/47412) fueron por violencia física, el 23,8% (11282/47412) por violencia sexual, 19,4% (9190/47412) por negligencia y abandono y el 6,8% (3243/47412) por violencia psicológica.

El grupo de edad de menores de cinco años presentó el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se observó con mayor frecuencia en los grupos de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de los tipos de violencia de género según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Existe diferencia estadística entre la razón de la violencia de género entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. En general se presentaron en mujeres 3,46 casos de violencia de género por cada hombre (ver tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia a semana epidemiológica 36 de 2015

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES		RR	IC 95%	
	n	INCIDENCIA (por 100.000 hab.)	n	INCIDENCIA (por 100.000 hab.)			
Niños (0 a 9)	6125	146,11	5230	119,18	1,23	1,18	1,27
Adolescentes (10 a 19)	10679	252,97	2248	51,02	4,96	4,74	5,19
Adultos (> 20)	20189	126,26	2941	19,60	6,44	6,2	6,7
TOTAL	36993	151,59	10419	43,78	3,46	3,39	3,54

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

A semana epidemiológica 36 se notificaron en 19 entidades territoriales, 55 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión quemadura; el 56,36% (31/55) de estas agresiones fueron a mujeres (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por entidad territorial, municipio de procedencia, sexo, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Municipio	Femenino	Masculino	Total
Antioquia	Amaga	1	0	1
	Armenia	1	0	1
	Medellín	5	1	6
Barranquilla	Barranquilla	0	1	1
	Bogotá	3	3	6
	Bolívar	1	0	1
	San Estanislao	1	0	1
	San Pablo	0	1	1
Boyaca	Santa Rosa	1	1	2
	Duitama	1	0	1
	Sogamoso	1	0	1
	Tunja	1	0	1
Caldas	Riosucio	0	1	1
	Bosconia	0	1	1
	Curumani	1	0	1
Cesar	San Alberto	1	0	1
	Valledupar	1	0	1
	Quibdó	2	0	2
Choco	Cajica	1	0	1
	Mosquera	1	0	1
	Acevedo	0	1	1
Huila	Pasto	1	0	1
	Tumaco	1	1	2
	Barbacoas	1	0	1
Norte Santander	Cucuta	0	1	1
	Ocaña	2	0	2
	Mocoa	0	1	1
Putumayo	Armenia	0	1	1
	Calarca	0	1	1
	Pereira	1	2	3
Risaralda	San Andres	0	1	1
	Barrancabermeja	0	1	1
	Bucaramanga	2	1	3
Sucre	Floridablanca	0	1	1
	Corozal	0	1	1
	Tolu	0	1	1
Valle Del Cauca	Cali	1	1	2
	El Cerrito	0	1	1
Total general		31	24	55

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Se lleva acumulados 102 casos sospechosos de muertes, de los cuales 61 fueron por negligencia y abandono, 33 por violencia física, seis por violencia sexual y dos por violencia psicológica (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos sospechosos de muerte por Violencia de género, por tipo de violencia y entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 36, 2015

Entidad territorial	TIPO DE VIOLENCIA				TOTAL GENERAL
	Negligencia y abandono	Violencia física	Violencia sexual	Violencia Psicológica	
Amazonas	1	0	0	0	1
Antioquia	0	7	3	0	10
Arauca	1	1	0	0	2
Atlántico	1	1	0	0	2
Barranquilla	0	1	0	0	1
Bogotá	3	1	0	2	6
Bolívar	0	1	1	0	2
Boyacá	2	0	0	0	2
Caldas	1	6	0	0	7
Caquetá	1	0	0	0	1
Cartagena	2	0	0	0	2
Casanare	4	1	0	0	5
Cauca	1	1	0	0	2
Cesar	1	1	0	0	2
Chocó	1	0	0	0	1
Cundinamarca	1	1	0	0	2
Guainía	1	0	0	0	1
Huila	7	1	0	0	8
Magdalena	2	1	0	0	3
Meta	5	0	0	0	5
Nariño	2	0	1	0	3
Norte Santander	4	0	0	0	4
Quindío	1	0	0	0	1
Risaralda	4	1	0	0	5
Santander	7	2	1	0	10
Sucre	1	0	0	0	1
Tolima	3	0	0	0	3
Valle Del Cauca	0	6	0	0	6
Vichada	4	0	0	0	4
Total general	61	33	6	2	102

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

## Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

### • Alertas internacional

#### Enfermedad por el virus del Ébola, África Occidental

- El reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se realizó al 16 de septiembre de 2015, con fecha de corte en la semana del 13 de septiembre.
- El número total de casos acumulados en África Occidental es de 28.256 con 11.306 muertes reportadas.
- En los últimos 21 días se notificaron diez casos nuevos.
- Durante la semana se confirmaron cinco casos nuevos, todos en Sierra Leona. Es la primera semana en los últimos 12 meses que Guinea no reporta casos.
- Liberia fue declarada libre de la enfermedad por virus del Ébola por segunda ocasión el tres de septiembre y se encuentra en un periodo de vigilancia intensificada por 90 días.
- Se han reportado a la fecha 881 casos en personal de la salud con 513 muertes.
- El número de contactos bajo observación en Guinea y Sierra Leona ha incrementado de aproximadamente 450 el 30 de agosto a aproximadamente 1300 el seis de septiembre.

Fuente: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-9-september-2015>

#### Actualización Epidemiológica Cólera. 9 de septiembre de 2015

- **Haití.**  
Entre la SE 1 y la SE 32 de 2015, se registraron 20.830 casos de cólera, de los cuales 16.522 fueron hospitalizados (tasa de hospitalización del 79%) y 179 fallecieron (tasa de letalidad 0,9%). En promedio, por semana, se registran alrededor de 650 casos nuevos de cólera y 6 defunciones.
- **República Dominicana**  
Entre la SE 1 y la SE 32 de 2015, se registraron 396 casos sospechosos de cólera, incluidas 12 defunciones, cifra que representa el doble de los casos registrados en el mismo

período de 2014. Entre la SE 31 y SE 32 se registró un brote de cólera en el municipio de Bonao, provincia Monseñor Nouel.

Fuente:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=31607&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31607&lang=es)

### • Alertas nacionales

#### Seguimiento casos sospechosos de Sarampión en Santa Marta.

Teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas: 4/09/2015 y la fecha de erupción: 5/09/2015 del caso confirmado de Sarampión de un viajero proveniente de Suiza, así como los desplazamientos de este paciente durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad (septiembre 1 a septiembre 9), se conoció la visita de esta persona a varios sitios turísticos en el departamento del Magdalena como son: Distrito de Santa Marta, Parque Tayrona, Minca, Taganga, Mamatoco. Por lo anterior se inician acciones de búsquedas activas comunitarias e institucionales en el departamento del Magdalena, con la identificación de cinco casos sospechosos a los cuales les recolectaron muestras de laboratorios que están **pendientes por resultado**.

#### Acciones adelantadas

- Seguimiento a contactos de caso confirmado de sarampión
- Búsquedas activas comunitarias en los lugares que visitó.
- Vacunación de bloqueo durante las búsquedas activas comunitarias.
- Búsqueda activa institucional de casos en 14 instituciones prestadoras de servicios de salud del distrito de Santa Marta.



#### Acciones pendientes

- Capacitación a equipos de vigilancia epidemiológica e IPS del distrito de Santa Marta y el departamento de Magdalena
- Continuar con seguimiento telefónico diario a contactos de caso confirmado de sarampión en Taganga, Hostal en Santa Marta (actualmente asintomáticos) y parque Tayrona.
- Seguimientos a contactos de casos sospechosos identificados por notificación inmediata y BAI.
- BAC de dos nuevos casos sospechosos identificados el día 16 de septiembre.
- Continuar con la vacunación de bloqueo de los casos sospechosos identificados

#### Emergencia en Norte de Santander por cierre de frontera con Venezuela.

Con corte al 16 de septiembre de 2015, se tiene un total de 2477 personas afectadas alojadas en 17 Alojamientos Temporales de Emergencia: siete ubicados en el municipio de Villa del Rosario y diez en la ciudad de Cúcuta. Se ha apoyado en la implementación y operación del sistema de vigilancia comunitaria en coordinación con el Ministerio de Salud y de la Protección Social e Instituto Departamental de Norte de Santander.

De igual manera se ha intensificado la vigilancia de eventos priorizados: enfermedad diarreica aguda, enfermedades respiratorias, enfermedades transmitidas por agua, fiebre tifoidea, salud mental, eventos inmunoprevenibles, entre otras). Por otro lado se han realizado actividades en verificación de rumores y apoyo en la construcción del informe diario. Así como en la identificación de riesgos con repercusiones para la salud de la población afectada.

#### Resultados vigilancia sindrómica

- A corte 16 de septiembre de 2015 no se ha identificado nuevos casos de varicela en la comunidad que habita los alojamientos temporales.
- Se recolectaron cuatro muestras a sintomáticos respiratorios que cumplían con definición de caso para tuberculosis. La cuatro muestras mostraron resultados negativos
- Se notificó caso probable de fiebre tifoidea en alojamiento de Cúcuta, el cual posteriormente fue descartado por hemocultivo negativo.

#### Brote de parotiditis

Fecha de aparición de signos y síntomas de caso índice: día: 21 de agosto de 2015

Municipio/Departamento: Unión Panamericana-Chocó.

Lugar: establecimiento militar

Enfermos/Expuestos 12/sin información

Signos y síntomas: dolor a nivel de la mandíbula con signos evidentes de tumefacción

Acciones adelantadas: atención a la población y búsqueda de sintomatología similar en el resto de la población militar

#### Caso meningitis meningococo

Fecha de inicio de síntomas: 12 de septiembre de 2015

Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2015

Fecha de notificación: inmediata

Fecha de defunción: 13 de septiembre de 2015

Municipio/departamento: Calarcá-Quindío

Lugar de ocurrencia: centro de rehabilitación fármaco-dependencia

Situación detectada: se recibe información de muerte confirmada de meningitis bacteriana por meningococo de una persona recluida en institución de rehabilitación fármaco-dependencia del municipio de Calarcá en el departamento del Quindío.

Edad: 17 años

Sexo: Masculino

Signos y síntomas: paciente con cuadro de un día de evolución quien presentó sintomatología con diarrea, vomito, cefalea,

fiebre, poliartralgias, taquipnea y que se encontraba en mal estado general.

Resultado de cultivos: *Neisseria meningitidis*

**Acciones adelantadas:**

- Se toman muestras de tejido las cuales fueron enviadas al laboratorio de patología del INS.
- Identificación de 25 contactos de riesgo, de los cuales cinco son sintomáticos, los cuales son remitidos a institución prestadora de servicios de salud.
- Suministro de quimioprofilaxis a los contactos conocidos tanto en el centro de rehabilitación como al personal de salud que prestó la atención médica.
- Aseo y desinfección de habitaciones

**Pendiente**

Resultado de estudios de patología en el INS

**Caso meningitis meningococo**

Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2015

Municipio/departamento: Nilo-Cundinamarca

Lugar de ocurrencia: establecimiento militar

Situación detectada: se recibe información de caso probable de meningitis bacteriana en un militar proviene de la base militar de Tolemaida en el departamento de Cundinamarca.

Edad: 18 años

Sexo: Masculino

Signos y síntomas: insuficiencia respiratoria aguda, riesgo de falla ventilatoria y neumonía a descartar, así mismo refieren alteración del estado de conciencia y fiebre persistente no cuantificada que no cede con antipiréticos, refiere cefalea.

Resultado de laboratorio: (*Neisseria meningitidis*) por técnica PCR.

**Acciones adelantadas:**

- Quimioprofilaxis (135 personas)

- Limpieza y desinfección, uso de elementos de protección personal
- Educación para evitar compartir objetos de uso personal
- Capacitación del evento a personal de salud y compañías
- BAI diaria
- Se intensifica seguimiento de contactos ante confirmación de caso por laboratorio.

**Acciones pendientes**

Búsqueda activa institucional y seguimiento a contactos



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

**Mancel Enrique Martínez Duran**  
Director General (E)

**Oscar Pacheco García**  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (E)

**Alfonso Campo Carey**  
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública (E)

**Hernán Quijada Bonilla**  
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

**Ana María Blandón Rodríguez** – [ablandon@ins.gov.co](mailto:ablandon@ins.gov.co)  
**Ángela Alarcón** – [aalarcon@ins.gov.co](mailto:aalarcon@ins.gov.co)  
Edición

**Elizabeth rozo** – [erozo@ins.gov.co](mailto:erozo@ins.gov.co)  
Corrección de estilo

**Giovanni Sanabria** – [ysanabria@ins.gov.co](mailto:ysanabria@ins.gov.co)  
Diagramación

Av. Calle 26 No 51 – 20, Bogotá D. C. – Colombia  
PBX (571) 770 77 00

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015



[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)