

BES



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	16
Enfermedades transmitidas por vectores.....	22
Infecciones de transmisión sexual	32
Micobacterias.....	35
Zoonosis	39
Factores de Riesgo Ambiental.....	44
Enfermedades no Transmisibles	45
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	49

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública

INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica número 16 de 2015 (19 abr. al 25 abr.)



La región de las Américas es la primera en el mundo en ser declarada libre de rubéola

La región de las Américas se ha convertido en la primera del mundo en ser declarada libre de transmisión endémica de rubéola, una enfermedad viral contagiosa que puede causar múltiple defectos al nacer y hasta muerte fetal si es contraída por una mujer durante su embarazo.

Este logro culmina un esfuerzo de 15 años que involucró la administración ampliada de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) a lo largo del continente. El anuncio de este éxito llega cuando 45 países y territorios de la región están participando en la Semana de Vacunación en las Américas, que se celebra entre el 25 de abril y el 2 de mayo. OMS.

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

- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10798%3Aamericas-free-of-rubella&Itemid=1926&lang=es

Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 16



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2015* establecen que:

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

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

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

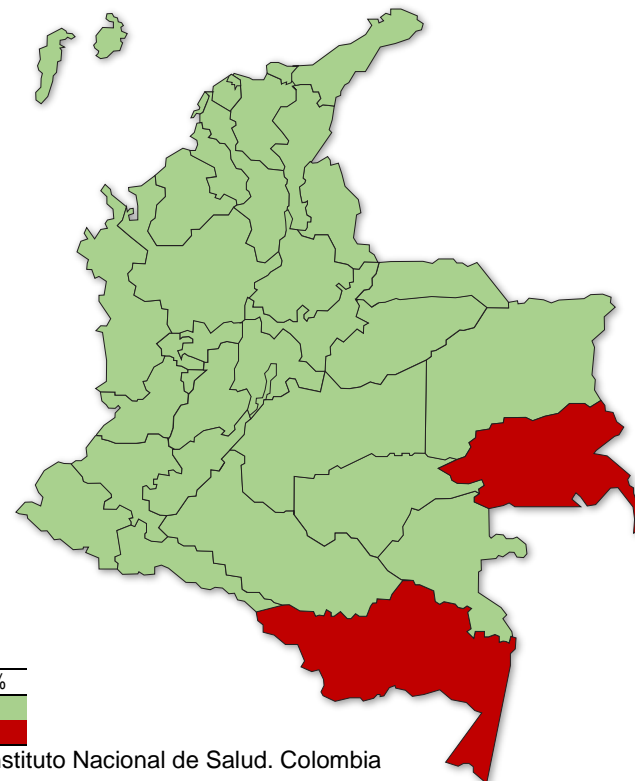
Semana epidemiológica número 16 de 2015 (19 abr. - 25 abr.) página 2

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 16 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 % (1116 de 1122 municipios), permaneció igual con respecto a la semana anterior y con relación a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta del 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 16 de 2015

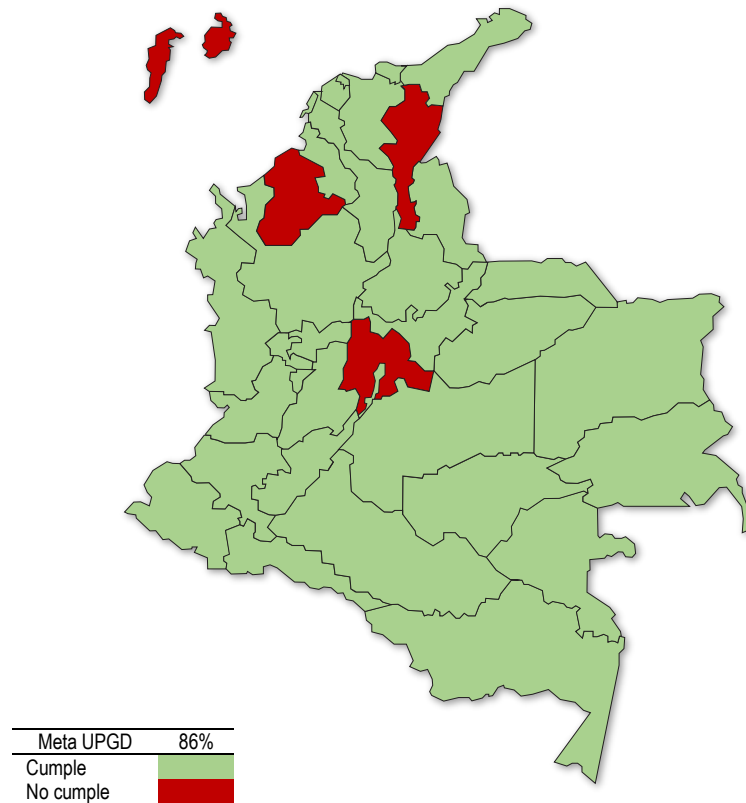


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 92 % (5096 de 5449 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel. La notificación aumentó 1 % respecto a la semana anterior y a la misma semana del año 2014.

En la semana epidemiológica 16 de 2015 los departamentos de Cesar, Córdoba, Cundinamarca y San Andrés, incumplieron la meta establecida para UPGD (ver mapa 2).

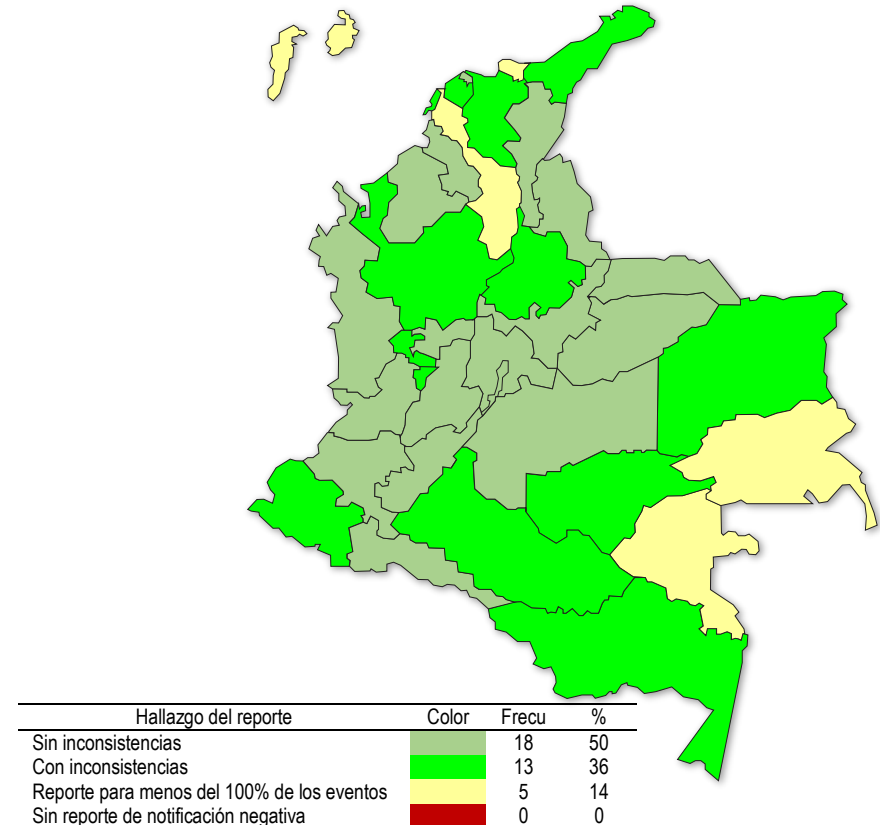
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 16 de 2015, no se presentaron entidades territoriales sin reporte de notificación negativa; adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 18 (50 %) emitieron algún tipo de reporte para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación para la semana. Por otra parte, el 36 % presentó inconsistencias en el reporte, puesto que algunos de los eventos reportados como negativos eran positivos en la base de datos. Por último, en esta semana cinco entidades territoriales, dejaron de reportar la totalidad de los eventos (ver mapa 3).

Mapa 3. Distribución geográfica del comportamiento de la notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015

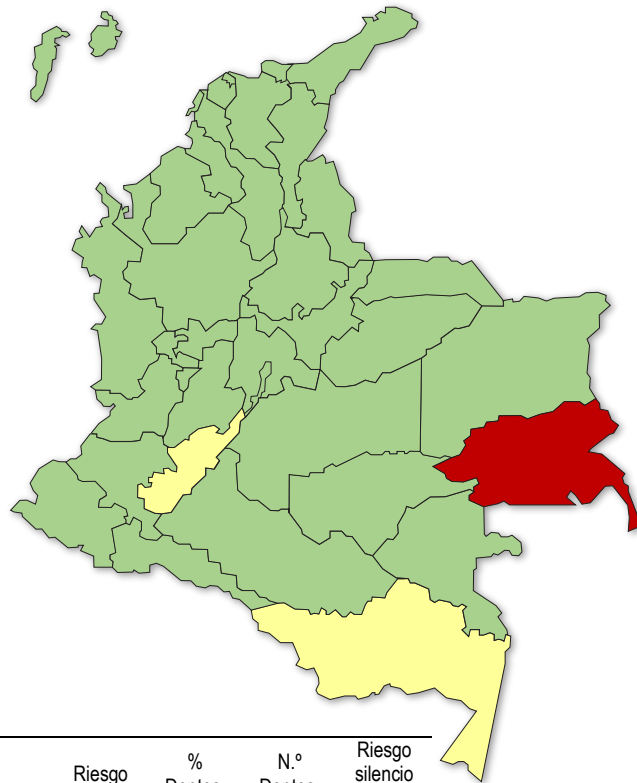


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 1 %. El 91 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 6 % (dos) de los departamentos obtuvieron menos del 10 % de sus municipios en silencio: Amazonas y Huila. En riesgo alto continúa Guainía (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



% de UNM en silencio	Riesgo	% Deptos.	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	91 %	29	Bajo
>0 % a <10 %	Bajo	6 %	2	
De 10 % a 20 %	Medio	0 %	0	
Mayor a 20 %	Alto	3 %	1	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

• *Difteria*

Para la semana epidemiológica 16 de 2015 fueron notificados dos casos probables de difteria; un caso procedente del departamento de Atlántico, descartado por error de digitación y un caso procedente del departamento del Valle del Cauca, el cual se descartó por laboratorio.

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

A semana epidemiológica 16 de 2015 se ha notificado 175 casos sospechosos de ESAVI, de los cuales se descartan nueve casos por error de digitación, para un total de 166 casos sospechosos los cuales proceden de las siguientes entidades territoriales (ver tabla 1):

Tabla 1. Porcentaje de procedencia de los casos sospechosos de ESAVI a semana epidemiológica 16 de 2015

Entidad territorial	Casos graves	Casos leves	Total	Porcentaje
Bogotá	21	15	36	21,7 %
Antioquia	6	15	21	12,7 %
Sucre	4	8	12	7,2 %
Valle	4	8	12	7,2 %
Boyacá	6	5	11	6,6 %
Norte Santander	6	3	9	5,4 %
Caldas	3	5	8	4,8 %
Santander	5	2	7	4,2 %
Quindío	3	3	6	3,6 %
Atlántico	3	2	5	3,0 %
Barranquilla	3	1	4	2,4 %
Magdalena	3	0	3	1,8 %
Huila	3	0	3	1,8 %
Cartagena	2	1	3	1,8 %
Cauca	1	2	3	1,8 %
Cundinamarca	1	2	3	1,8 %
Arauca	1	1	2	1,2 %
Tolima	1	1	2	1,2 %
Vichada	0	2	2	1,2 %
Nariño	2	0	2	1,2 %
Caquetá	2	0	2	1,2 %
Cesar	1	1	2	1,2 %
Sta Marta D.E.	1	0	1	0,6 %
Meta	0	1	1	0,6 %
Bolívar	1	0	1	0,6 %
San Andrés	1	0	1	0,6 %
Casanare	1	0	1	0,6 %
Choco	0	1	1	0,6 %
Risaralda	0	1	1	0,6 %
Córdoba	1	0	1	0,6 %
Total	86	80	166	100 %

Fuente: Sivigila INS, Colombia 2015

Del total de casos notificados, el 52 % (86 casos) se clasifican inicialmente como casos graves; de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 20 casos se relacionan con la vacuna, 38 casos se relacionan con el programa de vacunación, cinco casos coinciden con la aplicación de las vacunas y 23 casos se encuentran pendientes de clasificar de acuerdo a las unidades de análisis que realicen las entidades territoriales.

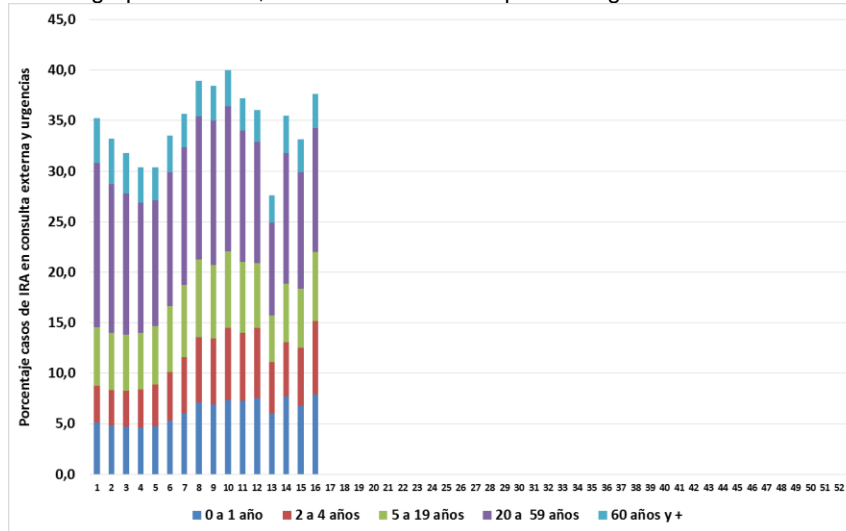
El 48 % (80 casos) de los casos notificados se clasifican inicialmente como leves, de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 49 casos se relacionan con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas que se presentan dentro de las primeras 48 a 72 horas tienen un pronóstico benigno, nueve casos se relacionan con el programa de vacunación, 12 casos coinciden con la aplicación de la vacuna y 10 casos se encuentran pendientes por clasificar de acuerdo con los ajustes que realicen las entidades territoriales.

• *Infección respiratoria aguda*

Esta semana se notificó un total de 128.284 consultas externas y urgencias por IRA de un total de 1.784.281 consultas externas y urgencias por todas las causas. La proporción de IRA a semana epidemiológica 16 del total de consultas por todas las causas es del 7,0 %, igual a la semana anterior.

Por grupos de edad es mayor el porcentaje de casos de IRA en el grupo de 20 a 59 años (38,0 %) seguido del grupo de 5 a 19 años (18,2 %) y en menor porcentaje el grupo de mayores de 60 años (10,2 %) (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015

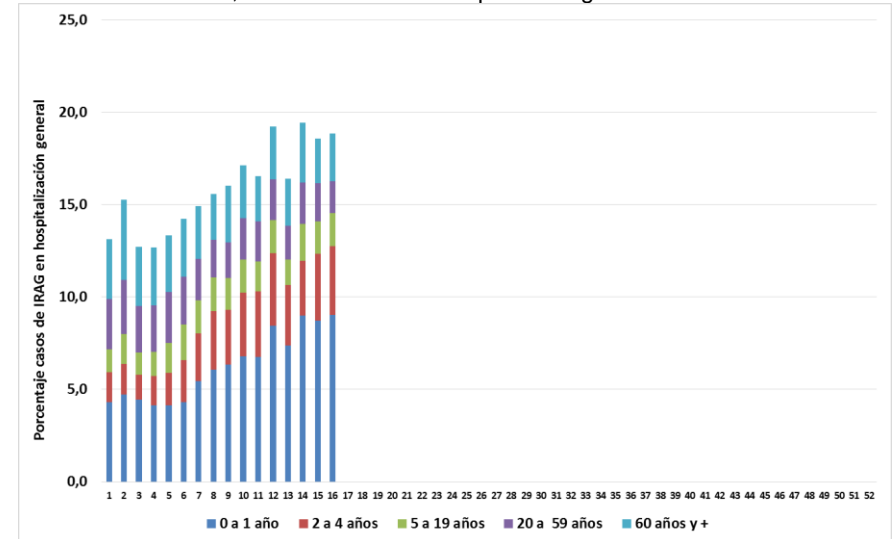


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones por IRAG correspondió esta semana a un total de 4 103 casos de un total de 50.948 hospitalizaciones por todas las causas. La proporción de IRAG a semana epidemiológica 16 del total de hospitalizaciones por todas las causas es del 6,7 %, la semana anterior estaba en 6,6 %.

Por grupos de edad es mayor el porcentaje de casos de IRAG en el grupo de 0 a 1 año (39,3 %) seguido del grupo de mayores de 60 años (18,7 %) y en menor porcentaje el grupo de 5 a 19 años (10,4 %) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de casos de IRAG en hospitalización general por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

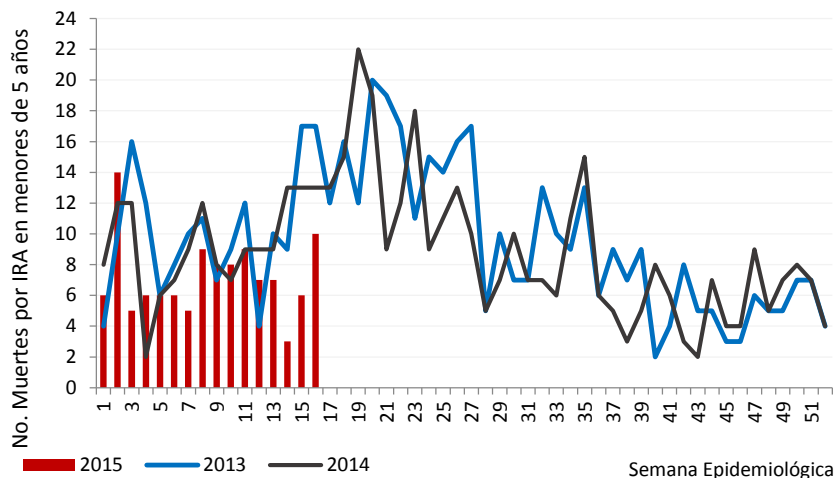
En UCI se hospitalizaron esta semana 256 casos de IRAG de un total de 3175 hospitalizaciones en UCI por todas las causas. La proporción de IRAG a semana epidemiológica 16 del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas es del 7,4 %, la semana anterior estaba en 7,3 %.

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron 12 muertes por IRA en menores de 5 años; al ajustar estas muertes por fecha de defunción, dos corresponden a notificación tardía y 10 a la semana epidemiológica 16, para un acumulado total de 115 muertes.

La notificación de muertes por IRA en menores de 5 años a semana epidemiológica 16 de 2015 muestra una disminución del 22,7 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Muertes por IRA en menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2013 - 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

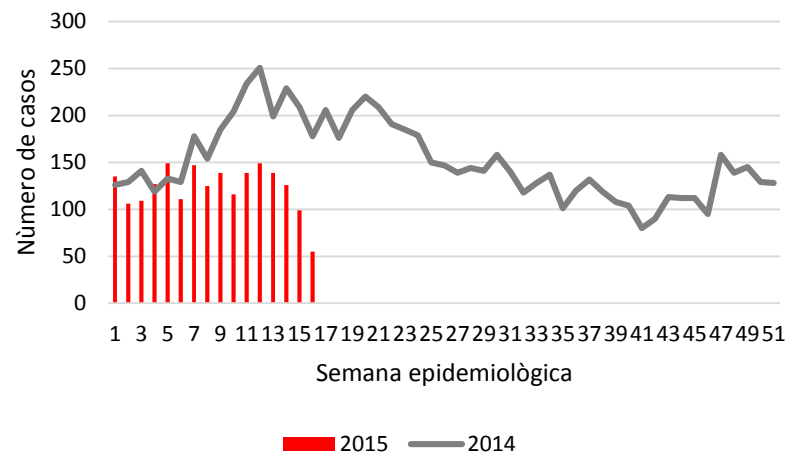
Las entidades territoriales de residencia de muertes en menores de 5 años notificadas durante esta semana son: Bogotá, Chocó y Nariño con dos casos cada uno, Magdalena, Sucre, Bolívar, Boyacá, Cesar y Risaralda con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 16 la tasa de mortalidad nacional es de 2,7 por cada 100 000 menores de 5 años. Las Entidades Territoriales con la mayor tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años son: Chocó, Vaupés y Cartagena.

Vigilancia centinela ESI - IRAG

Durante la semana epidemiológica 16 se notificaron 133 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 103 casos corresponden a pacientes con IRAG y 30 casos a pacientes con ESI. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 16 de 2015 muestra una disminución del 26,8 % en comparación con lo notificado en el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia a semana epidemiológica 16, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 16 de 2015 corresponden a las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Bogotá, Boyacá, Caldas, Cartagena, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial de notificación y UPGD centinela, Colombia semana epidemiológica 16 de 2015

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	8
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	13
	Fundación Cardioinfantil	6
	Hospital el Tunal	9
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	6
	Hospital Santa Clara	3
	Hospital de Suba	11
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	4
	E.S.E Santiago de Tunja	8
Caldas	Servicios Especiales de Salud	1
	El Piloto Assbasalud	2
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	5
	Gestión Salud	5
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	22
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	4
Nariño	Hospital Infantil los Angeles	3
	Fundación Hospital San Pedro	10
Norte Santander	Policlínico Atalaya	6
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	2
Valle Del Cauca	Fundación Valle de Lili	5
Total General		133

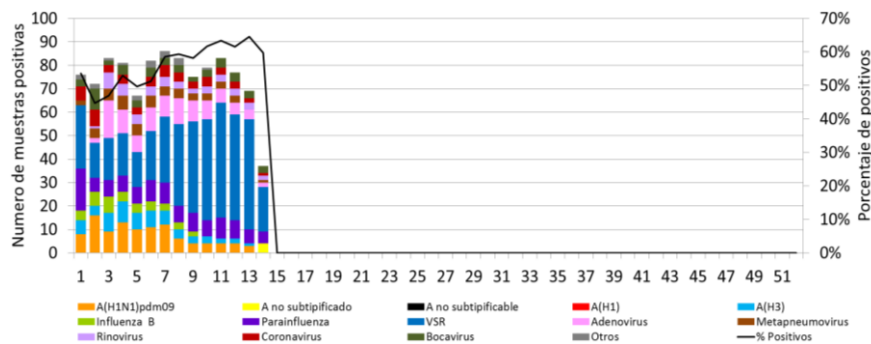
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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 14 de 2015 se ha analizado 1897 muestras, de las cuales el porcentaje de positividad corresponde al 55,4 %; de estas el 10,9 % fueron positivas para influenza y el 44,4 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (39,9 %), seguido de Parainfluenza (10,8 %), Influenza A (H1N1)pdm09 (9,9 %), Adenovirus (9,4 %), Influenza A (H3N2) (5,9 %), Coronavirus (5%), Bocavirus (4,8 %), Metapneumovirus (4,6 %), Rinovirus (4,2 %), Influenza B (3,5%), y otros virus (1,7 %) (ver gráfica 3).

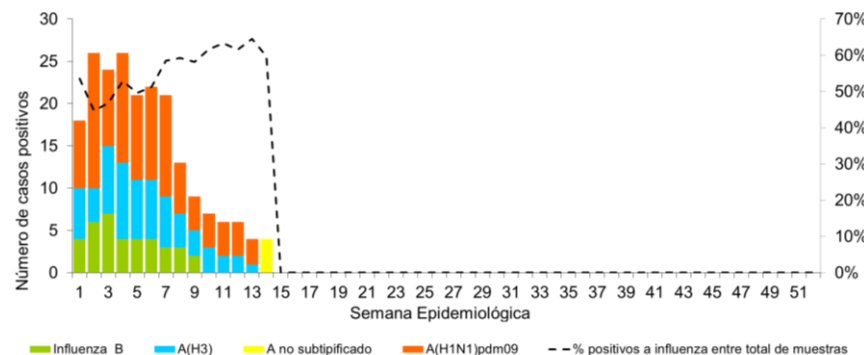
Gráfica 5. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 14 de 2015



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 (61,2 %) (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución de virus de influenza, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2015



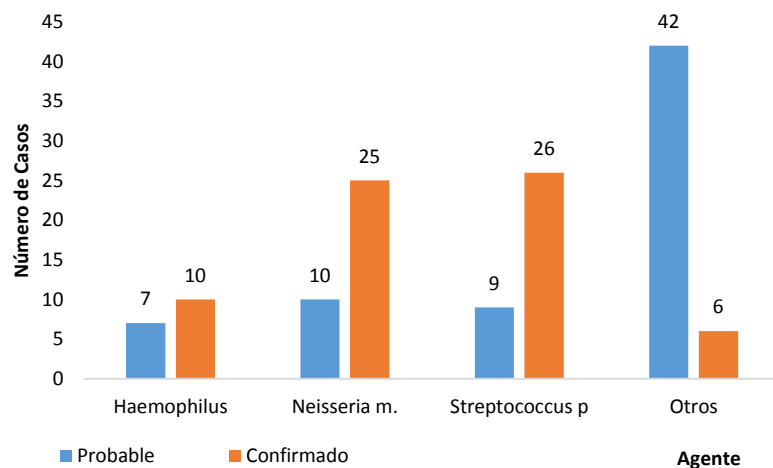
Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

• Meningitis

A semana epidemiológica 16 de 2015 fueron notificados al Sivigila 180 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 68 (37,8%) corresponden a casos probables, 67 (37,2%) corresponden a casos confirmados por laboratorio, 34 (18,9%) casos descartados por laboratorio y 11 (6,1%) descartado como error de digitación. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana 16 muestra un aumento de 1,6% con respecto al 2014, en el cual se había reportado 177 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 16 de 2015 es: meningitis meningocócica 35 (19,4%), meningitis por neumococo 35 (19,4%), meningitis por *Haemophilus influenzae* 17 (9,4%) y meningitis por otros agentes 48 (26,7%) (ver gráfica N° 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



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

Las entidades territoriales de procedencia con el 80,7% de los casos de meningitis notificados como probables y confirmados son Antioquia, Bogotá, Cartagena, Bolívar, Valle, Santander, Barranquilla, Cundinamarca, Córdoba, Tolima, Norte de Santander, Guainía, Guajira y Cauca; meningitis por otros agentes es el que registra el mayor número de casos, seguido por meningitis por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos confirmados y probables de Meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 16, 2015

Entidad territorial	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	6	9	5	7	27	20,0
Bogotá	2	4	8	5	19	14,1
Cartagena	0	7	1	4	12	8,9
Bolívar	1	5	1	3	10	7,4
Valle	1	1	3	3	8	5,9
Santander	0	0	1	4	5	3,7
Barranquilla	1	0	1	2	4	3,0
Cundinamarca	0	3	1	0	4	3,0
Córdoba	1	1	1	1	4	3,0
Tolima	0	1	2	1	4	3,0
Norte Santander	1	1	1	0	3	2,2
Guainía	1	0	1	1	3	2,2
Guajira	0	1	0	2	3	2,2
Cauca	1	0	0	2	3	2,2
Huila	0	0	1	2	3	2,2
Cesar	1	0	1	1	3	2,2
Nariño	0	0	2	0	2	1,5
Amazonas	0	0	1	1	2	1,5
Magdalena	0	1	0	1	2	1,5
Choco	0	1	1	0	2	1,5
Sucre	0	0	1	1	2	1,5
Atlántico	0	0	0	2	2	1,5
Boyacá	0	0	0	1	1	0,7
Caquetá	0	0	0	1	1	0,7
Putumayo	0	0	0	1	1	0,7
Quindío	0	0	0	1	1	0,7
Casanare	0	0	1	0	1	0,7
Vichada	0	0	0	1	1	0,7
Arauca	1	0	0	0	1	0,7
Caldas	0	0	1	0	1	0,7
Total	17	35	35	48	135	100

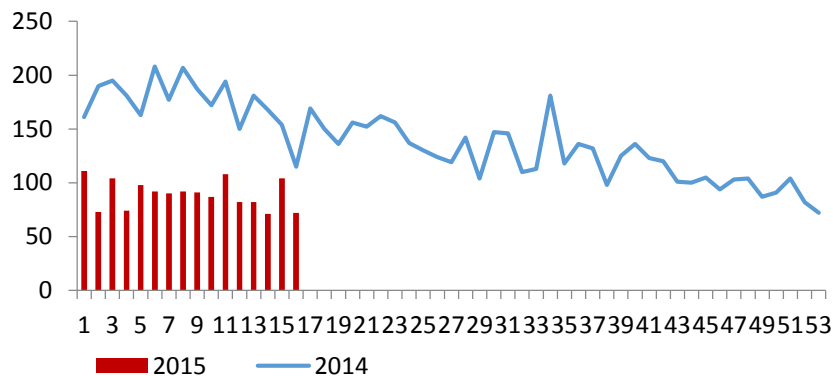
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A semana 16 se notificaron 14 muertes confirmadas: Siete muertes por meningitis por neumococo, cuatro muertes por meningitis meningococcica, dos muertes por meningitis por *Haemophilus influenzae* y una muerte por meningitis por otros agentes.

• Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron al Sivigila 1 440 casos de parotiditis, de los cuales el 99,3 % (1 431) corresponden a casos confirmados por clínica y el 0,6 % (nueve) a casos descartados por error de digitación. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 48,6 %, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 2 803 casos (ver gráfica 1).

Gráfica N°1. Casos de parotiditis, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80,9 % de los casos fueron notificados por: Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca, Barranquilla, Santander, Guajira, Boyacá, Norte de Santander, y Tolima. Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron: Bogotá, Antioquia, Valle y Cundinamarca con el 58,1% de los casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de parotiditis notificados según entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

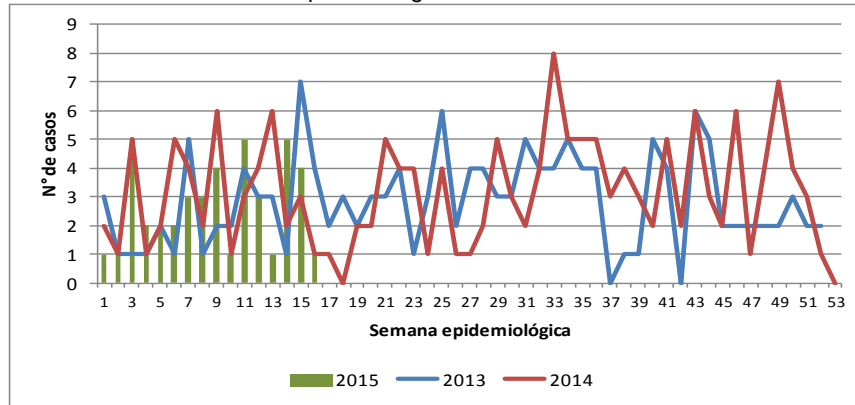
Entidad territorial	casos	%
Bogotá	488	34,1
Antioquia	162	11,3
Valle	92	6,4
Cundinamarca	89	6,2
Barranquilla	64	4,5
Santander	61	4,3
Guajira	57	4,0
Boyacá	54	3,8
Norte Santander	52	3,6
Tolima	38	2,7
Caquetá	26	1,8
Risaralda	23	1,6
Cauca	21	1,5
Atlántico	20	1,4
Nariño	19	1,3
San Andrés	18	1,3
Meta	18	1,3
Caldas	18	1,3
Quindío	16	1,1
Sucre	15	1,0
Cesar	11	0,8
Cartagena	10	0,7
Huila	10	0,7
Magdalena	9	0,6
Bolívar	9	0,6
Casanare	7	0,5
Arauca	7	0,5
Vichada	6	0,4
Putumayo	6	0,4
Córdoba	3	0,2
Sta. Marta D.E.	2	0,1
Total	1431	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Un total de 224 municipios reportaron casos de parotiditis hasta la semana epidemiológica 16, de los cuales el 62,2% de los casos corresponden a Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Riohacha.

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado al Sivigila 43 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra una disminución del 10,4% respecto al año inmediatamente anterior, en el cual se habían reportado 48 casos a semana epidemiológica 16 (ver gráfica 1)

Gráfica 1. Casos probables de PFA notificados, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia 2015

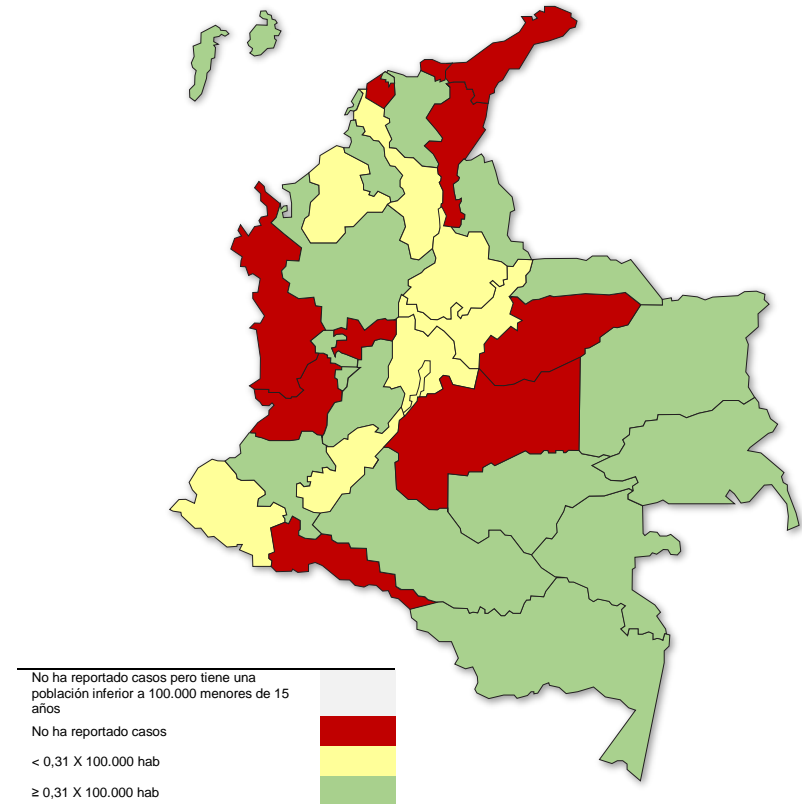
La tasa de notificación esperada hasta la fecha es de 0,31 casos por 100 000 menores de 15 años, las entidades territoriales que para esta semana superan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena, Cauca, Magdalena, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima y Vichada

Esta semana Boyacá no alcanza a superar la tasa esperada y por ello pasa de verde a amarillo, Huila que estaba en rojo pasa a amarillo ya que notifica un caso probable de PFA, pero sin lograr superar la tasa esperada, las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana pasada.

En el mapa, las entidades territoriales que no han notificado casos probables para el 2015 aparecen en rojo, las entidades territoriales que han notificados casos probables pero no superan la tasa esperada aparecen en amarillo, las entidades territoriales que

superan la tasa nacional aparecen en verde y aquellas que no han notificado casos y tienen una población inferior a 100 000 menores de 15 años aparecen en blanco (Ver mapa 1).

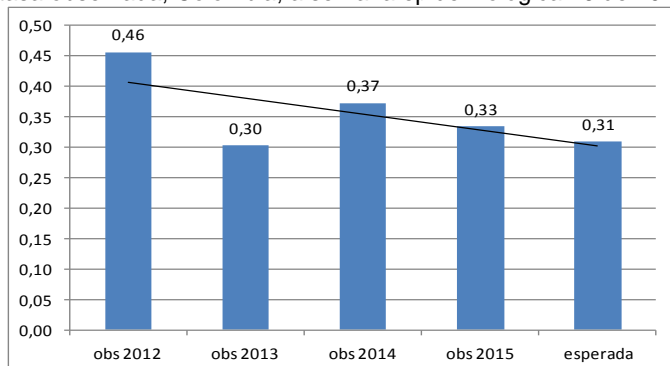
Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, Semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 16 de 2015 la tasa de notificación en el Sivigila es de 0,33 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 16 de 2015

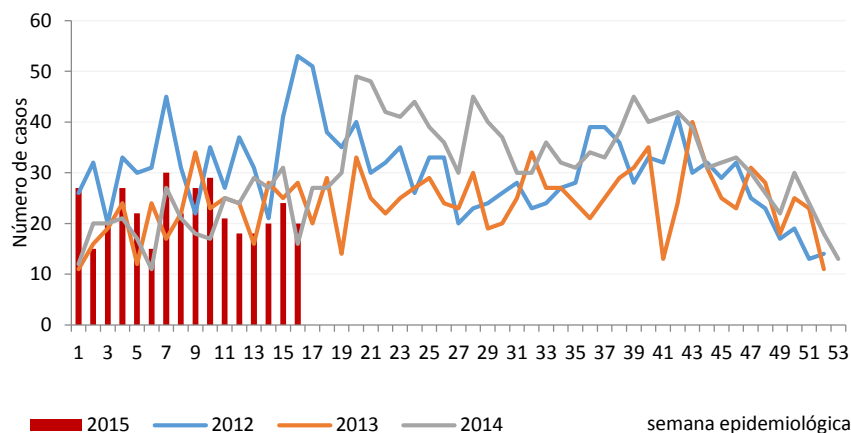


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia 2015.

• Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se reportaron 354 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un incremento del 5,6 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 336 casos, se observa un aumento del 2,0 % con respecto al año 2013 y una caída del 31,1 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 16 de 2015

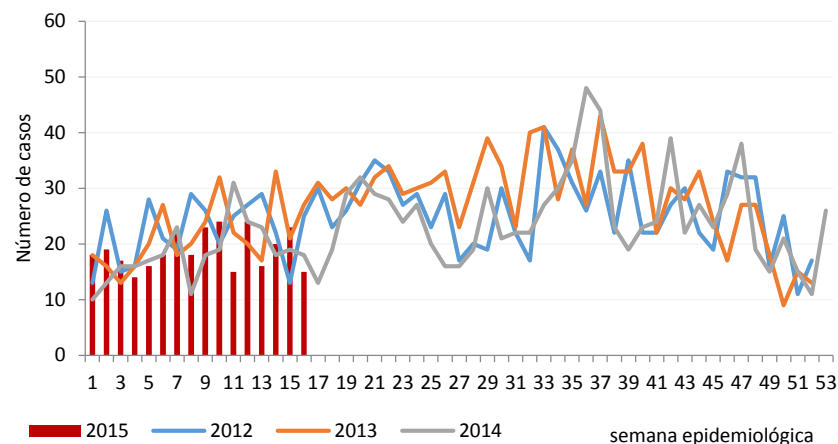


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 83,7 % de los casos sospechosos de sarampión son de tres entidades territoriales: Bogotá (240), Antioquia (40) y Cundinamarca (17); otras entidades territoriales que notifican casos fueron Valle del Cauca con siete casos, Sucre con seis casos, el distrito de Barranquilla y Caldas con cinco casos cada uno, Atlántico y San Andrés con cuatro casos cada uno, Boyacá y Risaralda con tres casos cada uno, el distrito de Cartagena, Cesar, Meta, Norte de Santander y Santander con dos casos cada uno, Caquetá, Casanare, La Guajira, Quindío, el distrito de Santa Marta, Tolima y Vichada con un caso cada uno; se notifican cuatro casos del exterior, dos procedentes de Brasil uno de Venezuela y uno de México, todos reportados por Bogotá.

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se reportaron 302 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra un aumento del 2,7 % con respecto al año anterior cuando se habían notificado 294 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 12,2 % y con el 2012 hay otro descenso del 17,2 % (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Según departamento o distrito de procedencia, el 84,4 % de los casos sospechosos de rubéola son de tres entidades territoriales: Bogotá (218), Antioquia (25) y Cundinamarca (12); otras entidades que notifican casos son Santander con nueve casos, Valle del Cauca con ocho casos, Boyacá con siete casos, Caldas con seis casos, Meta con cuatro casos, Tolima con tres casos, Nariño, Norte de Santander y Risaralda con dos casos cada uno, y Cauca, Cesar, Quindío y el distrito de Santa Marta con un caso cada uno. La tasa de notificación nacional es de 1,36 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 16 de 0,62.

Un total de nueve entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 15: Bogotá (5,81), San Andrés (5,23), Vichada (1,39), Caldas (1,11), Cundinamarca (1,08), Antioquia (1,01), Boyacá (0,78), Sucre (0,70) y Meta (0,62). No cumplen con la tasa esperada Santander, Risaralda, Santa Marta, Barranquilla, Quindío, Valle del Cauca, Atlántico, Norte de Santander, Cesar, Tolima, Casanare, Caquetá, Cartagena, Nariño, La Guajira y Cauca. Un total de 11 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 16 de 2015

Entidad territorial	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)	Tasa de notificación por 100.000 htes (MESS)
Bogotá, D.C.	458	7.878.783	5,81	4,77
San Andrés	4	76.442	5,23	1,39
Vichada	1	71.974	1,39	1,31
Caldas	11	987.991	1,11	0,91
Cundinamarca	29	2.680.041	1,08	0,82
Antioquia	65	6.456.299	1,01	0,71
Boyacá	10	1.276.407	0,78	0,71
Sucre	6	851.515	0,70	0,62
Meta	6	961.334	0,62	0,42
Santander	11	2.061.079	0,53	0,41
Risaralda	5	951.953	0,53	0,34
Santa Marta	2	483.865	0,41	0,29
Barranquilla	5	1.218.475	0,41	0,28
Quindío	2	565.310	0,35	0,28
Valle del Cauca	15	4.613.684	0,33	0,25
Atlántico	4	1.242.388	0,32	0,24
Norte de Santander	4	1.355.787	0,30	0,22
Cesar	3	1.028.890	0,29	0,22
Tolima	4	1.408.272	0,28	0,21
Casanare	1	356.479	0,28	0,20
Caquetá	1	477.642	0,21	0,18
Cartagena	2	1.001.755	0,20	0,12
Nariño	2	1.744.228	0,11	0,10
La Guajira	1	957.797	0,10	0,07
Cauca	1	1.379.169	0,07	0,06
Amazonas	0	76.243	0,00	0,00
Arauca	0	262.315	0,00	0,0
Bolívar	0	1.095.406	0,00	0,00
Chocó	0	500.093	0,00	0,00
Córdoba	0	1.709.644	0,00	0,00
Guainía	0	41.482	0,00	0,00
Guaviare	0	111.060	0,00	0,00
Huila	0	1.154.777	0,00	0,00
Magdalena	0	775.957	0,00	0,00
Putumayo	0	345.204	0,00	0,00
Vaupés	0	43.665	0,00	0,00
Exterior	4	NA	NA	NA
Total	604	48.203.405	1,36	1,08

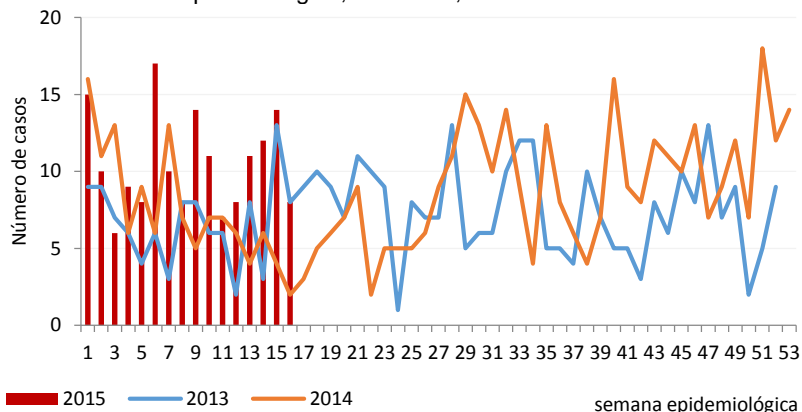
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005

Tasa esperada a semana 16= 0,62 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado 168 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra un incremento del 37,7 % cuando se reportaron 122 casos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 87,5 % de los casos provienen de cuatro entidades territoriales: Antioquia (97), Bogotá (33), Sucre (nueve) y Cundinamarca (ocho); otras entidades que reportan casos sospechosos son: Huila con tres casos, Bolívar, Casanare y Meta con dos casos cada uno y Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Putumayo, Quindío, Tolima y Valle del Cauca con un caso cada uno.

• Tétanos

Tétanos neonatal

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 no se han notificado casos probables o confirmados. Comparado con el año anterior esto significa una disminución importante dado que a semana 16 de 2014 se tenían cuatro casos notificados: tres descartados y uno confirmado.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado 11 casos de los cuales

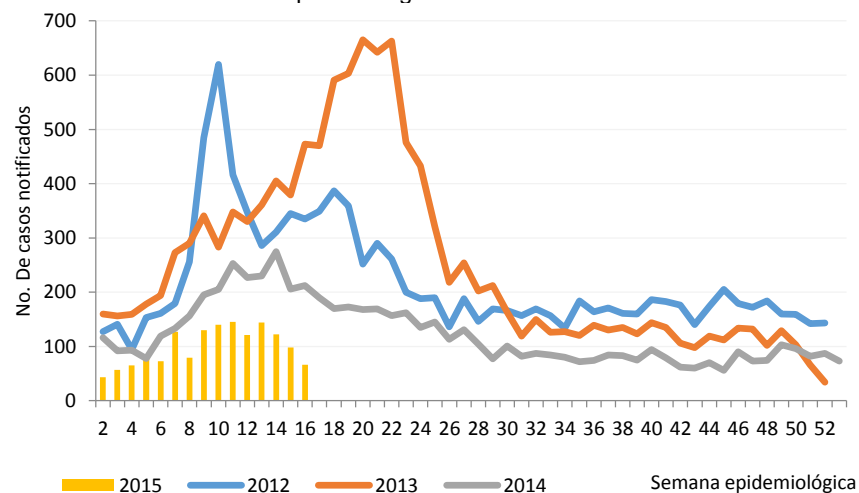
- nueve casos se encuentran confirmados de los departamentos de Antioquia, Caquetá, Cartagena, Cauca, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Sucre.
- un caso probable del departamento de Atlántico
- un caso descartado de Cartagena.

Comparado con el año anterior se habían notificado 26 casos y confirmado 25; esto representa una disminución del 57,7 % en los casos notificados y del 18,2 % en los nueve confirmados.

• Tos ferina

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado 1 572 casos. Se evidencia una disminución del 42,4 % en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 2 732 casos hasta la misma semana epidemiológica (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

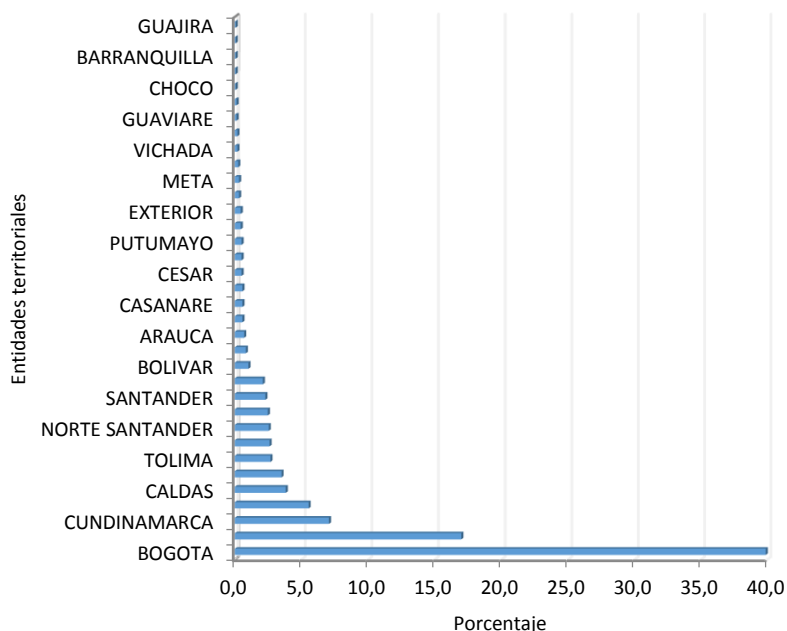


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los casos notificados a semana 16 se han confirmado 131 casos para tos ferina: Antioquia (48), Bogotá (20), Caldas (10), Nariño (9), Norte de Santander, Sucre y Valle con cinco casos cada uno, Bolívar (4), Santander, Huila, Cauca, Cartagena tres casos cada uno, Arauca, Amazonas, Cundinamarca y Boyacá dos casos cada uno, Barranquilla, Cesar, Caquetá, Atlántico un caso cada uno y un caso del exterior procedente de Venezuela y notificado por el departamento de Norte de Santander.

De los 1 572 casos notificados para tos ferina a Sivigila, según entidad territorial notificadora, el 73,3 % (1152 casos) se concentra en cinco entidades territoriales: Bogotá 39,9 % (627 casos), Antioquia 17,0 % (267 casos), Cundinamarca 7,1 % (111 casos), Valle del Cauca 5,5% (87), Caldas 3,8% (60).

Gráfica 2. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, semanas 1-16 de 2015



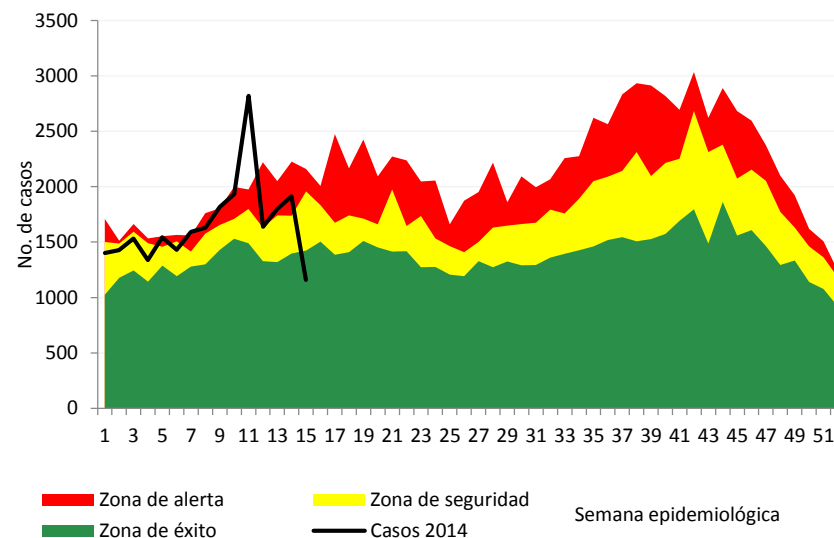
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Varicela

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado 27 203 casos de varicela, esta notificación muestra una disminución del 5,74 % respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 28 861 casos. A semana 16 la incidencia para el país es de 56,4 % casos por 100 000 habitantes.

Según el comportamiento en el canal endémico, iniciamos el año en zona de seguridad; para la semana epidemiológica 16 se termina en zona de éxito probablemente debido a la notificación tardía (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico de varicela, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Acumulado a semana 16 se han notificado once muertes asociadas a varicela procedentes de las siguientes entidades territoriales: Barranquilla, Acevedo (Huila), Carmen de Viboral (Antioquia), San Juan de Betulia (Sucre), Puerto Wilches (Santander), Santa Marta, Bogotá, Planeta Rica, Tierralta, Montelibano y Valencia (Córdoba).

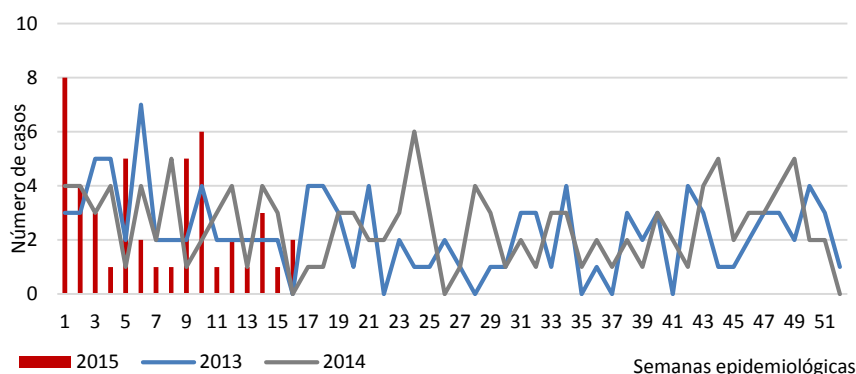
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En el análisis realizado por entidad territorial de procedencia se notificaron al Sivigila en la semana epidemiológica 16 de 2015 dos casos de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años; en la misma semana epidemiológica para el 2014 no se notificaron casos; con un total acumulado para el país de 46 casos de muertes por EDA (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la tasa de mortalidad es de 10,64 x 1 000 000 de habitantes menores de 5 años por causa de EDA, 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 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 16	Tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores de un año	873444	26	29.77
de 1 a 4 años	3448193	20	5.80
Total país	4321637	46	10.64

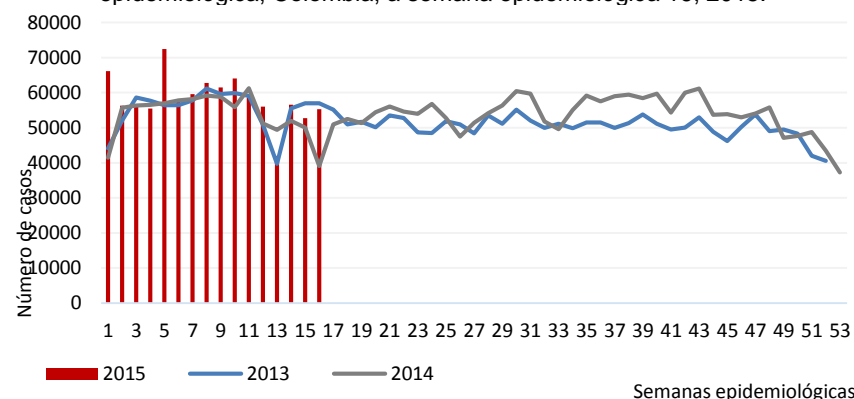
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 16 de 2015, 15 de las entidades territoriales han reportado casos de muertes por EDA en menores de 5 años.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron 55 285 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia; con un total acumulado para el país de 932 877 casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La totalidad de las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se observa un aumento del 41,27% de casos con respecto al año anterior, los casos acumulados aumentan con un valor del 8,47%; 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 16 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 16	39,134	55,285	41.27%
Casos Acumulados a SE 16	859,999	932,877	8.47%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de 1 año registran la incidencia más alta con 59,45 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre 1 y 4 años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 156 778 casos (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitantes
Colombia	48203405	932877	19.35
< 1 año	873444	51930	59.45
1 a 4 años	3448193	156778	45.47
5 a 9 años	4258678	69621	16.35
10 a 14	4282708	49097	11.46
15 a 19	4345112	54268	12.49
20 a 24	4292291	97442	22.70
25 a 29	3957939	96372	24.35
30 a 34	3539724	77769	21.97
35 a 39	3205979	56352	17.58
40 a 44	2879410	43577	15.13
45 a 49	2883795	39396	13.66
50 a 54	2680490	33710	12.58
55 a 59	2218791	27049	12.19
60 a 64	1728396	23518	13.61
65 a 69	1307382	17349	13.27
70 a 74	926841	13589	14.66
75 a 79	684618	11157	16.30
80 y más años	689614	13903	20.16

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 16 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 19,35 casos por 1000 habitantes fueron: Amazonas, Bogotá, Quindío y Valle del Cauca. Estos cuatro territorios aportan el 11,11% del total del evento en el país (ver tabla 4).

Tabla 4. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015

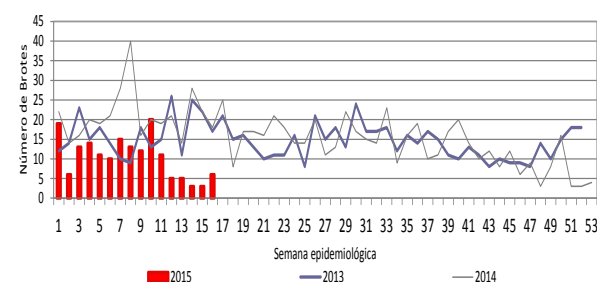
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	2616	0.3%	76,243	34.31
Bogotá	240956	25.8%	7,878,783	30.58
Quindío	15287	1.6%	565,310	27.04
Valle del Cauca	121688	13.0%	4,613,684	26.38
Colombia	932877	100.0%	48,203,405	19.35

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• ETA

Después del proceso de depuración se tiene que hasta la semana epidemiológica 16 del 2015 se notificaron al Sivigila 2419 casos de ETA, involucrados en 166 brotes. Respecto a los brotes de ETA por semana epidemiológica se observa una disminución en la notificación del 50,9% en relación a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 10 (ver gráfica 1).

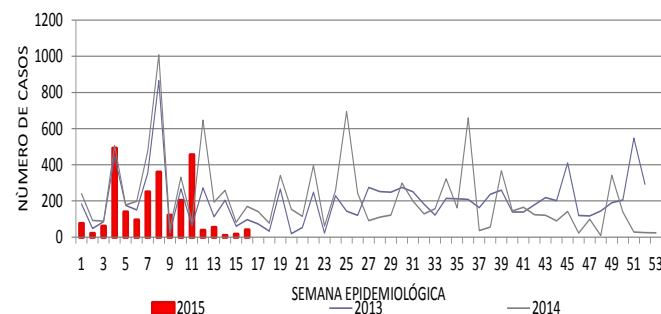
Gráfica 1. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 47,4% con respecto a las mismas semanas del 2015. Durante el 2015 el promedio de casos por semana es de 151 (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 16 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 10 a 14 años (18,3%), 5 a 9 años (11,9%) y 15 a 19 años (10,7%). El 58% de los casos están como confirmados por clínica, el 22% como confirmados por laboratorio, el 18% como probables y el 2% confirmados por nexa epidemiológico.

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

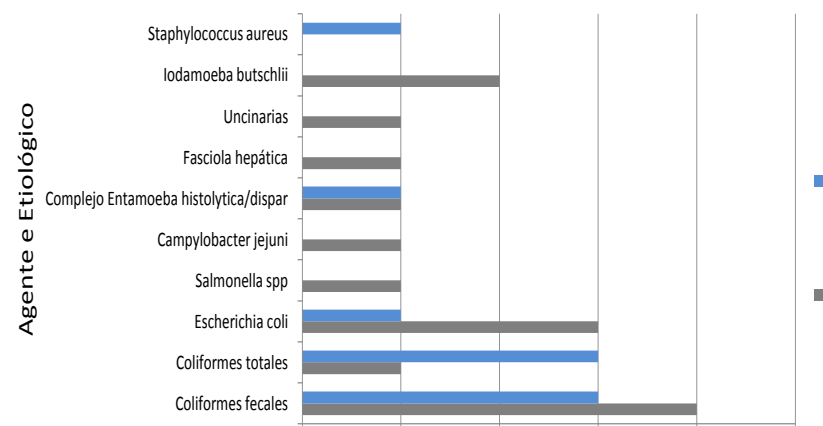
Tabla 1. Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	30	18,1
Atlántico	19	11,4
Nariño	13	7,8
Antioquia	12	7,2
Sucre	11	6,6
Magdalena	10	6,0
Valle Del Cauca	9	5,4
Boyacá	7	4,2
Cartagena	7	4,2
Huila	6	3,6
Bolívar	4	2,4
Cauca	4	2,4
Cundinamarca	4	2,4
Santander	4	2,4
Quindío	3	1,8
Tolima	3	1,8
Arauca	3	1,8
Putumayo	3	1,8
Barranquilla	2	1,2
Cesar	2	1,2
La Guajira	2	1,2
Norte De Santander	2	1,2
Risaralda	2	1,2
Casanare	2	1,2
Chocó	1	0,6
Meta	1	0,6
NACIONAL	166	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los agentes etiológicos detectados en muestras biológicas y muestras de alimentos procedentes de brotes de ETA fueron Coliformes fecales, Coliformes totales, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella spp*, *Campylobacter jejuni*, Complejo Entamoeba histolytica/dispar, Fasciola hepática, Uncinarias y *Lodamoeba butschlii* (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas y de alimentos procedentes de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015.



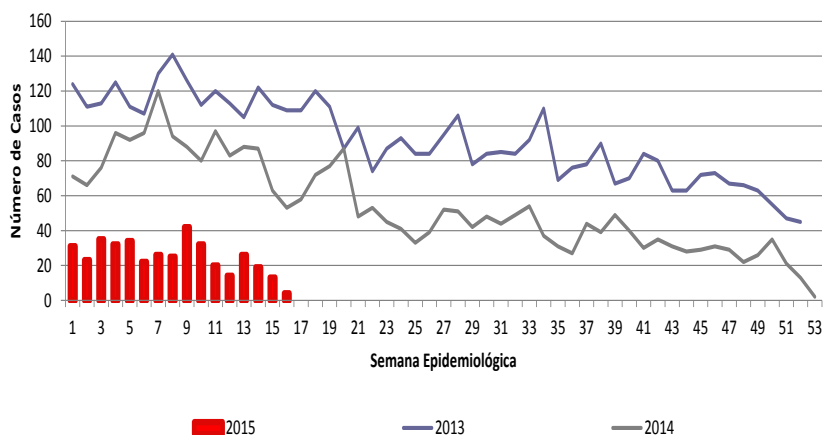
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la Semana epidemiológica 16 se notificaron seis brotes de ETA que involucraron 39 casos; los departamentos de procedencia de estos brotes fueron Santander, Casanare, Magdalena, Bogotá y Huila; los principales factores de riesgo identificados fueron mal descongelamiento, inadecuada conservación e higiene personal; los establecimientos implicados en los brotes fueron el hogar (tres brotes), establecimiento educativo (un brote), restaurantes (un brote) y otros (un brote).

• Hepatitis A

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 16 se notificaron 398 casos de hepatitis A, de los cuales cuatro se notificaron esta semana; el 53,52% fueron confirmados por clínica, 45,48% por laboratorio y 1% por nexo epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica 16 se presentó una disminución en la notificación del 70,5% respecto al 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 16, 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 (14,6%), Valle del Cauca (12,1%), Huila (10,3%) y Bogotá (7,3%) (ver tabla 1).

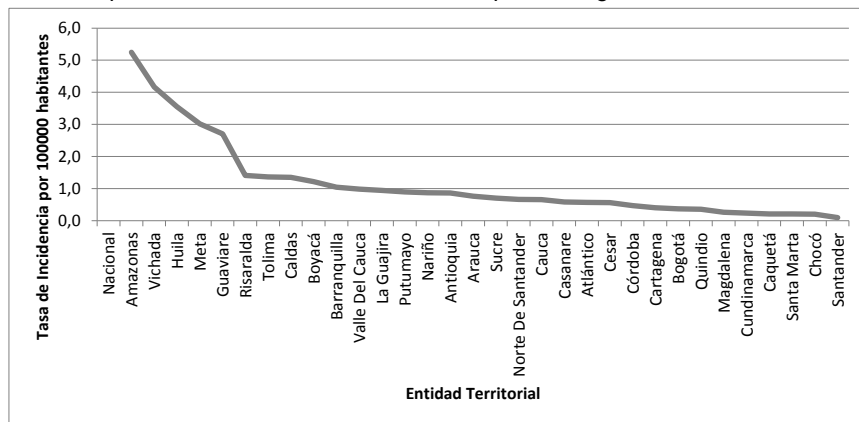
Tabla 1. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Entidad Territorial	Nº Casos	Porcentaje
Antioquia	58	14,6
Valle Del Cauca	48	12,1
Huila	41	10,3
Bogotá	29	7,3
Meta	29	7,3
Tolima	19	4,8
Boyacá	18	4,5
Nariño	15	3,8
Atlántico	14	3,5
Risaralda	13	3,3
Barranquilla	12	3,0
Caldas	12	3,0
Cauca	9	2,3
La Guajira	9	2,3
Norte De Santander	9	2,3
Córdoba	8	2,0
Cundinamarca	7	1,8
Cesar	6	1,5
Sucre	6	1,5
Cartagena	4	1,0
Amazonas	4	1,0
Magdalena	3	0,8
Putumayo	3	0,8
Guaviare	3	0,8
Vichada	3	0,8
Exterior	3	0,8
Bolívar	2	0,5
Quindío	2	0,5
Santander	2	0,5
Arauca	2	0,5
Casanare	2	0,5
Caquetá	1	0,3
Chocó	1	0,3
Santa Marta	1	0,3
TOTAL	398	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 16 fue de 0,3 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Amazonas con 5,25, Vichada con 4,17, Huila con 3,55 y Meta con 3,02 por 100 000 habitantes (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

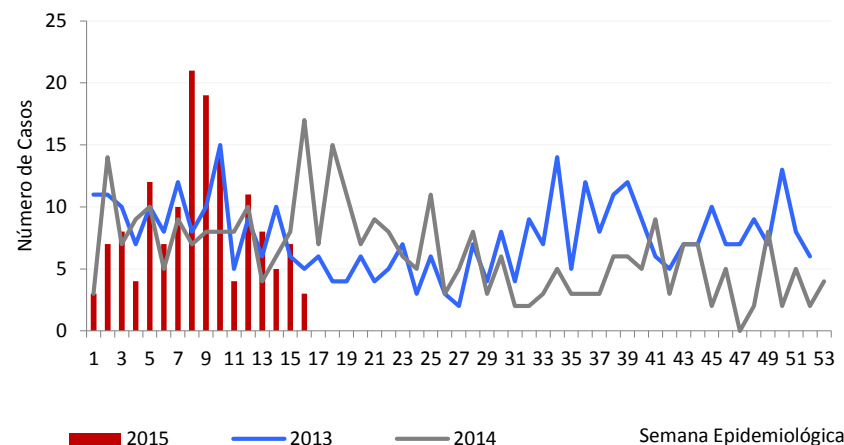
El 76% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 13% en rural y el 11% en centro poblado. En cuanto a la población, el 94,7% pertenece a otros grupos étnicos, el 2,8% a indígenas, el 1,7% afrocolombianos y el 0,8% a ROM y gitanos.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (16,3%), 10 a 14 años (13,1%) y 5 a 9 años (12,6%). El 35% de los casos fueron hospitalizados.

• Fiebre tifoidea y paratifoidea

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se ha notificado 143 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, de los cuales tres casos se notificaron en esta semana. Se observa un aumento en la notificación del 7,5% con respecto a las mismas semanas del 2014 (ver gráfico 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 50% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 67,1% de los casos fueron notificados por Norte de Santander, Antioquia y Cauca (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Norte De Santander	37	25,9
Antioquia	36	25,2
Cauca	23	16,1
Huila	12	8,4
Chocó	8	5,6
Valle Del Cauca	7	4,9
Bolívar	3	2,1
Casanare	3	2,1
Bogotá	2	1,4
Caldas	2	1,4
Cesar	2	1,4
Nariño	2	1,4
Cundinamarca	1	0,7
Meta	1	0,7
Risaralda	1	0,7
Santa Marta	1	0,7
Santander	1	0,7
Tolima	1	0,7
Total	143	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 16 de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 5 a 9 años (13,3%), de 0 a 4 años (12,6%) y de 20 a 24 años (12,6%) (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	18	12,6
5-9	19	13,3
10-14	16	11,2
15-19	13	9,1
20-24	18	12,6
25-29	17	11,9
30-34	7	4,9
35-39	7	4,9
40-44	3	2,1
45-49	2	1,4
50-54	7	4,9
55-59	3	2,1
60-64	4	2,8
65-69	3	2,1
70-74	2	1,4
75-79	2	1,4
80 Y MÁS	2	1,4
TOTAL	143	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se han confirmado 43 casos por laboratorio (coprocultivo o hemocultivo), los cuales están serotipificados en el Instituto Nacional de Salud para *Salmonella* Typhi. Las entidades territoriales de procedencia de los casos confirmados de fiebre tifoidea son Norte de Santander (28 casos), Antioquia (ocho casos), Nariño (dos casos), Meta (un caso), Bogotá (un caso), Cartagena (un caso), Santander (un caso) y Valle del Cauca (un caso).

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

• Chagas

En la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron al Sivigila 13 casos de Enfermedad de Chagas, dos agudos y 11 crónicos.

El acumulado a semana epidemiológica 16 de 2015 es de 167 casos, de los cuales 83.8 % (140/167) corresponden a casos crónicos (59 confirmados y 81 probables) y 16,2% (27/167) casos agudos (tres confirmados y 24 probables).

Los casos crónicos fueron notificados por 15 entidades territoriales. Boyacá notificó el 25.71 % de los casos, Casanare 18,57 %, Bogotá 15.71 %, Santander 11.43 %, Cesar y Tolima con 5.71 % cada uno (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015.

Departamento notificador	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
BOYACA	18	30,51	18	22,22	36	25,71
CASANARE	21	35,59	5	6,17	26	18,57
BOGOTA	3	5,08	19	23,46	22	15,71
SANTANDER	4	6,78	12	14,81	16	11,43
CESAR	1	1,69	7	8,64	8	5,71
TOLIMA	0	0,00	8	9,88	8	5,71
CUNDINAMARCA	2	3,39	5	6,17	7	5,00
NTE SANTANDER	4	6,78	1	1,23	5	3,57
HUILA	3	5,08	1	1,23	4	2,86
ARAUCA	0	0,00	3	3,70	3	2,14
ANTIOQUIA	0	0,00	1	1,23	1	0,71
CAUCA	1	1,69	0	0,00	1	0,71
GUAVIARE	1	1,69	0	0,00	1	0,71
META	0	0,00	1	1,23	1	0,71
SUCRE	1	1,69	0	0,00	1	0,71
Total casos	59	100,00%	81	100,00%	140	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos agudos a nivel nacional el 11.11%(3/27) han sido confirmado por laboratorio (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad Territorial de procedencia, Colombia semana epidemiológica 16 de 2015.

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
CASANARE	3	1	4	3,70
TOLIMA	4	0	4	0,00
CESAR	2	1	3	3,70
SANTANDER	3	0	3	0,00
BOLIVAR	2	0	2	0,00
CUNDINAMARCA	2	0	2	0,00
ANTIOQUIA	1	0	1	0,00
ARAUCA	1	0	1	0,00
BARRANQUILLA	1	0	1	0,00
BOGOTA	1	0	1	0,00
BOYACA*	0	1	1	3,70
CORDOBA	1	0	1	0,00
META	1	0	1	0,00
NTE SANTANDER	1	0	1	0,00
QUINDIO	1	0	1	0,00
Total	24	3	27	11,11%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

*El caso es notificado por Norte de Santander y se encuentra en investigación epidemiológica de campo para verificación de procedencia

• Chikunguña

Durante el año 2014 se presentaron un total de 106.592 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 16 se notificaron 197.549 casos, de los cuales 191.037 fueron confirmados por clínica, 199 confirmados por laboratorio y 6.313 sospechosos (ver tabla 1).

Tabla 1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 25 de abril de 2015

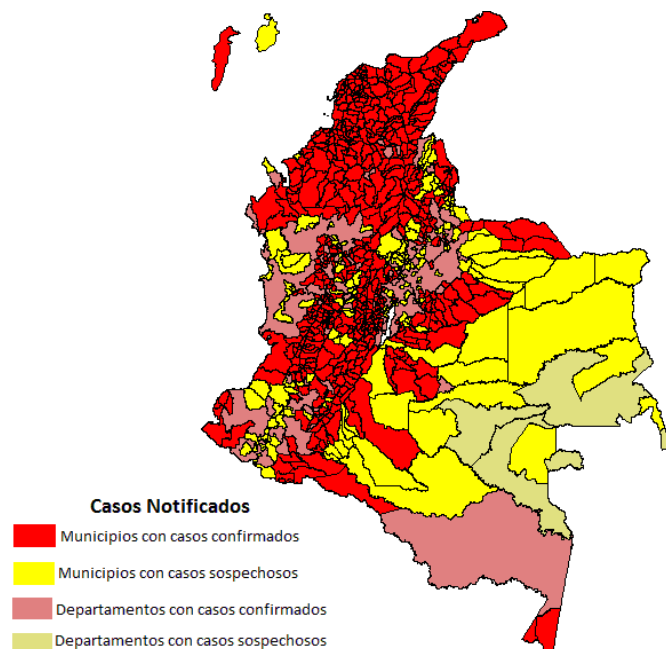
	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 16-2015	9.279	0	513	9.792
Acumulado 2015	191.037	199	6.313	197.549
Acumulado 2014	104.389	1.410	793	106.592

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

Se ha demostrado circulación viral en 31 entidades territoriales quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y sospechosos: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de

Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés y Valle del Cauca; 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 25 de abril de 2015



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

Casos notificados por regiones de Colombia

En la región de la Amazonía se han reportado casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá y Putumayo y casos sospechosos en los departamentos de Amazonas, Vaupés, Caquetá, Guainía, Guaviare 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 Amazonía	AMAZONAS	9	1	4	14
	CAQUETA	1798	5	385	2188
	GUAINIA	0	0	11	11
	GUAVIARE	0	0	250	250
	VAUPES	0	0	1	1
	PUTUMAYO	102	2	3	107
Total		1909	8	654	2571

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	9180	30	797	10007
	BOGOTA*	0	0	191	191
	CALDAS	2264	7	28	2299
	CUNDINAMARCA	13349	30	132	13511
	HUILA	24111	24	98	24233
	QUINDIO	643	0	2	645
	RISARALDA	427	4	1	432
	TOLIMA	29723	12	744	30479
Total		79697	107	1993	81797

*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; en esta región el municipio de Cúcuta presenta la mayor frecuencia de casos confirmados por clínica (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	470	5	29	504
	NTE SANTANDER	5510	18	150	5678
	SANTANDER	3725	3	77	3805
	Total	9705	26	256	9987

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

La región Orinoquía ha notificado ocho casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Casanare y Meta; de igual manera, se notifican casos sospechosos en 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	2261	0	634	2895
	CASANARE	6031	1	437	6469
	META	5150	8	410	5568
	VICHADA	0	0	28	28
	Total	13442	9	1509	14960

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 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	505	1	1426	1932
	CHOCO	21	2	364	387
	NARIÑO	807	0	34	841
	VALLE	49863	33	12	49908
	Total	51196	36	1836	53068

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

En la región Caribe se ha presentado la mayor cantidad de casos confirmados del país, siendo reportados por las entidades territoriales de: Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, 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	ATLANTICO	1511	0	14	1525
	BARRANQUILLA	4016	0	0	4016
	BOLIVAR	426	1	0	427
	CARTAGENA	347	0	0	347
	CESAR	2645	6	10	2661
	CORDOBA	11778	2	11	11791
	GUAJIRA	4402	1	18	4421
	MAGDALENA	1723	0	8	1731
	SAN ANDRES	523	0	4	527
	STA MARTA D.E.	1538	3	0	1541
	SUCRE	6179	0	0	6179
	Total	35088	13	65	35166

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

Muertes

Hasta la semana epidemiológica 16 acumulado 2014-2015 se han notificado 43 muertes probables por chikunguña en el País, por este motivo se realizó entre los días 20 al 24 de abril una reunión en Bogotá con expertos nacionales e internacionales, con el objeto construir una metodología para el análisis de casos atípicos y casos probables de muerte por el virus del chikunguña, basados en la experiencia de países que ya han sido afectados por esta epidemia.

La reunión contó con la participación de expertos del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta y personal médico asistencial de diferentes regiones del país.

Después de efectuar la unidad de análisis, una muerte fue descartada para Chikunguña, 25 fueron confirmadas y 17 permanecen en estudio (Tabla 1).

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

DEPARTAMENTO PROCEDENCIA	MUNICIPIO PROCEDENCIA	MUNICIPIO NOTIFICACION	DEPARTAMENTO NOTIFICACION	EDAD	RESULTADO UNIDAD DE ANÁLISIS
ATLANTICO	BARRANOA	BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	64 Años	CONFIRMADO
MAGDALENA	FUNDACION	BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	7 Años	PENDIENTE
BOLIVAR	ARROYOHONDO	ARROYOHONDO	BOLIVAR	38 Años	PENDIENTE
CARTAGENA	CARTAGENA	CARTAGENA	CARTAGENA	64 Años	CONFIRMADO
CARTAGENA	CARTAGENA	CARTAGENA	CARTAGENA	47 Años	PENDIENTE
BOLIVAR	MARIA LA BAJA	CARTAGENA	CARTAGENA	5 Años	PENDIENTE
MAGDALENA	GRANADA	VALLEDUPAR	CESAR	38 Años	PENDIENTE
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	75 Años	CONFIRMADO
CUNDINAMARCA	APULO	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	82 Años	DESCARTADA
CUNDINAMARCA	VIOTA	BOGOTA	CUNDINAMARCA	64 Años	CONFIRMADO
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	77 Años	CONFIRMADO
TOLIMA	MELGAR	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	3 Años	CONFIRMADO
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	77 Años	CONFIRMADO
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	64 Años	CONFIRMADO
HUILA	NEIVA	NEIVA	HUILA	74 Años	CONFIRMADO
HUILA	AIPE	NEIVA	HUILA	67 Años	CONFIRMADO
HUILA	CAMPOALEGRE	NEIVA	HUILA	17 Dias	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	75 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	66 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	54 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	30 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	VILLA DEL ROSARIO	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	30 Años	CONFIRMADO
VENEZUELA	UREÑA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	62 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	79 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	72 Años	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	LOS PATIOS	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	1 DIA	PENDIENTE
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	23 Años	PENDIENTE
NORTE DE SANTANDER	LOS PATIOS	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	21 Dias	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	VILLA DEL ROSARIO	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	1 Meses	CONFIRMADO
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	33 Años	PENDIENTE
SANTANDER	BARRANCABERMEJA	BARRANCABERMEJA	SANTANDER	81 Años	PENDIENTE
SANTANDER	PIEDICUESTA	BUCARAMANGA	SANTANDER	90 Años	PENDIENTE
SANTANDER	GIRON	BUCARAMANGA	SANTANDER	2 Años	PENDIENTE
SUCRE	COROZAL	SUCRE	SUCRE	2 Meses	CONFIRMADO
BOLIVAR	MAGANGUE	SINCELEJO	SUCRE	11 Meses	CONFIRMADO
SUCRE	SINCELEJO	SINCELEJO	SUCRE	58 Años	PENDIENTE
TOLIMA	ARMERO	ARMERO	TOLIMA	69 Años	CONFIRMADO
TOLIMA	(GUAYABAL)	(GUAYABAL)	TOLIMA	48 Años	CONFIRMADO
TOLIMA	ARMERO	IBAGUE	TOLIMA	28 Años	PENDIENTE
TOLIMA	(GUAYABAL)	IBAGUE	TOLIMA	33 Años	PENDIENTE
TOLIMA	IBAGUE	IBAGUE	TOLIMA	77 Años	PENDIENTE
TOLIMA	LERIDA	IBAGUE	TOLIMA	85 Años	PENDIENTE
TOLIMA	GUAMO	IBAGUE	TOLIMA	85 Años	PENDIENTE
TOLIMA	IBAGUE	IBAGUE	TOLIMA	85 Años	PENDIENTE
VALLE	CALI	CALI	VALLE	62 Años	PENDIENTE

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

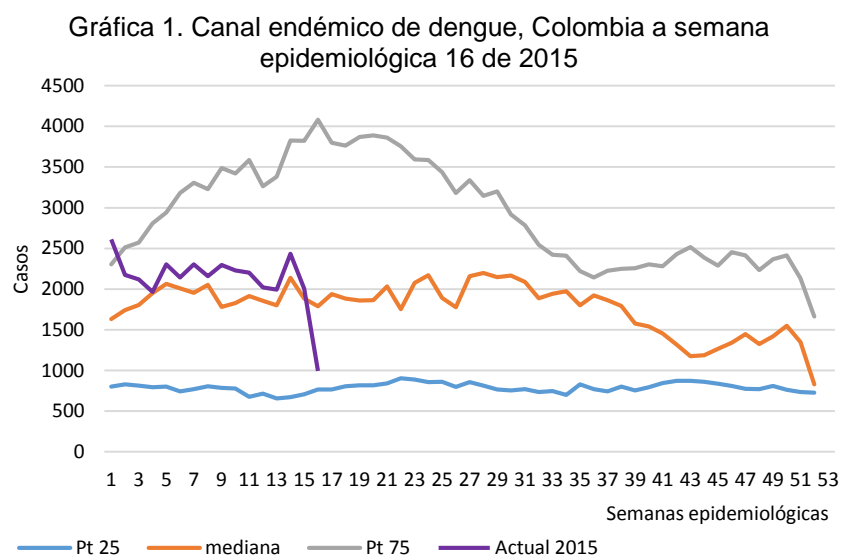
comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar 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 enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

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

• Dengue

El canal endémico de dengue se ubicó en la zona de éxito en la semana epidemiológica 16, se mantuvo en la zona de alarma desde las semanas dos a la quince y en zona de brote en la semana uno. 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).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron 33 945 casos totales de dengue, de los cuales 33 494 (98,7 %) corresponden a dengue y 451 (1,3%) a dengue grave.

A la semana epidemiológica 16 de 2014 se habían notificado 33 090 casos de dengue, que comparados con el mismo periodo del año 2015, presentan un aumento del 2,5 %, es decir 855 casos más. Se están notificando en promedio 2 424 casos semanales.

El 29,4 % (9 843/33 494) de los casos de dengue y el 41,7 % (188/451) de los casos de dengue grave se concentra en los

menores de 14 años. Por aseguramiento, se observa un predominio en el régimen contributivo (52,4 %), seguido del régimen subsidiado (38,8 %). El 55,2 % (249/451) de los casos de dengue grave, se presentaron en hombres (ver tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	16694	49,8%	202	44,8%	16896	49,8%
	Masculino	16800	50,2%	249	55,2%	17049	50,2%
Tipo de régimen	Contributivo	17594	52,5%	197	43,7%	17791	52,4%
	Especial	1077	3,2%	13	2,9%	1090	3,2%
	No afiliado	1052	3,1%	22	4,9%	1074	3,2%
	excepción	806	2,4%	9	2,0%	815	2,4%
	Subsidiado	12965	38,7%	210	46,6%	13175	38,8%
Pertenencia étnica	Indígena	342	1,0%	5	1,1%	347	1,0%
	ROM, Gitano	152	0,5%	3	0,7%	155	0,5%
	Raizal	33	0,1%	1	0,2%	34	0,1%
	Palenquero	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	799	2,4%	16	3,5%	815	2,4%
	Otro	32167	96,0%	426	94,5%	32593	96,0%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1081	3,2%	23	5,1%	1104	3,3%
	1 a 4 años	2015	6,0%	28	6,2%	2043	6,0%
	5 a 9 años	3029	9,0%	69	15,3%	3098	9,1%
	10 a 14 años	3718	11,1%	68	15,1%	3786	11,2%
	15 a 19 años	3629	10,8%	48	10,6%	3677	10,8%
	20 a 24 años	3231	9,6%	46	10,2%	3277	9,7%
	25 a 29 años	3028	9,0%	19	4,2%	3047	9,0%
	30 a 34 años	2644	7,9%	18	4,0%	2662	7,8%
	35 a 39 años	2090	6,2%	15	3,3%	2105	6,2%
	40 a 44 años	1739	5,2%	12	2,7%	1751	5,2%
	45 a 49 años	1566	4,7%	11	2,4%	1577	4,6%
	50 a 54 años	1520	4,5%	26	5,8%	1546	4,6%
	55 a 59 años	1154	3,4%	15	3,3%	1169	3,4%
	60 a 64 años	857	2,6%	8	1,8%	865	2,5%
	65 y más años	2193	6,5%	45	10,0%	2238	6,6%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80 % de los casos de dengue proceden de diez entidades territoriales: Valle del Cauca con 7 761 casos, Tolima con 3 754 casos, Meta con 3 385, Santander con 3 204 casos, Antioquía con 1 982 casos, Cundinamarca con 1 676, Huila con 1 611 casos, Quindío 1 252, Norte de Santander 997 casos y Casanare con 986 casos. Para dengue grave el 80 % de los casos se concentró en 11 entidades territoriales: Tolima con 127 casos, Valle del Cauca con 59 casos, Huila con 29 casos, Antioquia con 23 casos, Cundinamarca con 23 casos, Meta con 22 casos, Barranquilla con 21 casos, Santander con 19, Cesar con 16 casos, Sucre con 14 casos y Quindío con 14 casos.

El 50 % de los casos de dengue procede de 23 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Ibagué, Bucaramanga, Villavicencio, Medellín, Cúcuta, Yopal y Armenia, que a su vez han notificado más de 500 casos durante las 16 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, 18 municipios aportan el 50% de los casos, donde los más afectados son: Ibagué, Cali, Purificación y Barranquilla con más de 20 casos.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 16 es de 127,1 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. 15 entidades territoriales superaron la incidencia nacional, Meta, Casanare, Tolima, Arauca, Cundinamarca, Amazonas y Putumayo presentaron proporciones de incidencia superiores a 280 casos por 100 000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue, los municipios de Melgar, Acacias, Espinal, Yopal, Garzón, Ibagué, Aguazul y Calarcá presentan incidencias superiores a 300 casos por 100 000 habitantes. Para dengue grave los municipios de Espinal, Ibagué, Calarcá, Melgar, Aguazul y Acacias presentan incidencias superiores a 5 casos por 100.000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 49,6 % (5 220/10 514). La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 86,3 % (389/451), donde Huila, Santander, Risaralda, Cesar, Tolima, Sucre, Bogotá, Quindío, Valle, Guajira, Santa Marta D. E, Antioquía, Bolívar, Cundinamarca, Magdalena, Boyacá y Arauca están por debajo de 90 % de hospitalización.

Hasta la semana epidemiológica 16 se han notificado 116 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran confirmadas tres procedentes de Santa Marta, Guajira y Valle con una muerte cada uno, descartadas 19 procedentes de Valle una, Cesar una, Córdoba dos, Cundinamarca cuatro, Huila dos, Norte de Santander una, Santander una, Tolima seis y Vichada una.

• **Fiebre amarilla**

En la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificó un caso probable de fiebre amarilla.

En el transcurso del año se han notificado seis casos probables de fiebre amarilla, de los cuales se descartan cuatro por resultados de laboratorio negativo y dos se encuentran en estudio (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015.

Departamento procedencia	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
ARAUCA	0	0,00	1	16,6	1	16,6
CAQUETA	0	0,00	1	16,6	1	16,6
GUAVIARE	0	0,00	1	16,6	1	16,6
HUILA	0	0,00	1	16,6	1	16,6
NARIÑO	0	0,00	1	16,6	1	16,6
VICHADA	0	0,00	1	16,6	1	16,6
Total casos	0	0,00%	6	100,00%	6	100,00%

Fuente Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• **Leishmaniasis**

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificaron al Sivigila 1964 casos confirmados de leishmaniasis distribuidos así: 1932 casos (98,4 %) de leishmaniasis cutánea, 21 casos (1,1 %) de leishmaniasis mucosa y 11 casos (0,5 %) de leishmaniasis visceral.

Los casos proceden de 28 entidades territoriales, con una mayor carga en los departamentos de Antioquía, Meta, Santander, Nariño, Tolima, Bolívar, Chocó y Guaviare, que a su vez concentraron el 71 % de la notificación (ver tabla 1). Los 11 casos confirmados de leishmaniasis visceral proceden de los municipios: El Carmen de Bolívar con 7 casos, San Andrés de Sotavento, Córdoba con un caso, San Juan Nepomuceno (Bolívar) con un caso, Sumpués y San Onofre, Sucre (un caso cada uno).

Tabla 1. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	489	6	0	495	25,2%	25,2%
Meta	267	4	0	271	13,8%	39,0%
Santander	170	1	0	171	8,7%	47,7%
Nariño	112	0	0	112	5,7%	53,4%
Tolima	93	0	0	93	4,7%	58,1%
Bolívar	79	2	8	89	4,5%	62,7%
Choco	89	0	0	89	4,5%	67,2%
Guaviare	83	2	0	85	4,3%	71,5%
Córdoba	79	1	1	81	4,1%	75,7%
Risaralda	77	0	0	77	3,9%	79,6%
Nte Santander	67	0	0	67	3,4%	83,0%
Caquetá	61	1	0	62	3,2%	86,2%
Putumayo	56	0	0	56	2,9%	89,0%
Cundinamarca	39	3	0	42	2,1%	91,1%
Cauca	27	0	0	27	1,4%	92,5%
Boyacá	22	0	0	22	1,1%	93,6%
Caldas	22	0	0	22	1,1%	94,8%
Valle	17	0	0	17	0,9%	95,6%
Vichada	17	0	0	17	0,9%	96,5%
Sucre	13	0	2	15	0,8%	97,3%
Amazonas	12	0	0	12	0,6%	97,9%
Vaupés	8	0	0	8	0,4%	98,3%
Huila	6	1	0	7	0,4%	98,6%
Guainía	6	0	0	6	0,3%	98,9%
Arauca	5	0	0	5	0,3%	99,2%
Casanare	4	0	0	4	0,2%	99,4%
Desconocido	4	0	0	4	0,2%	99,6%
Exterior	4	0	0	4	0,2%	99,8%
Cesar	2	0	0	2	0,1%	99,9%
Guajira	1	0	0	1	0,1%	99,9%
Magdalena	1	0	0	1	0,1%	100,0%
Total	1930	21	11	1964	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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 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 (ver tabla 2).

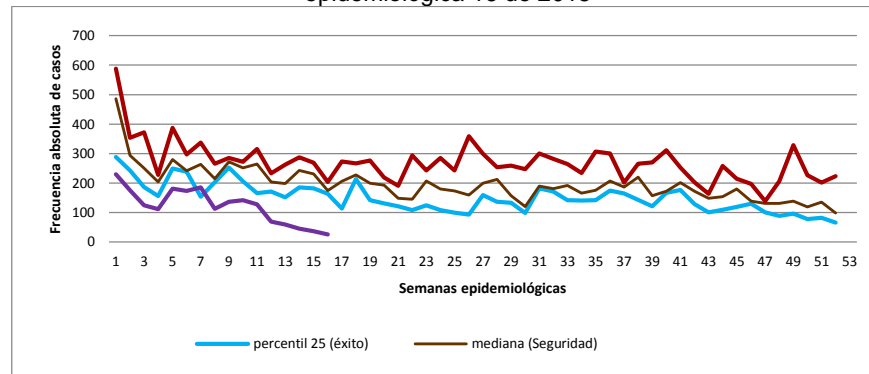
Tabla 2. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		1932	21	11
Sexo	Femenino	19,1%	9,5%	45,5%
	Masculino	80,9%	90,5%	54,5%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,3%	0,0%	36,4%
	1 a 4 años	4,0%	0,0%	63,6%
	5 a 9 años	5,7%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	7,0%	4,8%	0,0%
	15 a 19 años	11,0%	9,5%	0,0%
	20 a 24 años	28,4%	19,0%	0,0%
	25 a 29 años	15,7%	14,3%	0,0%
	30 a 34 años	8,9%	9,5%	0,0%
	35 a 39 años	5,3%	9,5%	0,0%
	40 a 44 años	3,2%	14,3%	0,0%
	45 a 49 años	2,1%	4,8%	0,0%
	50 a 54 años	2,2%	4,8%	0,0%
	55 a 59 años	2,6%	4,8%	0,0%
	60 a 64 años	1,4%	0,0%	0,0%
	65 y más años	2,3%	4,8%	0,0%
Pertenencia étnica	Indígena	4,5%	0,0%	9,1%
	ROM	0,2%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,4%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,1%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	5,3%	4,8%	0,0%
	Otros	89,6%	95,2%	90,9%
Área de procedencia	Cabecera municipal	14,5%	9,5%	0,0%
	Centro poblado	16,9%	38,1%	54,5%
	Rural disperso	68,6%	52,4%	45,5%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,1%	33,3%	0,0%
	No afiliado	5,4%	0,0%	0,0%
	Excepción	42,5%	33,3%	0,0%
	Subsidiado	46,5%	33,3%	100,0%
	Especial	0,5%	0,0%	0,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado en zona de éxito durante las 15 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico nacional de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015

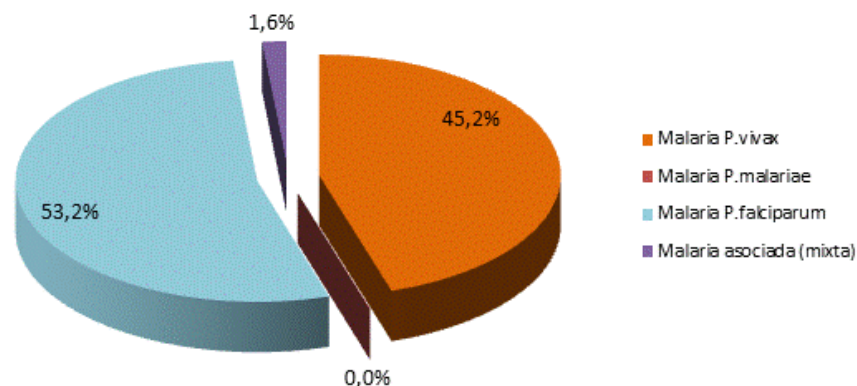


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Malaria

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron al Sivigila 9733 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 4395 casos (45,2 %) por *P. Vivax*, 5178 casos (53,2 %) por *P. falciparum*, cuatro casos (0,03 %) por *p. malariae* y 156 casos (1,6 %) por malaria asociada. Se notificaron 181 casos de malaria complicada y tres casos de muerte por malaria (ver gráfica 1).

Gráfica1. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 29 entidades territoriales y 199 municipios. El 81,4 % de los casos se concentró tres departamentos: Chocó con el 53,4 % de los casos, seguido de Antioquía con 14,0 % y Nariño con 14,0% (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	92	3316	0	1785	5193	53,35%	53,35%
Nariño	2	1326	0	37	1365	14,02%	67,38%
Antioquia	10	244	0	1107	1361	13,98%	81,36%
Córdoba	3	27	0	268	298	3,06%	84,42%
Valle	4	14	0	269	287	2,95%	87,37%
Bolívar	21	20	0	149	190	1,95%	89,32%
Amazonas	0	7	0	182	189	1,94%	91,27%
Guainía	2	20	1	148	171	1,76%	93,02%
Exterior	1	29	0	126	156	1,60%	94,63%
Vichada	13	42	2	88	145	1,49%	96,12%
Risaralda	4	11	0	119	134	1,38%	97,49%
Cauca	0	81	0	8	89	0,91%	98,41%
Guaviare	1	21	0	57	79	0,81%	99,22%
Meta	0	3	0	10	13	0,13%	99,35%
Caquetá	0	11	0	0	11	0,11%	99,47%
Sucre	0	1	1	7	9	0,09%	99,56%
Desconocido	1	0	0	6	7	0,07%	99,63%
Vaupés	0	0	0	6	6	0,06%	99,69%
Huila	0	1	0	4	5	0,05%	99,74%
Putumayo	1	1	0	3	5	0,05%	99,79%
Cesar	0	0	0	4	4	0,04%	99,84%
Guajira	1	1	0	2	4	0,04%	99,88%
Norte Santander	0	0	0	3	3	0,03%	99,91%
Cartagena	0	0	0	2	2	0,02%	99,93%
Santander	0	0	0	2	2	0,02%	99,95%
Arauca	0	0	0	1	1	0,01%	99,96%
Casanare	0	0	0	1	1	0,01%	99,97%
Cundinamarca	0	1	0	0	1	0,01%	99,98%
Quindío	0	0	0	1	1	0,01%	99,99%
Santa Marta D.E.	0	1	0	0	1	0,01%	100,00%
Total Colombia	156	5178	4	4395	9733	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 52 % de los casos se presentó en 12 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó, Tadó, Medio San Juan y Novita, todos del departamento de Chocó. Los anteriores con una notificación superior a los 390 casos de malaria no complicada (ver tabla 2).

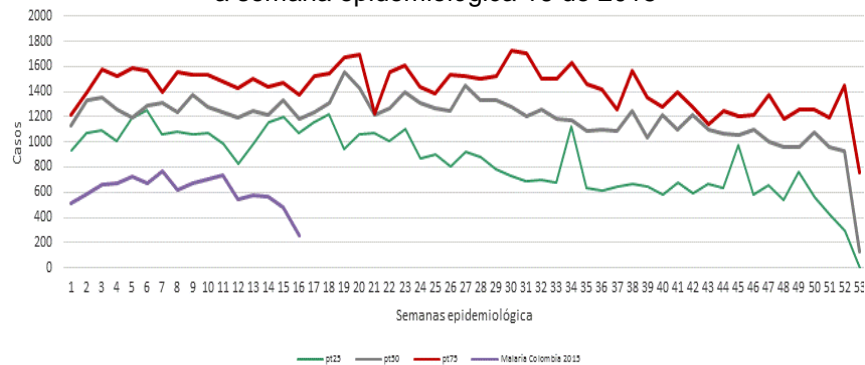
Tabla 2. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria falciparum	Malaria malariae	Malaria vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	27	812	0	373	1212	12,5%	12,5%
Tadó	0	508	0	311	819	8,4%	20,9%
Medio San Juan	37	194	0	179	410	4,2%	25,1%
Novita	4	309	0	78	391	4,0%	29,1%
Tumaco	1	355	0	15	371	3,8%	32,9%
Bagadó	0	109	0	246	355	3,6%	36,6%
El Charco	0	337	0	3	340	3,5%	40,0%
El Bagre	2	105	0	164	271	2,8%	42,8%
Buenaventura	3	6	0	233	242	2,5%	45,3%
Roberto Payán (San José)	0	228	0	0	228	2,3%	47,7%
Tierralta	2	20	0	194	216	2,2%	49,9%
Lloro	0	115	0	99	214	2,2%	52,1%
Otros Municipios	80	2080	4	2500	4664	47,9%	100,0%
Colombia	156	5178	4	4395	9733	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria se ha ubicado en la zona de éxito durante las 16 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver grafica 2).

Gráfica 2. Canal endémico nacional de leishmaniasis cutánea, Colombia a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La distribución social y demográfica evidencia que se notificaron 5753 casos (59,1 %) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,3 % de la notificación y una concentración del 49 % de los casos en los grupos de 5 a 24 años. Por pertenencia étnica el 55,9 % de los casos se presentó en población afrocolombiana, 18,7 % en indígenas y 25,1 % en otros. Por sistema general de seguridad

social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 71,6 % y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (19,2 %) (ver gráfica 3).

Tabla 3. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Variable Social y demográfica		Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria Vivax	Total
Casos		156	5178	4	4395	9733
Sexo	Femenino	41,0%	42,4%	0,0%	39,1%	40,9%
	Masculino	59,0%	57,6%	100,0%	60,9%	59,1%
Grupos de edad	Menor de 1 año	0,6%	0,4%	0,0%	1,5%	0,9%
	1 a 4 años	10,9%	5,9%	0,0%	9,9%	7,8%
	5 a 9 años	11,5%	11,4%	0,0%	12,1%	11,7%
	10 a 14 años	8,3%	14,4%	0,0%	12,2%	13,3%
	15 a 19 años	12,8%	12,8%	25,0%	13,0%	12,9%
	20 a 24 años	16,0%	11,2%	50,0%	11,4%	11,4%
	25 a 29 años	7,7%	9,9%	0,0%	9,1%	9,5%
	30 a 34 años	7,7%	8,0%	0,0%	7,0%	7,5%
	35 a 39 años	6,4%	6,0%	0,0%	6,6%	6,3%
	40 a 44 años	7,1%	4,9%	0,0%	4,7%	4,9%
	45 a 49 años	3,8%	4,1%	0,0%	3,8%	3,9%
	50 a 54 años	2,6%	3,5%	0,0%	3,2%	3,4%
	55 a 59 años	4,5%	2,8%	0,0%	2,3%	2,6%
	60 a 64 años	0,0%	1,8%	0,0%	1,3%	1,6%
	65 y más años	0,0%	2,7%	25,0%	2,0%	2,4%
Pertenencia étnica	Indígena	25,6%	10,0%	0,0%	28,7%	18,7%
	ROM	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,2%
	Raizal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	35,9%	78,6%	0,0%	29,9%	55,9%
	Otros	38,5%	11,2%	100,0%	41,0%	25,2%
Área de procedencia	Cabecera municipal	26,3%	43,1%	25,0%	24,7%	34,5%
	Centro Poblado	53,2%	29,9%	0,0%	24,5%	27,8%
	Rural disperso	20,5%	27,0%	75,0%	50,9%	37,7%
Afiliación al Sistema	Contributivo	5,1%	4,9%	25,0%	5,0%	4,9%
	Especial	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%	0,3%
General de Seguridad	Sin afiliación	26,3%	17,2%	0,0%	21,4%	19,2%
	Excepción	3,8%	3,6%	50,0%	4,2%	3,9%
Social en Salud	Subsidiado	64,7%	74,1%	25,0%	69,0%	71,6%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron 181 casos de malaria complicada, de los cuales Chocó aportó 61 casos (33,7 %), Antioquía con 32 casos (17,7 %), Valle del Cauca con 28 casos (15,5 %), Nariño con 14 casos (7,7 %), Caquetá con siete casos (3,9 %), Risaralda con siete casos (3,9%), Bolívar con cuatro casos (2,2 %), Córdoba con cuatro casos (2,2 %), Guainía con cuatro casos (2,2 %), Vichada con cuatro casos (2,2 %), Amazonas con tres casos (1,7 %), Cauca con tres casos (1,7 %), Caldas con dos casos (1,1 %), Tolima con dos casos (1,1%), Atlántico, Cundinamarca, Huila, Norte de

Santander, Santander con un caso cada uno, y un caso del exterior (Venezuela).

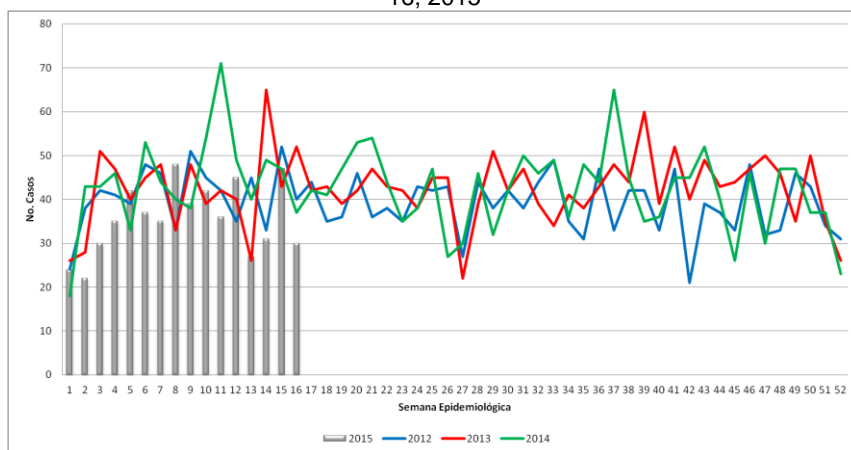
Se han notificado tres muertes por malaria. La primera mortalidad corresponde a la semana epidemiológica uno, en una menor de sexo femenino de un año procedente del municipio Medio San Juan, Chocó, del área rural dispersa de la comunidad Unión Waunan. La especie parasitaria corresponde a malaria por *P. falciparum*, La paciente no recibió tratamiento etiológico y falleció el 9 de Enero de 2015. El segundo caso corresponde la semana epidemiológica 10 en un paciente de sexo masculino de 42 años, se refiere como procedencia el municipio de Palmira en el Valle del Cauca, no se refiere tratamiento etiológico. El tercer caso corresponde a la semana epidemiológica 14 en un paciente n.n de sexo masculino de 35 años, con procedencia de Norte de Santander, sin información por municipio. La especie parasitaria de infección corresponde a la asociación malaria por *P.falciparum*-*P.vivax*, se refiere tratamiento etiológico.

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 16 se han notificado 570 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 67 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 12,13%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 725 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

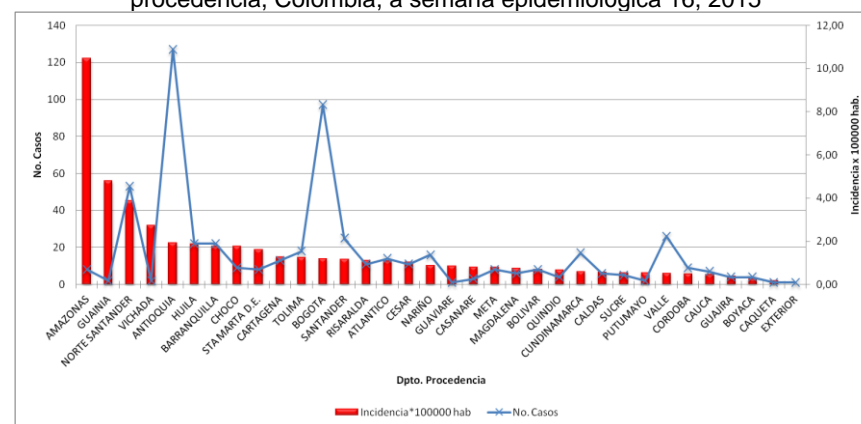
Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Antioquia (22,28%), Bogotá (17,02%), Norte de Santander (9,30%), Valle del Cauca (4,56%) y Santander (4,39%), los cuales en conjunto representan el 57,54% de los casos notificados hasta la presente semana.

A semana epidemiológica 16 de 2015, tres entidades territoriales se mantienen en silencio epidemiológico en relación con la

notificación de los eventos en mención (Arauca, San Andrés y Vaupés).

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 1,18 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales con la mayor incidencia fueron Amazonas (10,49), Guainía (4,82), Norte de Santander (3,91), Vichada (2,78) y Antioquia (1,97) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de hepatitis B por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015



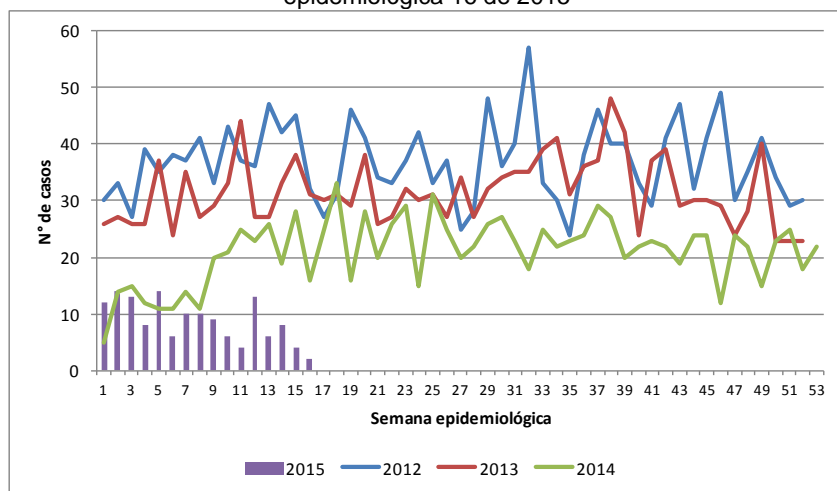
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana 16 se notificó una muerte atribuible a la infección por el virus de la Hepatitis B en el departamento de Santander; se descartó una muerte en el distrito de Bogotá D.C. No se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado diez muertes por hepatitis B y una muerte por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

• **Sífilis Congénita**

A semana epidemiológica 16 del 2015 han sido notificados 139 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 271 casos, por lo tanto se observa una disminución del 48,71 % en la notificación. Esta disminución puede estar relacionada con el desconocimiento de las nuevas definiciones de caso y las subsecuentes fallas en la notificación (ver gráfica 1).

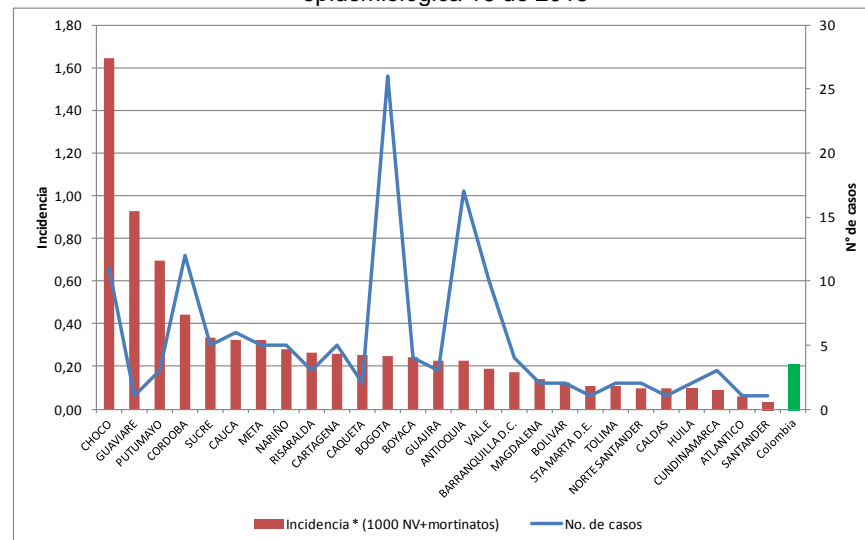
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 16 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Córdoba, Chocó y Valle. Por incidencia se encuentran: Chocó, Guaviare, Putumayo, Córdoba y Sucre (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



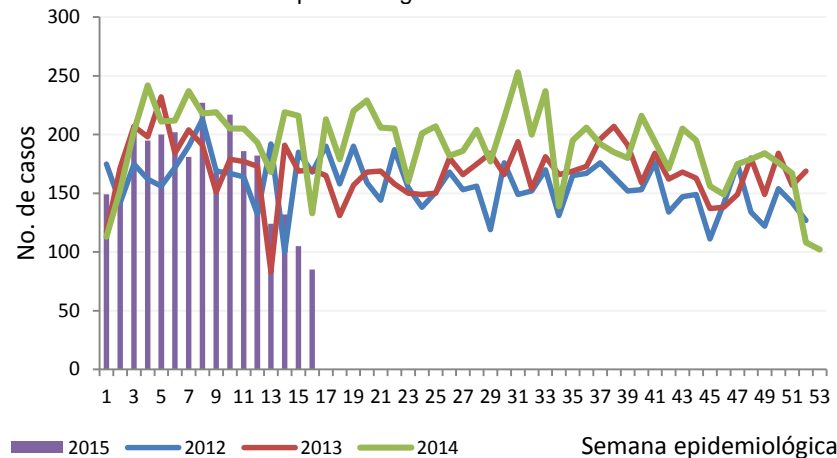
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana 16 la Incidencia para Colombia es de 0,21 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. Es importante recordar que debido a los ajustes en las definiciones de caso realizados en la nueva Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, publicada en Diciembre de 2014; es indispensable la pronta divulgación y capacitación en dicho documento.

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

A semana epidemiológica 16 de 2013 se notificaron 2798 casos, para el 2014 se notificaron 3147 casos y para el 2015 a semana 16 se han reportado 2732 casos, lo que muestra una disminución entre el 2014 y 2015 del 13,19 % (415 casos), tendencia que puede cambiar con el ingreso de casos de manera tardía (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

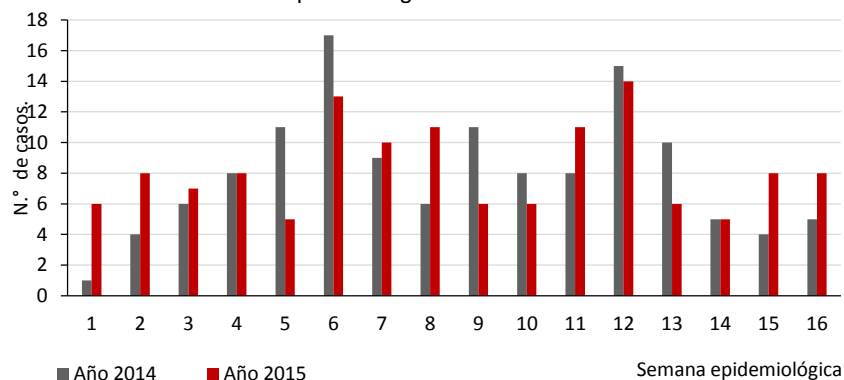
A semana epidemiológica 16 de los 2732 casos notificados 2569 están en estadio VIH y SIDA y 163 aparecen con condición final muerto.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica 16 de 2015 se ha notificado al Sivigila 132 casos de lepra, de estos el 81,1 % (107 casos) de los casos fueron confirmados por laboratorio y el 18,9 % (25 casos) confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 87,1 % (115 casos) ingresaron como nuevos, el 11,4 % como recidiva (15 casos) y dos casos como reingreso abandono. Con respecto al año anterior (128 casos hasta SE 16) para esta semana se observa un aumento del 3,3 % en la notificación (ver gráfica 1).

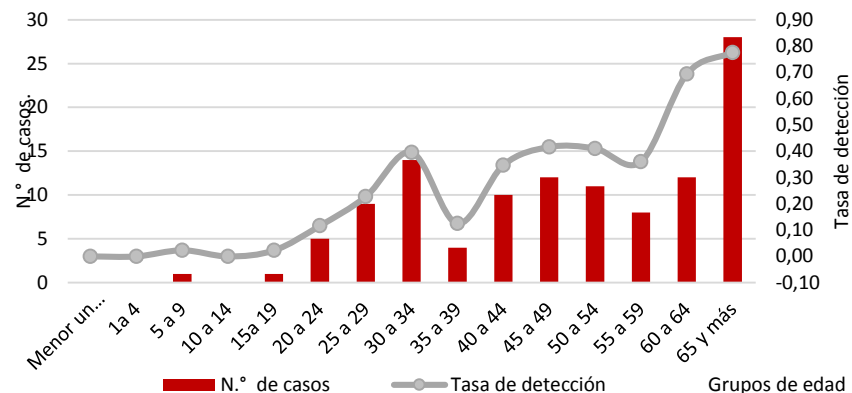
Gráfica 1. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 es de 0,24 casos por 100 000 habitantes. El 66,1 % (76 casos nuevos) 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 (0,78 casos por 100 000 habitantes) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El distrito de Cartagena presenta la tasa de detección de casos nuevos más alta para el país con 1,0 casos por 100 000 habitantes, seguido del departamento de Guaviare con 0,90 casos por 100 000 habitantes. El departamento de Santander ha notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 13,6 % (18 casos). El 80,5 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, llama la atención el departamento de Casanare que registra un caso el cual fue diagnosticado por otro departamento, 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 16 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
Cartagena	11	11	10	1,00	0	1
Guaviare	1	1	1	0,90	0	0
Norte Santander	14	14	12	0,89	2	0
Santander	18	18	18	0,87	0	0
Huila	12	13	10	0,87	3	0
Arauca	3	3	2	0,76	1	0
Cesar	8	8	7	0,68	1	0
Caquetá	2	2	2	0,42	0	0
Sta Marta D.E.	1	2	2	0,41	0	0
Magdalena	7	7	5	0,40	2	0
Tolima	5	6	5	0,36	1	0
Putumayo	1	1	1	0,29	0	0
Bolívar	5	6	6	0,29	0	0
Casanare	0	1	1	0,28	0	0
Barranquilla	5	3	3	0,25	0	0
Cauca	3	3	3	0,22	0	0
Meta	2	2	2	0,21	0	0
Choco	1	1	1	0,20	0	0
Quindío	1	1	1	0,18	0	0
Valle Del Cauca	7	7	6	0,13	1	0
Atlántico	2	4	3	0,12	1	0
Risaralda	2	2	1	0,11	1	0
Caldas	1	1	1	0,10	0	0
Bogotá	12	8	7	0,09	1	0
Nariño	1	1	1	0,06	0	0
Antioquia	4	4	3	0,05	1	0
Cundinamarca	1	1	1	0,04	0	0
Córdoba	1	0	0	0,00	0	0
Sucre	1	1	0	0,00	0	1
Total	132	132	115	0,24	15	2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos (132), el 40,2 % corresponde a lepra paucibacilar de estos se presentan nueve casos con grado dos de discapacidad y el 59,8 % a lepra multibacilar presentando 12 casos con grado dos de discapacidad. Es muy preocupante que al momento de la notificación 51 casos (38,6 %) 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 16 de 2015

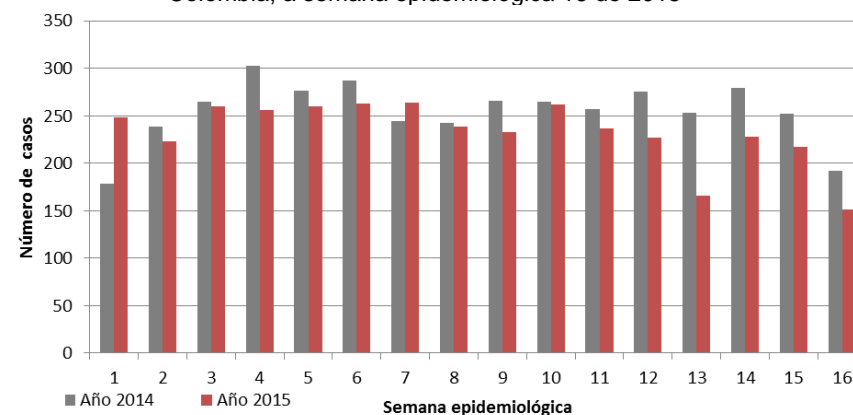
Clasificación lepra	Grado de discapacidad				
	Grado 0	Grado I	Grado II	Total	%
Paucibacilar	33	11	9	53	40,2
Multibacilar	48	19	12	79	59,8
Total	81	30	21	132	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado al Sivigila 3734 casos de tuberculosis todas las formas, el 81,1 % (3031 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,7 % (699 casos) a formas extrapulmonares, de estos se presentan 135 casos con localización meníngea. Se registran cuatro casos sin información de datos complementarios. Con respecto al año anterior para esta semana se observa una disminución del 8,4 % en la notificación (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 75,4 % (2816 casos) ingresaron como confirmado por laboratorio, el 23,2 % (865 casos) por clínica y el 1,4 % (53 casos) por nexos epidemiológico (ver tabla 1).

Tabla 1. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	2428	386	2	2816	75,4
Confirmado por clínica	559	305	1	865	23,2
Confirmado por nexo epidemiológico	44	8	1	53	1,4
TOTAL	3031	699	4	3734	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, a semana epidemiológica 16, el 89,6 % (3345 casos) ingresaron como casos nuevos, el 4,3 % (160 casos) como recaída, el 3,6 % (134 casos) como pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, el 2,0 % (73 casos) como otros pacientes previamente tratados y 0,5 % (18 Casos) como fracaso (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
NUEVO	2688	657	3345	89,6
RECAIDA	146	14	160	4,3
FRACASO	15	3	18	0,5
PACIENTE CON TRATAMIENTO DESPUES DE PERDIDA AL SEGUIMIENTO	121	13	134	3,6
OTROS PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS	61	12	73	2,0
SIN DATO	0	0	4	0,1
TOTAL	3031	699	3734	100,0

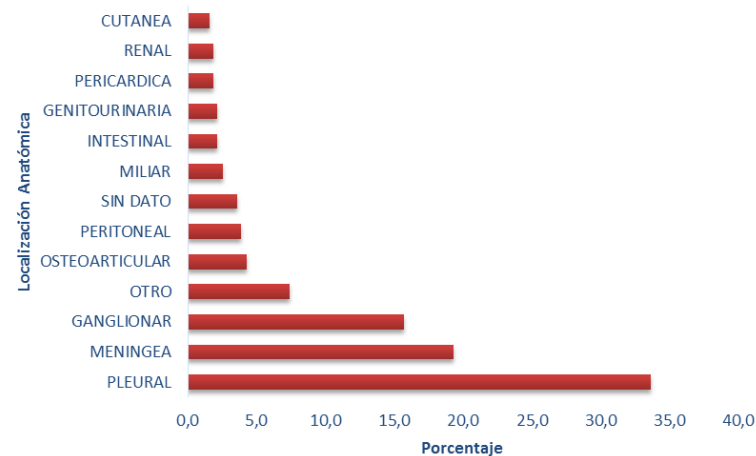
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos registrados de tuberculosis todas las formas, según la pertenencia étnica los grupos de mayor porcentaje de casos son: otros grupos poblacionales con el 87,5 %, seguido de afrocolombianos con el 6,9 %; la población indígena aporta el 4,8 % del total de casos. Hasta esta semana se han notificado 174 casos con condición final muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (699 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 33,6 %, meníngea con el 19,3 % y la ganglionar con el 15,7 %. Se observa un total de 18 casos con localización miliar clasificados con la forma extrapulmonar y por las nuevas

definiciones operativas como programáticas se clasifican como formas pulmonares, donde se realiza sus respectivos ajustes para la forma pulmonar en la notificación (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos nuevos (3345 casos) distribuidos por entidad territorial de residencia; el departamento del Amazonas presenta la mayor incidencia (22,3 casos por 100 000 habitantes), seguido de Risaralda (12,2 casos por 100 000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 6,9 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 16 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 tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
AMAZONAS	16	21,0	1	1,3	17	22,3
RISARALDA	95	10,0	21	2,2	116	12,2
QUINDIO	50	8,8	11	1,9	61	10,8
BARRANQUILLA	116	9,5	13	1,1	129	10,6
ANTIOQUIA	533	8,3	147	2,3	680	10,5
META	90	9,4	11	1,1	101	10,5
VALLE DEL CAUCA	418	9,1	66	1,4	484	10,5
CHOCO	40	8,0	12	2,4	52	10,4
CASANARE	30	8,4	7	2,0	37	10,4
ARAUCA	20	7,6	7	2,7	27	10,3
VICHADA	5	6,9	2	2,8	7	9,7
TOLIMA	101	7,2	31	2,2	132	9,4
NORTE SANTANDER	110	8,1	15	1,1	125	9,2
VAUPÉS	3	6,9	1	2,3	4	9,2
SANTANDER	133	6,5	44	2,1	177	8,6
ATLANTICO	91	7,3	9	0,7	100	8,0
HUILA	72	6,2	17	1,5	89	7,7
CALDAS	63	6,4	8	0,8	71	7,2
CAQUETA	25	5,2	8	1,7	33	6,9
CARTAGENA	58	5,8	10	1,0	68	6,8
STA MARTA D.E.	31	6,4	1	0,2	32	6,6
CESAR	56	5,4	10	1,0	66	6,4
GUAVIARE	6	5,4	1	0,9	7	6,3
GUAJIRA	48	5,0	8	0,8	56	5,8
PUTUMAYO	16	4,6	3	0,9	19	5,5
GUAINIA	2	4,8	0	0,0	2	4,8
CAUCA	37	2,7	24	1,7	61	4,4
MAGDALENA	32	4,0	0	0,0	32	4,0
SAN ANDRES	2	2,6	1	1,3	3	3,9
BOGOTA	175	2,2	109	1,4	284	3,6
CORDOBA	50	2,9	8	0,5	58	3,4
CUNDINAMARCA	67	2,5	21	0,8	88	3,3
SUCRE	19	2,2	4	0,5	23	2,7
NARIÑO	36	2,1	10	0,6	46	2,6
BOLIVAR	18	1,6	7	0,6	25	2,3
BOYACA	19	1,5	9	0,7	28	2,2
EXTERIOR	5	0,0	0	0,0	5	0,0
TOTAL DE CASOS	2688	---	657	---	3345	---
TASA INCIDENCIA POR 100 000 HABITANTES	---	5,6	---	1,4	---	6,9

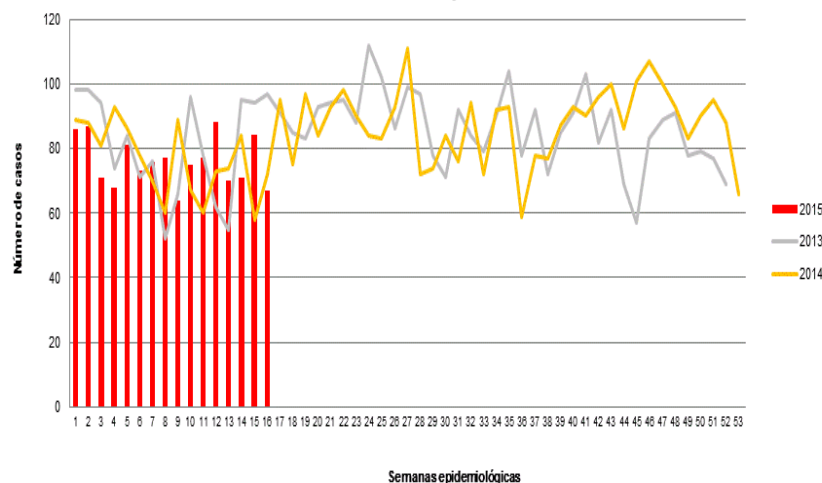
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 16 de 2016 se ha reportado al Sivigila 1215 accidentes ofídicos en Colombia, de los cuales de la semana 16 se notificaron 67 casos, y 25 casos de semanas anteriores reportados en la semana 16. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado acumulados 1222 casos lo que implica una disminución en la notificación del 0,6 % (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico en Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015

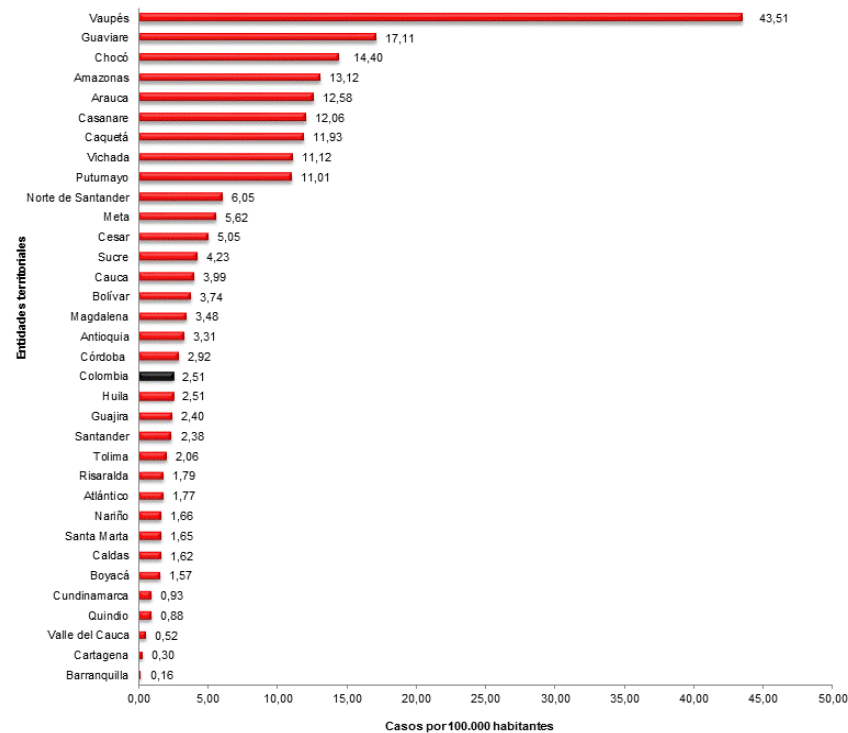


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 16, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (432 y 264 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (17,7 %), Norte de Santander (6,8 %), Chocó (5,9 %), Caquetá (7,7 %), Cauca y Meta (4,5% respectivamente), Cesar (4,3 %), Córdoba (4,1 %), Santander (4 %) y Casanare (3,6%) de estos 10 departamentos proceden el 60,1 % del total de los casos.

La proporción de incidencia de accidente ofídico en el país es de 2,51 casos por 100.000 habitantes; las regiones Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 11,68 y 9,52 casos por 100.000 habitantes respectivamente. De las entidades territoriales con mayor incidencia que la incidencia nacional las cinco más altas son: Vaupés, Guaviare, Chocó, Amazonas, y Arauca, 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 16 de 2015.

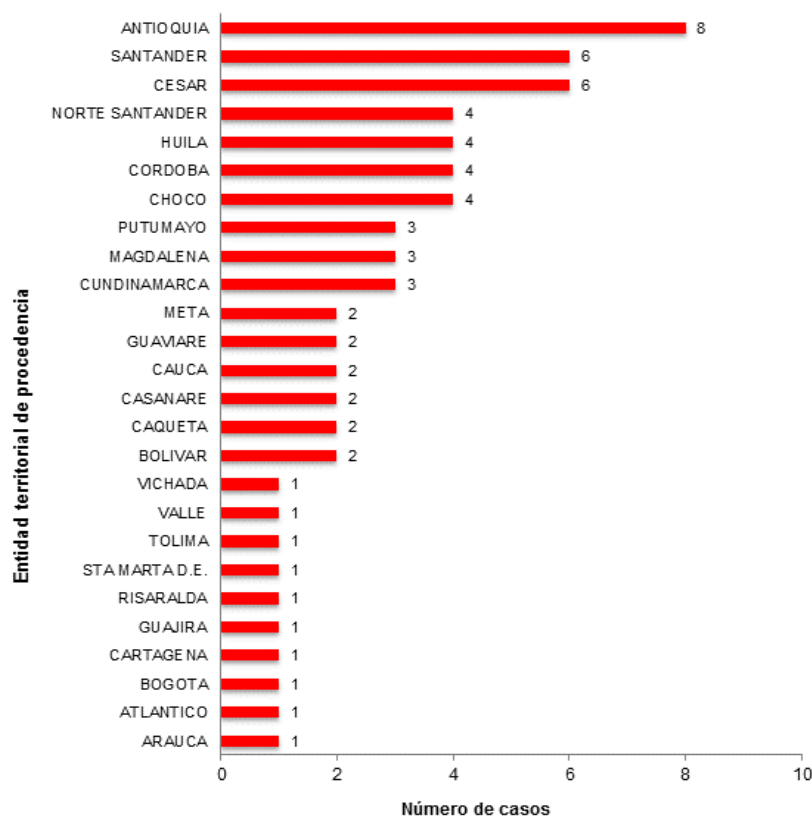


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 16, los 64 accidentes ofídicos fueron notificados por 26 entidades territoriales, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (11,9%), Santander y Cesar (9 % cada una), Norte de Santander, Huila, Córdoba y Chocó (6% cada una), Putumayo, Magdalena y Cundinamarca (4,5 % cada una), Meta, Guaviare, Cauca, Casanare, Caquetá y Bolívar; estas

entidades acumulan el 85,1% 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 dieciséis de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 16 los casos fueron notificados por 63 municipios, siendo los de mayor cantidad de casos: Chiriguana, Mocoa, Montería, y Quibdó (dos casos cada uno), Cartagena del Chaira, San Pablo, San Vicente del Caguan, Sucre, Tame y Tibu (dos casos cada uno); acumulando así el 11,9 % de los accidentes ofídicos del país.

El 75,2% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 32,2 años y el 66,6 % de los pacientes proceden del área rural. El 50 % de los casos son hombres de la zona rural.

Con respecto al manejo de las personas notificadas el 56% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 72,8 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 476 casos (53,8 %), moderados 346 casos (39 %); 62 graves (7 %).

Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 4206 viales para el manejo de los accidentes, en promedio 4,8 ampollas por paciente, mínimo uno y máximo 60.

Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico

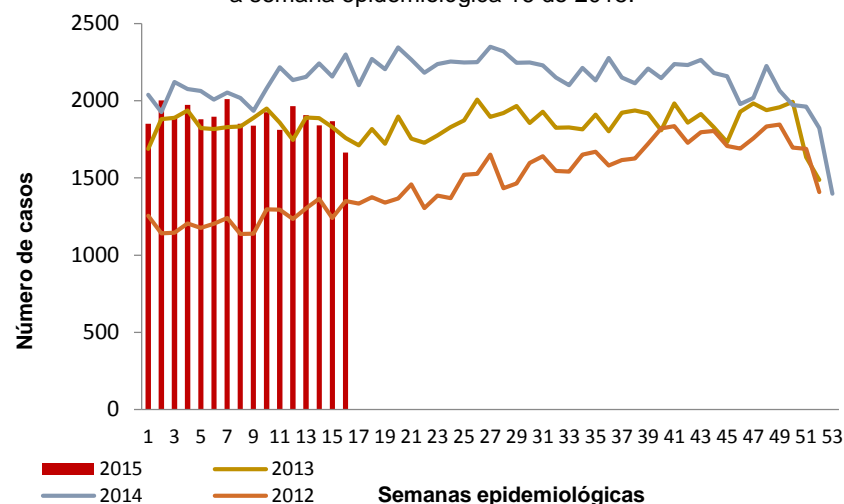
Hasta la presente semana se ha reportado siete casos de muerte procedentes de los departamentos de Antioquia (3 casos), Boyacá (2 casos), Chocó (1 caso), Córdoba (1 caso), Norte de Santander (1 caso) y Vaupés (1 caso), representando una letalidad de 0,74%.

Alertas No se presentaron alertas para este evento durante la presente semana.

• Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Con corte a semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado al SIVIGILA 30.172 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución del 9,98 % en la notificación de los casos para este año (ver gráfica 1).

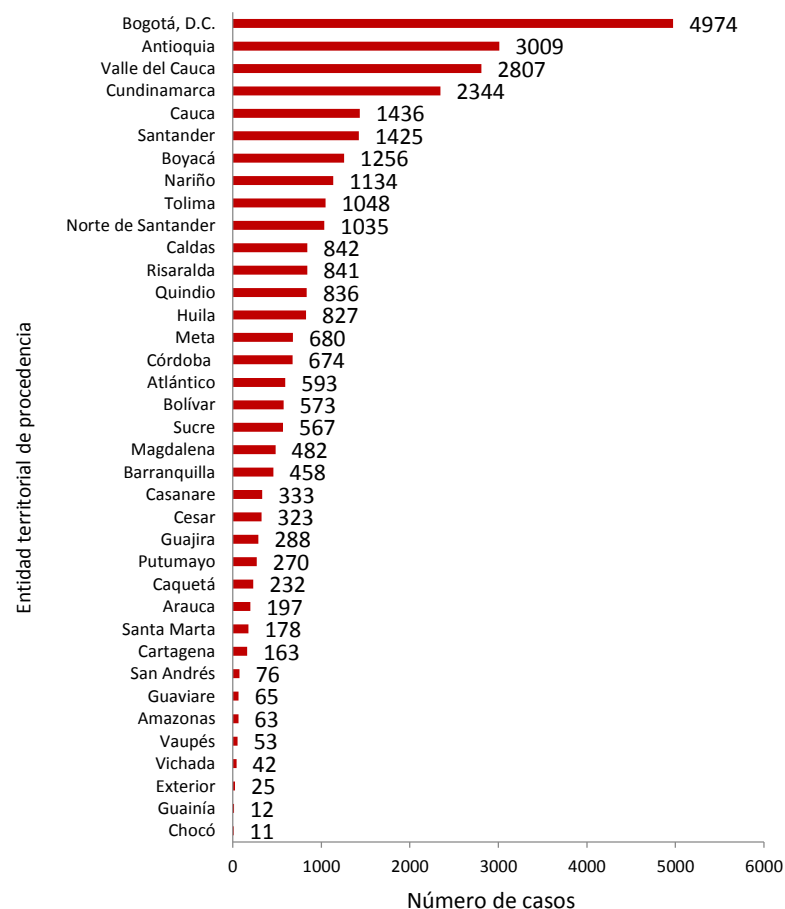
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (12.909 agresiones) y Occidente (10.916 casos). Los departamentos y distritos con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (16,49 %), Antioquia (9,97 %), Valle del Cauca (9,30 %), Cundinamarca (7,77 %), Cauca (4,76 %) y Santander (4,72), estas entidades territoriales acumulan el 53,30 % de la notificación del país (ver gráfica 2).

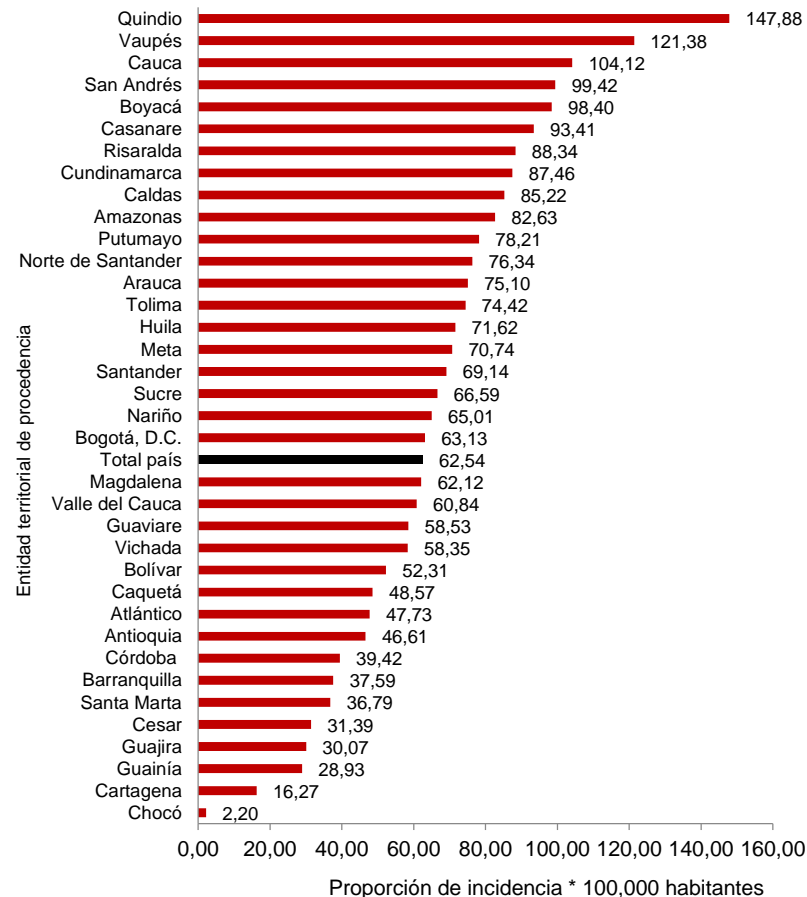
Gráfica 2. Frecuencia absoluta de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015.



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 62,54 casos por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Vaupés, Cauca, San Andrés y Boyacá (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 16 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Durante esta semana se notificaron 1.665 casos de agresiones y de contactos con el virus de la rabia, 635 casos (27,61 %) menos que en la misma semana de 2014 (2.300 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 900 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes afectados fue de 28,18 años, el 53,42 % de los casos ocurrieron en hombres y el 2,18 % (657 casos) requirieron hospitalización para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones 17.788 casos (58,96 %), como exposiciones leves 10.081 casos (33,41 %) y como exposiciones graves 2.289 casos de agresiones (7,59 %). Con relación al manejo de los casos, se realizó lavado de la herida a 29.303 pacientes (97,12 %) y sutura a 2.361 pacientes (7,83 %), se ordenó aplicación de suero a 2.168 pacientes (7,19 %) y de vacuna a 10.901 pacientes (36,13 %).

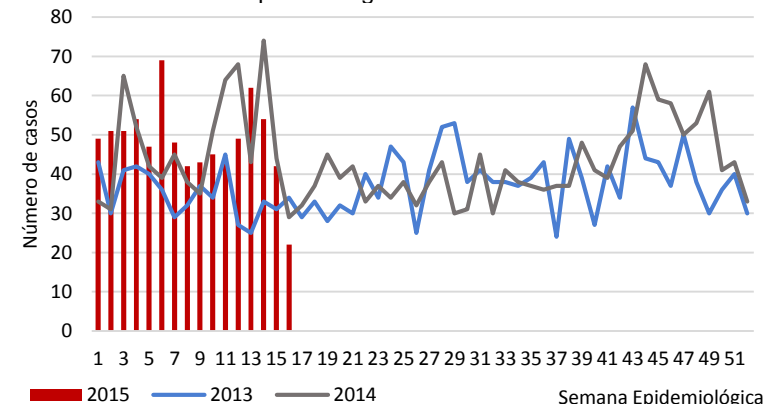
Rabia humana. Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

Rabia animal. En esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia en perros ni gatos en el territorio nacional.

• Leptospiriosis

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han reportado al Sivigila 771 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 753 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 2,33 %, 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).

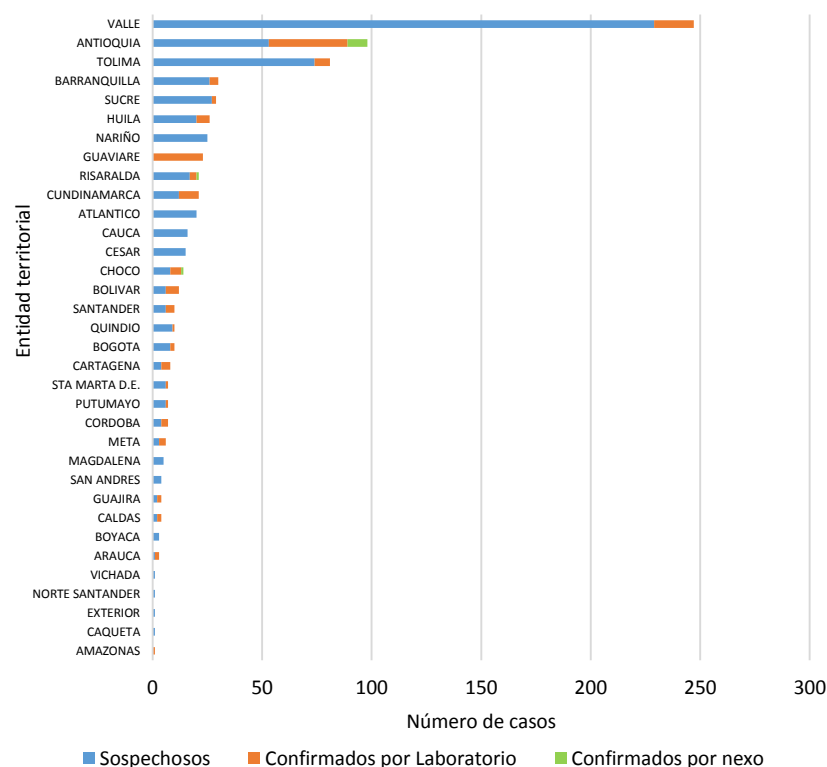
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 33 entidades territoriales, el 59,58 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 18,81% de los casos se encuentran confirmados por laboratorio procedentes de los territorios de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Guaviare, Huila, Meta, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. El 1,43% fueron confirmados por nexo procedentes de Antioquia, Choco y Risaralda (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



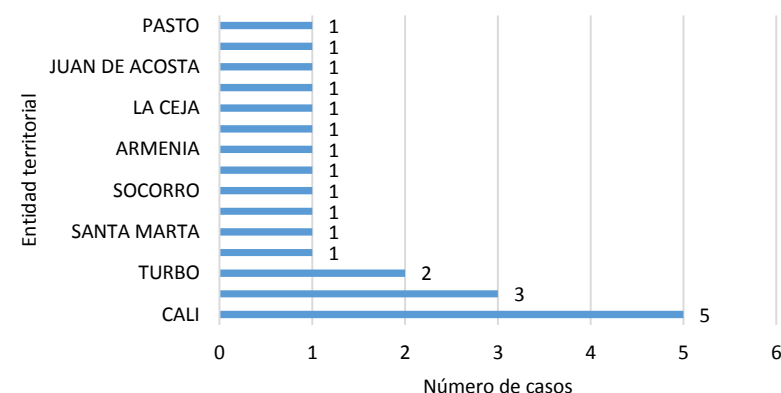
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 16 es de 0,324 casos por cada 100.000 habitantes,

las entidades territoriales de Guaviare, Amazonas, Choco y Arauca son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica 16 de 2015 se notificaron 22 casos de leptospirosis, frente a 29 casos ocurridos en la misma semana de 2014, lo que implica una disminución de casos del 24,14% para la misma semana del presente año. El 36,36% de los casos fueron notificados por los municipios de Cali y Buga (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de leptospirosis por municipio de notificación en Colombia, semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 58,63% de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 78,47 % proceden de cabecera municipal; el 51,36 % los casos están afiliados régimen subsidiados, y se reportó 77,95% de hospitalizaciones por este evento.

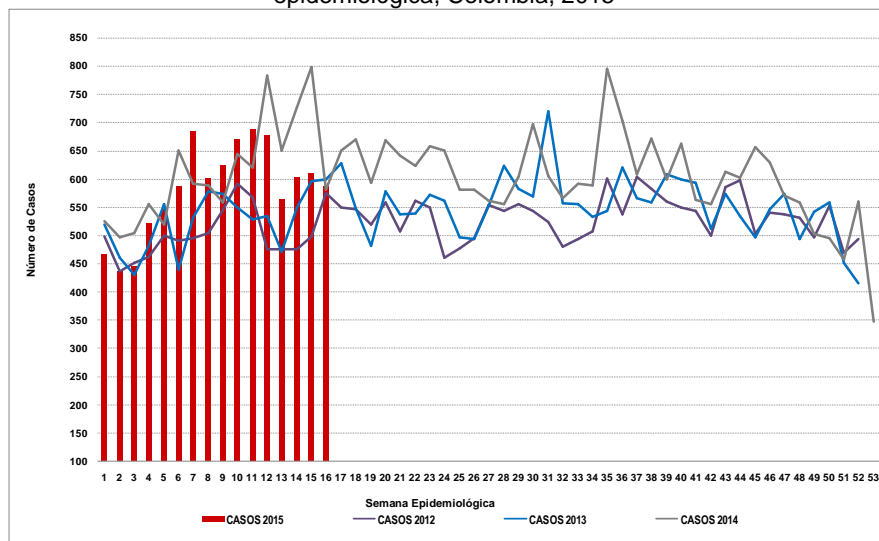
Hasta la semana 16 de 2015 se han notificado 30 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de la cuales cuatro han sido descartadas y una está confirmada. Las 26 (confirmadas y probables) muertes proceden de Antioquia (seis), Valle de Cauca (tres), Bolívar (dos), Sucre (dos), Tolima (dos), Santander (una), Quindío (una), Nariño (una), Cauca (una), San Andrés (una), Bogotá (una), Arauca (una), Meta (una), Choco (una), Córdoba (una) y Boyacá (una).

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

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica 16 del año 2015 se han notificado 9320 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 9800 casos, lo que representa una disminución del 5,15 % 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 583 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica 16 se notificaron 587 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron al Sivigila 132 casos de intoxicaciones ocurridas durante las 15 semanas epidemiológicas previas.

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados hasta la semana epidemiológica 16 y solo para semana 16, 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 (2990 casos), seguido por plaguicidas (2243 casos) y sustancias psicoactivas (1608 casos) (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2015.

Evento	Casos a semana 16	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 16	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	3236	6,71	199	0,41
Intoxicación por plaguicidas	2436	5,05	164	0,34
Intoxicación por sustancias psicoactivas	1727	3,58	92	0,19
Intoxicación por otras sustancias químicas	1364	2,83	101	0,21
Intoxicación por solventes	277	0,57	15	0,03
Intoxicación por gases	181	0,38	7	0,01
Intoxicación por metanol	73	0,15	7	0,01
Intoxicación por metales	26	0,05	2	0,00
TOTAL	9320	19,34	587	1,22

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Reincidencias Hasta la semana epidemiológica 16 se notificaron 121 casos de reincidencias, de estos un caso es reincidente en tres oportunidades, 53 casos son reincidentes en dos oportunidades y 11 son reincidentes en una sola oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencia fue de tipo suicida con 60 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad de psicoactiva o adicción con 34 casos.

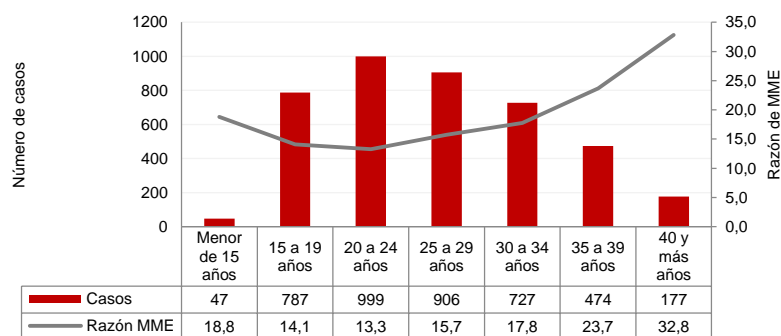
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

• Morbilidad materna extrema

En la semana epidemiológica 16 de 2015 ingresaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) 269 casos de morbilidad materna extrema, incluyendo un caso de reingreso. El total acumulado hasta esta semana es de 4117 casos.

De acuerdo con la edad de las madres el mayor porcentaje de casos se presenta en el grupo de edad de 20 a 24 años con un 24,3%, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 22,0%. 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 32,8 casos por 1.000 nacidos vivos, mujeres de 35 a 39 años con 23,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 18,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015.

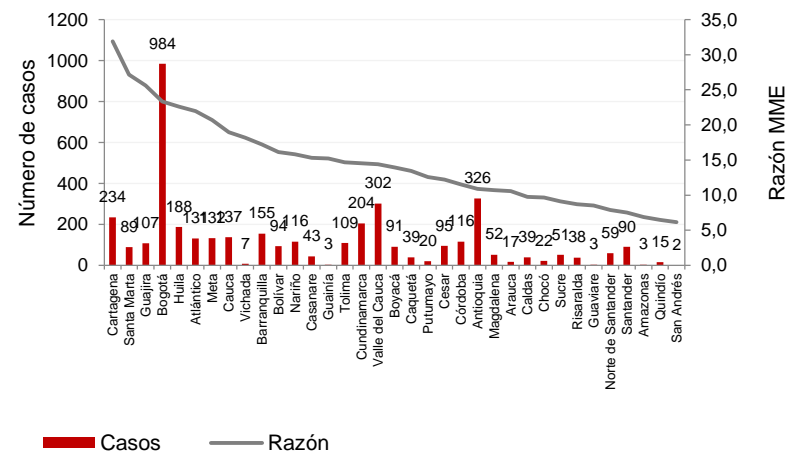


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, DANE, a 31 de mayo de 2014.

Según el lugar de residencia, el 23,9% de los casos se ha presentado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 7,9% y Valle con el 7,3%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son Vaupés con 400

casos por 1.000 nacidos vivos, Cartagena con 31,9, Santa Marta con 27,2 y Guajira con 25,6 casos por 1.000 nacidos vivos (ver grafica 2).

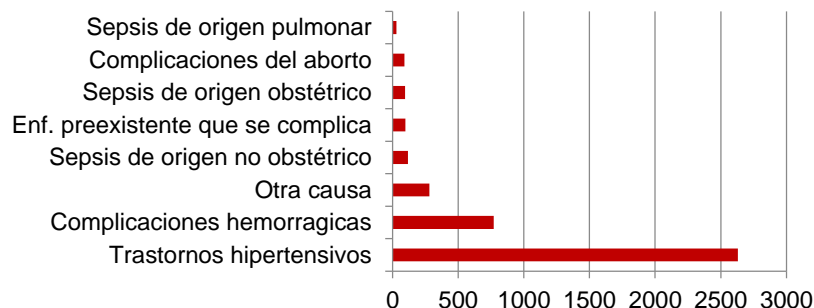
Gráfica 2. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015.



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

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 16 de 2015, el mayor porcentaje corresponden a trastornos hipertensivos con un 63,9% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,8% (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015.

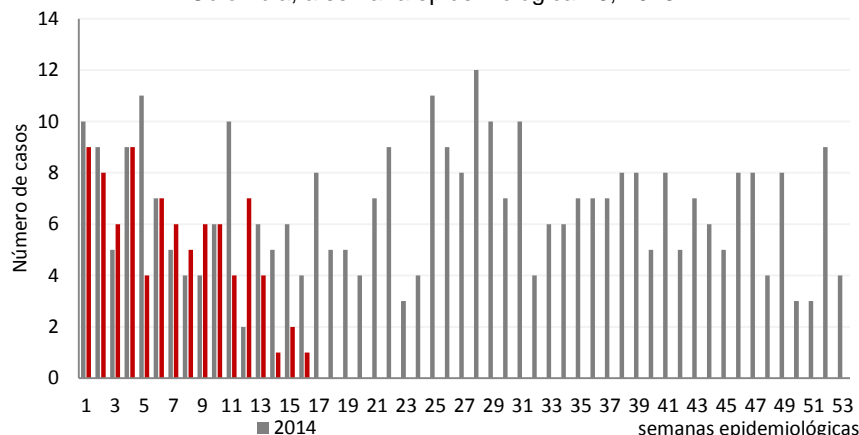


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

• Mortalidad Materna

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado un total de 122 casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos, 85 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación, 25 casos corresponden a muertes tardías, es decir las que ocurren después de los 42 días pero antes de un año de haber terminado el embarazo y 12 casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa (ver gráfica 1).

Gráfica N°1. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 16 de 2015, hubo un ingreso de cinco casos de muertes maternas, los cuales dos casos corresponden a muertes maternas tempranas, una muerte materna tardía y dos muertes por lesión de causa externa durante esta semana. Tres de los casos de muertes maternas que fueron notificados corresponden a semana epidemiológica 16 (un caso corresponde a muerte materna temprana, un caso a muerte materna tardía y un caso por lesión de causa externa) y dos casos pertenecían a otra 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 5,3.

La comparación con los casos notificados de muerte materna según el momento de ocurrencia del evento nos deja ver que hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se ha presentado una disminución en el número de casos de muertes maternas tempranas y tardías con relación al año 2014. El promedio semanal de casos se encuentra en 5,3 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 lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015.

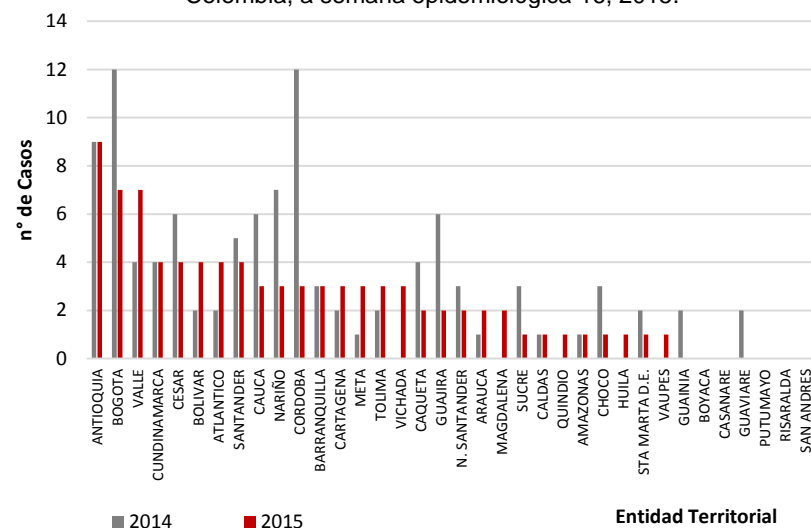
AÑO	Temprana	Tardía	LCE (Lesión de causa externa)	TOTAL CASOS	PROMEDIO SEM TEMPRANOS
2013	115	24	15	154	7,1
2014	105	28	10	143	6,5
2015	85	25	12	122	5,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Al comparar los casos de muertes maternas tempranas según el lugar de residencia se encuentra que, las muertes maternas notificadas han aumentado con respecto al año anterior, en las entidades territoriales de Valle, Bolívar, Atlántico, Cartagena, Meta, Tolima, Vichada, Arauca, Magdalena, Quindío, Huila, y Vaupés; en contraste las entidades territoriales de Bogotá, Cesar, Santander, Cauca, Nariño, Córdoba, Caquetá, Guajira, Norte de Santander, Sucre, Chocó, Santa Marta, Guainía y Guaviare han presentado disminución en el número de casos, frente al año anterior; las entidades territoriales de Boyacá, Casanare, Putumayo, Risaralda y San Andrés no notificaron casos de muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 16 en los años 2014 y 2015.

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 el 80,5% (29) de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015.



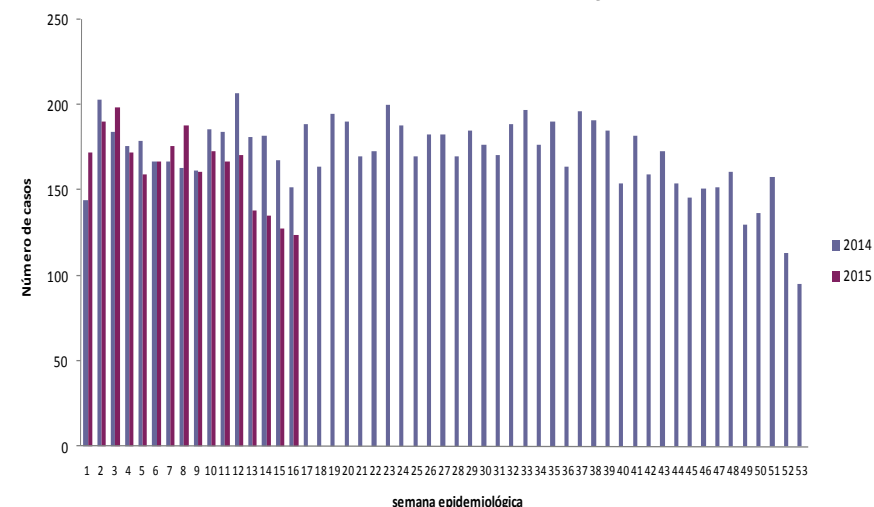
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado un total acumulado de 2620 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y en la semana 16 se notificaron 124 casos. La distribución del total de casos según momento de ocurrencia es la siguiente: 1254 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 262 casos (10%) muertes fetales intraparto, 732 casos (28%) neonatales tempranas y 372 casos (14%) neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 2805 casos lo que representa un decremento del 7% (185 casos menos) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015

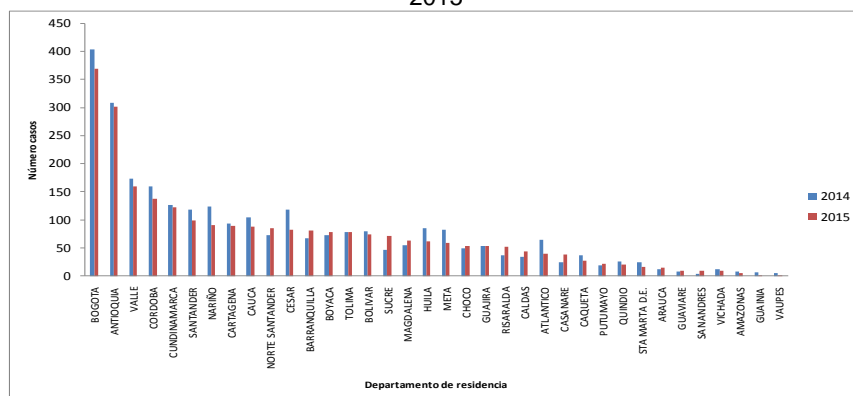


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta semana epidemiológica 16, las 36 entidades territoriales notificaron casos. Las entidades territoriales que aportan el 62% del total de casos reportados a nivel nacional son: Bogotá 369 casos (14,08%), Antioquia 301 casos (11,49%), Valle 160 casos (6,11%); Córdoba 137 casos (5,23%), Cundinamarca 123 casos (4,96%), Santander. 99 casos (3,78%), Nariño 91 casos (3,47%), Cartagena 89 casos (3,40%), Cauca 88 casos (3,36%), Norte de Santander 85 casos (3,24%), Cesar 83 casos (3,17%).

Las entidades territoriales que hasta la semana 16 presentaron un incremento en la notificación mayor al 10% de casos en 2015 frente al 2014 fueron: San Andrés (55,6%), Casanare (34,2%), Sucre (33,8%), Risaralda (28%), Caldas (20,5%), Guaviare (20%), Barranquilla (16%), Norte de Santander (14,1%), Putumayo (13,6%), Arauca (13,3%), Magdalena (12,7%) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Comparativo en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardíasegún departamento de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 16, 2015

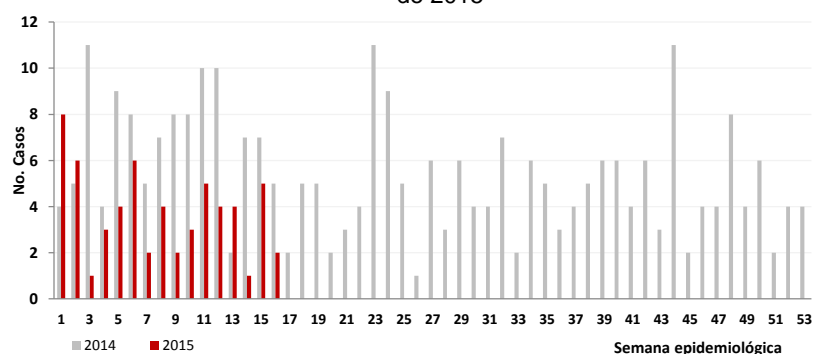


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

A la semana epidemiológica 16 de 2015 se han notificado un total de 60 casos de muertes en niños menores de 5 años que dentro de las causas de muerte presentaban desnutrición. De forma comparativa con el año 2014 a la misma semana epidemiológica de 2014 se encuentra una variación del 45,5% en la que se registraban 110 casos (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 16 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 16 se notifican seis casos, de los cuales dos por fecha de defunción corresponden a esta semana y cuatro corresponden a las semanas 2, 6, 10 y 12 respectivamente. De los seis casos, cuatro se presentaron en menores de un año y dos en menores de uno a cuatro años. Las entidades territoriales que notificaron fueron: Boyacá, Bogotá, Barranquilla, Antioquia, Chocó y Sucre.

La distribución de casos por lugar de residencia se encuentra principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (11,7%), Cesar (10,0%), Chocó (10,0%), Valle (8,3%), Córdoba (6,7%) y Nariño (6,7%). El 63,3 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 36,7% al sexo femenino. El 81 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado y el 19% no estaba afiliado al momento de la muerte. Del total de niños y niñas con aseguramiento el 25% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 56,7 % corresponde a otros, seguido de población indígena con el 36,7 % y afrocolombianos con el 6,7%.

El 55% de las muertes pertenecen al grupo de edad de menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los dos meses de vida, con una mediana en peso al nacer de 2755 gramos y talla de 47,5 cms; con una mediana en peso al momento de la muerte de 5 kg. y talla de 53 cms. El 45% de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 17 meses de edad; con una con una mediana en peso al momento de la muerte de 6,6 kg. y talla de 68,5 cms.

La mayoría de las madres de los niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 93% pertenecen al estrato socioeconómico uno. El total de menores que requieren seguimiento y verificación de condiciones en el medio familiar son un total de 44 menores.

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

• Alertas internacional

Enfermedad por el virus del Ébola

(actualización OMS, 29 de abril de 2015)

- El número total de casos de Enfermedad por virus del Ébola (EVE) en África Occidental es 26 277 casos con 10 884 muertes reportadas.
- En total se confirmaron 33 casos nuevos durante la semana del 26 de abril con la siguiente distribución: 22 casos en Guinea, 11 casos en Sierra Leona y no se encontraron casos nuevos en Liberia.
- En los tres países con transmisión intensa, se han reportado 865 casos de EVE en trabajadores de la salud, durante esta semana apareció un caso nuevo y se ha confirmado 504 muertes.

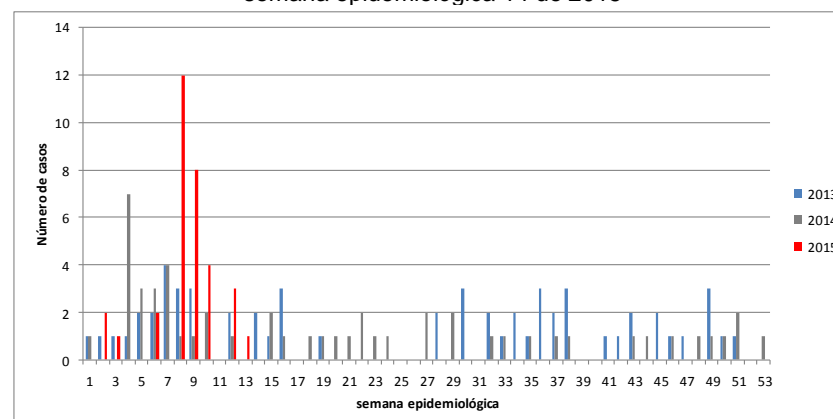
<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-29-april-2015>

• Alertas nacionales

Brote de fiebre tifoidea en Norte de Santander

Situación detectada: En el año 2013 se notificaron 59 casos de fiebre tifoidea en el departamento y en el año 2014, 52 casos. Hasta la semana epidemiológica 14 de 2015 se han notificado al SIVIGILA 33 casos de fiebre tifoidea (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados al SIVIGILA de fiebre tifoidea, Norte de Santander, semana epidemiológica 14 de 2015



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

Caracterización de casos

El 87,9% de los casos proviene del municipio de Cúcuta, el 6,1% del municipio de villa del Rosario, el 3% del municipio de Tibú y el 3% del municipio Los patios.

El 57,6% de sexo femenino, el 85% pertenecen a la cabecera municipal, el 9% a centro poblado y el 6% a rural. El 48% pertenecen a régimen contributivo, el 36% a subsidiado, el 6% a excepción, el 6% no están asegurados y el 1% a especial. El 100% pertenece a otros grupos étnicos. El 91% han sido Hospitalizados. Los principales grupos de edad afectados sin el de

20 a 24 años (18,2%), el de 25 a 29 años (15,2%) y el de 15 a 19 años (12,1%)

Acciones desarrolladas

Se han recibido en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, 35 muestras biológicas para serotipificación, de los cuales 28 han sido positivos para *Salmonella typhi*.

Se solicitó a la entidad territorial del desarrollo de acciones de investigación epidemiológica de campo con el fin de identificar las probables fuentes de infección, mecanismo de transmisión, factores de riesgo, manipulación, consumo de alimentos e identificación de contactos y portadores así como también la notificación inmediata a la autoridad sanitaria de todo caso individual de fiebre tifoidea confirmado por laboratorio

Así mismo, la recolección de muestras biológicas y ambientales (agua y alimentos) y el suministro de tratamiento farmacológico adecuado y seguimiento de pacientes al término del tratamiento mediante coprocultivo seriado.

Estado: abierto

Caso sospechoso de IRAG inusitado

Situación detectada: El 22 de abril se recibe notificación inmediata de un caso sospechoso de IRAG inusitado en una paciente de 63 años, fumadora activa hospitalizada en Quindío con un cuadro compatible con infección respiratoria aguda grave inusitada; con antecedente de viaje a San Andrés del 16 al 19 de marzo en viaje familiar. Durante la estancia en la isla una compañera de habitación enfermó, presentando sintomatología respiratoria y falleció el 20 de marzo en San Andrés. Por cumplir con la definición propuesta del evento y hacer parte de un conglomerado en entorno social, se generó la alerta.

Acciones desarrolladas

Quindío

Comunicación con el departamento de Quindío y solicitud de la historia clínica de la paciente hospitalizada. Realización de investigación de campo correspondiente por parte de la Secretaría de Salud del Quindío y seguimiento de posibles contactos.

San Andrés

Comunicación con el departamento de San Andrés, solicitud de verificación de la información y solicitud de historia clínica de la paciente fallecida. Investigación epidemiológica de campo y verificación de las causas de fallecimiento de la paciente de San Andrés por parte del equipo de salud pública departamental.

Verificación

Al revisar la historia clínica de la paciente hospitalizada en Quindío se conoció que el cuadro clínico es compatible con un cuadro de EPOC exacerbado sobreinfectado.

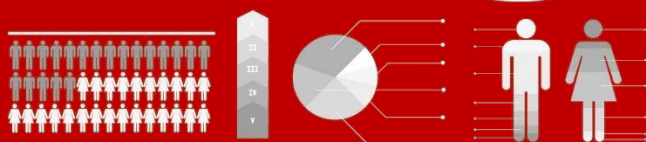
La paciente fallecida en San Andrés tenía antecedentes de patologías crónicas y dependía del uso de oxígeno. Según la revisión de la historia clínica el diagnóstico médico del deceso fue crisis asmática.

Pendiente

Seguimiento del estado de salud de la paciente hospitalizada en Quindío y de sus contactos, y resultado de identificación por laboratorio de agente etiológico.

Estado: abierto

BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLÓGICO** SEMANAL

www.ins.gov.co



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
Ángela Alarcón – aalarcon@ins.gov.co
Edición

Giovanni Sanabria – 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