

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	34
Micobacterias.....	37
Zoonosis	41
Factores de Riesgo Ambiental.....	46
Enfermedades no Transmisibles	47
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	55

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública

INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Semana epidemiológica número 42 de 2015 (18 oct. al 24 oct.)



**Autocuidado, factor clave para evitar
ser contagiado de rabia silvestre**

Bogotá (D.C.), 26 de octubre de 2015.- Aunque en Colombia la rabia canina se considera en proceso de erradicación, la rabia silvestre (la variedad que habita en animales silvestres como murciélagos y zorros) es un gran desafío por la urbanización creciente, que lleva a la invasión de espacios por parte del ser humano.

Sobre las actividades desarrolladas por el país frente a la rabia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), resaltó en 2012 que Colombia aventaja a otras naciones en el manejo y control de esta patología. "Colombia se anticipó ocho años en la meta de eliminar la rabia humana transmitida por perros pero no debe bajar la guardia. Deben mantener la vigilancia y el tratamiento post exposición enfrentando el desafío que queda de la rabia silvestre con murciélagos hematófagos".

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

- <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Autocuidado,-factor-clave-para-evitar-ser-contagiado-de-rabia-silvestre.aspx>



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

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

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

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

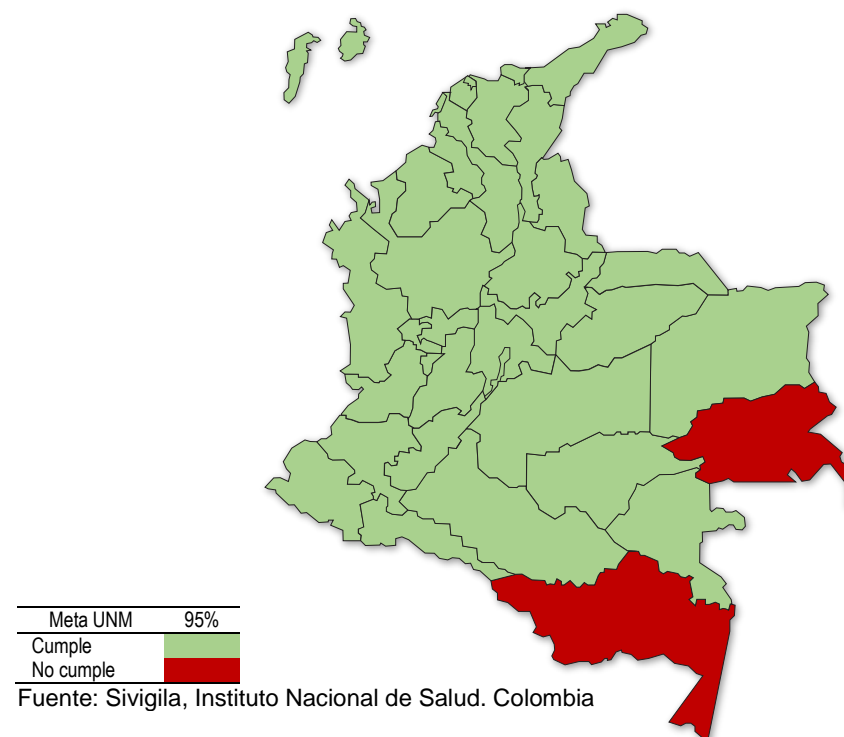
Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 42

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 42 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% (1113 de 1122 municipios) aumento 5 % con respecto a la semana anterior y permaneció igual con relación a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta de 95 % en la notificación semanal por UNM.

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

Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 94 % (5231 de 5545 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel. La notificación se aumentó 3 % con relación a la semana anterior y disminuyó 1% a la misma semana del año 2014.

En la semana epidemiológica 42 de 2015 el departamento de Valle incumplió la meta establecida para UPGD (ver mapa 2).

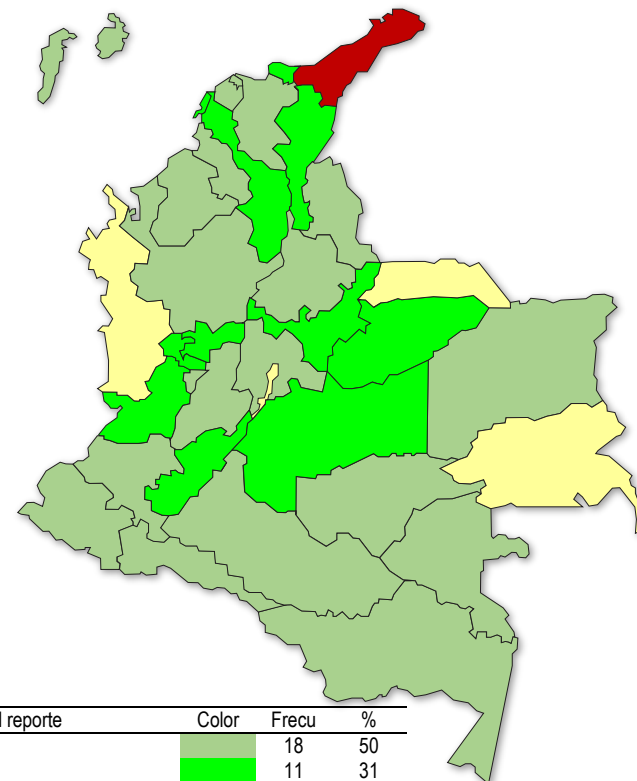
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 42 de 2015, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 50 % (18) emitieron el reporte correcto para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación. Por otra parte, 31 % (11) entidades territoriales presentaron inconsistencias en el reporte, 17% (6) presentaron reporte para menos de 100% de los eventos, adicionalmente el único departamento la Guajira dejó de enviar el reporte de notificación negativa esto representa el 3 % del total (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 42 de 2015



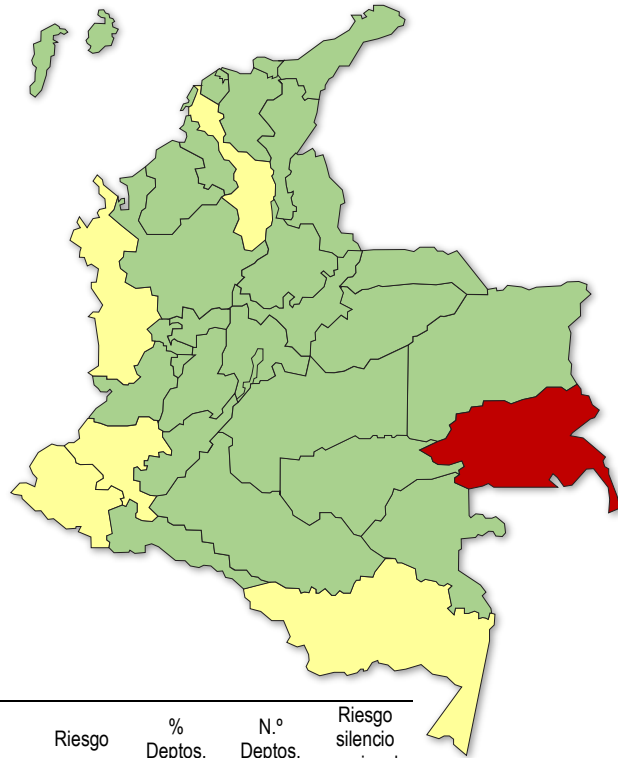
Hallazgo del reporte	Color	Frecu	%
Sin inconsistencias	Verde	18	50
Con inconsistencias	Verde claro	11	31
Reporte para menos del 100% de los eventos	Amarillo	6	17
Sin reporte de notificación negativa	Rojo	1	3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

El 16 % (cinco) de los departamentos Amazonas, Bolívar, Cauca, Chocó y Nariño, obtuvieron riesgo bajo es decir, menos del 10 % de sus municipios en silencio y en alto riesgo continúa Guainía por silencio epidemiológico en tres de sus corregimientos (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



% de UNM en silencio	Riesgo	% Deptos.	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	81 %	26	Bajo
De 0% a 9%	Bajo	16 %	5	
De 10 % a 20 %	Medio	0 %	0	
Mayor a 21 %	Alto	3 %	1	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

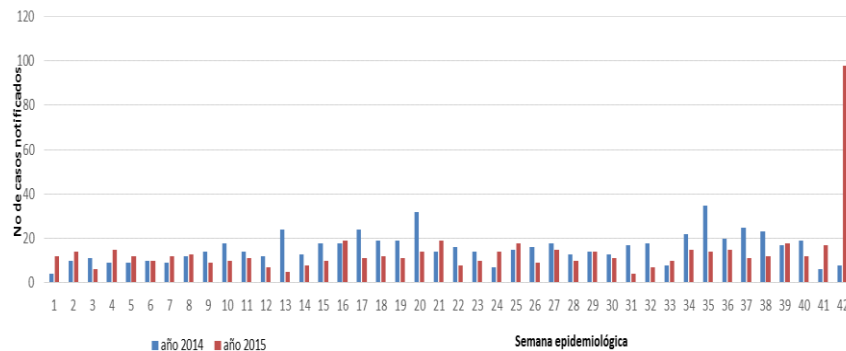
• Difteria

A la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado tres casos probables de difteria; uno procedente del departamento del Valle del Cauca, uno del departamento de Sucre, los cuales fueron descartados y uno del departamento de Santander, actualmente en investigación por la entidad territorial.

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

La notificación de casos sospechosos de ESAVI hasta la semana epidemiológica 42 (582 casos) muestra una disminución del 11,4 % en la notificación del evento con respecto al 2014, semana hasta la que se notificaron 657 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que hasta la semana 42 han notificado casos sospechosos de ESAVI son: Bogotá 22 % (130 casos), Bolívar 14 % (83 casos), Antioquia 12 % (68 casos), Valle del Cauca 6 % (33 casos), Nortes de Santander 5 % (28 casos),

Santander 4 % (21 casos), Barranquilla 3 % (18 casos), Quindío 3 % (18 casos), Cundinamarca 3 % (16 casos), Sucre 3 % (15 casos), Caldas 3 % (15 casos) y Atlántico 2 % (14 casos) y otras entidades territoriales 11 % (123 casos).

• Infección respiratoria aguda

Vigilancia IRAG inusitado

Durante la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron 44 casos de IRAG inusitado por 11 entidades territoriales, de estos 20 cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo nacional, los 24 restantes corresponden a casos ambulatorios o casos sin criterios de riesgo (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de IRAG inusitado según entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015

Entidad Territorial de notificación	No cumple	Cumple	Total casos notificados
Antioquia	7	4	11
Bogotá	2	6	8
Caldas	1	0	1
Cesar	4	0	4
Norte Santander	0	1	1
Risaralda	2	1	3
Santander	1	0	1
Santa Marta	0	1	1
Sucre	0	1	1
Tolima	1	1	2
Valle	6	5	11
Total	24	20	44

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según los criterios de clasificación el 55 % (11) de los casos notificados que cumplen con la definición establecida corresponde a pacientes con deterioro clínico notificados en unidad de cuidados intensivos (UCI), el 35% corresponde a defunciones por IRA sin etiología determinada (ver tabla 2).

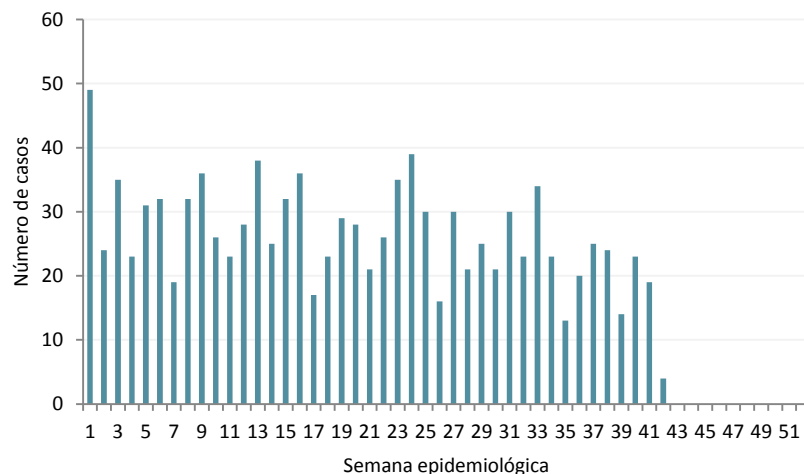
Tabla 2. Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015

Criterios de clasificación	Casos	Porcentaje
Criterio de gravedad UCI	11	55%
Defunción	7	35%
Contacto con sintomático respiratorio	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado 1102 casos que cumplen con la definición establecida en el protocolo nacional, con un promedio de 27 casos semanales (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de IRAG inusitado, Colombia a semana epidemiológica 42, 2015

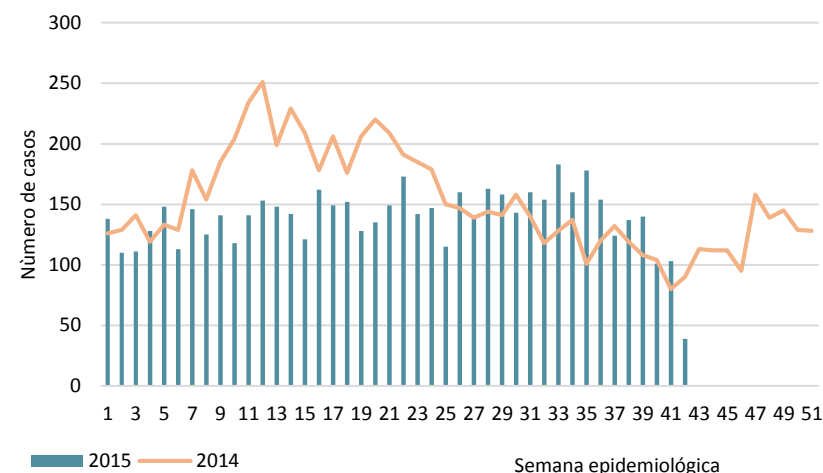


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Vigilancia centinela ESI – IRAG

Durante la semana epidemiológica 42 se notificaron 118 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 87 casos corresponden a pacientes con IRAG y 31 casos a pacientes con ESI, para un acumulado total de 5832 casos. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 42 de 2015 muestra una disminución del 12 % en comparación con lo notificado en el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 de 2015 corresponden a las entidades territoriales de Arauca, Bogotá, Boyacá, Caldas, Cartagena, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial de notificación y UPGD centinela, Colombia semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	0
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	0
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	16
Barranquilla	Clínica General del Norte	13
	Hospital el Tunal	2
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	5
	Hospital Santa Clara	4
	Fundación Cardioinfantil	12
	Hospital de Suba	7
	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	0
Boyacá	E.S.E Santiago de Tunja	2
	Hospital San Rafael de Tunja	2
	El Piloto Assbasalud	13
Caldas	Servicios Especiales de Salud	1
Cartagena	Gestión Salud	2
	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	7
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	1
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	7
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	4
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	0
	Fundación Hospital San Pedro	11
Norte Santander	Policlínico Atalaya	5
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	1
Valle del Cauca	Fundación Valle de Lili	3
	Red de Salud de Ladera	0
Total		127

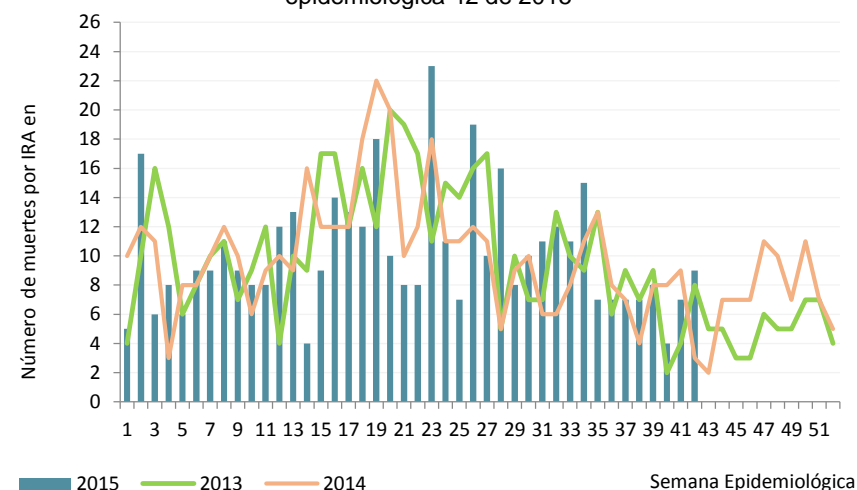
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de cinco años

Durante la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron 13 muertes por IRA en menores de cinco años, al ajustar estas muertes por fecha de defunción, cuatro corresponden a notificación tardía y nueve a la semana epidemiológica 42 para un acumulado total de 426 muertes.

La notificación de muertes por IRA en menores de 5 años a semana epidemiológica 42 de 2015 muestra una disminución del 0,9 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Muertes por IRA en menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

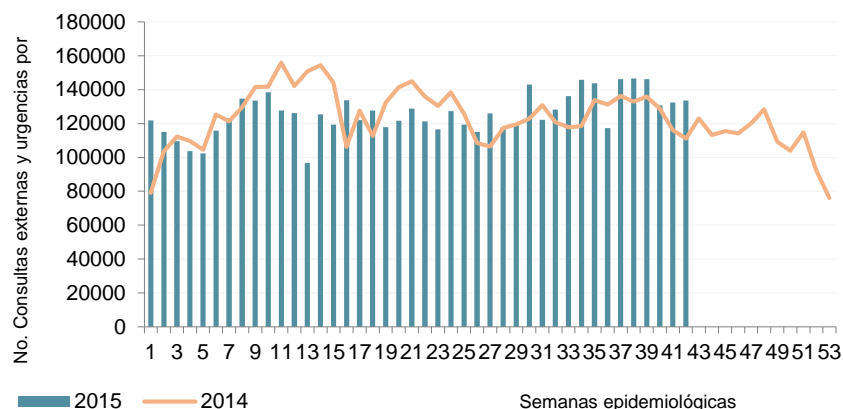
Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de cinco años notificados durante esta semana son: Sucre con cuatro casos, Bogotá con tres casos, Atlántico, Cesar, Tolima, Valle del Cauca, Antioquia y Cartagena con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 42 la mortalidad nacional es de 9,9 por cada 100.000 menores de 5 años. Las entidades territoriales con la mayor mortalidad son: Chocó, Vichada y La Guajira.

Vigilancia morbilidad IRA

La notificación de consultas externas y urgencias por IRA correspondió esta semana a un total de 133.628 registros de un total de 1.748.348 consultas externas y urgencias por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 7,6 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 42 ha habido una disminución del 0,4 % (Gráfica 5).

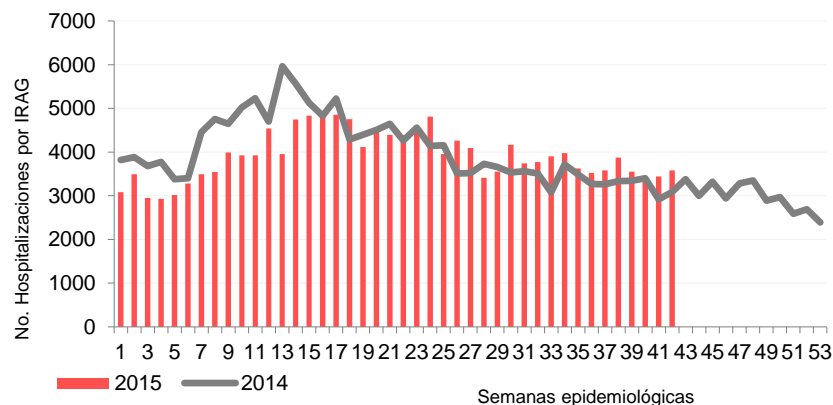
Gráfica 5. Consultas externas y urgencias por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones en sala general por IRA correspondió esta semana a un total de 3.583 registros de un total de 51.153 hospitalizaciones en sala general por todas las causas obteniendo una proporción de IRAG del 7,0 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 42 ha habido una disminución del 3,6 % (Gráfica 6).

Gráfica 6. Hospitalizaciones por IRAG, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

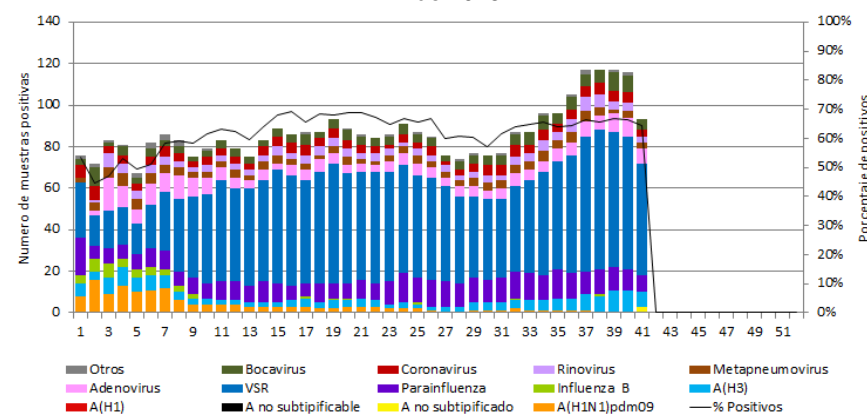
La notificación de hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos (UCI) correspondió esta semana a un total de 194 registros de un total de 3372 hospitalizaciones en UCI por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 5,8 %. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 42 ha habido una disminución del 5,4 %.

Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los LDSP o el Laboratorio de Virología del INS, hasta la semana epidemiológica 41 de 2015 se han analizado 5758 muestras, de las cuales el porcentaje de muestras positivas corresponde al 61,9 %; de estas el 6,6 % fueron positivas para influenza y el 55,3 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (51,8 %), seguido de Parainfluenza (11,4 %), Adenovirus (7,0 %), Bocavirus (5,2 %), Coronavirus (4,8 %), Metapneumovirus (4,1 %), Rinovirus (4,1 %) y otros virus (1,0 %) (ver gráfica 7).

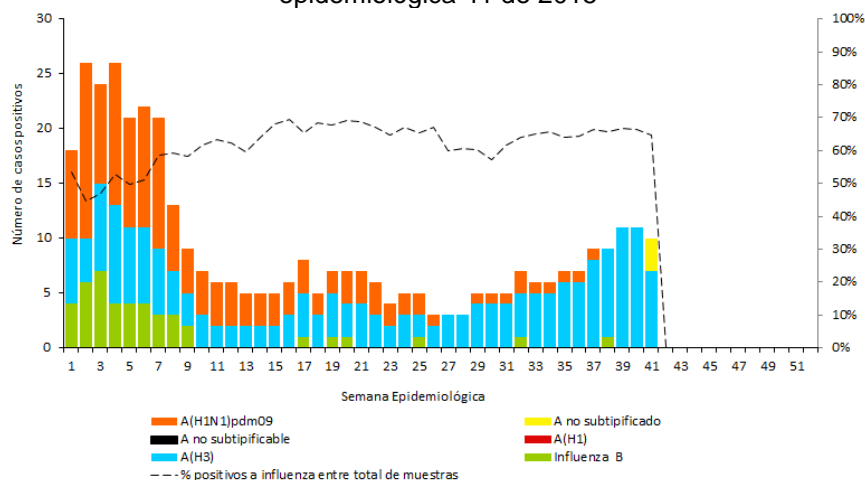
Gráfica 7. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 41 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B, siendo el subtipo de influenza A (H3N2) con el 55,9 %el de mayor proporción, seguido por influenza A (H1N1) pdm09 con el 43,2 %(ver gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución de virus de influenza, Colombia a semana epidemiológica 41 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

• Meningitis

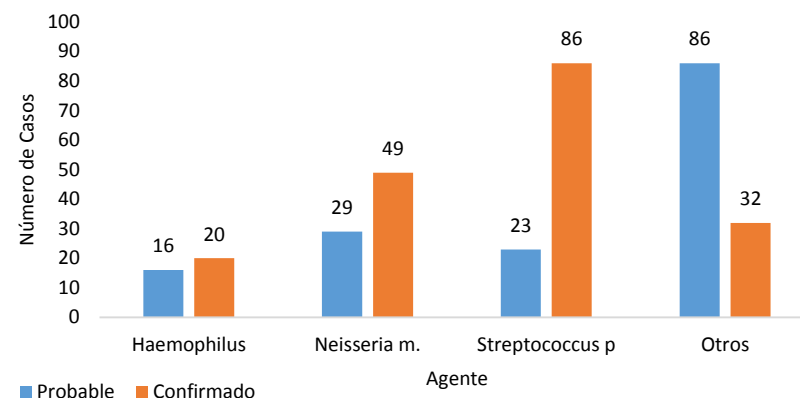
A semana epidemiológica 42 de 2015 fueron notificados al Sivigila 513 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 172 (33,5%) casos fueron descartados por laboratorio quedando un total de 341 casos.

De estos 341 casos, 154(45,2%) corresponden a casos probables, 187(54,8%) corresponden a casos confirmados. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana epidemiológica 42 muestra un aumento del 25,74% en la notificación con respecto al 2014, en el cual se habían reportado 408 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 42 de 2015 es: meningitis por *Neisseria meningitidis* 78 (22,9%), meningitis por *Streptococcus pneumoniae*

109 (32,0%), meningitis por *Haemophilus influenzae* 36(10,6%) y meningitis por otros agentes 118 (34,6%) (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Las entidades territoriales de procedencia con el mayor número de casos notificados son Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Bolívar y Cartagena con el 52,5% de los casos; meningitis por otros agentes bacterianos y *Streptococcus pneumoniae* son los que registran el mayor número de casos (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos confirmados y probables de meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015

Entidad territorial	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	8	15	20	14	57	16,7
Bogotá	6	14	24	5	49	14,4
Valle	6	9	8	10	33	9,7
Bolívar	2	6	5	9	22	6,5
Cartagena	0	8	7	3	18	5,3
Cundinamarca	3	7	2	6	18	5,3
Santander	0	0	7	8	15	4,4
Barranquilla	1	1	2	9	13	3,8
Cauca	1	0	2	7	10	2,9
Córdoba	0	4	3	3	10	2,9
Choco	1	1	2	4	8	2,3
Tolima	0	2	4	2	8	2,3
Nariño	0	0	3	5	8	2,3
Arauca	1	0	2	4	7	2,1
Meta	1	4	1	1	7	2,1
Huila	0	2	5	0	7	2,1
Cesar	1	0	1	4	6	1,8
Magdalena	0	1	0	5	6	1,8
Boyacá	0	0	4	1	5	1,5
Guajira	1	0	1	3	5	1,5
Putumayo	1	0	0	4	5	1,5
Norte Santander	1	1	2	0	4	1,2
Risaralda	0	1	1	2	4	1,2
Guainía	2	0	1	1	4	1,2
Casanare	0	1	0	1	2	0,6
Sucre	0	0	1	1	2	0,6
Atlántico	0	0	1	1	2	0,6
Caquetá	0	0	0	2	2	0,6
Sta. Marta D.E.	0	0	0	1	1	0,3
Vichada	0	0	0	1	1	0,3
Quindío	0	1	0	0	1	0,3
Amazonas	0	0	0	1	1	0,3
Total	36	78	109	118	341	100

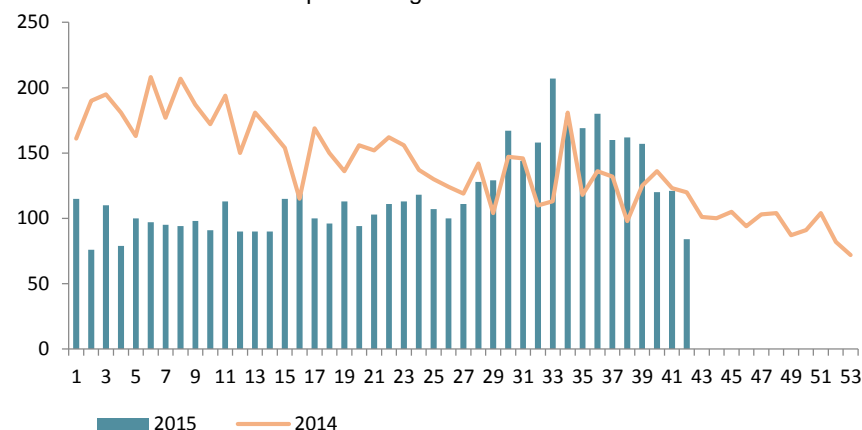
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A semana epidemiológica 42 se notificaron 37 muertes confirmadas: 21 muertes por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, nueve muertes por meningitis por *Neisseria meningitidis*, tres muertes por meningitis por *Haemophilus influenzae* y cuatro muertes por otros agentes bacterianos.

• Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron al Sivigila 4999 casos de parotiditis confirmados por clínica. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 20,96%, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 6325 casos (ver gráfica 10).

Gráfica 10. Casos de parotiditis notificados, Colombia, hasta semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

El 81,4 % de los casos fueron notificados por: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Boyacá, Barranquilla, Sucre, Norte de Santander, Tolima y Guajira. Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron: Bogotá, Antioquia y Cundinamarca con el 55,5% de los casos (ver tabla 5).

Tabla 5. Casos de parotiditis notificados según entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad territorial	casos	%
Bogotá	1832	36,6
Antioquia	603	12,1
Cundinamarca	340	6,8
Valle	275	5,5
Santander	189	3,8
Boyacá	170	3,4
Sucre	152	3,0
Barranquilla	149	3,0
Norte Santander	137	2,7
Tolima	109	2,2
Guajira	89	1,8
Nariño	83	1,7
Cesar	78	1,6
Choco	77	1,5
Huila	74	1,5
Atlántico	67	1,3
Meta	67	1,3
Risaralda	66	1,3
Cauca	66	1,3
Caldas	64	1,3
Caquetá	46	0,9
Magdalena	40	0,8
Quindío	35	0,7
San Andrés	28	0,6
Cartagena	27	0,5
Córdoba	22	0,4
Sta. Marta D.E.	21	0,4
Bolívar	21	0,4
Casanare	20	0,4
Putumayo	19	0,4
Arauca	13	0,3
Vichada	13	0,3
Amazonas	3	0,1
Exterior	2	0,04
Guaviare	1	0,02
Guainía	1	0,02
Total	4999	100,0

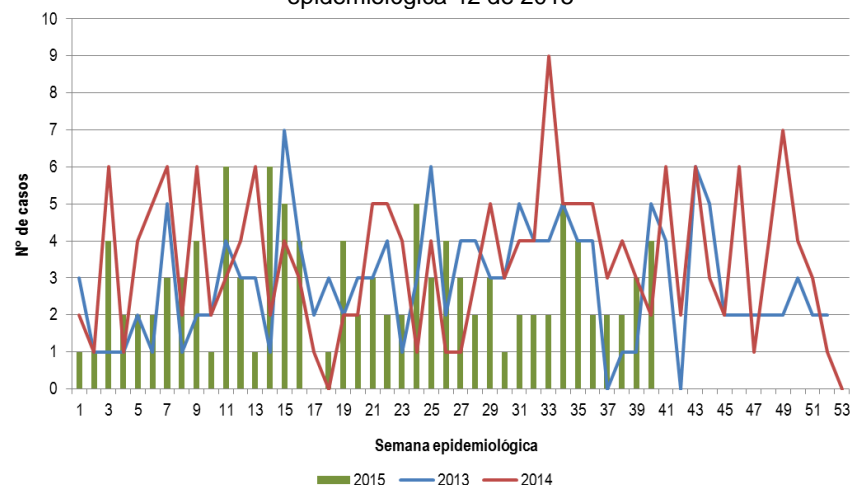
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Un total de 419 municipios reportaron casos de parotiditis, de los cuales el 50,2% de los casos corresponden a Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

• Parálisis flácida aguda (PFA)

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado al Sivigila 113 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra una disminución del 21,5 % con respecto al año 2014 en el cual se habían notificado 144 casos a la misma semana (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Casos probables de PFA notificados, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

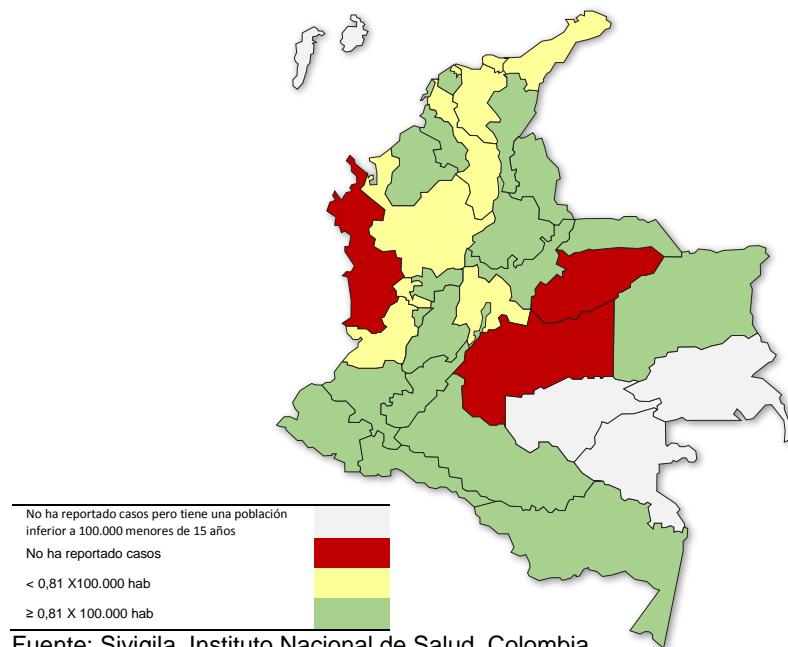


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de notificación a semana 42 es de 0,88 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 42 es de 0,81). Las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Arauca, Atlántico, Bogotá, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

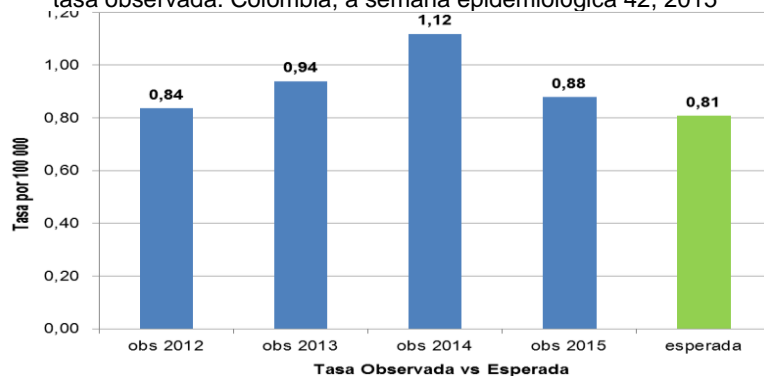
Esta semana se notificaron cuatro casos probables de PFA procedentes de Cundinamarca, Huila, Vichada y Tolima. Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana anterior (ver mapa 5).

Mapa 5. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial en Colombia Semana epidemiológica 42 de 2015



A semana epidemiológica 42 de 2015 la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 0,88 casos por 100 000 menores de 15 años, de manera que se cumple a nivel nacional con la tasa esperada (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada. Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015

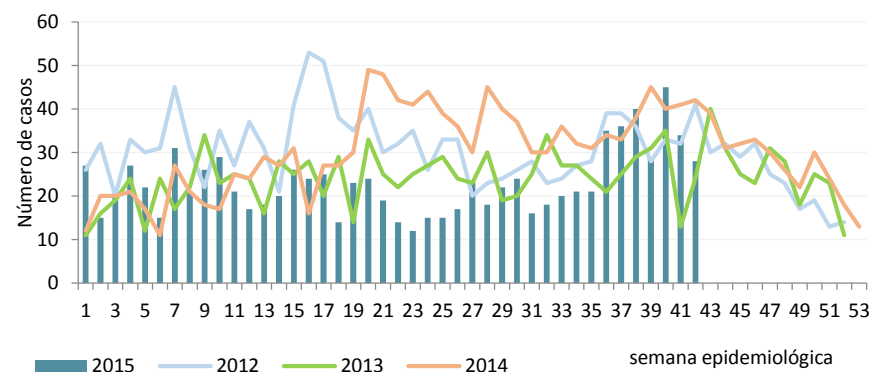


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

• Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se reportaron 967 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un descenso del 25,8 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 1303 casos, se observa una disminución del 3,6 % con respecto al año 2013 y una caída del 27,8 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 42 de 2015

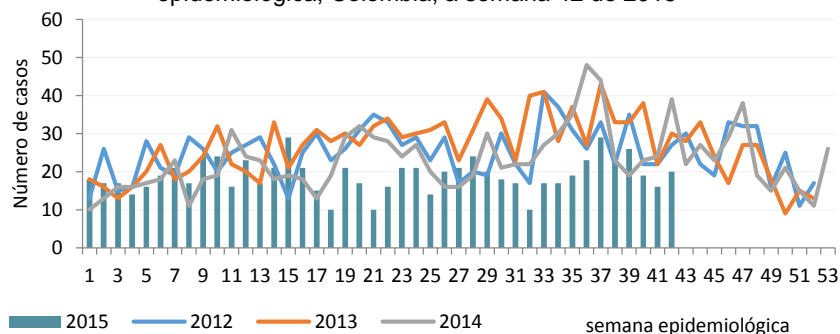


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 93,1 % de los casos sospechosos de sarampión son de 10 entidades territoriales: Bogotá (580), Antioquia (111), Cundinamarca (66), San Andrés (29), el distrito de Barranquilla (25), el distrito de Cartagena (20), el distrito de Santa Marta (17), Atlántico (17), Sucre (11) y Valle del Cauca (11); otras entidades territoriales que notifican casos son Caldas con nueve casos, Boyacá y Nariño con siete casos cada uno, Norte de Santander son seis casos, Risaralda con cinco casos, Huila y Santander con cuatro casos cada uno, Bolívar, Caquetá, Meta y Vichada con tres casos cada uno, Casanare, Córdoba, Chocó y Quindío con dos casos cada uno, Cesar, Guaviare, La Guajira, Magdalena y Tolima con un caso cada uno; se notifican 13 casos del exterior, seis de Venezuela, dos procedentes de Brasil, uno de Aruba, uno de Chile, uno de México, uno de Suiza (confirmado por laboratorio) y otro con país desconocido; a la fecha quedan dos casos de Venezuela pendientes de clasificar.

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se reportaron 798 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra una disminución del 18,0 % con respecto al año anterior cuando se habían notificado 973 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 31,8 % y con el 2012 hay otro descenso del 24,8 %(ver gráfica 14).

Gráfica 14. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Según departamento o distrito de procedencia, el 92,1 % de los casos sospechosos de rubéola son de seis entidades territoriales: Bogotá (559), Antioquia (90), Cundinamarca (40), Caldas (18), Valle del Cauca (14) y Boyacá (14); otras entidades que notifican casos son Nariño y Santander con siete casos cada uno, Meta, Norte de Santander y San Andrés con seis casos cada uno, Quindío con cinco casos, Risaralda y Tolima con cuatro casos cada uno, Bolívar con tres casos, Cauca y Sucre con dos casos cada uno, Arauca, Atlántico, Cesar, Córdoba, Huila, Vaupés y los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta con un caso cada uno. Se notifican dos casos del exterior, uno procedente de China reportado por Bogotá descartado por laboratorio y uno procedente de España, notificado por Cartagena descartado por laboratorio.

La tasa de notificación nacional es de 3,66 casos por 100.000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 42 de 1,62.

Un total de 11 entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 42: San Andrés (45,79), Bogotá (14,46),

Vichada (4,17), Cundinamarca (3,96), Santa Marta (3,72), Antioquia (3,11), Caldas (2,73), Vaupés (2,29), Barranquilla (2,13), Cartagena (2,10) y Boyacá (1,65). No cumplen con la tasa esperada Sucre, Atlántico, Quindío, Risaralda, Meta, Guaviare, Norte de Santander, Nariño, Caquetá, Casanare, Bolívar, Valle del Cauca, Santander, Huila, Chocó, Arauca, Tolima, Cesar, Córdoba, Cauca, Magdalena y La Guajira. Tres entidades territoriales no han notificado casos sospechosos de sarampión o rubéola: Amazonas, Guainía y Putumayo (ver tabla 6).

Tabla 6. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015

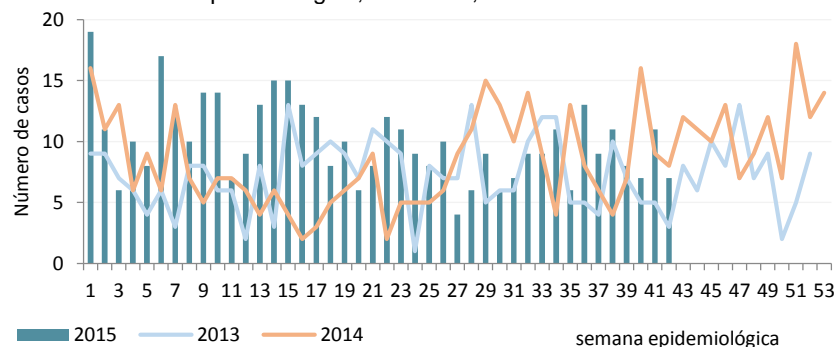
Departamento	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
San Andrés	35	76.442	45,79
Bogotá, D.C.	1139	7.878.783	14,46
Vichada	3	71.974	4,17
Cundinamarca	106	2.680.041	3,96
Santa Marta	18	483.865	3,72
Antioquia	201	6.456.299	3,11
Caldas	27	987.991	2,73
Vaupés	1	43.665	2,29
Barranquilla	26	1.218.475	2,13
Cartagena	21	1.001.755	2,10
Boyacá	21	1.276.407	1,65
Sucre	13	851.515	1,53
Atlántico	18	1.242.388	1,45
Quindío	7	565.310	1,24
Risaralda	9	951.953	0,95
Meta	9	961.334	0,94
Guaviare	1	111.060	0,90
Norte de Santander	12	1.355.787	0,89
Nariño	14	1.744.228	0,80
Caquetá	3	477.642	0,63
Casanare	2	356.479	0,56
Bolívar	6	1.095.406	0,55
Valle del Cauca	25	4.613.684	0,54
Santander	11	2.061.079	0,53
Huila	5	1.154.777	0,43
Chocó	2	500.093	0,40
Arauca	1	262.315	0,38
Tolima	5	1.408.272	0,36
Cesar	2	1.028.890	0,19
Córdoba	3	1.709.644	0,18
Cauca	2	1.379.169	0,15
Magdalena	1	775.957	0,13
La Guajira	1	957.797	0,10
Amazonas	0	76.243	0,00
Guainía	0	41.482	0,00
Putumayo	0	345.204	0,00
Exterior	15	NA	NA
Total	1765	48.203.405	3,66

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 42= 1,62 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado 420 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra un incremento del 26,9 % cuando se reportaron 331 casos (ver gráfica 15).

Gráfica 15. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 85,5 % de los casos provienen de cuatro entidades territoriales: Antioquia (233), Bogotá (94), Cundinamarca (17) y Sucre (15); otras entidades que reportan casos sospechosos son: Tolima con ocho casos, Nariño con seis casos, Casanare y Huila con cinco casos cada uno, Bolívar, Meta y Putumayo con cuatro casos cada uno, Boyacá, Caldas, Chocó y Valle del Cauca con tres casos cada uno, Atlántico y Norte de Santander con dos casos cada uno y Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Guaviare, Quindío, Vaupés y Vichada con un caso cada uno. Diez entidades territoriales aún no notifican casos sospechosos de SRC en el Sivigila.

• Tétanos

Tétanos neonatal

A semana epidemiológica 42 de 2015 se notificó un caso de tétanos neonatal probable de un niño de nueve días de edad, de Barbacoas-Nariño. Comparado con el año anterior esto significa

una disminución importante dado que a semana 42 de 2014 se tenía ocho casos notificados: seis descartados y dos confirmados.

Tétanos accidental

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado 40 casos de los cuales:

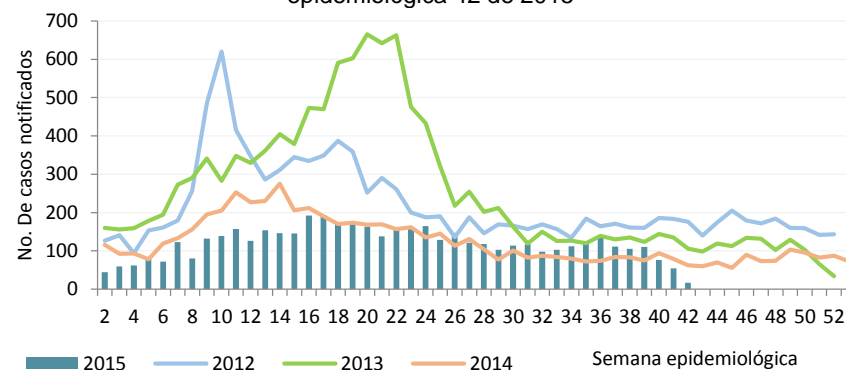
- 36 casos se encuentran confirmados de las entidades territoriales de Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Caquetá, Cartagena, Cauca, Choco, Córdoba, Guajira, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santa Marta, Sucre y Tolima.
- Cinco casos probables del departamento de Antioquia, Cauca, Córdoba y Putumayo
- dos casos descartados de Cartagena.

Comparado con el año 2014 se habían notificado 56 casos y confirmado 46; esto representa una disminución del 30,6% en los casos notificados, y un aumento del 4,6% de casos confirmados.

• Tos ferina

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado 5012 casos. Se evidencia una disminución del 11,8% en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 5682 casos hasta el mismo periodo epidemiológico (ver gráfica 16).

Gráfica 16. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, 2015 a semana epidemiológica 42 de 2015

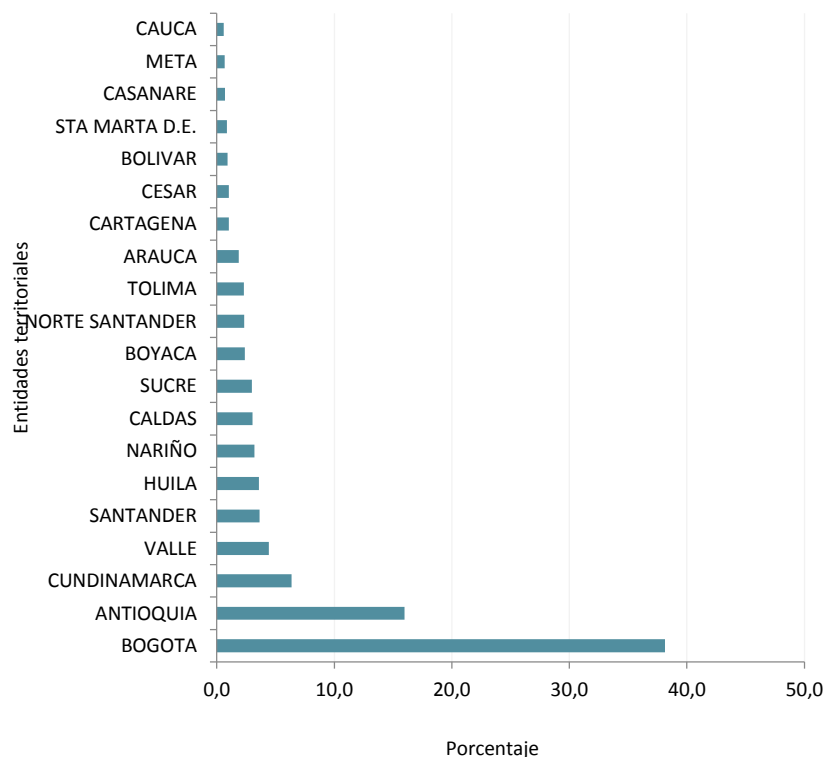


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los 5012 casos notificados a semana 42 se han confirmado 527 casos para tos ferina y según entidad territorial de procedencia el 80,3 % de los casos se concentran en: Antioquia con el 23,5 %, Bogotá (15 %), Huila (9,1 %), Sucre (5,9 %), Caldas (4,9 %), Santa Marta y Arauca (4,2 % cada uno), Norte de Santander (4,0 %), Valle del Cauca (3,6 %), Nariño (3,4 %) y Santander (2,5 %).

De los 5012 casos notificados para tos ferina a Sivigila, el 75,4% de los casos (3 777 casos) se concentra en siete entidades territoriales: Bogotá 38,1% (1911 casos), Antioquia 16% (801casos), Cundinamarca 6,4 %, (319 casos), Valle del Cauca 4,4 % (222 casos), Santander 3,7 % (183 casos), Huila 3,6 % (180 casos) y Nariño 3,2 % (161 casos) (ver gráfica 17).

Gráfica 17. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



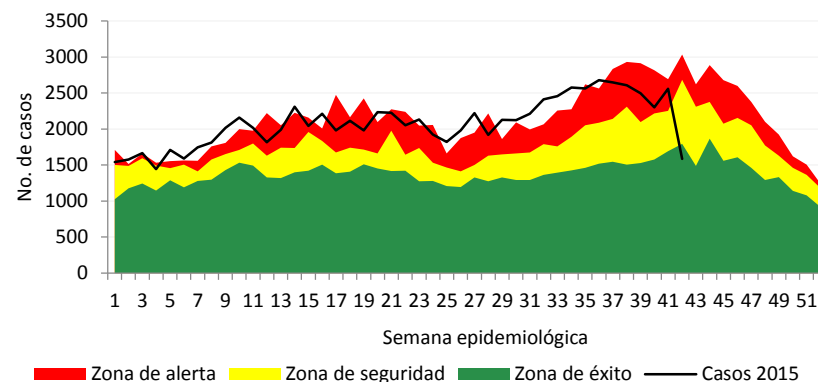
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Varicela

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado 87.591 casos de varicela, esta notificación muestra un aumento del 2,0% respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 85.921 casos. A semana 42 la incidencia para el país es de 181,7 casos por 100.000 habitantes.

De acuerdo con el canal endémico de los casos notificados al Sivigila varicela ha tenido un comportamiento epidémico durante todo el año 2015; iniciamos el año en zona de alerta, para la semana epidemiológica 42 se termina en zona de éxito probablemente debido a la notificación tardía (Ver gráfica 18).

Gráfica 18. Canal endémico de varicela, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Acumulado a semana 42 se han notificado 33 muertes asociadas a varicela, una procedente de Barranquilla, tres de Carmen de Montelíbano, Viboral y Arboles (Antioquia), dos de Huila en Acevedo y Pitalito, cuatro de Sucre en San Juan de Betulia, Corozal y San Pedro y Cinsé, una de Puerto Wilches (Santander), una de Cúcuta y una El Carmen (Norte de Santander), tres de Bogotá, tres de Magangué y una de Córdoba (Bolívar), una de Cartagena, cinco muertes en Córdoba procedentes de Planeta Rica, Tierralta, Momil, Cereté y Valencia, cuatro muertes de Santa Marta, una muerte en Arauca y una de Valle de Cauca y una de Tolima.

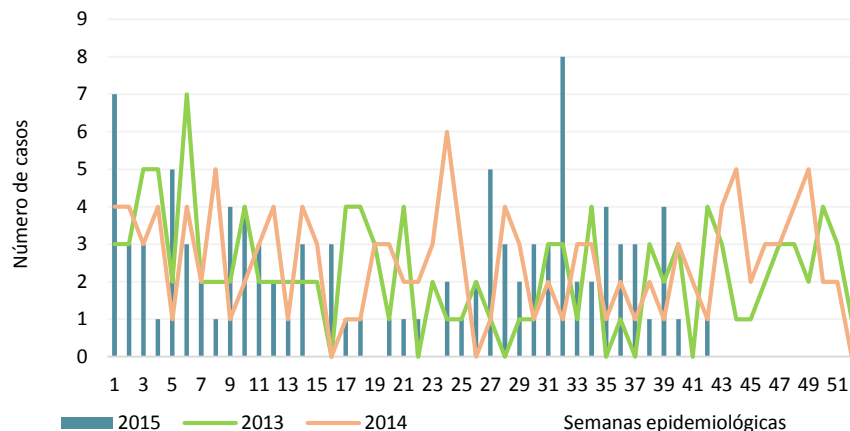
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En el análisis realizado por entidad territorial de residencia, se notificaron al Sivigila a semana epidemiológica 42 de 2015 dos casos de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años, uno de notificación tardía de la semana epidemiológica 34 y uno de la semana epidemiológica 42, en esta misma semana se descartaron tres muertes; para el 2014 en la misma semana se notificó un caso; con un total acumulado para el país de 100 casos de muertes por EDA (Ver gráfica 19).

Gráfica 19. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la mortalidad es de 23,14 x 1 000 000 habitantes menores de cinco años, con una mayor tasa en el grupo de menores de un año de edad (ver tabla 7).

Tabla 7. Tasa de mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 42	Mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores de un año	873444	51	58,39
de 1 a 4 años	3448193	49	14,21
Total país	4321637	100	23,14

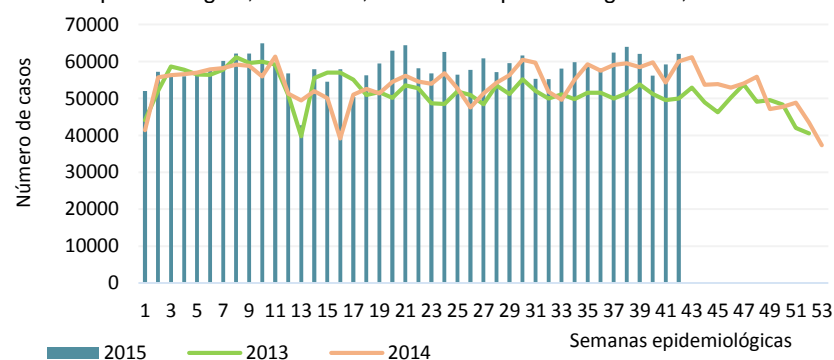
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 42 de 2015, 25 de las entidades territoriales han reportado casos de muertes por EDA en menores de cinco años.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron 62.023 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia; con un total acumulado para el país de 2.449.777 casos (ver gráfica 20).

Gráfica 20. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Todas las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se observa un aumento del 11,37% casos con respecto al año anterior, los casos acumulados aumentan con un valor del 6,63%; dicho número de casos se

ajusta de manera semanal con el ingreso de la información de las UPGD (ver tabla 8).

Tabla 8. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 42	55.691	62.023	11,37%
Casos Acumulados a SE 42	2.297.355	2.449.777	6,63%

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de 1 año registran la incidencia más alta con 161,90 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre 1 y 4 años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 403.394 casos (ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitantes
Colombia	48203405	2449777	50,82
< 1 año	873444	141412	161,90
1 a 4 años	3448193	403394	116,99
5 a 9 años	4258678	187169	43,95
10 a 14	4282708	128702	30,05
15 a 19	4345112	142537	32,80
20 a 24	4292291	259248	60,40
25 a 29	3957939	252456	63,78
30 a 34	3539724	203721	57,55
35 a 39	3205979	149564	46,65
40 a 44	2879410	114077	39,62
45 a 49	2883795	102084	35,40
50 a 54	2680490	88271	32,93
55 a 59	2218791	71322	32,14
60 a 64	1728396	60517	35,01
65 a 69	1307382	45197	34,57
70 a 74	926841	34651	37,39
75 a 79	684618	29604	43,24
80 y más años	689614	35851	51,99

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 42 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 50,82 casos por 1000 habitantes fueron: Amazonas, Bogotá, Quindío, Nariño, Barranquilla, Magdalena y Antioquia. (ver tabla 10).

Tabla 10. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015

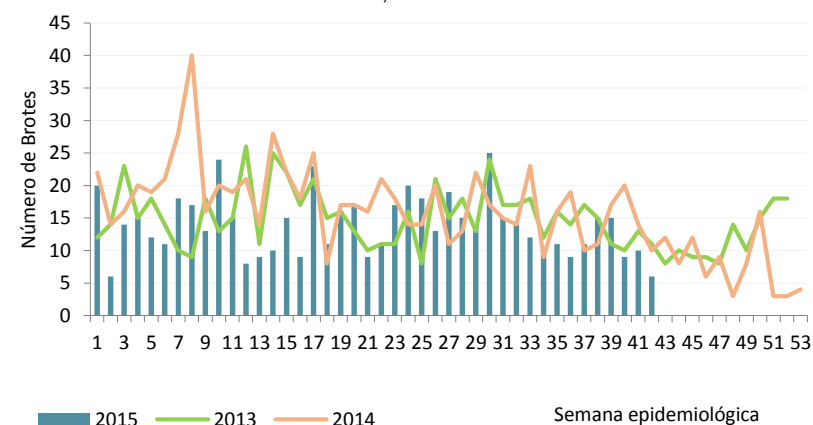
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población estimada (DANE 2015)	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	6583	0,3%	76.243	86,34
Bogotá	624980	25,5%	7.878.783	79,32
Quindío	36818	1,5%	565.310	65,13
Nariño	94881	3,9%	1.744.228	54,40
Barranquilla	64884	2,6%	1.218.475	53,25
Magdalena	342255	14%	6.456.299	53,01
Antioquia	41025	2%	775957	52,87
Colombia	2449777	100%	48203405	50,82

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• ETA

Después del proceso de depuración se tiene que hasta la semana epidemiológica 42 del 2015 se notificaron al Sivigila 6676 casos de ETA, involucrados en 581 brotes. Respecto a los brotes de ETA por semana epidemiológica se observa una disminución en la notificación del 22,4% en relación a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 13,8 (ver gráfica 21).

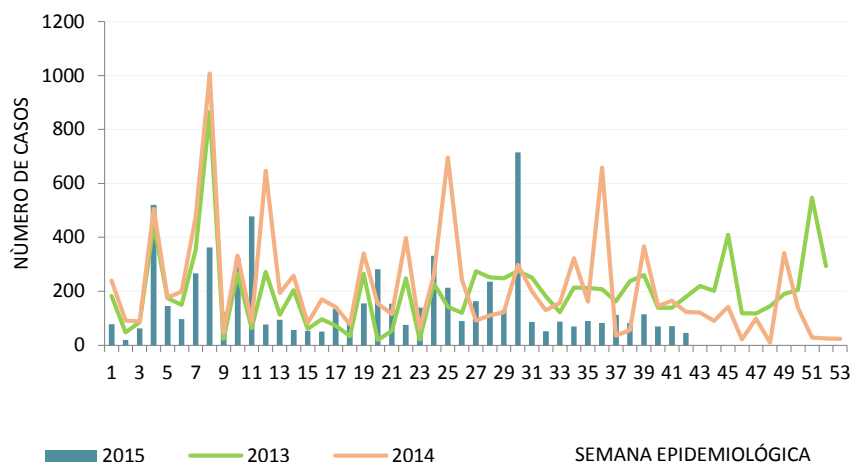
Gráfica 21. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 34,7% con respecto a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de casos por semana es de 159 (ver gráfica 22).

Gráfica 22. Notificación de casos de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 42 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 10 a 14 años (17%), 5 a 9 años (16,6%) y 15 a 19 años (9,2%). El 49% de los casos están como confirmados por clínica, el 26% como probables, el 21% como confirmados por laboratorio y el 4% confirmados por nexa epidemiológico.

En el análisis por entidad territorial de procedencia, Bogotá, Atlántico y Valle del Cauca fueron las que presentaron un mayor número de brotes (ver tabla 11).

Tabla 12. Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	78	13,4
Atlántico	63	10,8
Valle Del Cauca	51	8,8
Sucre	39	6,7
Magdalena	38	6,5
Nariño	31	5,3
Antioquia	25	4,3
Huila	25	4,3
Cartagena	24	4,1
La Guajira	21	3,6
Quindío	19	3,3
Bolívar	18	3,1
Boyacá	18	3,1
Cesar	17	2,9
Norte De Santander	12	2,1
Casanare	12	2,1
Barranquilla	11	1,9
Santander	11	1,9
Risaralda	8	1,4
Tolima	8	1,4
Arauca	8	1,4
Putumayo	8	1,4
Cauca	7	1,2
Caldas	6	1,0
Cundinamarca	6	1,0
Caquetá	4	0,7
Chocó	4	0,7
Córdoba	3	0,5
Meta	3	0,5
Vichada	2	0,3
San Andrés	1	0,2
NACIONAL	581	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En 37 brotes han identificado agentes patógenos procedentes de muestras biológicas y en 29 brotes se han identificado agentes patógenos procedentes de muestras de alimentos (ver tabla 13).

Tabla 13. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas, alimentos y agua procedentes de brotes de ETA (notificación colectiva), Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.

Agente etiológico identificado	Muestra biológica	Muestra de alimentos	Total
**Coliformes totales	10	34	44
**Coliformes fecales	6	27	33
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	21	25
<i>Escherichia coli</i>	15	6	21
<i>Salmonella</i> spp	11	3	14
Complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	7	0	7
<i>Endolimax nana</i>	4	0	4
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	1	3
<i>Vibrio</i> sp	3	0	3
<i>Giardia duodenalis</i>	3	0	3
<i>Proteus</i> sp	2	0	2
<i>Entamoeba coli</i>	2	0	2
<i>Streptococcus</i> sp	1	0	1
<i>Shigella</i> sp	1	0	1
<i>Listeria monocytogenes</i>	0	1	1
Hepatitis A	1	0	1
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1	0	1
<i>Trichuris trichiura</i>	1	0	1
Total	74	93	167

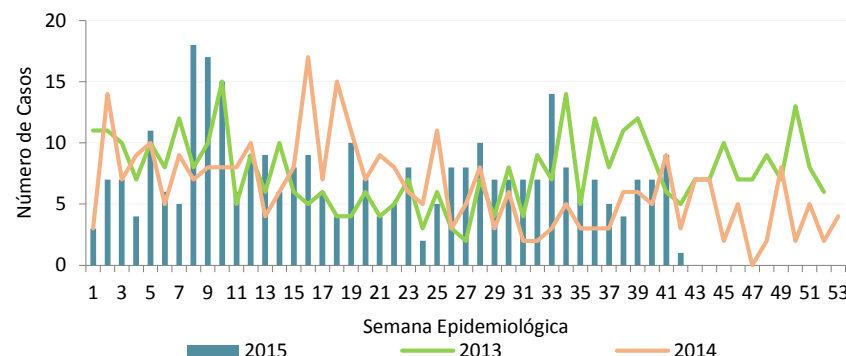
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia - ** No se consideran agentes patógenos causales de ETA.

En la semana epidemiológica 42 se notificaron cinco brotes, las entidades territoriales de procedencia fueron Atlántico, Boyacá, Nariño, Norte de Santander y Santander; los establecimientos implicados fueron hogar (dos brotes), establecimiento educativo (dos brotes) y otros establecimientos (dos brotes).

• Fiebre tifoidea y paratifoidea

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se ha notificado 314 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, se notificó un caso esta semana. Se observa un aumento en la notificación del 9,1% con respecto a las mismas semanas del 2014 (ver gráfica 23).

Gráfica 23. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 78% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 61% de los casos fueron notificados por Antioquia, Norte de Santander y Huila (ver tabla 14).

Tabla 14. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Antioquia	99	31,6
Norte De Santander	68	21,7
Huila	24	7,7
Valle Del Cauca	14	4,5
Meta	12	3,8
Cauca	11	3,5
Sucre	11	3,5
Bolívar	10	3,2
Chocó	9	2,9
Nariño	9	2,9
Bogotá	6	1,9
Cesar	5	1,6
Santander	5	1,6
Caldas	4	1,3
Cundinamarca	4	1,3
La Guajira	4	1,3
Cartagena	3	1,0
Santa Marta	3	1,0
Barranquilla	2	0,6
Risaralda	2	0,6
Córdoba	1	0,3
Magdalena	1	0,3
Quindío	1	0,3
Tolima	1	0,3
Casanare	1	0,3
Putumayo	1	0,3
San Andrés	1	0,3
Exterior	1	0,3
Total	313	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 42 de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 10 a 14 años (12,5%), de 5 a 9 años (12,1%) y de 20 a 24 años (12,1%) (ver tabla 15).

Tabla 15. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	33	10,5
5-9	38	12,1
10-14	39	12,5
15-19	29	9,3
20-24	38	12,1
25-29	29	9,3
30-34	25	8,0
35-39	18	5,8
40-44	9	2,9
45-49	11	3,5
50-54	11	3,5
55-59	11	3,5
60-64	6	1,9
65-69	5	1,6
70-74	5	1,6
75-79	2	0,6
80 Y MÁS	4	1,3
TOTAL	313	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En 13 entidades territoriales se han confirmado casos para fiebre tifoidea, las principales entidades territoriales son Norte de Santander, Antioquia y Meta (ver tabla 16).

Tabla 16. Casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

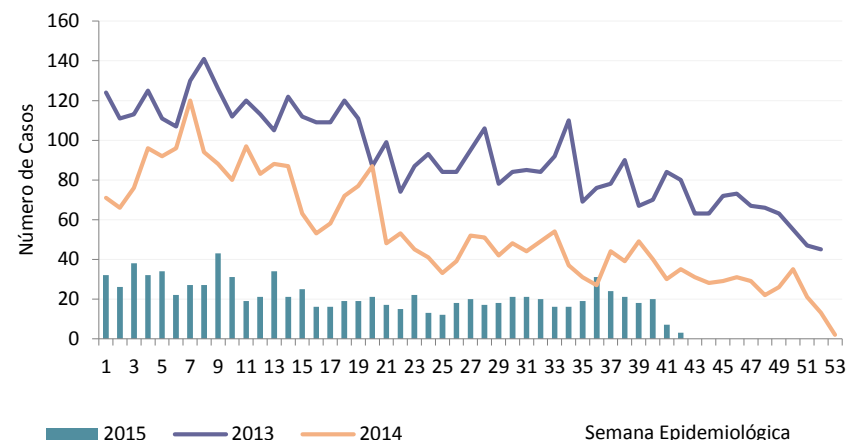
Entidad Territorial	Número de casos confirmados en LNR
Norte de Santander	62
Antioquia	53
Meta	7
Bogotá	6
Nariño	5
Huila	4
Bolívar	3
Valle del Cauca	3
Cesar	2
Cundinamarca	2
Santander	2
Risaralda	1
Sucre	1
Total	151

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

• Hepatitis A

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 42 se notificaron 912 casos de hepatitis A, de los cuales tres se notificaron esta semana; el 49,6% fueron confirmados por clínica, 49,3% por laboratorio y 1,1% por nexo epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica 42 se presentó una disminución en la notificación del 64,6% respecto al 2014 (ver gráfica 24).

Gráfica 24. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 42, 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 (17,7%), Valle del Cauca (10,1%), Bogotá (8,1%) y Huila (6,5%) (ver tabla 17).

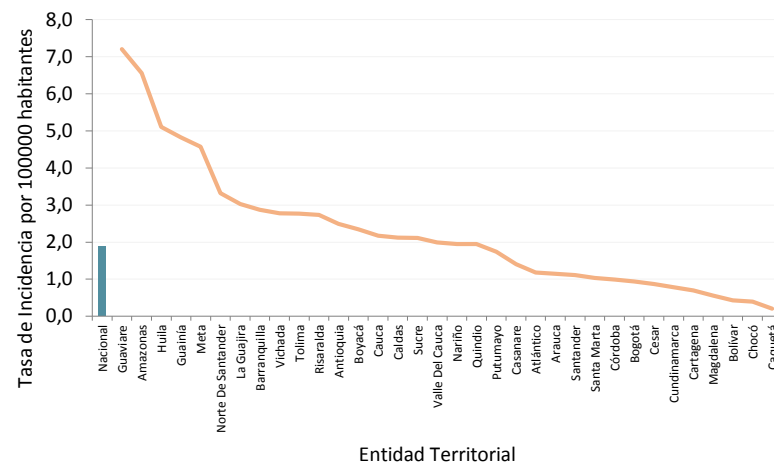
Tabla 17. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad Territorial	Nº Casos	Porcentaje
Antioquia	161	17,7
Valle Del Cauca	92	10,1
Bogotá	74	8,1
Huila	59	6,5
Norte De Santander	45	4,9
Meta	44	4,8
Tolima	39	4,3
Barranquilla	35	3,8
Nariño	34	3,7
Boyacá	30	3,3
Cauca	30	3,3
Atlántico	29	3,2
La Guajira	29	3,2
Risaralda	26	2,9
Santander	23	2,5
Caldas	21	2,3
Cundinamarca	21	2,3
Sucre	18	2,0
Córdoba	17	1,9
Quindío	11	1,2
Bolívar	9	1,0
Cesar	9	1,0
Guaviare	8	0,9
Cartagena	7	0,8
Magdalena	7	0,8
Putumayo	6	0,7
Santa Marta	5	0,5
Casanare	5	0,5
Amazonas	5	0,5
Arauca	3	0,3
Exterior	3	0,3
Chocó	2	0,2
Guainía	2	0,2
Vichada	2	0,2
Caquetá	1	0,1
TOTAL	912	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 42 fue de 1,9 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Guaviare con 7,2, Amazonas con 6,56 y Huila con 5,11 casos por 100 000 habitantes (ver gráfica 25).

Gráfica 25. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 78% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 13% en rural y el 9% en centro poblado. En cuanto a la población, el 95,3% pertenece a otros grupos étnicos, el 2,4% a indígenas, el 1,9% afrocolombianos, el 0,3% a ROM y gitanos y de 0,1 palenqueros.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (16,2%), 5 a 9 años (13%) y 25 a 29 años (11,8%). El 37% de los casos fueron hospitalizados.

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

• Chagas

En la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron al Sivigila 18 casos de enfermedad de Chagas, siete correspondientes a casos agudos y 11 a casos crónicos, cuatro corresponden a la semana 42 y 14 casos a semanas anteriores.

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 el acumulado es de 815 casos, de los cuales 91,2 % (743/815) corresponden a casos crónicos (369 confirmados y 374 probables) y 8,8% (72/815) casos agudos (seis confirmados y 66 probables).

Esta notificación muestra una disminución del 16 % respecto al año anterior, en el cual se había notificado 969 casos a la misma semana.

Los casos crónicos fueron notificados por 28 entidades territoriales. Boyacá notificó el mayor número de casos 16,02 %, seguido de Casanare con un 15,75 %, Bogotá con un 14,54%, Santander con un 14,13 % y La Guajira con un 11,71 %. De estos departamentos procede el 72,14 % del total de casos notificados (ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.

Entidad Territorial	Casos Probables	Frecuencia relativa	Casos Confirmados	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
Boyacá	112	30,03	7	1,90	119	16,02
Casanare	11	2,95	106	28,73	117	15,75
Bogotá	68	18,23	40	10,84	108	14,54
Santander	64	17,16	41	11,11	105	14,13
Guajira	2	0,54	85	23,04	87	11,71
Cesar	30	8,04	19	5,15	49	6,59
Norte Santander	4	1,07	29	7,86	33	4,44
Tolima	28	7,51	4	1,08	32	4,31
Arauca	11	2,95	17	4,61	28	3,77
Cundinamarca	10	2,68	5	1,36	15	2,02
Huila	4	1,07	4	1,08	8	1,08
Guaviare	6	1,61	0	0,00	6	0,81
Meta	5	1,34	0	0,00	5	0,67
Antioquia	3	0,80	1	0,27	4	0,54
Guainía	1	0,27	3	0,81	4	0,54
Caquetá	4	1,07	0	0,00	4	0,54
Bolívar	0	0,00	3	1,10	3	0,40
Valle	3	0,80	0	0,00	3	0,40
Caldas	2	0,54	0	0,00	2	0,27
Quindío	2	0,54	0	0,00	2	0,27
Sucre	0	0,00	2	0,54	2	0,27
Barranquilla	1	0,27	0	0,00	1	0,13
Cauca	0	0,00	1	0,27	1	0,13
Nariño	0	0,00	1	0,27	1	0,13
Risaralda	1	0,27	0	0,00	1	0,13
Sta. Marta D.E.	1	0,27	0	0,00	1	0,13
Putumayo	1	0,27	0	0,00	1	0,13
Vichada	0	0,00	1	0,27	1	0,13
Total casos	374	100,00%	369	100,00%	743	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a la distribución de casos agudos de la enfermedad de Chagas, las entidades territoriales de Boyacá, Bogotá, Casanare Tolima, y Santander representan el 55,5 % del total de casos notificados a nivel nacional y solo el 8,33 % (6/72) del total de casos notificados en fase aguda han sido confirmado por laboratorio (ver tabla 19).

Tabla 19. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad

territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.

Entidad Territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia De Confirmados
Boyacá	10	1	11	1,39
Bogotá	9	0	9	0,00
Casanare	7	1	8	1,39
Tolima	7	0	7	0,00
Santander	5	0	5	0,00
Arauca	4	0	4	0,00
Antioquia	3	0	3	0,00
Cesar	2	1	3	1,39
Córdoba	2	1	3	1,39
Bolívar	2	0	2	0,00
Cundinamarca	2	0	2	0,00
Guajira	2	0	2	0,00
Huila	2	0	2	0,00
Atlántico	1	0	1	0,00
Barranquilla	1	0	1	0,00
Cauca	1	0	1	0,00
Magdalena	1	0	1	0,00
Meta	1	0	1	0,00
Nariño	1	0	1	0,00
Norte Santander	0	1	1	1,39
Putumayo	1	0	1	0,00
Sucre	1	0	1	0,00
Valle	1	0	1	0,00
*Exterior	0	1	1	1,39
Total	66	6	72	8,33

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

*los casos fueron notificado por el departamento de Norte de Santander

• Chikunguña

Durante el año 2014 se presentaron un total de 106.592 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 42 se notificaron 345.394 casos, de los cuales 342.747 fueron confirmados por clínica, 1983 confirmados por laboratorio y 664 sospechosos (ver tabla 20).

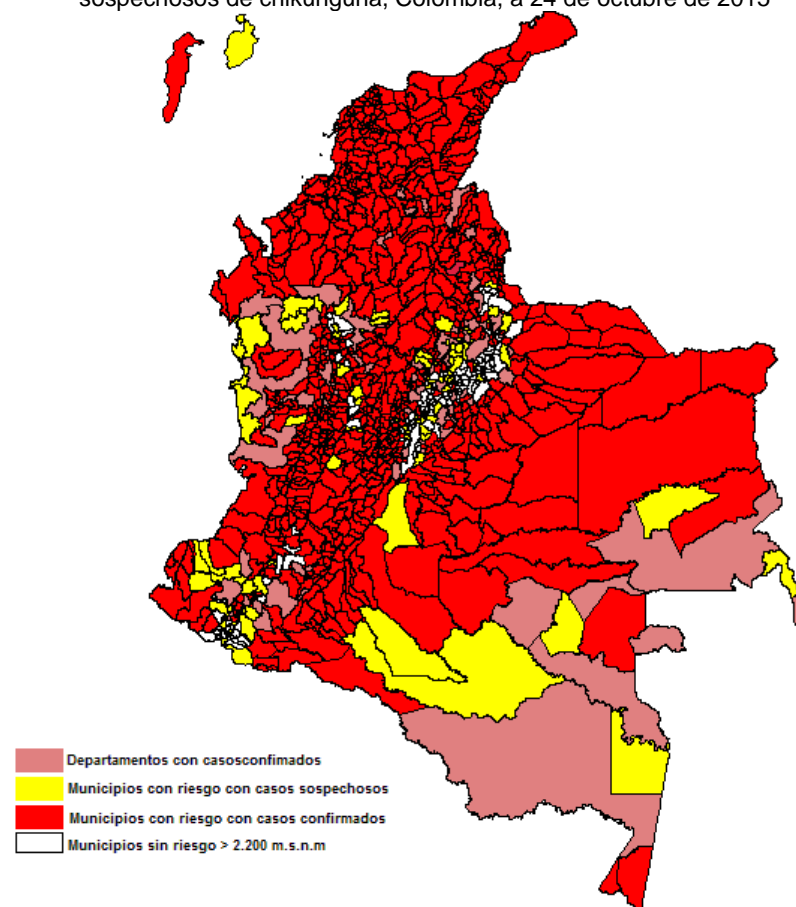
Tabla 20. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 24 de octubre de 2015

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 42-2015	1.170	0	3	1.173
Acumulado 2015	342.747	1.983	664	345.394
Acumulado 2014	104.389	1.410	793	106.592

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

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

Mapa 6. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, a 24 de octubre 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 96 casos confirmados por laboratorio procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Vaupés y Putumayo (ver tabla 21).

Tabla 21. 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	5	4	18
	Caquetá	6.543	32	68	6.643
	Guainía	57	18	2	77
	Guaviare	1.776	28	0	1.804
	Vaupés	3	2	1	6
	Putumayo	637	11	0	648
Total		9.025	96	75	9.196

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 22).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	Antioquia	14.398	34	114	14.546
	Bogotá*	0	1	46	47
	Caldas	2.936	23	15	2.974
	Cundinamarca	17.088	204	40	17.332
	Huila	28.283	157	0	28.440
	Quindío	5.495	0	0	5.495
	Risaralda	4.631	26	0	4.657
	Tolima	40.268	220	28	40.516
Total		113.099	665	243	114.007

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

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

En la región Oriental se han reportado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Boyacá, Norte de Santander y Santander (ver tabla 23).

Tabla 23. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Oriental por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	Boyacá	708	55	29	792
	Nte Santander	6.085	50	5	6.140
	Santander	11.002	19	83	11.104
Total		17.795	124	117	18.036

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

La región Orinoquía ha notificado 186 casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Arauca, Casanare, Meta y Vichada (ver tabla 24).

Tabla 24. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Orinoquía por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	Arauca	5.444	19	0	5.463
	Casanare	15.511	71	0	15.582
	Meta	19.485	72	71	19.628
	Vichada	259	24	0	283
Total		40.699	186	71	40.956

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

La región Pacífica ha notificado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Chocó (ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Pacífico por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	Cauca	3.668	31	51	3.750
	Choco	934	19	68	1.021
	Nariño	1.748	36	39	1.823
	Valle	114.708	781	0	115.489
Total		121.058	867	158	122.083

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

En la región Caribe se ha presentado casos confirmados por clínica reportados por las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés, Sucre y Santa Marta (ver tabla 26).

Tabla 26. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Caribe por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	Atlántico	1.756	0	0	1.756
	Barranquilla	5.509	0	0	5.509
	Bolívar	581	1	0	582
	Cartagena	461	0	0	461
	Cesar	3.689	13	0	3.702
	Córdoba	12.537	7	0	12.544
	Guajira	4.469	10	0	4.479
	Magdalena	2.433	2	0	2.435
	San Andrés	1.200	1	0	1.201
	Sta. Marta D.E.	1.603	5	0	1.608
	Sucre	6.833	6	0	6.839
Total		41.071	45	0	41.116

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

Muertes Según las unidades de análisis realizadas en el Instituto Nacional de Salud con registro acumulado 2014-2015 (corte a semana epidemiológica 42), se han confirmado 68 muertes por chikunguña en el país, de la cuales siete tienen confección con dengue. La letalidad corresponde a 0.015% (68/450.529) (número de muertes/ casos confirmados). La distribución de las muertes por departamento de procedencia y notificación se presentan a continuación (ver tabla 27).

Tabla 27. Distribución de casos de muertes por chikungunya, Colombia acumulado 2014-2015

DEP PROCEDENCIA	MUN. PROCEDENCIA	2014																2015																		
		36	38	42	45	48	49	50	51	52	53	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	13	14	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	30	32
Amazonas	Leticia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Arauca	Arauca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Atlántico	Baranoa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Atlántico	Sabanalarga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Atlántico	Soledad	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Bolívar	Magangué	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Caquetá	Florencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cartagena	Cartagena	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cauca	Sant Quilichao	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Córdoba	Montería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Cundinamarca	Girardot	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cundinamarca	Guaduas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cundinamarca	Viani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cundinamarca	Viota	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Exterior	Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Guajira	San Juan del Cesar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Huila	Aipe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Huila	Campoalegre	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Huila	Garzón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Huila	Neiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Meta	Villavicencio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Norte De Santander	Cúcuta	0	0	1	1	1	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Norte De Santander	Los Patios	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Norte De Santander	Tibu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	32	
Norte De Santander	Villa Del Rosario	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Quindío	La Tebaida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Risaralda	Pereira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Sucre	Corozal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sucre	Sincelejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Armero (Guayabal)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Carmen De Apicala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Chaparral	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Espinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Guamo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Ibague	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Tolima	Melgar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tolima	Purificación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Valle	Cali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
Valle	Versalles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Venezuela	Ureña	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Recomendaciones en vigilancia

- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920, con lo cual además se podrán verificar o buscar casos a través las búsquedas activas institucionales.
- Es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikunguña, solo en la excepción de tener resultado de laboratorio positivos para los dos eventos.
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva
- En los municipios que tienen casos importados, pero donde no se ha demostrado circulación autóctona no deben confirmarse casos por clínica.
- Deben ajustarse los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikunguña y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikunguña deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto nacional de Salud.
- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, mayores de 65 años y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217 y se deben enviar muestras para análisis de laboratorio aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.

- Todas las muertes probables por chikunguña deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.
- Una vez confirmadas o descartadas la muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviará el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

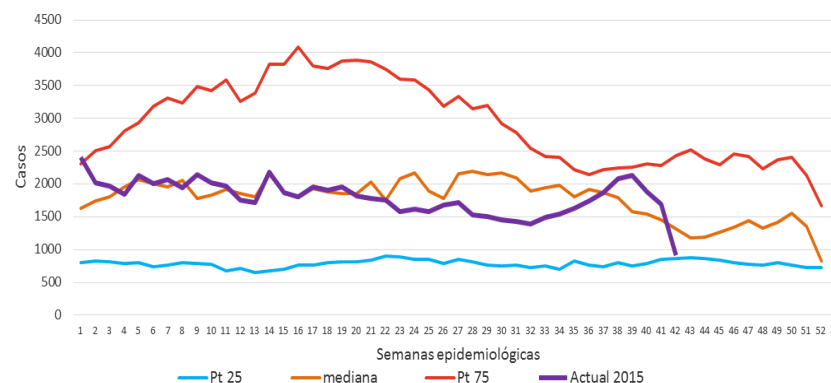
Información por departamento y municipio.

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

Dengue

El canal endémico de dengue se ha ubicado en zona de brote durante el 2,4 % (1/42) de las semanas epidemiológicas, 57,1 % (24/42) en zona de éxito y seguridad; y 40,5% (17/42) en la zona de alarma. Es importante tener en cuenta los efectos que pueden ocasionarse en la construcción del canal debido al retraso en la notificación. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2010 a 2014 (ver gráfica 26).

Gráfica 26. Canal endémico de dengue, Colombia a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado en el Sistema de Vigilancia Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud: 75.469 casos totales de dengue, 74.475 (98,7 %) de dengue y 994 (1,3 %) dengue grave, que a la fecha se encuentran distribuidos así:

Con respecto al mismo periodo epidemiológico de 2014, se presentó una reducción de 10.695 casos, lo que representa un 12,4 % de variación. Se han notificado en promedio 1796 casos semanales en lo corrido de 2015.

En la distribución según el sexo, el 51,3 % de los casos de dengue en hombres, 50,8% en dengue grave. En general el 50,7 % pertenecen al régimen contributivo, 40,8 % al subsidiado, 2,4 % régimen de excepción, 3,0 % régimen de especial y 3,2 % no afiliados. El 32,6 % de los casos de dengue se concentró en los menores de 14 años y 50 % de los casos de dengue grave. En general, se han notificado 784 casos (1,0%) en población indígena y 1958 casos (2,6 %) en afrocolombianos (ver tabla 28).

Tabla 28. Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Colombia a semana epidemiológica 42 de 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	36299	48,7%	489	49,2%	36788	48,7%
	Masculino	38176	51,3%	505	50,8%	38681	51,3%
Tipo de régimen	Contributivo	37839	50,8%	403	40,5%	38242	50,7%
	Especial	2227	3,0%	26	2,6%	2253	3,0%
	No afiliado	2366	3,2%	42	4,2%	2408	3,2%
	excepción	1766	2,4%	13	1,3%	1779	2,4%
	Subsidiado	30277	40,7%	510	51,3%	30787	40,8%
Pertenencia étnica	Indígena	768	1,0%	16	1,6%	784	1,0%
	ROM, Gitano	329	0,4%	8	0,8%	337	0,4%
	Raizal	82	0,1%	1	0,1%	83	0,1%
	Palenquero	12	0,0%	0	0,0%	12	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	1928	2,6%	30	3,0%	1958	2,6%
	Otro	0	0,0%	32	3,2%	32	0,0%
Grupos de edad	Menor de 1 año	2291	3,1%	65	6,5%	2356	3,1%
	1 a 4 años	5017	6,7%	85	8,6%	5102	6,8%
	5 a 9 años	7926	10,6%	190	19,1%	8116	10,8%
	10 a 14 años	9053	12,2%	157	15,8%	9210	12,2%
	15 a 19 años	8012	10,8%	108	10,9%	8120	10,8%
	20 a 24 años	7072	9,5%	74	7,4%	7146	9,5%
	25 a 29 años	6328	8,5%	37	3,7%	6365	8,4%
	30 a 34 años	5587	7,5%	32	3,2%	5619	7,4%
	35 a 39 años	4335	5,8%	26	2,6%	4361	5,8%
	40 a 44 años	3558	4,8%	26	2,6%	3584	4,7%
	45 a 49 años	3225	4,3%	25	2,5%	3250	4,3%
	50 a 54 años	3109	4,2%	35	3,5%	3144	4,2%
	55 a 59 años	2369	3,2%	26	2,6%	2395	3,2%
	60 a 64 años	1784	2,4%	16	1,6%	1800	2,4%
	65 y más años	4809	6,5%	92	9,3%	4901	6,5%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 81 % de los casos de dengue proceden de 12 entidades territoriales: Valle del Cauca con 22,9 %, Santander con 9,7 %, Tolima con 9,2 %, Meta con 7,2 %, Antioquia con 6,7 %, Huila con 4,6 %, Quindío con 4,5 %, Norte de Santander con 3,9 %, Cundinamarca con 3,6 %, Cesar con 3,6 % y Sucre con 2,9 %. Para dengue grave el 79 % de los casos se concentró en 12 entidades territoriales: Tolima con el 22,6 %, Huila con 11,9 %, Valle con 11,2%, Sucre con 4,3 %, Antioquía con 4,3 %, Cesar con 3,9 %, Norte De Santander con 3,7 %, Santander con 3,6 %, Meta con 3,6 %, Bolívar con 3,6 %, Cundinamarca con 3,3 % y Barranquilla con 3,0.

El 50 % de los casos de dengue procede de 22 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Ibagué, Bucaramanga, Medellín, Villavicencio, Armenia, Cúcuta y Neiva, que a su vez han notificado más de 1250 casos durante las 42 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, El 50 % de los casos de dengue procede de 20 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Ibagué, Cali, Neiva, Purificación, Barranquilla, Cúcuta y Medellín, que a su vez han notificado más de 20 casos en 2015.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 42 de 2015 es de 282,5 casos x 100.000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. La incidencia nacional fue superada por 17 entidades territoriales, donde Meta, Quindío, Boyacá, Tolima, Casanare, Vichada y Putumayo, que presentaron proporciones de incidencia superiores a 520 casos por 100.000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue en municipio hiperendemicos se observó que Acacias, Melgar, Yopal, Calarcá, Ibagué, Espinal, Aguazul, Armenia, Cali, San Gil y Garzón, presentaron incidencias superiores a 460 casos por 100.000 habitantes. Para dengue grave los municipios de Espinal, Ibagué, Neiva y Aguazul presentaron incidencias superiores a 10,6 casos por 100.000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 62,8 % (17619/28062). La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 91,1 % (906/994), Arauca,

Guaviare, Magdalena, La Guajira, Casanare y Cundinamarca, presentaron hospitalizaciones inferiores al 80 %. Solo nueve entidades territoriales reportaron un 100 % de hospitalización (San Andrés, Putumayo, Cartagena, Nariño, Caldas, Cauca, Amazonas, Boyacá y Norte de Santander.

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han confirmado 61 muertes por dengue, procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Córdoba, Caldas, Cartagena, La Guajira, Santa Marta, Cauca, Magdalena, Casanare y Quindío, con una muerte cada uno; Bolívar, Huila, Caquetá y Sucre con dos muertes cada uno; Santander, Norte de Santander y Meta con tres muertes confirmadas cada uno, Cesar con cuatro muertes confirmadas, Valle del Cauca y Cundinamarca con seis muertes cada uno y Tolima con 18 muertes. Se han confirmado siete casos de co-infección dengue – chikungunya.

• Fiebre amarilla

En la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificó un caso probable de fiebre amarilla procedente del departamento del Córdoba.

El acumulado a semana epidemiológica 42 de 2015 es de 20 casos notificados al Sivigila como casos probables, esta notificación muestra una disminución del 41 % respecto al año anterior, en el cual se habían notificado 34 casos a la misma semana. De los 20 casos notificados como probables (19/20) el 95 % han sido descartados por pruebas de laboratorio negativas. Un caso se encuentra en estudio (ver tabla 29).

Tabla 29. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015

Departamento procedencia	Casos confirmados	Resultados Negativos	Casos en estudio	Total de casos	Frecuencia relativa
Meta	0	3	0	2	15,0
Antioquia	0	2	0	3	10,0
Caquetá	0	2	0	2	10,0
Guaviare	0	2	0	2	10,0
Arauca	0	1	0	1	5,0
Bogotá	0	1	0	1	5,0
Córdoba	0	0	1	1	5,0
Guainía	0	1	0	1	5,0
Huila	0	1	0	1	5,0
Magdalena	0	1	0	1	5,0
Nariño	0	1	0	1	5,0
Risaralda	0	1	0	1	5,0
Vichada	0	1	0	1	5,0
Exterior*	0	2	0	2	5,0
Total Casos	0	19	1	20	100,00%

Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

• Leishmaniasis

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificaron al Sivigila 6115 casos confirmados de Leishmaniasis distribuidos así: 6015 casos (98,4 %) de Leishmaniasis cutánea, 85 casos (1,4%) de Leishmaniasis mucosa y 15 casos (0,2 %) de leishmaniasis visceral.

Los casos proceden de 31 entidades territoriales y 418 municipios, con una mayor carga en los departamentos de Antioquía, Meta, Tolima, Santander, Chocó, Nariño, Norte de Santander y Guaviare, que a su vez concentraron el 70,9 % de la notificación (ver tabla 30).

Tabla 30. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	1310	20	0	1330	21,7%	21,7%
Meta	821	11	0	832	13,6%	35,4%
Tolima	546	0	0	546	8,9%	44,3%
Santander	401	3	0	404	6,6%	50,9%
Choco	326	3	0	329	5,4%	56,3%
Nariño	318	2	0	320	5,2%	61,5%
Norte Santander	298	1	0	299	4,9%	66,4%
Guaviare	266	12	0	278	4,5%	70,9%
Bolívar	221	4	10	235	3,8%	74,8%
Risaralda	217	0	0	217	3,5%	78,3%
Caquetá	197	5	0	202	3,3%	81,6%
Córdoba	183	3	2	188	3,1%	84,7%
Putumayo	167	4	0	171	2,8%	87,5%
Cundinamarca	137	4	0	141	2,3%	89,8%
Vichada	91	0	0	91	1,5%	91,3%
Valle del Cauca	77	1	0	78	1,3%	92,6%
Caldas	76	1	0	77	1,3%	93,8%
Cauca	70	0	0	70	1,1%	95,0%
Boyacá	56	1	0	57	0,9%	95,9%
Sucre	41	0	3	44	0,7%	96,6%
Guainía	39	2	0	41	0,7%	97,3%
Vaupés	30	1	0	31	0,5%	97,8%
Amazonas	25	1	0	26	0,4%	98,2%
Huila	20	1	0	21	0,3%	98,6%
Desconocido	19	2	0	21	0,3%	98,9%
Arauca	15	1	0	16	0,3%	99,2%
Cesar	14	1	0	15	0,2%	99,4%
Exterior	11	0	0	11	0,2%	99,6%
Guajira	7	0	0	7	0,1%	99,7%
Casanare	6	0	0	6	0,1%	99,8%
Santa Marta D.E.	4	1	0	5	0,1%	99,9%
Cartagena	3	0	0	3	0,0%	100,0%
Magdalena	3	0	0	3	0,0%	100,0%
Total Colombia	6015	85	15	6115		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 25 % de los casos se concentró en los municipios de: Pueblo Rico (Risaralda) con 191 casos (3,1 %), Tumaco (Nariño) con 185 casos (3,0 %), Dabeiba (Antioquia) con 156 casos (2,6 %), Rio Blanco (Risaralda) con 156 casos (2,6%), San José del Guaviare con 153 casos (2,5 %), Rovira (Tolima) con 153 casos (2,5 %), Arboledas (Norte de Santander) con 124 casos (2,0 %), Tarazá (Antioquia) con 110 casos (1,8%), Tierra Alta (Córdoba) con 110 casos (1,8 %), Vista Hermosa (Meta) con 106 casos (1,7 %) y Santa Rosa del Sur (Bolívar) con 86 casos (1,4 %). Para el caso

de leishmaniasis visceral, los casos se concentraron en el municipio de El Carmen de Bolívar con ocho casos (57,1%).

Los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa se concentraron en hombres, en los grupos de edad de 20 a 24 años, con mayor frecuencia en pacientes que pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el régimen de excepción; de áreas rurales, es decir, que corresponden a población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito. Para leishmaniasis visceral los casos se concentraron en pacientes menores de cuatro años (93,3 %), que en su totalidad refieren aseguramientos al régimen subsidiado (ver tabla 31).

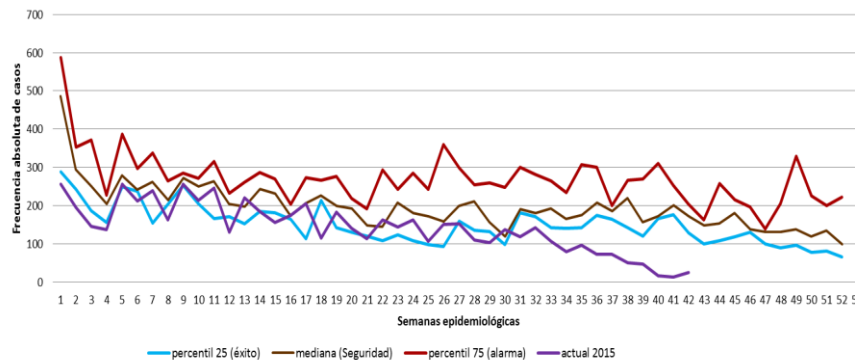
Tabla 31. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 42 de 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		6015	85	15
Sexo	Femenino	20,7%	12,9%	53,3%
	Masculino	79,3%	87,1%	46,7%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,4%	0,0%	26,7%
	1 a 4 años	4,6%	0,0%	66,7%
	5 a 9 años	5,6%	2,4%	0,0%
	10 a 14 años	6,6%	1,2%	6,7%
	15 a 19 años	11,9%	12,9%	0,0%
	20 a 24 años	26,8%	22,4%	0,0%
	25 a 29 años	15,7%	18,8%	0,0%
	30 a 34 años	8,7%	10,6%	0,0%
	35 a 39 años	4,9%	8,2%	0,0%
	40 a 44 años	3,5%	8,2%	0,0%
	45 a 49 años	2,7%	3,5%	0,0%
	50 a 54 años	2,3%	4,7%	0,0%
	55 a 59 años	2,4%	2,4%	0,0%
	60 a 64 años	1,5%	2,4%	0,0%
	65 y más años	2,5%	2,4%	0,0%
Pertenencia étnica	Indígena	4,8%	1,2%	6,7%
	ROM	0,3%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,1%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,1%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	5,0%	9,4%	0,0%
	Otros	89,7%	89,4%	93,3%
Área de procedencia	Cabecera municipal	12,1%	12,9%	13,3%
	Centro poblado	18,2%	35,3%	46,7%
	Rural disperso	69,8%	51,8%	40,0%
Afilación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,3%	15,3%	0,0%
	Especial	0,6%	2,4%	0,0%
	No afiliado	4,6%	4,7%	0,0%
	Excepción	42,0%	51,8%	0,0%
	Subsidiado	47,5%	25,9%	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado entre las zonas de éxito y seguridad durante 39 semanas epidemiológicas (92,9%) y en zona de alarma en las semanas 13, 22 y 30 del año 2015 (ver gráfica 27).

Gráfica 27. Canal endémico nacional de Leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 42 de 2015

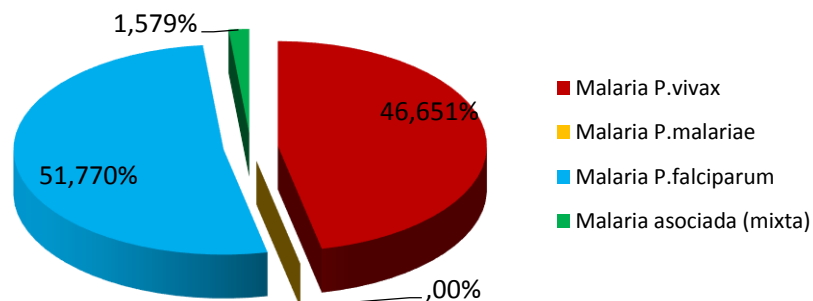


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Malaria

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron al Sivigila 38.700 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 18.054 casos (46,7 %) por *P. vivax*, 20.035 casos (51,8 %) por *P. falciparum* y 611 casos (1,6 %) por malaria asociada. Se notificaron 650 casos de malaria complicada y 2 muertes confirmadas por malaria (ver gráfica 28).

Gráfica 28. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 31 entidades territoriales y 320 municipios. El 75,4 % de los casos se concentró en tres departamentos, Choco con un 48,6 % de los casos, seguido de Nariño con 13,5 % y Antioquía con 13,3 % (ver tabla 32).

Tabla 32. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	335	12143	0	6339	18817	48,6%	48,6%
Nariño	8	5064	0	142	5214	13,5%	62,1%
Antioquia	31	1148	0	3958	5137	13,3%	75,4%
Amazonas	40	249	0	2665	2954	7,6%	83,0%
Valle	13	370	0	1272	1655	4,3%	87,3%
Córdoba	8	117	0	921	1046	2,7%	90,0%
Guainía	14	58	0	746	818	2,1%	92,1%
Risaralda	12	203	0	530	745	1,9%	94,0%
Bolívar	77	140	0	482	699	1,8%	95,8%
Exterior	49	118	0	268	435	1,1%	97,0%
Vichada	11	84	0	328	423	1,1%	98,0%
Guaviare	4	82	0	207	293	0,8%	98,8%
Cauca	1	214	0	32	247	0,6%	99,4%
Meta	0	11	0	21	32	0,1%	99,5%
Vaupés	0	1	0	27	28	0,1%	99,6%
Putumayo	2	4	0	21	27	0,1%	99,7%
Desconocido	1	0	0	19	20	0,1%	99,7%
Norte Santander	1	2	0	16	19	0,0%	99,8%
Caquetá	0	14	0	4	18	0,0%	99,8%
Caldas	0	3	0	9	12	0,0%	99,8%
Sucre	1	0	0	10	11	0,0%	99,9%
Guajira	1	0	0	7	8	0,0%	99,9%
Santander	1	1	0	5	7	0,0%	99,9%
Quindío	0	2	0	5	7	0,0%	99,9%
Sta. Marta D.E.	0	4	0	2	6	0,0%	99,9%
Arauca	0	0	0	5	5	0,0%	100,0%
Huila	0	2	0	3	5	0,0%	100,0%
Cesar	0	0	0	3	3	0,0%	100,0%
Atlántico	0	1	0	2	3	0,0%	100,0%
Cartagena	1	0	0	1	2	0,0%	100,0%
Casanare	0	0	0	2	2	0,0%	100,0%
Barranquilla	0	0	0	1	1	0,0%	100,0%
Magdalena	0	0	0	1	1	0,0%	100,0%
Total Colombia	611	20035	0	18054	38700		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 47,2 % de los casos se presentó en 12 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó (Chocó), Tadó (Chocó), Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño), Lloró (Chocó), El Charco (Nariño), Bajo Baudó (Chocó), Leticia y Puerto

Nariño (Amazonas), Novita (Chocó), Bagadó (Chocó) y El Bagre (Buenaventura). Los anteriores con una notificación superior a los 1.000 casos en lo corrido del año (ver tabla 33).

Tabla 33. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015

Departamento de procedencia	Municipio de procedencia	MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	MALARIA FALCIPARUM	MALARIA MALARIE	MALARI A VIVAX	Total general	Frecuencia relativa de casos	IPA
Choco	Quibdó	106	3199	0	1417	4722	12,2%	40,9
Choco	Tadó	4	1381	0	786	2171	5,6%	3,5
Valle	Buenaventura	4	308	0	1131	1443	3,7%	3,7
Nariño	Tumaco	6	1350	0	64	1420	3,7%	7,3
Choco	Lloro	24	717	0	481	1222	3,2%	110,0
Nariño	El Charco	1	1124	0	9	1134	2,9%	31,9
Choco	Bajo Baudó (Pizarro)	14	872	0	229	1115	2,9%	64,5
Amazonas	Leticia	2	53	0	1024	1079	2,8%	26,3
Amazonas	Puerto Nariño	7	72	0	992	1071	2,8%	133,2
Choco	Novita	18	759	0	252	1029	2,7%	129,6
Choco	Bagadó	10	355	0	658	1023	2,6%	126,2
Antioquia	El Bagre	6	312	0	700	1018	2,6%	43,6
Otros Municipios		409	9533	0	10311	20253	52,3%	3,7
Colombia		611	20035	0	18054	38700	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la distribución social y demográfica, se notificaron 22.546 casos (58,3 %) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,2 % de la notificación. Por pertenencia étnica el 52,8 % de los casos se presentó en población afrocolombiana, 23,9 % en indígenas y 24,2 % en otros. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 71,1 %, y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (19,9 %) (Ver tabla 34).

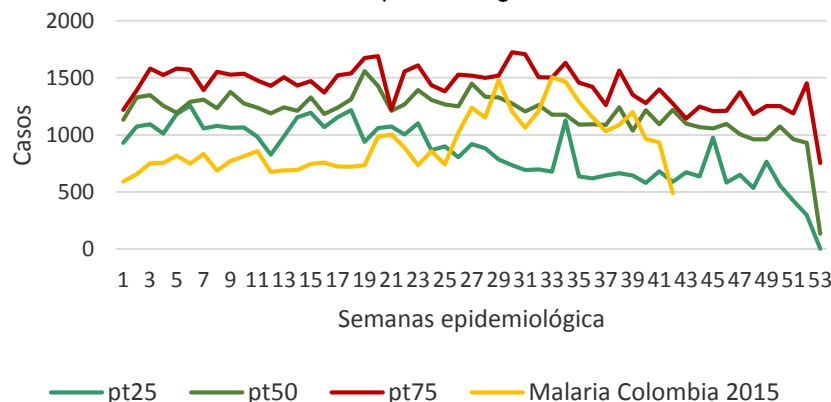
Tabla 34. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.

VARIABLE SOCIAL Y DEMOGRÁFICA		MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	MALARIA FALCIPARUM	MALARIA VIVAX	TOTAL
Casos		611	20035	18054	38700
Sexo	Femenino	36,2%	43,2%	40,4%	41,7%
	Masculino	63,8%	56,8%	59,6%	58,3%
Grupos de edad	Menor de 1 año	0,8%	0,6%	1,5%	1,0%
	1 a 4 años	10,8%	6,7%	10,9%	8,8%
	5 a 9 años	11,5%	12,3%	11,9%	12,1%
	10 a 14 años	13,1%	14,2%	12,0%	13,2%
	15 a 19 años	12,9%	12,7%	12,8%	12,8%
	20 a 24 años	14,2%	11,1%	11,0%	11,1%
	25 a 29 años	8,5%	9,6%	8,4%	9,0%
	30 a 34 años	6,9%	7,4%	7,6%	7,5%
	35 a 39 años	5,7%	6,1%	6,1%	6,1%
	40 a 44 años	4,3%	4,7%	4,6%	4,6%
	45 a 49 años	2,9%	4,1%	3,7%	3,9%
	50 a 54 años	2,9%	3,6%	3,3%	3,4%
	55 a 59 años	3,1%	2,7%	2,3%	2,5%
	60 a 64 años	1,1%	1,8%	1,4%	1,6%
	65 y más años	1,1%	2,5%	2,3%	2,3%
Pertenencia étnica	Indígena	30,4%	12,6%	36,9%	24,2%
	ROM	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%
	Raizal	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	33,9%	76,8%	26,8%	52,8%
	Otros	35,5%	10,4%	35,9%	22,7%
Área de procedencia	Cabecera municipal	28,0%	37,8%	22,8%	30,6%
	Centro Poblado	28,6%	31,3%	56,5%	43,0%
	Rural disperso	43,4%	30,9%	20,7%	26,3%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,1%	5,2%	5,4%	5,3%
	Especial	4,3%	2,5%	3,0%	2,8%
	Sin afiliación	22,4%	20,3%	19,5%	19,9%
	Excepción	1,6%	0,5%	1,3%	0,9%
	Subsidiado	66,6%	71,5%	70,8%	71,1%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria no complicada se ha ubicado en la zona de éxito y seguridad durante 36 semanas epidemiológicas (87,8 %) y en zona de alarma seis semanas epidemiológicas (12,5%) (ver gráfica 29).

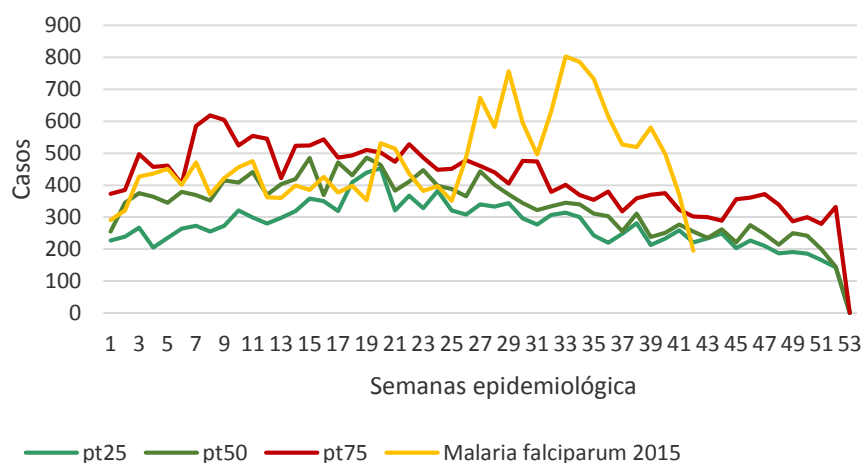
Gráfica 29. Canal endémico nacional de malaria no complicada, Colombia a semana epidemiológica 42 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria por *P. falciparum* se ha ubicado en zona de alarma durante el 28,6 % (12/42) de las semanas epidemiológicas del año, en zona de brote en el 42,9 % de las semanas (18/42) y zonas de éxito y seguridad en el 28,2 % (12/42) (ver gráfica 30).

Gráfica 30. Canal endémico nacional de malaria por *P. falciparum*, Colombia a semana epidemiológica 42 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo corrido de 2015, se han presentado brotes en siete entidades territoriales:

- Amazonas: 29 semanas en Brote (69,9%), y mayor afectación en los municipios de Puerto Nariño (35 semanas), Leticia (23 semanas), Tarapacá (19 semanas) y La Pedrera (10 semanas)
- Guainía: 40 semanas en Brote (95,2%), y mayor afectación en el municipio de Puerto Inírida (37 semanas en brote).
- Nariño: 17 semanas epidemiológicas en brote (40,5%), y mayor afectación en los municipios de Tumaco (20 semanas), El Charco (31 semanas) y Roberto Payán (18 semanas).
- Risaralda: 10 semanas epidemiológica en brote (14,6%), y mayor afectación en Pueblo Rico (9 semanas)
- Valle del Cauca: 10 semanas epidemiológicas en brote (22.0%), y mayor afectación en Buenaventura (8 semanas).
- Vichada: 4 semanas epidemiológicas en brote (7,7%), y mayor afectación en los municipios de Cumaribo (2 semanas) y Puerto Carreño (21 semanas).
- Chocó: 31 semanas epidemiológicas en brote (73,3%), y afectación en más del 80 % de los municipios, principalmente Quibdó, Tadó, Lloró, Novita, Bajo Baudó, Bagadó, Medio San Juan, Cantón de San pablo e Itsmina.

El riesgo epidemiológico de malaria hasta semana epidemiológica 42 de 2015 fue de 3,7 casos por cada 1000 habitantes en riesgo, sin embargo 53 municipios se han ubicado en alto riesgo epidemiológico (IPA mayor a 10 casos por 1000 habitantes), dentro de estos hay seis municipios con el mayor IPA, Puerto Nariño (Amazonas), Novita (Chocó), Bagadó (Chocó), Tarapacá (Amazonas), Tadó (Chocó) y Lloró (Choco), con más de 110 casos por 1000 habitantes.

Se notificaron 650 casos de malaria complicada con mayor distribución en los departamentos de Chocó 351 casos (38,6 %), Valle del Cauca 99 casos (15,2 %), Antioquía 84 casos, (12,9 %) y Nariño 57 casos, (8,8 %), que a su vez concentraron el 75,5 % de la notificación.

Los municipios con mayor concentración de casos fueron: Quibdó (Chocó) con 88 casos (13,7 %), Buenaventura (Valle del Cauca) con 58 casos (8,9%), Tumaco con 41 casos (6,3 %), Leticia con 35 casos (5,4 %) e Inírida (Guainía) con 24 casos (3,7 %) (ver tabla 35).

Tabla 35. Distribución de los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA	Número de casos	Frecuencia relativa relativa	Frecuencia relativa acumulada
Choco	251	38,6%	38,6%
Valle	99	15,2%	53,8%
Antioquia	84	12,9%	66,8%
Nariño	57	8,8%	75,5%
Amazonas	40	6,2%	81,7%
Guainía	24	3,7%	85,4%
Bolívar	14	2,2%	87,5%
Risaralda	12	1,8%	89,4%
Vichada	10	1,5%	90,9%
Exterior	10	1,5%	92,5%
Cauca	9	1,4%	93,8%
Córdoba	8	1,2%	95,1%
Caquetá	4	0,6%	95,7%
Meta	4	0,6%	96,3%
Quindío	4	0,6%	96,9%
Guaviare	4	0,6%	97,5%
Tolima	3	0,5%	98,0%
Caldas	3	0,5%	98,5%
Santander	3	0,5%	98,9%
Barranquilla	1	0,2%	99,1%
Cundinamarca	1	0,2%	99,2%
Huila	1	0,2%	99,4%
Putumayo	1	0,2%	99,5%
Cartagena	1	0,2%	99,7%
Sucre	1	0,2%	99,8%
Magdalena	1	0,2%	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

tratamiento etiológico, con ocurrencia en la semana epidemiológica 01 de 1015. El segundo caso corresponde a hombre de 35 años, procedente de Venezuela, atendido en el municipio de Norte de Santander, se refieren complicaciones cerebrales, renales hepáticas y pulmonares, la muerte ocurrió en la semana 14.

Se tienen 12 muertes en estudio procedentes de los departamentos de Antioquía (n=2), Chocó (n=6), Nariño (n=2) y Valle del Cauca (n=1), y Guaviare (n=1).

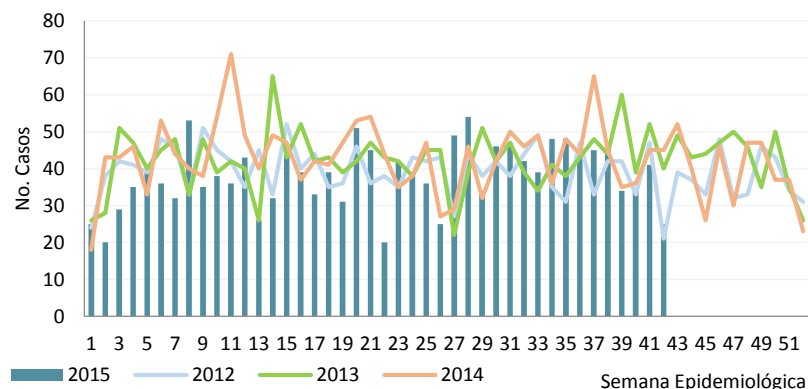
Se han confirmado dos muertes por malaria. La primera corresponde a menor de sexo femenino de un año, procedente del municipio Medio San Juan en Chocó, pertenencia étnica indígena; se refiere como especie parasitaria de infección, *Plasmodium falciparum*, no se especificó la complicación presentada, no recibió

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 42 se han notificado 1600 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 176 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 11,68%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 2011 casos (ver gráfica 31).

Gráfica 31. Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



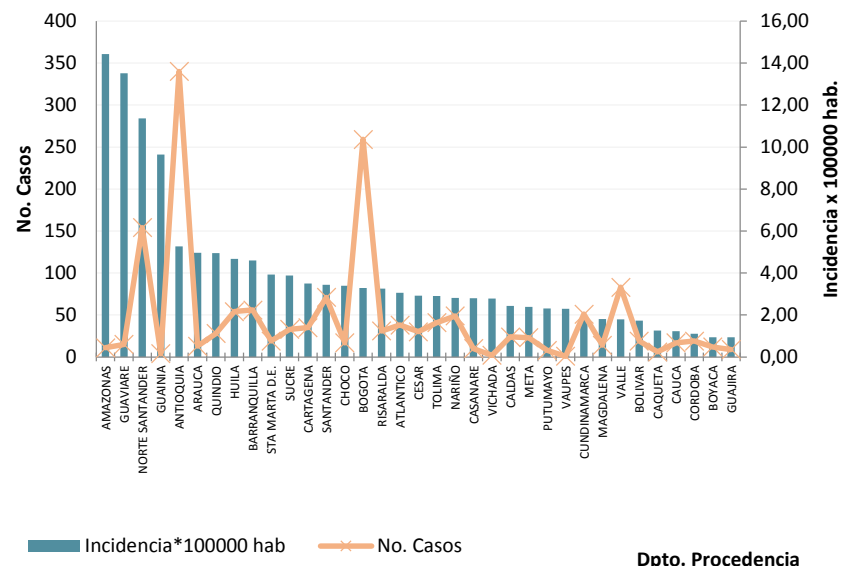
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Antioquia (21,25%), Bogotá (16,19%), Norte de Santander (9,63 %), Valle del Cauca (5,19%) y Santander (4,44%), los cuales en conjunto representan el 56,69% de los casos notificados hasta la presente semana.

A semana epidemiológica 42 de 2015, una entidad territorial presentó silencio epidemiológico en relación con la notificación de los eventos en mención (San Andrés).

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 3,32 casos por cada 100.000 habitantes. Las entidades territoriales con la mayor incidencia fueron Amazonas (14,43), Guaviare (13,51), Norte de Santander (11,36), Guainía (9,64), Antioquia (5,27) y Arauca (4,96) (ver gráfica 32).

Gráfica 32. Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana 42 no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B. No se notificaron muertes secundarias a la infección por Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado 28 muertes por hepatitis B y siete muertes por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

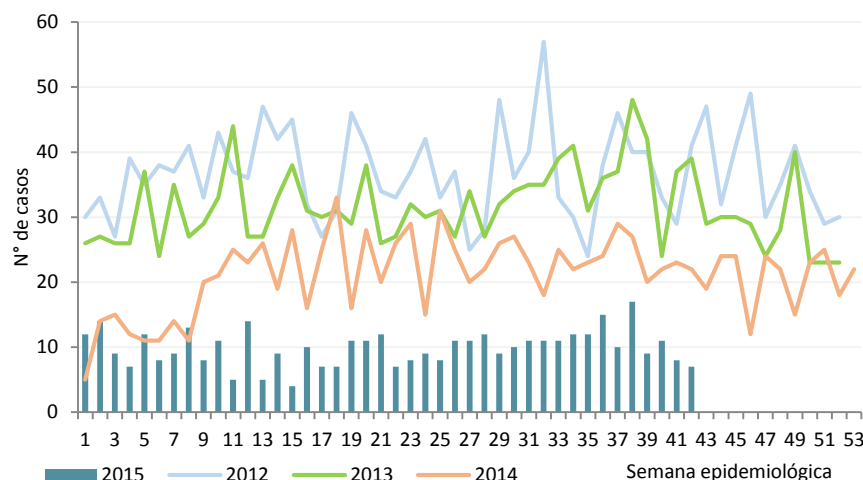
En el análisis de las posibles causas de la disminución en la notificación de los eventos, se sugiere el cumplimiento estricto de las definiciones de casos de Hepatitis B y C, lo cual implica el proceso completo de confirmación por laboratorio y la exclusión de casos sospechosos por criterios clínicos.

• Sífilis

Sífilis Congénita

A la semana epidemiológica 42 del 2015 han sido notificados 417 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 892 casos, por lo tanto se observa una disminución del 53,25 % en la notificación. Esta disminución puede estar relacionada con el desconocimiento de las nuevas definiciones de caso, el incumplimiento de la Guía de práctica clínica y las subsiguientes fallas en la notificación (ver gráfica 33).

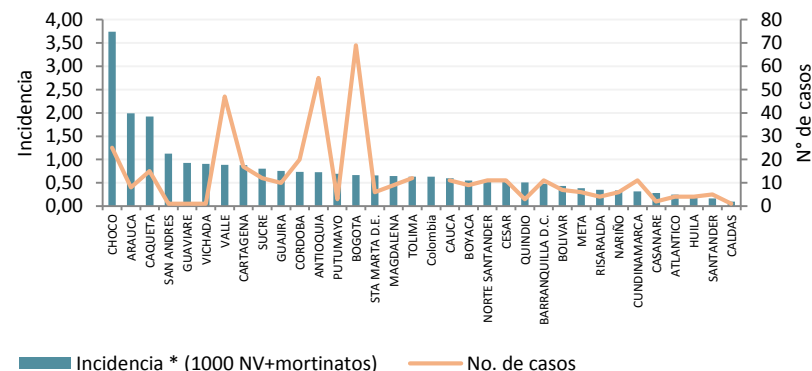
Gráfica 33. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 42 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Valle, Chocó y Córdoba. Por incidencia se encuentran: Chocó, Arauca, Caquetá, San Andrés y Guaviare (ver gráfica 34).

Gráfica 34. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



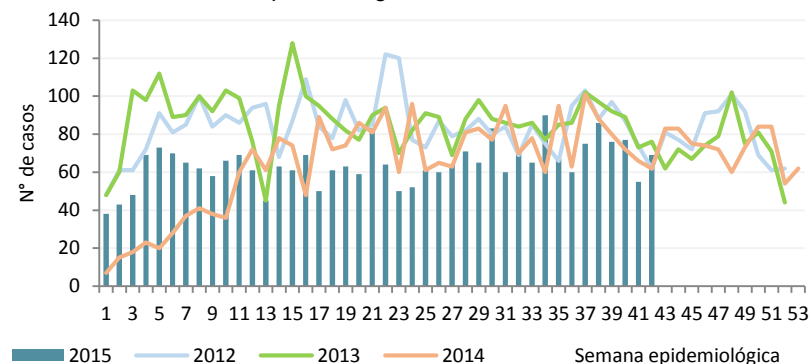
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A la semana epidemiológica 42 la Incidencia de sífilis congénita para Colombia es de 0,63 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos.

Sífilis Gestacional

A la semana epidemiológica 42 del 2015 han sido notificados 2696 casos de sífilis gestacional que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 2668 casos, se observa un incremento del 1,05 % en la notificación (ver gráfica 35).

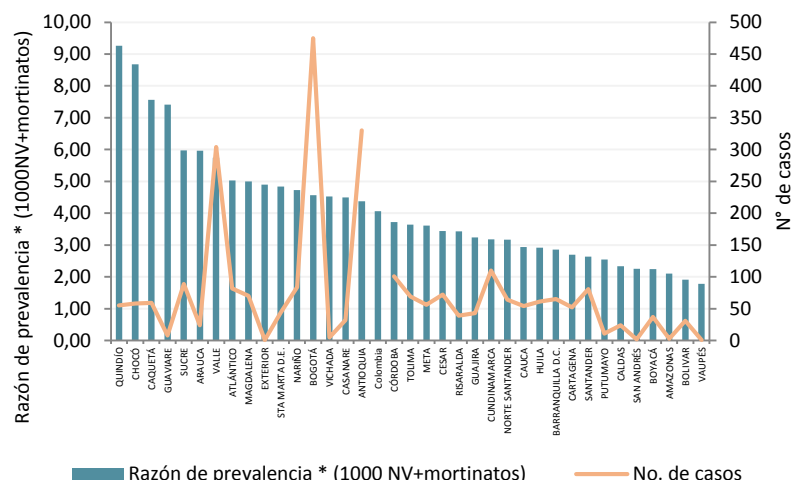
Gráfica 35. Notificación de casos de sífilis gestacional, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis gestacional a semana epidemiológica 42 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca y Córdoba. Por prevalencia se encuentran: Quindío, Chocó, Caquetá, Guaviare y Sucre (ver gráfica 36).

Gráfica 36. Razón de prevalencia y número de casos de sífilis gestacional, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



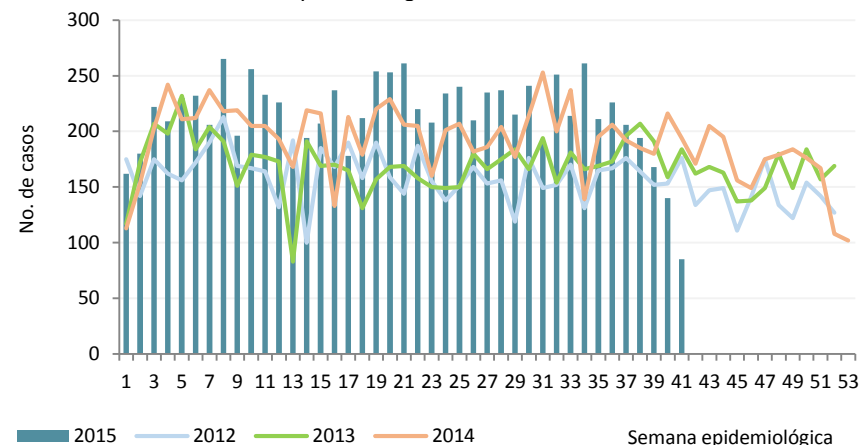
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A la semana epidemiológica 42 la razón de prevalencia de sífilis gestacional para Colombia es de 4,06 casos por 1000 nacidos vivos.

VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 42 de 2013 se notificaron 7202 casos, para el 2014 se notificaron 8298 casos y para el 2015 a semana 42 se han reportado 9038 casos, lo que muestra un aumento entre el 2014 y 2015 del 9,94 % (740 casos), tendencia que puede variar más por el ingreso de casos de manera tardía (ver gráfica 37).

Gráfica 37. Notificación de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

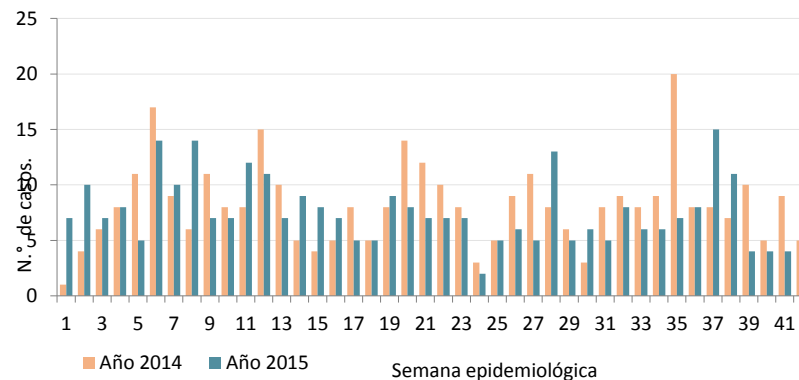
A semana epidemiológica 42 de los 9038 casos notificados 8436 casos están en estadio VIH y SIDA y 602 aparecen con condición final muerto.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica 42 de 2015 se ha notificado al Sivigila 318 casos de lepra, de estos el 74,5 % (237 casos) de los casos fueron confirmados por laboratorio y el 25,5 % (81 casos) confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 90,3 % (287 casos) ingresaron como nuevos, el 6,3 % como recidiva (20 casos) y 11 casos como reingreso abandono. Con respecto al año anterior (344 casos hasta SE 42) para esta semana se observa una disminución del 7,5 % en la notificación (ver gráfica 38).

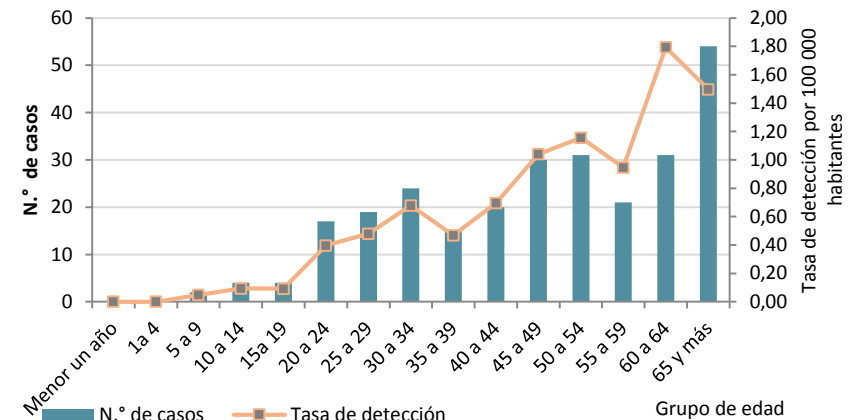
Gráfica 38. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 es de 0,60 casos por 100 000 habitantes. El 62,4 % (179 casos) del total de casos nuevos detectados corresponden al sexo masculino; la tasa de detección más alta se presenta en el grupo de edad de 60 a 64 (1,91 casos por 100 000 habitantes) (ver gráfica 39).

Gráfica 39. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El departamento de Arauca presenta la tasa de detección de casos nuevos más alta para el país con 5,34 casos por 100 000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 2,29 casos por 100 000 habitantes. Los departamentos de Norte de Santander y Santander han notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 10,1 % (32 casos) respectivamente. El 88,9 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, información necesaria para realizar las acciones de vigilancia alrededor del caso y de sus convivientes (ver tabla 36).

Tabla 36. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento. Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

Entidad territorial	N.º de casos notificados	N.º de casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Arauca	15	15	14	5,34	1	0
Norte Santander	32	32	31	2,29	1	0
Cesar	19	19	18	1,75	0	1
Huila	18	21	19	1,65	1	1
Cartagena	19	19	16	1,60	2	1
Santander	32	31	31	1,50	0	0
Amazonas	0	1	1	1,31	0	0
Magdalena	17	18	15	1,19	2	1
Casanare	3	5	4	1,12	1	0
Tolima	14	15	15	1,07	0	0
Guaviare	1	1	1	0,90	0	0
Sta. Marta D.E.	4	5	4	0,83	1	0
Barranquilla	17	11	9	0,74	2	0
Valle Del Cauca	37	37	33	0,72	1	3
Caquetá	3	3	3	0,63	0	0
Meta	5	6	6	0,62	0	0
Cauca	8	8	8	0,58	0	0
Choco	1	2	2	0,40	0	0
Bolívar	11	9	7	0,33	1	1
Risaralda	6	5	3	0,32	1	1
Caldas	4	4	3	0,30	1	0
Putumayo	2	2	1	0,29	1	0
Atlántico	2	8	7	0,28	1	0
Sucre	3	3	2	0,23	0	1
Bogotá	27	17	15	0,19	1	1
Cundinamarca	3	6	5	0,19	1	0
Quindío	1	1	1	0,18	0	0
Boyacá	2	2	2	0,16	0	0
Nariño	2	2	2	0,11	0	0
Antioquia	8	8	7	0,11	1	0
La Guajira	1	1	1	0,10	0	0
Córdoba	1	1	1	0,06	0	0
Total	318	318	287	0,60	20	11

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos (318), el 34,6 % corresponde a lepra paucibacilar de estos se presentan 14 casos con grado dos de discapacidad y el 65,4 % a lepra multibacilar presentando 30 casos con grado dos de discapacidad. Es muy preocupante que al momento de la notificación 130 casos (40,9 %) presentan algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío (ver tabla 37).

Tabla 37. Número de casos de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

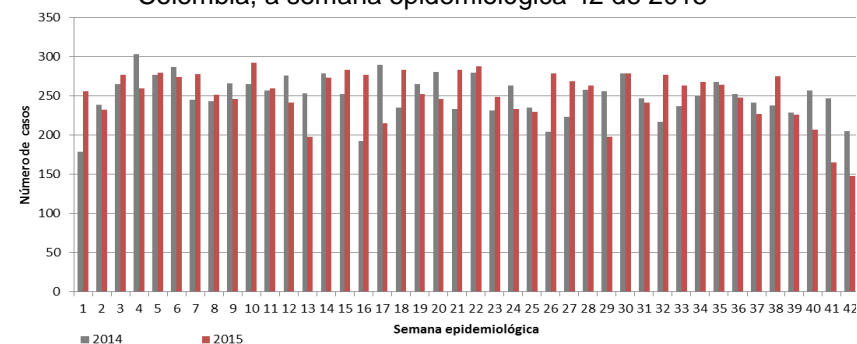
Clasificación Lepra	Grado De Discapacidad				Total	%
	Grado 0	Grado I	Grado II			
Paucibacilar	67	29	14		110	34,6
Multibacilar	121	57	30		208	65,4
Total	188	86	44		318	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado al Sivigila 10.554 casos de tuberculosis todas las formas, el 81,2 % (8580 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,5% (1959 casos) a formas extrapulmonares, de estos se presentan 349 casos con localización meníngea. Se registran quince casos sin información de datos complementarios. Con respecto al año anterior para esta semana se observa un aumento del 0,5% en la notificación. Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato (gráfica 40).

Gráfica 40. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 73,8% (7785 casos) ingresaron como confirmado por laboratorio, el 24,6% (2600 casos) por clínica y el 1,6 % (169 casos) por nexa epidemiológico (ver tabla 38).

Tabla 38. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	6664	1111	10	7785	73,8
Confirmado por clínica	1774	822	4	2600	24,6
Confirmado por nexo epidemiológico	142	26	1	169	1,6
TOTAL	8580	1959	15	10554	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, a semana epidemiológica 42, el 89,8% (9480 casos) ingresaron como casos nuevos, el 4,1 % (433 casos) como recaída, el 3,4% (361 casos) como pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, el 2,1 % (219 casos) como otros pacientes previamente tratados y 0,4 % (46 casos) como fracaso (ver tabla 39).

Tabla 39. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	7631	1849	9480	89,8
Recaída	387	46	433	4,1
Fracaso	41	5	46	0,4
Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento	330	31	361	3,4
Otros pacientes previamente tratados	191	28	219	2,1
Sin dato	0	0	15	0,1
TOTAL	8580	1959	10554	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la pertenencia étnica los grupos de mayor porcentaje de casos son: otros grupos poblacionales con el 86,5%, seguido de afrocolombianos con el 7,37%; y población indígena con el 5,40%. Hasta esta semana epidemiológica se han notificado 691 casos con condición final muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (1959 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 36,7%, meníngea con el 17,8% y la ganglionar con el 16,1% (ver gráfica 41).

Gráfica 41. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	719	36,7
MENINGEA	349	17,8
GANGLIONAR	315	16,1
OTRO	171	8,7
OSTEOARTICULAR	97	5,0
PERITONEAL	74	3,8
SIN DATO	51	2,6
INTESTINAL	45	2,3
GENITOURINARIA	37	1,9
PERICARDICA	36	1,8
RENAL	32	1,6
CUTANEA	33	1,7
1959		100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos nuevos (9480 casos) distribuidos por entidad territorial de residencia; el departamento del Amazonas presenta la mayor incidencia (70,8 casos por 100 000 habitantes), seguido de Chocó (39,6 casos por 100 000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 19,7 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 40).

Tabla 40. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

Entidad territorial de residencia	N.º de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB pulmonar	N.º de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
Amazonas	52	68,2	2	2,0	54	70,8
Antioquia	1378	21,3	401	321,0	1779	27,6
Arauca	66	25,2	21	17,0	87	33,2
Atlántico	246	19,8	30	26,0	276	22,2
Barranquilla	379	31,1	47	44,0	426	35,0
Bogotá	507	6,4	293	229,0	800	10,2
Bolívar	64	5,8	21	17,0	85	7,8
Boyacá	59	4,6	25	21,0	84	6,6
Caldas	185	18,7	38	31,0	223	22,6
Caquetá	84	17,6	25	20,0	109	22,8
Cartagena	150	15,0	35	29,0	185	18,5
Casanare	60	16,8	18	16,0	78	21,9
Cauca	137	9,9	47	43,0	184	13,3
Cesar	185	18,0	29	27,0	214	20,8
Choco	170	34,0	28	22,0	198	39,6
Córdoba	140	8,2	33	29,0	173	10,1
Cundinamarca	220	8,2	61	53,0	281	10,5
Guajira	170	17,7	22	2,3	192	20,0
Guaviare	21	18,9	2	1,8	23	20,7
Guainía	5	12,1	1	2,4	6	14,5
Huila	217	18,8	42	3,6	259	22,4
Magdalena	86	10,9	4	0,5	90	11,4
Meta	255	26,5	47	4,9	302	31,4
Nariño	108	6,2	29	1,7	137	7,9
Norte Santander	256	18,9	53	3,9	309	22,8
Putumayo	64	18,5	12	3,5	76	22,0
Quindío	141	24,9	25	4,4	166	29,4
Risaralda	298	31,3	64	6,7	362	38,0
San Andrés	5	6,5	2	2,6	7	9,2
Santander	371	18,0	82	4,0	453	22,0
Sta Marta D.E.	103	21,3	17	3,5	120	24,8
Sucre	44	5,2	8	0,9	52	6,1
Tolima	289	20,5	63	4,5	352	25,0
Valle Del Cauca	1081	23,4	215	4,7	1296	28,1
Vaupés	7	16,0	2	4,6	9	20,6
Vichada	16	22,2	2	2,8	18	25,0
Exterior	12	0,0	3	0,0	15	0,0
Total	7631	--	1849	--	9480	--
Tasa Incidencia	--	15,8	--	3,8	--	19,7

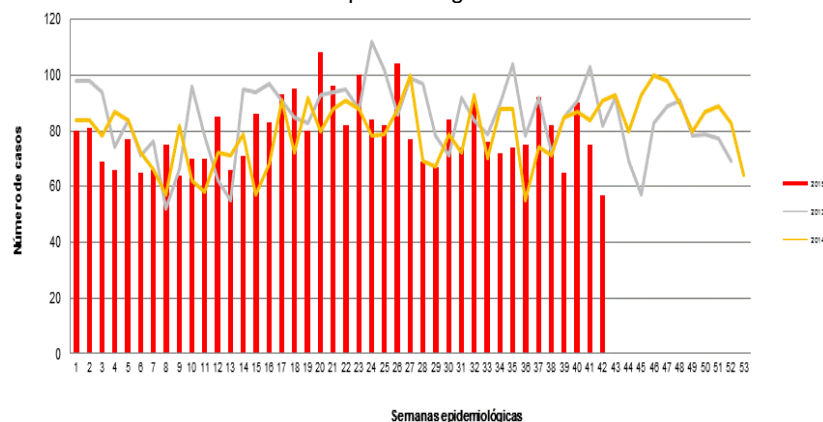
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 42 de 2015 se ha reportado al Sivigila 3318 accidentes ofídicos por serpientes venenosas en Colombia, en la semana 42 se notificaron 57 casos, y de semanas anteriores se notificaron 15. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado acumulados 3281 casos lo que implica un incremento en la notificación del 1,1 %. En promedio por semana epidemiológica se han reportado en el 79,0 casos (IC 95% 70,9 – 87,1) (ver gráfica 42).

Gráfica 42. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015

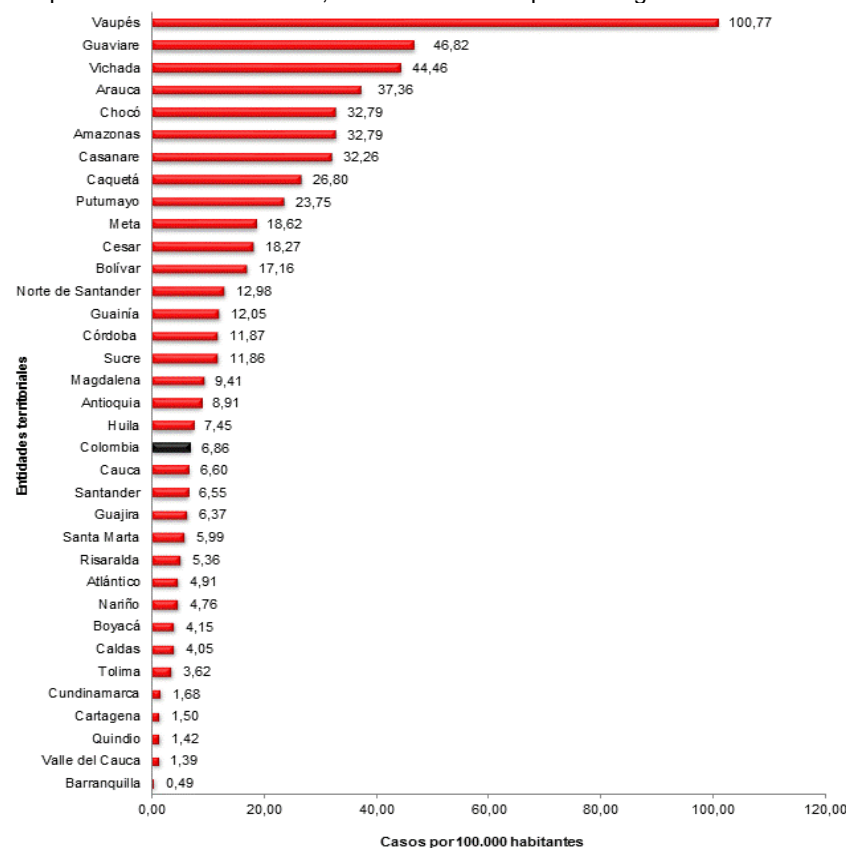


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 42, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (1076 y 925 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (17,3 %), Córdoba (6,1 %), Bolívar y Cesar (5,7 % cada una), Meta (5,4 %), Norte de Santander (5,3%), Chocó (4,9%), Santander (4,1%), Caquetá (3,9 %) y Casanare (3,5 %), de estos 10 departamentos proceden el 61,8 % del total de los casos.

La proporción de incidencia de accidente ofídico en el país es de 6,86 casos por 100.000 habitantes (IC 95% 6,63 – 6,86); las regiones Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 26,1 y 28,4 casos por 100.000 habitantes respectivamente. De las entidades territoriales con mayor incidencia que la incidencia nacional las cinco más altas son: Vaupés, Guaviare, Vichada, Arauca, y Chocó, en orden descendente (ver gráfica 43).

Gráfica 43. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 42 de 2015.

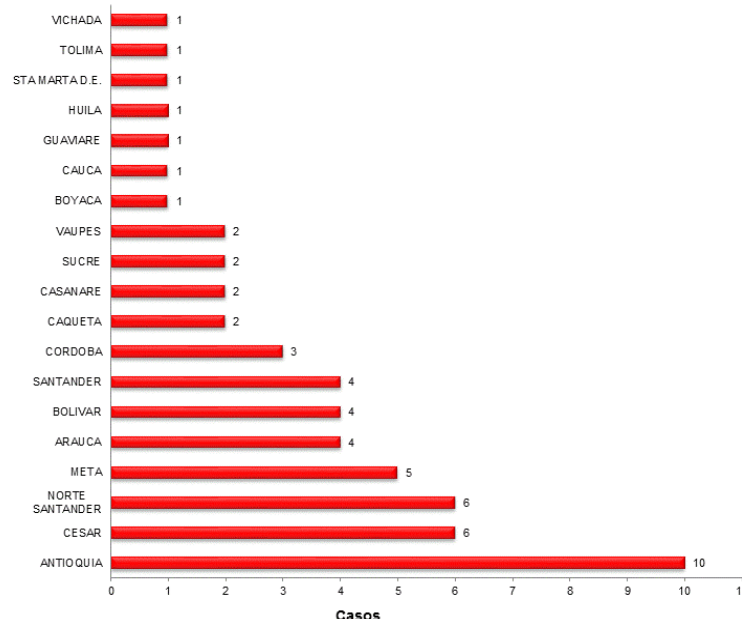


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 42, los 57 accidentes ofídicos fueron notificados por 19 entidades territoriales, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (17,54%), Cesar y Norte de

Santander (10,53% cada una), Meta (8,77 %), Arauca, Bolívar y Santander (7,02% cada una), estas entidades acumulan el 68,4% de la notificación durante la semana (ver gráfica 44).

Gráfica 44. Número de casos de accidente ofídico por entidad territorial de notificación en Colombia, durante la semana epidemiológica 42 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 42 los casos fueron notificados por 48 municipios, siendo los de mayor cantidad de casos: Villavicencio (tres casos), Barrancabermeja, Carepa, El Carmen de Chucuri, Fortul, Mitú, Santa Rosa del Sur y Valledupar (dos casos cada uno); acumulando así el 29,8% de los accidentes ofídicos del país.

El 71,5% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 32,4 años y el 64,1% de los pacientes proceden del área rural. El 46,4 % de los casos son hombres de la zona rural. Con respecto al manejo de las personas notificadas el 62,3% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 75,9 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la

severidad del accidente: leves 1398 casos (68,7 % de los casos), moderados 945 casos (86,9 % de los casos), 173 graves (89,6% de los casos).

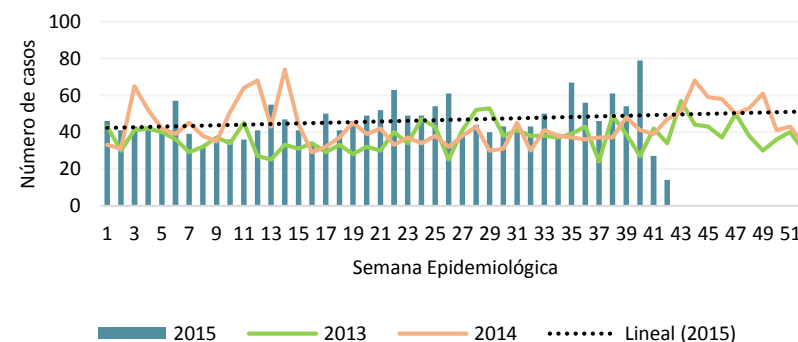
Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 11.850 ampollas para el manejo de los accidentes, en promedio 4,7 ampollas por paciente, mínimo cero y máximo 60.

Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico Hasta la semana 42 se han reportado 22 defunciones, presentándose en las siguientes entidades territoriales; Antioquia (tres casos), Chocó (tres casos), Boyacá (dos casos), Córdoba (dos caso), Nariño (dos casos), Arauca (dos casos), Sucre (dos casos), Caldas (un caso), Norte de Santander (un caso), Cauca (un caso), Bolívar (un caso), Guaviare (un caso) y Vaupés (un caso), representando una letalidad de 0,67%. **Alertas** En la semana 42 no se reportaron defunciones.

• Leptospiriosis

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han reportado al Sivigila 1926 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 1740 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 9,66%, 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 45).

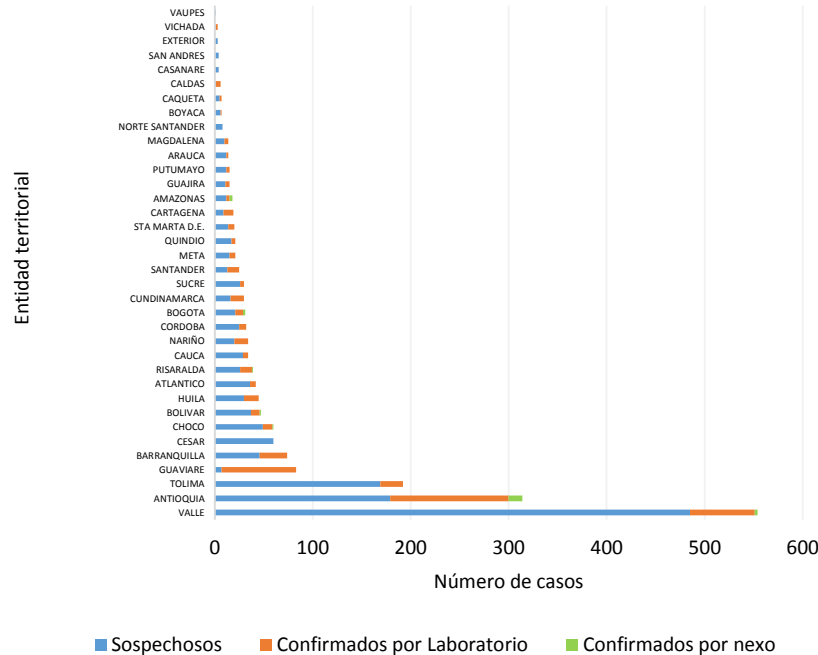
Gráfica 45. Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 34 entidades territoriales, el 55,94 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 25,03% de los casos se encuentran confirmados por laboratorio procedentes de los territorios de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. El 1,3% fueron confirmados por nexos procedentes de Amazonas, Antioquia, Bogotá, Chocó y Risaralda (ver gráfica 46).

Gráfica 46. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 42 es de 1052 casos por cada 100.000 habitantes, las entidades territoriales de Guaviare, Amazonas, Chocó y Vichada, son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica 42 de 2015 se notificaron 14 casos de leptospirosis, frente a 47 casos ocurridos en la misma semana de 2014, lo que implica una disminución de casos del 70,21% para la misma semana del presente año. El 28,5% de los casos fueron notificados por los municipios de Apartado y Valledupar (ver gráfica 47).

Gráfica 47. Número de casos de leptospirosis por municipio de notificación, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

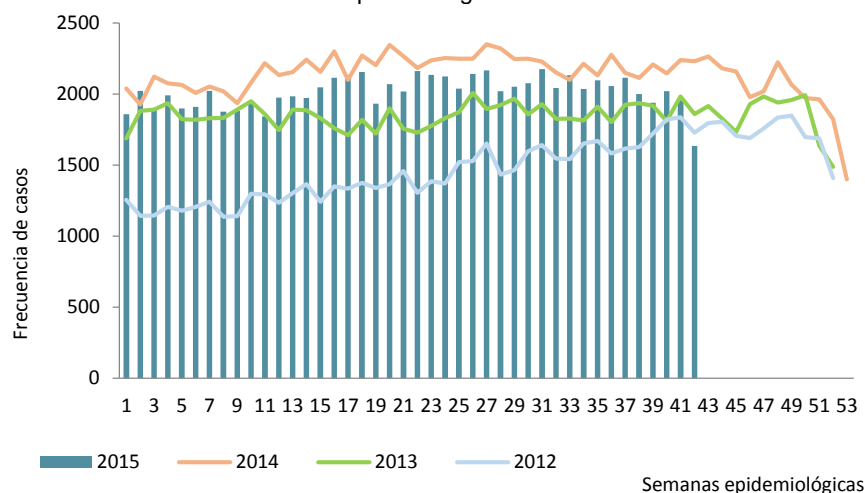
El 60,96% de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 76,22% proceden de cabecera municipal; el 53,01% los casos están afiliados régimen subsidiados, y se reportó 78,40% de hospitalizaciones por este evento.

Hasta la semana 42 de 2015 se han notificado 71 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de la cuales 25 han sido descartadas y cinco están confirmadas. Las 46 muertes (confirmadas y probables) proceden de Antioquia (diez), Valle de Cauca (ocho), Tolima (cuatro), Cartagena (tres), Córdoba (dos), Sucre (dos), Risaralda (dos), Norte de Santander (dos), Meta (una), Nariño (una), Atlántico (una), Santander (una), Magdalena (una), San Andrés (una), Chocó (una), Arauca (una), Cauca (una), Caldas (una), Putumayo (una), Quindío (una) y Cesar (una).

• **Vigilancia Integrada de la Rabia Humana**

Con corte a la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado al SIVIGILA 84.639 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución de 7,21 % en la notificación de casos para este año (ver gráfica 48).

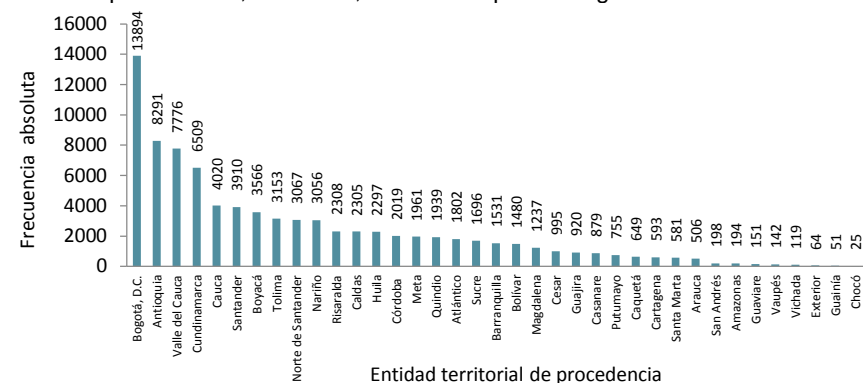
Gráfica 48. Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (36.396 agresiones) y Occidente (29.720 casos). Los departamentos y distritos con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (16,42 %), Antioquia (9,80 %), Valle del Cauca (9,19 %), Cundinamarca (7,69 %), Cauca (4,75 %) y Santander (4,62 %), estas entidades territoriales acumulan el 52,47% de la notificación del país (ver gráfica 49).

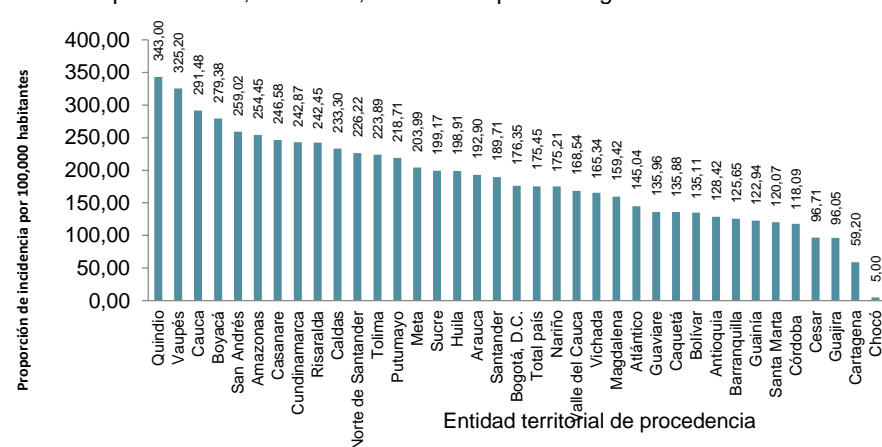
Gráfica 49. Frecuencia absoluta de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.



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 175,45 casos de agresiones por 100.000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Vaupés, Cauca, Boyacá y San Andrés (ver gráfica 50).

Gráfica 50. 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 42 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

En esta semana se notificaron 1.634 casos de agresiones y contactos con el virus de la rabia, 597 casos (26,76 %) menos que en la misma semana de 2014(2231 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 960 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes agredidos fue de 28,49 años, el 53,43% (45.222) de los casos ocurrieron en hombres y el 2,33 % (1.968 casos) requirieron hospitalización para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones a 50.937 casos de agresiones (60,18%), como exposiciones leves a 27.103 casos (32,02%), como exposiciones graves 6.485 casos (7,66%) y 114casos (0,13%) no fueron clasificados. Con relación al manejo de los casos, se realizó lavado de la herida en 82.177 pacientes (97,09 %) y sutura a 6.525 pacientes (7,71%), se ordenó aplicación de suero 6.385 pacientes (7,54 %) y de vacuna a 30.784 pacientes (36,37%).

Rabia humana. En la semana epidemiológica 41 de 2015 se presentó un caso probable de rabia humana, notificado por la Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca, el 11 de octubre de 2015, en un niño de nueve años de edad, procedente de la vereda de Santa Isabel, municipio El Colegio, departamento de Cundinamarca. El paciente falleció el 20 de octubre de 2015. El Laboratorio de Virología del INS reportó resultado positivo por inmuno-fluorescencia directa (IFD) el 21 de octubre de 2015 y el 26 de octubre reportó un resultado positivo por RT-PCR y Prueba de Secuenciación Sanger. Está pendiente el resultado de la Prueba de Inoculación en Ratones.

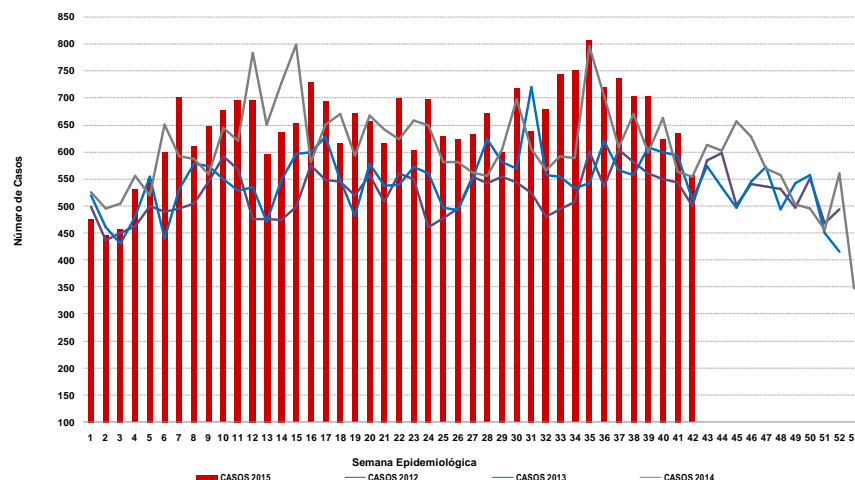
Rabia animal. Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia en perros ni en gatos.

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

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica 42 del año 2015 se han notificado 27.147 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 26.050 casos, lo que representa un aumento de 4,04% en la notificación acumulada de casos (ver gráfica 51).

Gráfica 51. Notificación de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica, Colombia, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En promedio se han notificado 646 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica 42 se notificaron 556 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron al Sivigila 97 casos de intoxicaciones ocurridas durante las 41 semanas epidemiológicas previas.

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados hasta la semana epidemiológica 42 y solo para semana 42, 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 (9022casos), seguido por plaguicidas (7118 casos) y sustancias psicoactivas (5549 casos) (ver tabla 41).

Tabla 41. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

Evento	Casos a semana 42	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 42	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	9022	18,72	201	0,42
Intoxicación por plaguicidas	7118	14,77	147	0,30
Intoxicación por sustancias psicoactivas	5549	11,51	116	0,24
Intoxicación por otras sustancias químicas	3712	7,70	70	0,15
Intoxicación por solventes	758	1,57	9	0,02
Intoxicación por gases	725	1,50	6	0,01
Intoxicación por metanol	195	0,40	7	0,01
Intoxicación por metales	68	0,14	0	0,00
TOTAL	27147	56,32	556	1,15

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

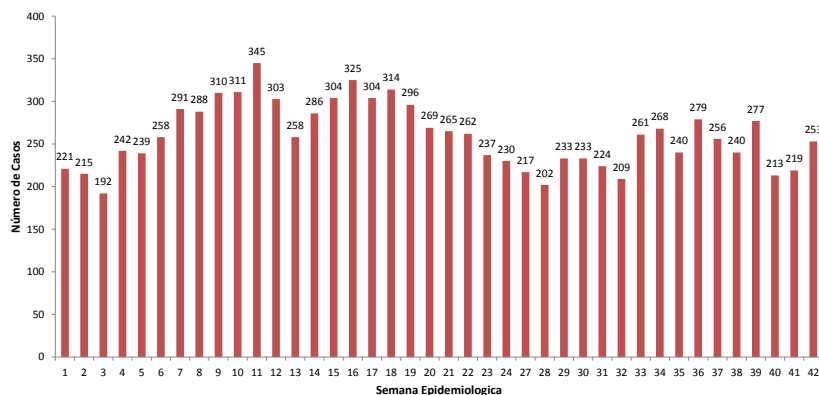
Reincidencias Hasta la semana epidemiológica 42 se notificaron 591 casos de reincidencias, de estos un caso es reincidente en siete oportunidades, un caso es reincidente en cinco oportunidades, dos casos son reincidentes en cuatro oportunidades, un caso es reincidente en tres oportunidades, nueve casos son reincidentes en dos oportunidades y 254 casos son reincidentes en una oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencia fue de tipo suicida con 245 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad psicoactiva con 189 casos.

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

• Intencionalidad suicida por intoxicaciones

En la semana epidemiológica 42 se reportaron al Sivigila 253 casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida, el acumulado a esta semana es de 10.389 casos de los cuales el 53,69% (5578) fueron intoxicaciones por medicamentos y 34,24% (3557) intoxicaciones por plaguicidas (ver gráfica 52).

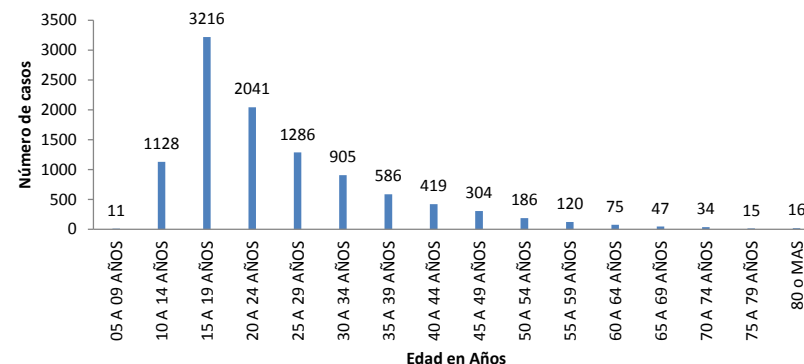
Gráfica 52. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por semana epidemiológica, Colombia, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

El 30,96% (3216) de las intoxicaciones con intencionalidad suicida reportadas al Sivigila, se presentaron en jóvenes entre los 15 y los 19 años, mientras que el 19,65% (2041) fueron reportadas en adultos jóvenes entre los 20 y los 24 años, estos dos grupos de edad, estos dos grupos reúnen el 50,6% de los casos reportados (ver gráfica 53).

Gráfica 53. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por grupos quinquenales de edad, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Según área de residencia de los casos, 8099 (77,96%) ocurrieron en cabecera municipal, 1503(14,47%) en rural disperso y 787 (7,58%) en centro poblado (ver tabla 42).

Tabla 42. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por tipo de intoxicación y área de residencia, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015.

	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	TOTAL
Gases	11	0	0	11
Medicamentos	4862	365	351	5578
Metales	6	0	0	6
Metanol	21	2	3	26
Otras Sustancias Químicas	758	87	134	979
Plaguicidas	2241	317	999	3557
Solventes	105	5	12	122
Sustancias Psicoactivas	95	11	4	110
Total General	8099	787	1503	10389

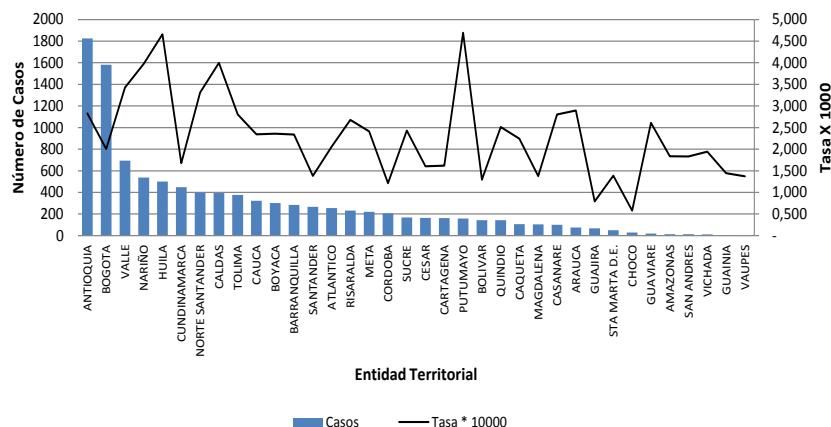
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Mientras que la intoxicación por medicamentos es el método más común en las intoxicaciones con intencionalidad suicida en las cabeceras municipales (60,03%) y centros poblados (46,38%) en el territorio rural disperso los plaguicidas representan el 66,47% de las intoxicaciones con intencionalidad suicida.

Cinco entidades territoriales agrupan el 49,5% de los casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida reportados, estos son; Antioquia (17,6%), Bogotá (15,2%), Valle (6,7%), Nariño 8 (5,2%) y Huila (4,8%). Sin embargo las tasas más altas en el país para las

intoxicaciones con intencionalidad suicida se presentan en los departamentos de Putumayo, Huila, Caldas, Nariño y Valle (ver gráfica 54).

Gráfica 54 Intoxicación con intencionalidad suicida por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015.

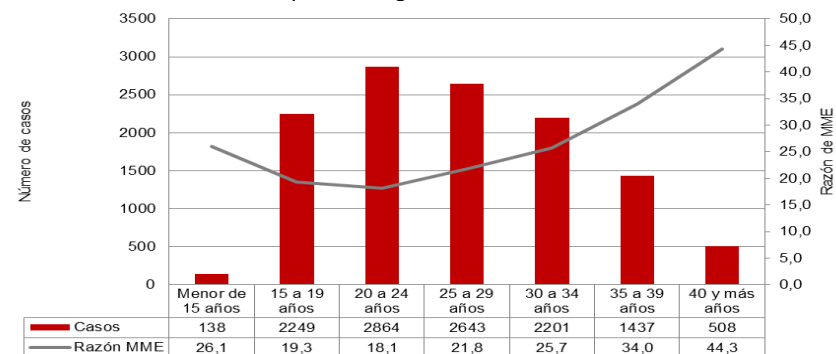


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

• Morbilidad materna extrema

El total acumulado de casos de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 es de 12.040. De acuerdo con la edad de las madres el mayor porcentaje de casos se presenta en el grupo de edad de 20 a 24 años con un 23,8%, 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 registra en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 44,3 casos por 1000 nacidos vivos, de 35 a 39 años con 34,0 casos por cada 1000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 26,19 casos por cada 1000 nacidos vivos (ver gráfica 55).

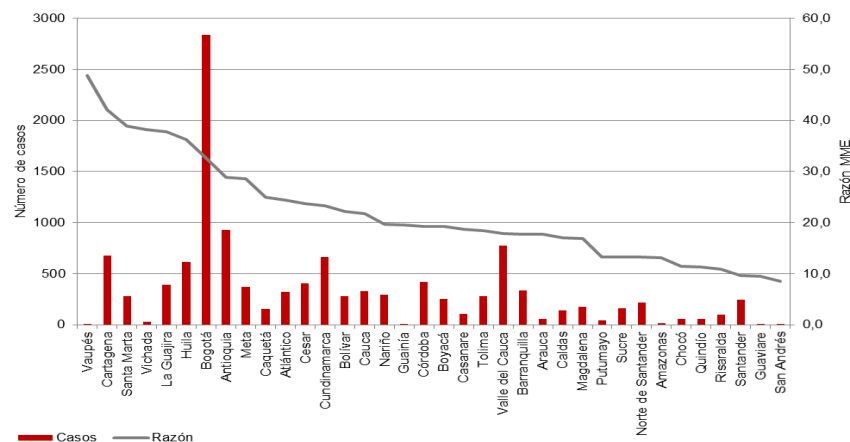
Gráfica 55. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.



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

Según el lugar de residencia, el 23,6% de los casos se ha registrado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 7,7% y Valle del Cauca con el 6,4%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son: Vaupés quien mantiene el mismo indicador frente a la semana anterior con 48,8 casos por 1000 nacidos vivos, Cartagena con 42,1 y Santa Marta con 38,9 casos por 1000 nacidos vivos (ver gráfica 56).

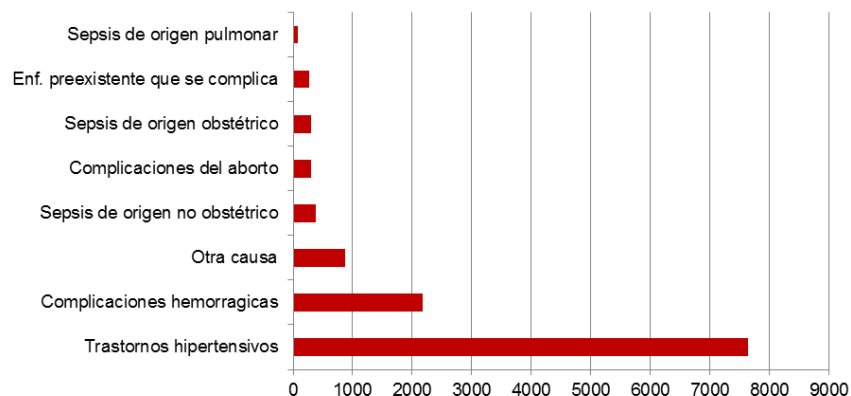
Gráfica 56. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.



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

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 42 de 2015, el mayor porcentaje corresponden a trastornos hipertensivos con un 63,5% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,1% (ver gráfica 57).

Gráfica 57. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015.



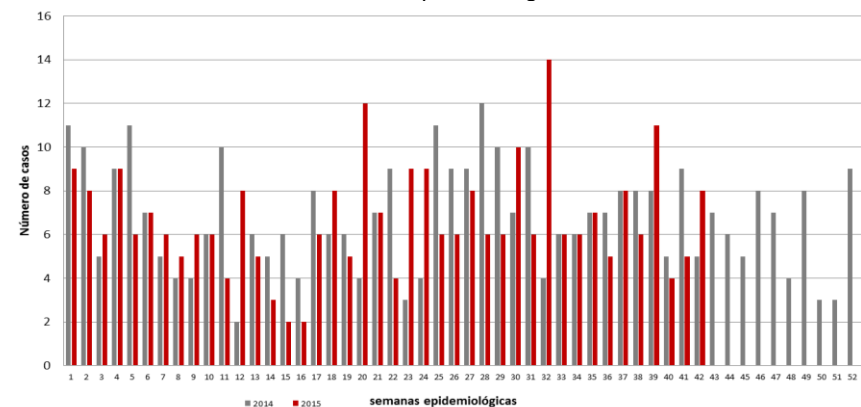
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

• Mortalidad materna

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado en el país un total de 389 casos de muertes maternas. De estos, 280 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación, 75 casos corresponden a muertes maternas tardías, es decir las que ocurren desde el día 43 hasta el año posterior a la terminación del embarazo y 34 casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa (LCE).

El mayor número de casos se han notificado durante la semana 32 con 14 muertes, seguido de la semana 20 con 12 muertes, la semana 39 con 11 muertes y en la semana 30 donde se notificaron 10 casos (ver gráfica 58).

Gráfica 58. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Al comparar el número de casos de muerte materna con los años anteriores, de forma preliminar se encuentra una disminución de 5,6% en los casos notificados en relación con el año 2014. Según el momento de ocurrencia, las muertes maternas tempranas han disminuido en 4,4% con respecto a las notificadas en 2014, las muertes maternas tardías han disminuido 3,8% y las muertes maternas por lesiones de causa externa han disminuido en 17,1% (ver tabla 43).

Tabla 43. Muertes maternas tempranas, tardías y por lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015.

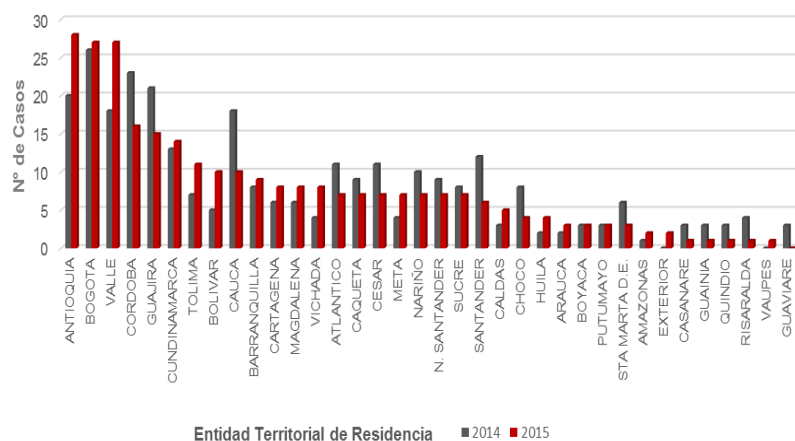
Año	Tempranas	Tardías	LCE	Total
2013	288	70	26	384
2014	293	78	41	412
2015	280	75	34	389

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

En la semana epidemiológica 42 de 2015 ingresaron 13 casos de muertes maternas de las cuales diez corresponden a muertes maternas tempranas, tres corresponden a muertes maternas tardías y ningún caso por lesión de causa externa. En total ocho casos corresponden a muertes ocurridas en la semana epidemiológica 42 (los ocho casos se clasificaron como muertes maternas tempranas) y cinco casos pertenecían a semanas epidemiológicas anteriores, los cuales fueron notificados tardíamente.

De acuerdo al lugar de residencia se encuentra que con respecto a la misma semana epidemiológica de 2014, ha aumentado la notificación de casos en Antioquia, Bogotá, Valle, Cundinamarca, Tolima, Bolívar, Barranquilla, Cartagena, Magdalena, Vichada, Meta, Caldas, Huila, Arauca, Amazonas, Vaupés y Exterior. En contraste Guaviare no han registrado casos de muertes maternas tempranas hasta semana 42 de 2015. San Andrés no notificó casos en los años 2014 y 2015. Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 el 94,4% (34) de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana (ver gráfica 59).

Gráfica 59. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015.



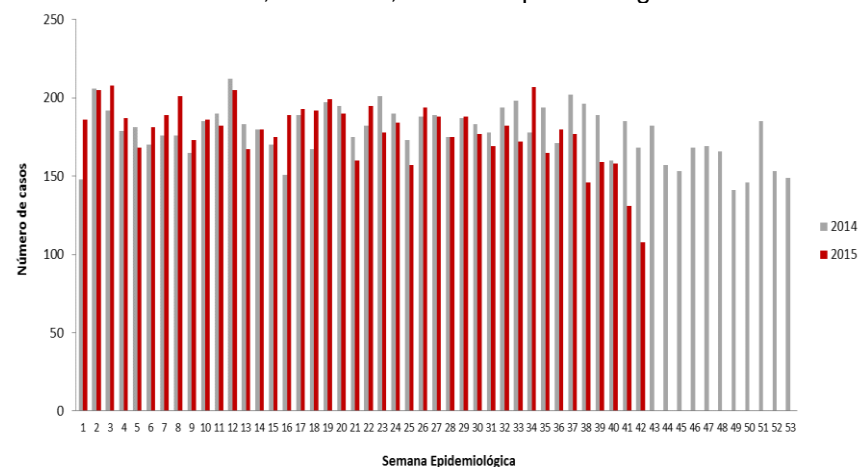
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

• Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado un total acumulado de 7506 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y para la semana 42 se notificaron 108 casos. La distribución del total de casos según el momento de ocurrencia es la siguiente: 3621 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 821 casos (11%) a muertes fetales intraparto, 2009 casos (27%) neonatales tempranas y 1055 casos (14%) a neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 7668 casos, lo que representa un decremento del 2,1% (162 casos menos) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 60).

Gráfica 60. Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

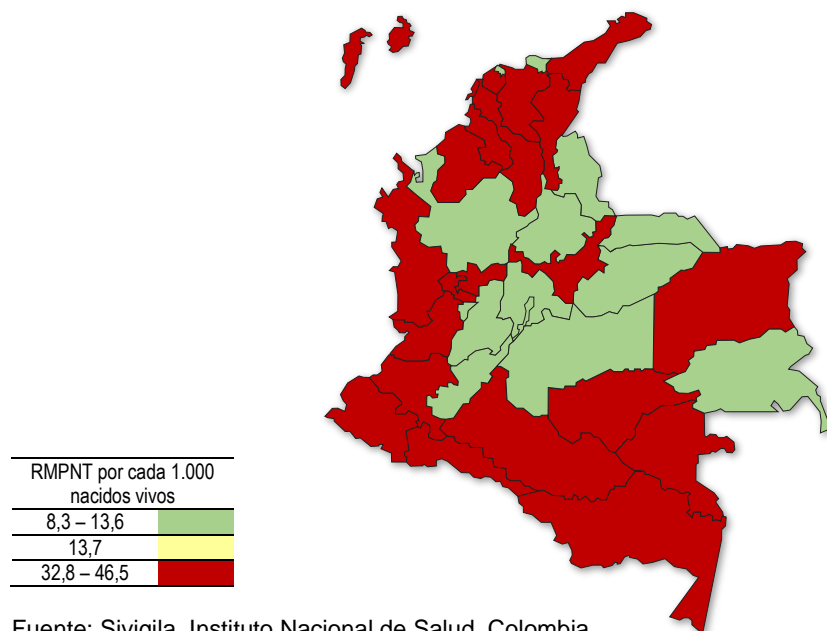


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Hasta la semana epidemiológica 42, todas las entidades territoriales notificaron casos. Las entidades territoriales por residencia que aportan el 60% total de casos a nivel nacional son: Bogotá 1082 casos (14,4%), Antioquia 815 casos (10,9%), Valle del Cauca 609 casos (8%), Córdoba 374 casos (5%), Cundinamarca 369 casos (4,9%), Santander 271 (3,6%), Cesar 261 (3,5%), Cauca 243 (3,2%), Barranquilla 241 (3,2%), y Nariño 234 casos (3,1%).

La tasa de incidencia nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Colombia a semana epidemiológica 42 fue de 13,7 casos por cada mil nacidos vivos, 22 entidades territoriales se ubicaron por encima de la media nacional; el departamento del Vaupés presentó la tasa de incidencia más alta con 46,5 casos por cada mil nacidos vivos, proporción que esta 3,4 veces por encima de la media nacional, seguido de San Andrés con una razón de 34 casos por cada mil nacidos vivos y Chocó con 29,4 casos por cada mil nacidos vivos, entidades que duplican la tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía nacional (ver mapa 7).

Mapa 7. Tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) por departamento de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.

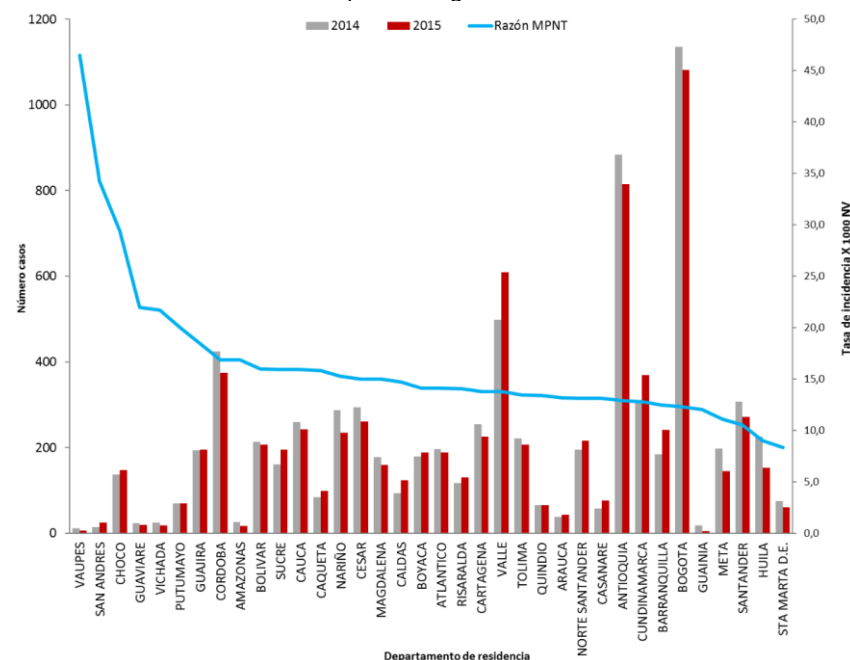


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia DANE - Estadísticas Vitales.

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

Las entidades territoriales de residencia que hasta la semana 42 presentaron un incremento en la notificación de casos mayor al 10% en 2015 frente al 2014 fueron: San Andrés (79%), Caldas (33%), Casanare (31%), Barranquilla (30%), Valle del Cauca (22%), Sucre (21%), Cundinamarca (20%), Caquetá (17%), Arauca (13%), Risaralda (11%) y Norte de Santander (11%) (ver gráfica 61).

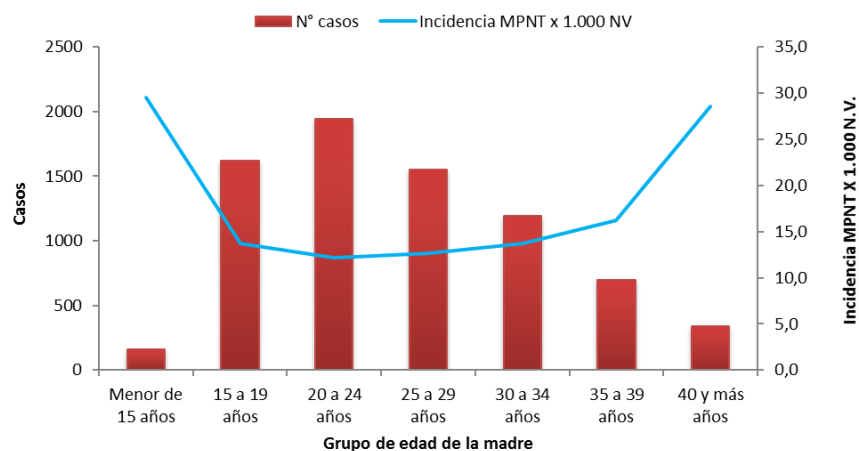
Gráfica 61. Comparativo entre casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según departamento de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.



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

De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales o neonatales tardías, la mínima fue de 10 la máxima de 50 años; 24% de los casos corresponden a mujeres de 10 a 19 años, en el grupo de 20 – 34 años se concentra el 62% de los casos y en mayores de 34 años el 14%. La incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta está en el grupo de las menores de 15 años con 30 casos por cada 1000 nacidos vivos y el grupo de 40 y más con 29 casos por cada 1000 nacidos vivos (ver gráfica 62).

Gráfica 62. Relación entre casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupo de edad de la madre, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2015.



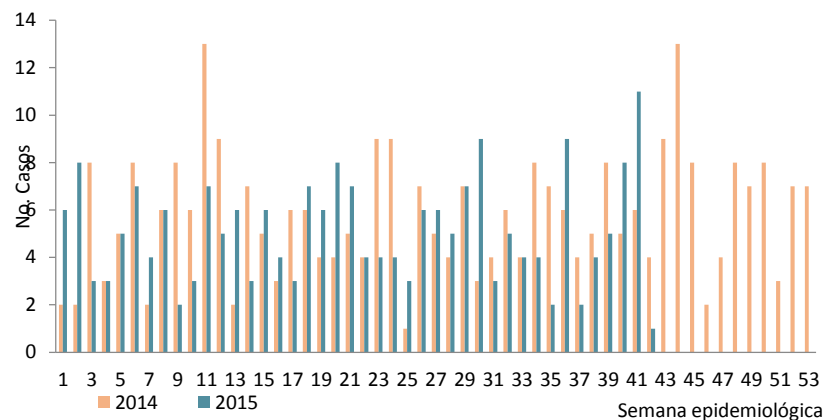
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.
DANE - Estadísticas Vitales.

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015, al depurar la base de datos se han notificado 215 muertes registradas con diagnósticos de desnutrición y otras patologías, las cuales se encuentran en análisis para definir la causa.

Comparando con el 2014 a la misma semana epidemiológica, se encuentra una disminución del 6,5% en la que se registraban 230 casos. Se descartaron dos casos de Tolima y Barranquilla (ver gráfica 63).

Gráfica 63. Comportamiento de la notificación de muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 42 se notificaron cuatro casos, de los cuales uno por fecha de defunción corresponde a esta semana, un caso de la semana 34, un caso de la semana 38 y un caso de la semana 40. De los cuatro casos, dos se presentaron en menores de un año y dos en menores de uno a cuatro años. Las entidades territoriales que notificaron fueron: Huila, Putumayo y Bogotá.

La distribución de casos por lugar de residencia se encuentra principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (10,7%), Córdoba (7,9%), Vichada (7,9%) y Cesar (6,0%). El 59,1 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 40,9% al sexo femenino. El 78,5 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado, el 15,4% no estaba afiliado al momento de la muerte y el 4,7% se encontraba afiliado al régimen contributivo. Del total de niños y niñas con aseguramiento, el 27% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 53,3% corresponde a otros, seguido de población indígena con el 40,7 % y afrocolombianos con el 6,1%.

El 58% (n= 125) de las muertes pertenecen al grupo de edad de menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los tres meses de vida, con una mediana en peso al nacer de 2600 gramos y talla de 47 cms; con una mediana en peso al momento

de la muerte de 5 kg. y talla de 56 cms. El 42% (n=90) de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 14 meses de vida; con una con una mediana en peso al momento de la muerte de 7 kg. y talla de 71 cms.

El 58,6% de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 86,5% pertenecen al estrato socioeconómico 1. En promedio se encuentran dos menores de cinco años por familia, los cuales requieren seguimiento y verificación de condiciones en el medio familiar.

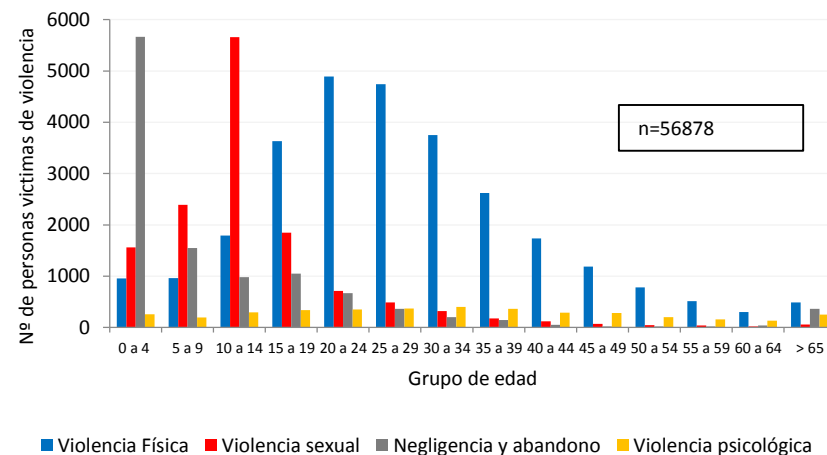
• Violencia de género

Hasta la semana epidemiológica 42 de 2015 se han notificado 56.878 casos de violencia. De estos el 78,14% (44446/56878) se presentó en mujeres y el resto en hombres. El 23,80% (13539/56878) de la violencia fue en niños y niñas, el 27,41% (15589/56878) en adolescentes y el 48,79% (27750/56878) a población adulta.

De los 56.878 casos notificados de violencias de género, el 49,9 % (28355/56878) fueron por violencia física, el 23,7% (13507/56878) por violencia sexual, 19,6% (11139/56878) por negligencia y abandono y el 6,8% (3877/56878) por violencia psicológica.

El grupo de edad de menores de cinco años presentó el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se observó con mayor frecuencia en los grupos de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfica 64).

Gráfica 64. Distribución de los tipos de violencia de género según grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015



Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Existe diferencia estadística entre la razón de la violencia de género entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. En general se presentaron en mujeres 3,49 casos de violencia de género por cada hombre (ver tabla 44).

Tabla 44. Incidencia de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 42, 2015

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES		RR	IC 95%	
	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)			
Niños (0 a 9)	7367	175,73	6172	140,65	1,25	1,21	1,29
Adolescentes (10 a 19)	12900	305,59	2689	61,02	5,01	4,8	5,22
Adultos (> 20)	24179	151,21	3571	23,80	6,35	6,13	6,58
TOTAL	44446	182,13	12432	52,24	3,49	3,42	3,56

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

A semana epidemiológica 42 se notificaron en 21 entidades territoriales, 63 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión quemadura; el 57,14% (36/63) de estas agresiones fueron a mujeres (ver tabla 45).

Tabla 45. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por entidad territorial, municipio de procedencia, sexo, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015

Entidad territorial de procedencia	Municipio	Femenino	Masculino	Total
Antioquia	Amaga	1	0	1
	Armenia	1	0	1
	Medellín	5	2	7
Atlántico	Soledad	1	0	1
Barranquilla	Barranquilla	0	1	1
Bogotá	Bogotá	3	3	6
Bolívar	San Estanislao	1	0	1
	San Pablo	1	0	1
	Santa Rosa	0	1	1
Boyacá	Duitama	1	0	1
	Sogamoso	1	0	1
	Tunja	1	0	1
Caldas	Rio sucio	0	1	1
Caquetá	Florencia	1	0	1
Cesar	Bosconia	0	1	1
	Curumani	1	0	1
	San Alberto	1	0	1
Choco	Valledupar	1	0	1
	Quibdó	2	0	2
Cundinamarca	Cajica	1	0	1
	Mosquera	1	0	1
Huila	Acevedo	0	1	1
	Pitalito	1	0	1
Nariño	Pasto	1	0	1
	Tumaco	1	1	2
	Barbacoas	1	0	1
Norte Santander	Cúcuta	0	1	1
	Ocaña	2	0	2
Putumayo	Mocoa	0	1	1
Quindío	Armenia	0	1	1
	Calarcá	0	1	1
	Pereira	1	2	3
San Andrés	San Andrés	0	1	1
	Barrancabermeja	0	1	1
	Bucaramanga	2	1	3
Sucre	Floridablanca	0	1	1
	Corozal	0	1	1
	Tolú	0	1	1
Valle Del Cauca	Caicedonia	0	1	1
	Cali	3	2	5
	El Cerrito	0	1	1
Total general		36	27	63

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Tabla 46. Casos sospechosos de muerte por violencia de género, por tipo de violencia y entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2015

Entidad territorial	TIPO DE VIOLENCIA				TOTAL GENERAL
	Negligencia y abandono	Violencia física	Violencia sexual	Violencia Psicológica	
Amazonas	1	0	0	0	1
Antioquia	0	12	3	0	15
Arauca	2	1	0	0	3
Atlántico	1	1	0	0	2
Barranquilla	0	1	0	0	1
Bogotá	3	0	0	1	4
Bolívar	1	2	1	0	4
Boyacá	4	0	0	0	4
Caldas	1	4	0	0	5
Caquetá	1	0	0	0	1
Cartagena	2	0	0	0	2
Casanare	4	1	0	0	5
Cauca	1	1	0	0	2
Cesar	1	1	0	0	2
Choco	2	0	0	0	2
Cundinamarca	1	1	0	0	2
Guainía	1	0	0	0	1
Huila	9	2	1	0	12
Magdalena	2	1	0	0	3
Meta	5	1	0	0	6
Nariño	2	1	1	0	4
Norte Santander	5	1	0	0	6
Quindío	2	0	0	0	2
Risaralda	4	1	0	0	5
Santander	7	2	1	0	10
Sucre	1	0	0	0	1
Tolima	5	0	0	0	5
Valle Del Cauca	1	7	0	0	8
Vichada	4	0	0	0	4
Total General	73	41	7	1	122

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Se lleva acumulados 122 casos sospechosos de muertes, de los cuales 73 fueron por negligencia y abandono, 41 por violencia física, siete por violencia sexual y uno por violencia psicológica (ver tabla 46).

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

• Alertas internacional

Enfermedad por el virus del Ébola, África Occidental

- El reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se realiza al 28 de octubre de 2015, con fecha de corte el 25 de octubre.
- El número total de casos acumulados es de 28.575 con 11.313 muertes. En África Occidental se han reportado 28.539 casos, con 11.298 muertes.
- Durante la semana del 28 de octubre se notificaron tres casos nuevos confirmados en Guinea.
- Liberia fue declarada libre de la enfermedad por virus del Ébola por segunda ocasión el 3 de septiembre y se encuentra en un periodo de vigilancia intensificada por 90 días.
- Si no aparecen nuevos casos en Sierra Leona, este país será declarado libre de Ébola el 7 de noviembre de 2015.
- Se han reportado a la fecha 881 casos en personal de la salud con 513 muertes.

Fuente: who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-28-october-2015

Actualización Epidemiológica síndrome respiratorio de medio oriente (MERS Coronavirus). 12 de octubre de 2015

- A la fecha se han notificado 1611 casos confirmados por laboratorio con 575 muertes.
- El último caso de infección por MERS – CoV en la República de Corea fue reportado el 12 de octubre. Se trata de un paciente de 35 años que había sido dado de alta luego de dos pruebas negativas por PCR, inicia síntomas nuevamente el 11 de octubre y al día siguiente se confirma la infección.
- En la semana del 17 al 24 de octubre el punto focal para el reglamento sanitario internacional del Reino de Arabia Saudita, notificó a la OMS 12 casos adicionales de síndrome respiratorio de medio oriente, (MERS-CoV) incluyendo una muerte.

- Aún no se constituye como una ESPII

Fuente: <http://www.who.int/csr/don/29-october-2015-mers-saudi-arabia/en/>

Actualización Epidemiológica de cólera. 9 de octubre de 2015

Hasta la semana epidemiológica 38 de 2015 se han registrado 22.950 casos en Haití, Cuba y República Dominicana, siendo registrado en Haití el 98 % de los casos (22 511).

Haití: desde inicio de epidemia en octubre 2010 a semana epidemiológica 38 de 2015 se han registrado 747.166 casos con 428.778 hospitalizaciones (57%) y 8840 muertes. Letalidad acumulada 1,2%.

Cuba: hasta la semana epidemiológica 39 de 2015 se confirmaron 23 casos relacionados con sequía y consumo de agua no segura. Hay intensificación de actividades de prevención y control.

República Dominicana: desde el inicio de epidemia en noviembre de 2010 hasta SE 36 de 2015 se han notificado 33.180 casos sospechosos, con 491 muertes. Letalidad 1,48 %. Entre la semana epidemiológica 1 y 36 de 2015 se notificaron 416 casos, con 13 muertes. Letalidad 3,1%

Fuente:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31959&lang=es

• **Alertas nacionales**

Emergencia en Norte de Santander por cierre de frontera con Venezuela

Con corte al 27 de octubre de 2015, se tiene un total de 345 personas ubicadas en alojamientos temporales de emergencia (ATE) ubicadas “Interferias” en el municipio de Cúcuta.

Resultados vigilancia intensificada:

- Durante la búsqueda activa en el alojamiento temporal no se identificaron eventos de interés en salud pública.
- Se realizó medición de cloro en el agua para consumo estando dentro de los parámetros.

Brote de enfermedad transmitida por alimentos

Fecha de notificación: 21 de octubre 2015

Fecha de ocurrencia: 20 de octubre 2015

Municipio/Departamento: Cali/Valle del Cauca

Lugar de ocurrencia: institución educativa

Alimentos implicados: chuleta de pescado, sopa y arroz.

Enfermos/Expuestos: 12/SD

Estado de los pacientes: vivos: 12 muertos: 0 hospitalizados: 0

Acciones adelantadas: investigación de campo, recomendaciones para manipulación de alimentos Estado: abierto

Brote de Varicela

Fecha de notificación: 24 de octubre 2015

Municipio/Departamento: Buesaco/Nariño

Lugar de ocurrencia: centro de desarrollo infantil

Enfermos/Expuestos: 6/23

Estado de los pacientes: vivos: 23 muertos: 0 hospitalizados: 0

Acciones adelantadas: investigación de campo, aislamiento, limpieza y desinfección

Estado: abierto

Intoxicación por sustancias químicas (gases)

Fecha de notificación: 26 de octubre 2015

Municipio/Departamento: Tausa/Boyacá

Lugar de ocurrencia: mina

Enfermos/Expuestos: 4/4

Estado de los pacientes: vivos: 4 muertos: 0 hospitalizados: 2

Acciones adelantadas: activación del equipo de respuesta y desplazamiento al municipio, investigación de campo

Estado: abierto

Brote de enfermedad transmitida por alimentos

Fecha de notificación: 23 de octubre 2015

Fecha de ocurrencia: 19 de octubre 2015

Municipio/Departamento: Sogamoso/Boyacá

Lugar de ocurrencia: institución prestadora de salud

Alimentos implicados: cuchuco de cebada, carne con champiñones, arroz blanco, platano, ensalada, fresas con crema, crema de verduras, pollo sudado y torta de papa

Enfermos/Expuestos: 16/58

Estado de los pacientes: vivos: 58 muertos: 0 hospitalizados: 16

Acciones adelantadas: notificación, activación de ERI, encuesta a consumidores, visita de inspección, obtención de muestras biológicas, manipuladores de alimentos y superficies.

Estado: abierto

Brote Zika

Antecedentes: El 22 de septiembre de 2015 se recibe notificación vía telefónica de casos de etiología desconocida en el municipio de Turbaco de la Secretaria de Salud departamental al INS. El 25 de septiembre se desplazó un equipo de epidemiólogos del INS para verificar la veracidad de los rumores presentados alrededor del brote. De igual manera, un equipo del INS se desplazó el 16 de octubre al Archipiélago de San Andrés, ante el reporte de casos con síndrome febril eruptivo de etiología desconocida.

Acciones adelantadas:

- Búsqueda activa institucional de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Caracterización de casos sospechosos
- Recolección de muestra de sangre a personas compatibles con la definición de “caso sospechoso” y 5 días o menos de evolución del cuadro clínico
- Actividades de educación sobre prevención y control de vectores

A partir del envío de muestras al laboratorio de virología del INS por parte de los equipos de salud pública de las entidades territoriales y del equipo en campo del INS en Turbaco, se pudo confirmar la introducción del virus Zika en el país, después del análisis de las muestras con la técnica RT-PCR y posterior verificación y confirmación por el laboratorio de referencia para el país (CDC de Atlanta).

A partir de la confirmación de la circulación virológica y como resultado del trabajo de vigilancia intensificada en el país de enfermedades eruptivas por el laboratorio de virología del INS, se han podido confirmar a semana epidemiológica 43 un total 237 casos positivos del virus, distribuidos en 17 de las 32 entidades territoriales (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de virus Zika confirmados por laboratorio, a semana epidemiológica 43.

Entidad Territorial	Total Casos	Municipio	Total Casos
Bolívar	103	Arjona	2
		Bolívar	1
		Cartagena	26
		Córdoba	1
		Gesemani	1
		Magangué	3
		María La Baja	1
		Santa Rosa	2
		Santa Rosa Del Sur	13
		Turbaco	53
Antioquia	37	Apartado	1
		Bello	3
		Caucasia	1
		Itagui	3
		Maceo	2
		Medellín	21
		Puerto Nare	1
		San Carlos	1
		San Luis	2
		Sd	1
San Andrés	37	Valparaiso	1
		San Andrés	37
		Cúcuta	16
Norte De Santander	19	Puerto Santander	1
		San Cayateno	1
		Tibu	1
Sucre	12	Sincelejo	12
		Balboa	1
Risaralda	7	Dosquebradas	1
		Pereira	5
		Montería	5
Córdoba	5	Puerto Boyacá	4
Boyacá	4	Marmato	4
Caldas	4	Ibagué	3
Tolima	4	Venadillo	1
Cesar	2	Valledupar	2
Cundinamarca	1	Agua De Dios	1
Huila	1	Yaguara	1
La Guajira	1	Manaure	1
Nariño	1	Taminango	1
Putumayo	1	Mocoa	1
Total General			239

Fuente: laboratorio de arbovirus, Grupo de Virología INS.

De otra parte, se han notificado 150 casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica nacional (Sivigila), procedentes de 11 entidades territoriales (ver tabla 2).

Entidad Territorial	Total Casos	Municipio	Total Casos
Cartagena	87	Cartagena	87
		Mahates	8
Bolivar	42	Turbaco	17
		Turbana	1
		Villanueva	7
		Coloso (Ricaurte)	1
Sucre	9	San Onofre	1
		Sincelejo	7
Sta Marta D.E.	8	Santa Marta	8
Cundinamarca	4	Girardot	4
Caldas	2	Victoria	2
Casanare	2	Tauramena	1
		Yopal	1
Córdoba	2	Montería	2
Barranquilla	1	Barranquilla	1
Magdalena	1	Plato	1
Norte Santander	1	Cúcuta	1
	Total General		150

A continuación se presenta la distribución de casos de virus Zika según clasificación: confirmados por laboratorio y sospechosos, conforme a la notificación en la ficha de datos básicos bajo el código 895 de Sivigila individual (ver mapa 1).

[illegible]

Recomendaciones

- Realizar notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika, captados por los diferentes servicios de Salud.
- En los municipios que no tengan circulación virológica confirmada, los casos sospechosos que no cumplan con criterios para recolección de muestras; realizar investigación epidemiológica de campo y búsqueda activa comunitaria para identificar más casos sospechosos a partir de los cuales se pueda hacer recolección y envío de muestras al INS, con el objetivo de captar oportunamente la circulación del virus y generar las actividades de control.
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
- El código CIE 10 bajo el cual se deben registrar las consultas a los servicios de salud es el A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación).
- Ante cualquier duda con referencia a la vigilancia epidemiológica, favor comunicarse con el equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del Instituto Nacional de Salud.



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

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General (E)

Mancel Enrique Martínez Duran
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Ana María Blandón Rodríguez – ablandon@ins.gov.co
Ángela Alarcón – aalarcon@ins.gov.co
Edición

Elizabeth rozo – erozo@ins.gov.co
Corrección de estilo

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



www.ins.gov.co