

# BES



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

## Contenido

Portada .....	1
Cumplimiento en la notificación .....	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	15
Enfermedades transmitidas por vectores.....	21
Infecciones de transmisión sexual .....	31
Micobacterias.....	33
Zoonosis .....	37
Factores de Riesgo Ambiental.....	42
Enfermedades no Transmisibles .....	43
Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública.....	49

Dirección de Vigilancia y  
Análisis del Riesgo en  
Salud Pública



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Semana epidemiológica número 18 de 2015 (03 may. al 09 may.)



## Apreciaciones INS, sobre el uso del glifosato

El día 20 de marzo la IARC publicó un reporte de la clasificación de carcinogenicidad de 5 plaguicidas, en el cual el herbicida glifosato y los insecticidas *malation* y *diazinon* fueron clasificados como probablemente carcinogénicos para humanos (Grupo 2 A). Por su parte los insecticidas *tetrachlorvinifos* y *paratión* fueron clasificados como posiblemente carcinogénicos para los humanos (Grupo 2 B).

Esta situación lleva a considerar que implicaciones se pueden presentar sobre los usos actuales de dichos plaguicidas en el país, y específicamente el glifosato en el marco del programa de erradicación de cultivos ilícitos mediante aspersión aérea, por lo cual se hace necesario analizar los elementos que se deben tener en cuenta para la toma de decisiones frente al tema.

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

- <http://www.ins.gov.co/Glifosato/Apreciaciones%20al%20informe%20emitido%20por%20la%20IARC%20y%20su%20potencial%20impacto%20en%20el%20uso%20del%20herbicida%20glifosato%20en%20Colombia.pdf>

## Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 18



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

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

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

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

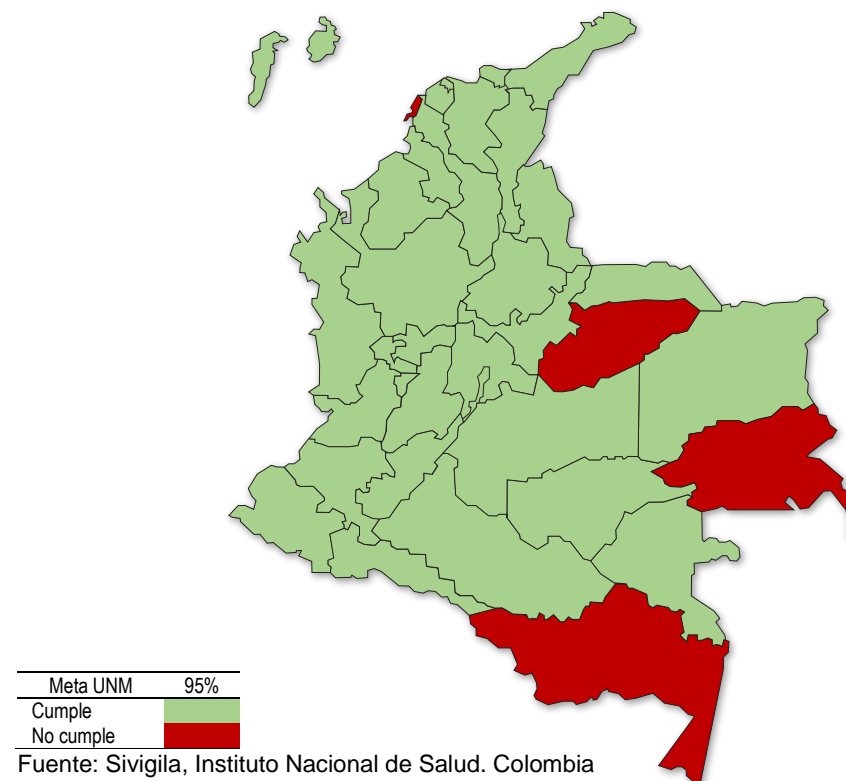
Semana epidemiológica número 01 de 2015 (03 may. - 09 may.) página 2

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 18 de 2015, fue del 97 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND), debido a que Cartagena notificó posterior a la fecha de cierre de la notificación.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 99, 29 % (1114 de 1122 municipios), permaneció similar con respecto a la semana anterior y a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta del 95 % en la notificación semanal por UNM.

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

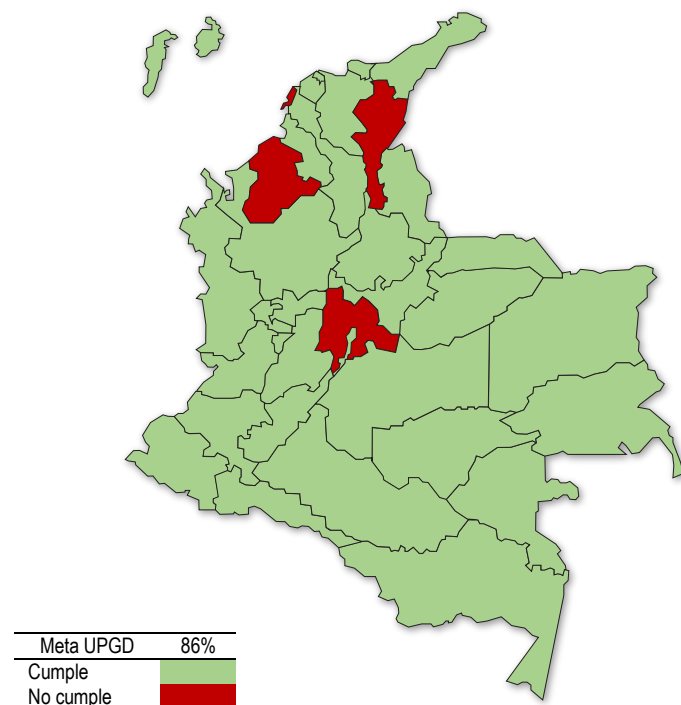
Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 89,21 % (4861 de 5449 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel. La notificación disminuyó cuatro puntos porcentuales respecto a la misma semana del año 2014 y a la semana epidemiológica 18 de 2015.

En la semana epidemiológica 18 de 2015 los departamentos de Cesar, Córdoba, Cundinamarca y el distrito de Cartagena, incumplieron la meta establecida para UPGD (ver mapa 2).

Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



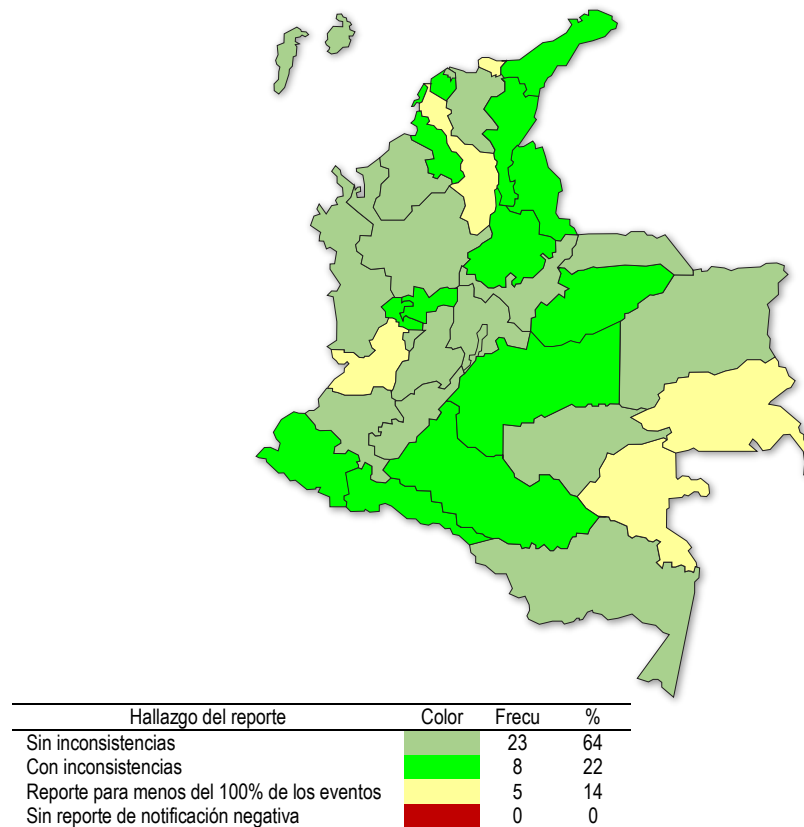
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 18 de 2015, no se presentaron entidades territoriales sin reporte de notificación negativa; adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 23 (63 %) no presentaron ningún

error en la correlación entre lo notificado negativamente y los eventos que efectivamente reportaron en la semana.

En concordancia con la base de datos de notificación para la semana, el 36 % presentó alguna inconsistencia en el reporte, puesto que algunos de los eventos reportados como negativos eran positivos en la base de datos o por el contrario se reportaron positivos y al revisar la base de datos no se encontraron registros. Cinco Unidades Notificadoras Distritales/Departamentales dejaron de reportar uno de los eventos priorizados para notificación negativa (ver mapa 3).

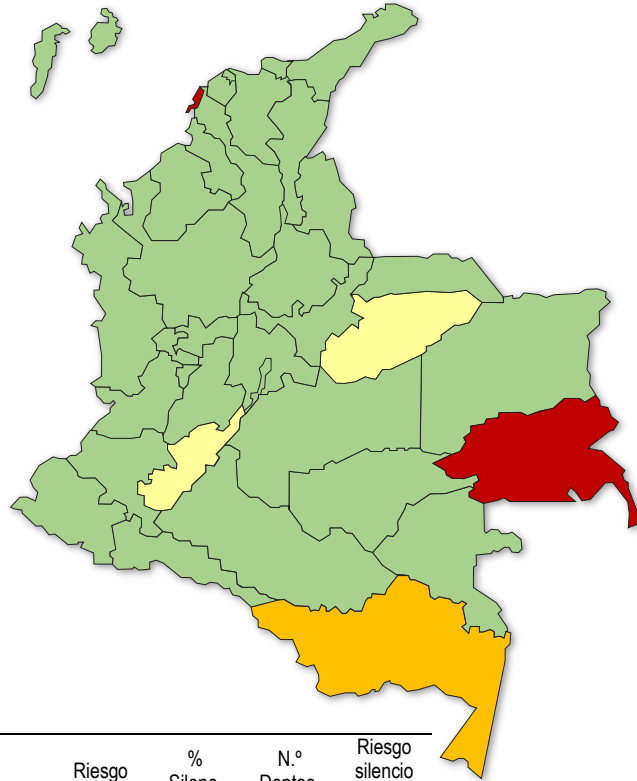
Mapa 3. Distribución geográfica del comportamiento de la notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 0,8 %, lo que lo clasifica como bajo riesgo. El 99,2 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



% de UNM en silencio	Riesgo	% Silenc.	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	75 %	24	Bajo
De 1% a 9%	Bajo	19 %	6	
De 10 % a 20 %	Medio	0 %	0	
De 21 % a 100 %	Alto	6 %	2	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

### • *Difteria*

A la semana epidemiológica 18 de 2015, se han notificado dos casos probables de difteria; un caso procedente del departamento de Atlántico el cual se descartó por error de digitación y un caso procedente del departamento del Valle del Cauca, el cual se descartó por laboratorio.

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

A la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado 201 casos sospechosos de ESAVI, de los cuales se descartaron 12 casos por error de digitación, para un total de 189 casos sospechosos los cuales proceden de las siguientes entidades territoriales (ver tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de procedencia de los casos sospechosos de ESAVI a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial	Casos graves	Casos leves	Total	Porcentaje
Bogotá	20	16	36	19,0 %
Antioquia	7	17	24	12,7 %
Valle	4	9	13	6,9 %
Sucre	4	8	12	6,3 %
Norte Santander	6	5	11	5,8 %
Boyacá	5	6	11	5,8 %
Caldas	5	6	11	5,8 %
Santander	5	3	8	4,2 %
Quindío	5	3	8	4,2 %
Huila	4	1	5	2,6 %
Barranquilla	3	2	5	2,6 %
Atlántico	3	2	5	2,6 %
Cundinamarca	2	3	5	2,6 %
Cauca	1	3	4	2,1 %
Tolima	2	1	3	1,6 %
Cartagena	1	2	3	1,6 %
Arauca	1	2	3	1,6 %
Magdalena	3	0	3	1,6 %
Caquetá	3	0	3	1,6 %
Bolívar	2	0	2	1,1 %
Vichada	0	2	2	1,1 %
Nariño	2	0	2	1,1 %
Cesar	1	1	2	1,1 %
Santa Marta D.E.	1	0	1	0,5 %
Córdoba	1	0	1	0,5 %
Guaviare	1	0	1	0,5 %
Choco	0	1	1	0,5 %
Casanare	1	0	1	0,5 %
Risaralda	0	1	1	0,5 %
Meta	0	1	1	0,5 %
San Andres	1	0	1	0,5 %
Total General	94	95	189	100 %

Fuente: Sivigila INS, Colombia 2015

Del total de casos notificados, el 49,7 % (94 casos) se clasifican inicialmente como casos graves; de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento, 24 casos se relacionan con la vacuna, 43 casos se relacionan con el programa de vacunación, seis casos coinciden con la aplicación de las vacunas y 21 casos se encuentran pendientes de clasificar de acuerdo a las unidades de análisis que realicen las entidades territoriales.

El 50,3 % (95 casos) de los casos notificados se clasifican inicialmente como leves, de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento, 59 casos se relacionan con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas, que se presentan dentro de las primeras 48 a 72 horas y tienen un pronóstico benigno, 11 casos se relacionan con el programa de vacunación, 13 casos coinciden con la aplicación de la vacuna y 12 casos se encuentran pendientes por clasificar de acuerdo con los ajustes que realicen las entidades territoriales.

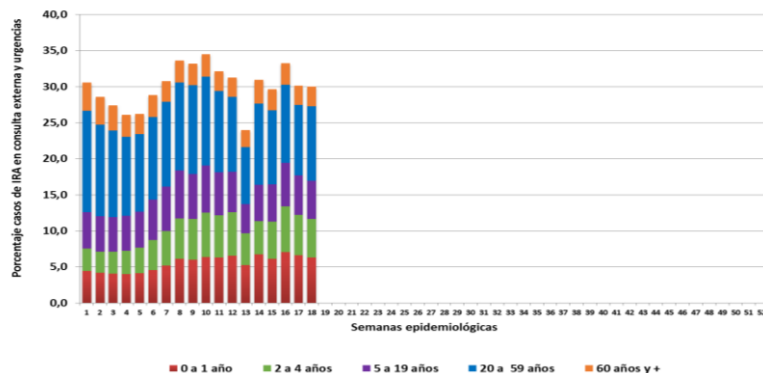
### • *Infección respiratoria aguda*

Esta semana se notificó un total de 118.304 consultas externas y urgencias por IRA de un total de 1.657.382 consultas externas y urgencias por todas las causas. La proporción de IRA a semana epidemiológica 18 del total de consultas por todas las causas es del 7,0 %, igual a la semana anterior.

Por grupos de edad es mayor el porcentaje de casos de IRA en el grupo de 20 a 59 años (37,4 %) seguido del grupo de menores de 1 año (18,5 %) y en menor porcentaje el grupo de mayores de 60 años (10,1 %) (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015

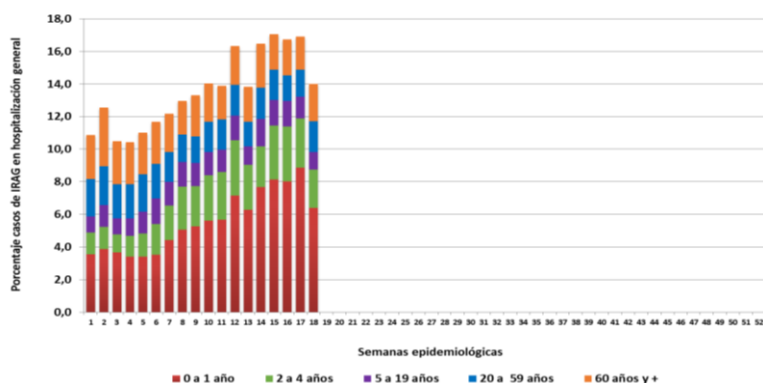


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones por IRAG correspondió esta semana a un total de 3713 casos de un total de 47.335 hospitalizaciones por todas las causas. La proporción de IRAG a semana epidemiológica 18 del total de hospitalizaciones por todas las causas es del 6,8 %, la semana anterior estaba en 6,7%.

Por grupos de edad es mayor el porcentaje de casos de IRAG en el grupo de 0 a 1 año (40,9 %) seguido del grupo de mayores de 60 años (17,9 %) y en menor porcentaje el grupo de 5 a 19 años (9,9 %) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de casos de IRAG en hospitalización general por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

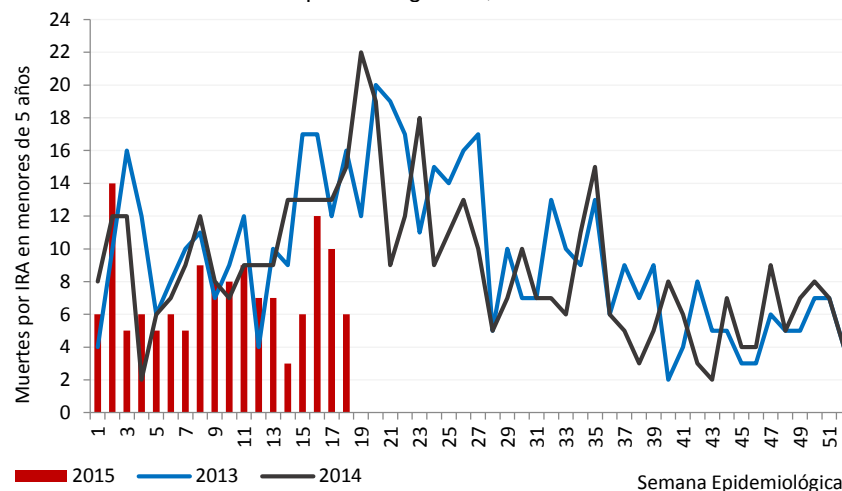
En UCI se hospitalizaron esta semana 263 casos de IRAG de un total de 3118 hospitalizaciones en UCI por todas las causas. La proporción de IRAG a semana epidemiológica 18 del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas es del 7,5 %, la semana anterior estaba en 7,4 %.

### Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron seis muertes por IRA en menores de 5 años, para un acumulado de 132 muertes a semana epidemiológica 18 de 2015.

La notificación de muertes por IRA en menores de 5 años a semana epidemiológica 18 de 2015 muestra una disminución del 25,4 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Muertes por IRA en menores de 5 años, Colombia a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

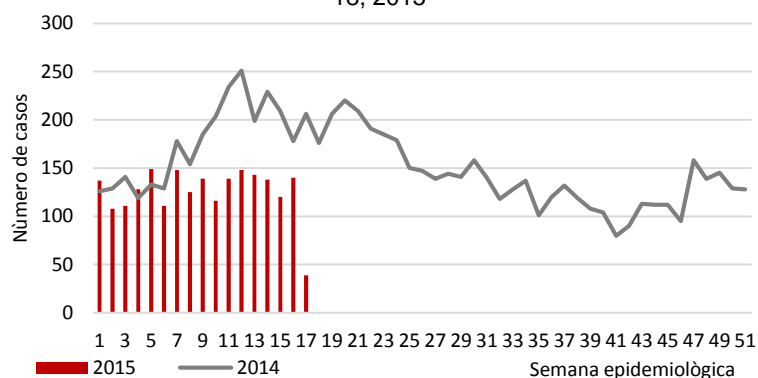
Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de 5 años notificadas durante esta semana son: Bogotá con dos casos, Antioquia, Nariño, Caldas y Huila con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 18 la tasa de mortalidad nacional es de 3,1 por cada 100 000 menores de 5 años. Las Entidades Territoriales con la mayor tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años son: Chocó, Vaupés y Cartagena.

### **Vigilancia centinela ESI – IRAG**

Durante la semana epidemiológica 18 se notificaron 164 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 121 casos corresponden a pacientes con IRAG y 43 casos a pacientes con ESI. El comportamiento de La notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 18 de 2015 muestra una disminución del 28,7 % en comparación con lo notificado en el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 18 de 2015 corresponden a las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caldas, Cartagena, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial de notificación y UPGD centinela, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial	UPGD Centinela	Casos
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	21
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	15
Barranquilla	Clínica General del Norte	6
	Fundación Cardioinfantil	9
	Hospital el Tunal	9
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	7
	Hospital Santa Clara	3
	Hospital de Suba	5
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	6
	E.S.E San Rafael de Tunja	2
	E.S.E Santiago de Tunja	2
Caldas	El Piloto Assbasalud	29
	Servicios Especiales de Salud	4
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	1
	Gestión Salud	6
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	6
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	3
	Fundación Hospital San Pedro	11
Norte Santander	Policlínico Atalaya	5
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	2
Valle Del Cauca	Fundación Valle de Lili	12
Total General		164

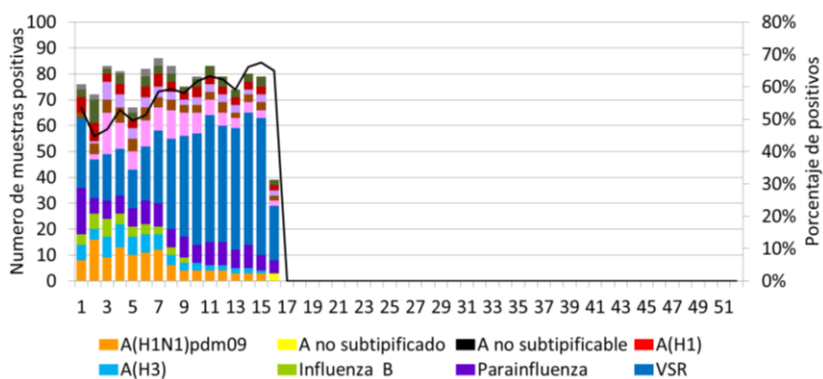
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### **Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios**

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los LDSP o el Laboratorio de Virología del INS, hasta la semana epidemiológica 16 de 2015 se ha analizado 2056 muestras, de las cuales el porcentaje de positividad corresponde al 56,6 %; de estas el 10 % fueron positivas para influenza y el 46,5 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (43,1 %), seguido de Parainfluenza (10,7 %), Influenza A (H1N1)pdm09 (9 %), Adenovirus (8,7 %), Influenza A (H3N2) (5,4 %), Coronavirus (4,9%), Bocavirus (4,6 %), Metapneumovirus (4,8 %), Rinovirus (4 %), Influenza B (13%), y otros virus (1,7 %) (ver gráfica 5).

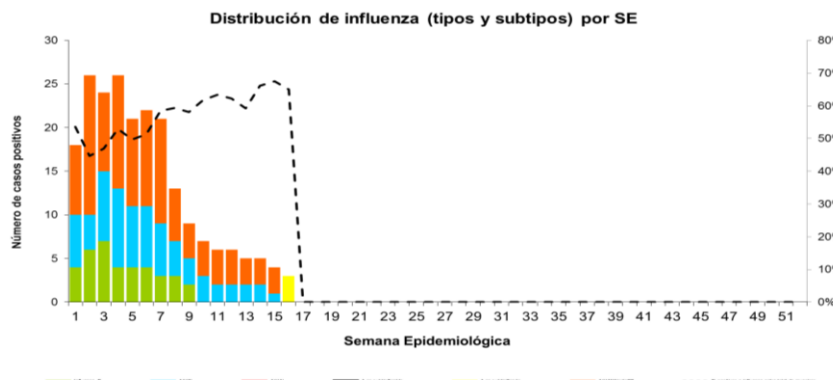
Gráfica 5. Distribución de virus respiratorios, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B, siendo el subtipo de influenza A(H1N1)pdm09 el de mayor proporción (61,5 %) (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución de virus de influenza, Colombia, a semana epidemiológica 16 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

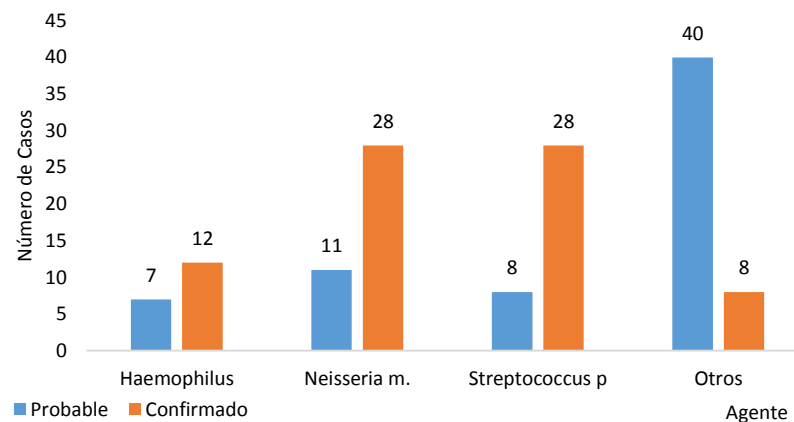
## • Meningitis

A semana epidemiológica 18 de 2015 fueron notificados al Sivigila 201 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 66 (32,8%) corresponden a casos probables, 76 (37,8%)

corresponden a casos confirmados por laboratorio, 47 (23,4%) casos descartados por laboratorio y 12 (6,0%) descartado como error de digitación. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana 18 muestra una disminución en la notificación con respecto al 2014, en el cual se habían reportado 203 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 18 de 2015 es: meningitis por *Neisseria meningitidis* 39 (27,5%), meningitis por *Streptococcus pneumoniae* 36 (25,4%), meningitis por *Haemophilus influenzae* 19 (13,4%) y meningitis por otros agentes 48 (33,8%) (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



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

Las entidades territoriales de procedencia con el 80,3% de los casos de meningitis notificados como probables y confirmados son Antioquia, Bogotá, Bolívar, Cartagena, Valle, Cundinamarca, Tolima, Santander, Córdoba, Barranquilla, Guainía, Norte de Santander y Guajira; meningitis por otros agentes es el que registra el mayor número de casos, seguido por meningitis por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* (ver tabla 1).



Tabla 1. Distribución de casos confirmados y probables de Meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 18, 2015

Entidad territorial	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	6	10	4	7	27	19,0
Bogotá	3	4	10	4	21	14,8
Bolívar	1	6	1	4	12	8,5
Cartagena	0	7	2	2	11	7,7
Valle	2	4	3	1	10	7,0
Cundinamarca	0	3	1	2	6	4,2
Tolima	0	1	2	2	5	3,5
Santander	0	0	1	4	5	3,5
Córdoba	1	1	1	1	4	2,8
Barranquilla	1	0	1	2	4	2,8
Guainía	1	0	1	1	3	2,1
Norte Santander	1	1	1	0	3	2,1
Guajira	0	0	0	3	3	2,1
Cesar	1	0	1	1	3	2,1
Huila	0	0	1	2	3	2,1
Arauca	1	0	0	2	3	2,1
Choco	0	1	1	0	2	1,4
Nariño	0	0	2	0	2	1,4
Magdalena	0	1	0	1	2	1,4
Amazonas	0	0	1	1	2	1,4
Sucre	0	0	1	1	2	1,4
Cauca	1	0	0	1	2	1,4
Risaralda	0	0	0	1	1	0,7
Putumayo	0	0	0	1	1	0,7
Quindío	0	0	0	1	1	0,7
Caquetá	0	0	0	1	1	0,7
Casanare	0	0	1	0	1	0,7
Atlántico	0	0	0	1	1	0,7
Vichada	0	0	0	1	1	0,7
Total	19	39	36	48	142	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

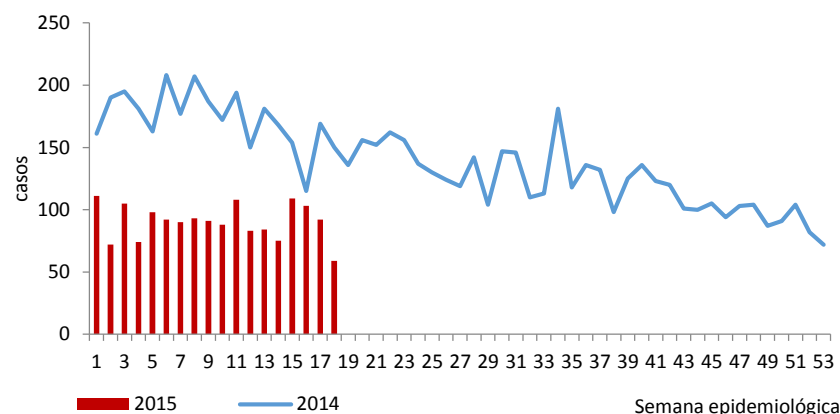
A semana epidemiológica 18 se notificaron 14 muertes confirmadas:

Ocho muertes por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, cuatro muertes por meningitis por *Neisseria meningitidis* y dos muertes por meningitis por *Haemophilus influenzae*.

## • Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron al Sivigila 1 638 casos de parotiditis, de los cuales el 99,3 % (1 627) corresponden a casos confirmados por clínica y el 0,7 % (11) a casos descartados por error de digitación. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 47,9%, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 3 122 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos de parotiditis, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

El 80,6 % de los casos fueron notificados por: Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca, Barranquilla, Santander, Boyacá, Guajira, Norte de Santander y Tolima. Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron: Bogotá, Antioquia y Valle con el 52,0% de los casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de parotiditis notificados según entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial	casos	%
Bogotá	559	34,4
Antioquia	186	11,4
Valle	101	6,2
Cundinamarca	95	5,8
Barranquilla	69	4,2
Santander	69	4,2
Boyacá	61	3,7
Guajira	59	3,6
Norte Santander	58	3,6
Tolima	55	3,4
Atlántico	32	2,0
Caquetá	27	1,7
Risaralda	24	1,5
Nariño	23	1,4
Cauca	22	1,4
Meta	21	1,3
San Andrés	20	1,2
Caldas	19	1,2
Quindío	17	1,0
Sucre	15	0,9
Cesar	15	0,9
Huila	12	0,7
Cartagena	11	0,7
Magdalena	10	0,6
Bolívar	9	0,6
Casanare	9	0,6
Arauca	8	0,5
Vichada	7	0,4
Putumayo	6	0,4
Santa Marta D.E.	3	0,2
Córdoba	3	0,2
Guainía	1	0,1
Choco	1	0,1
Total	1627	100

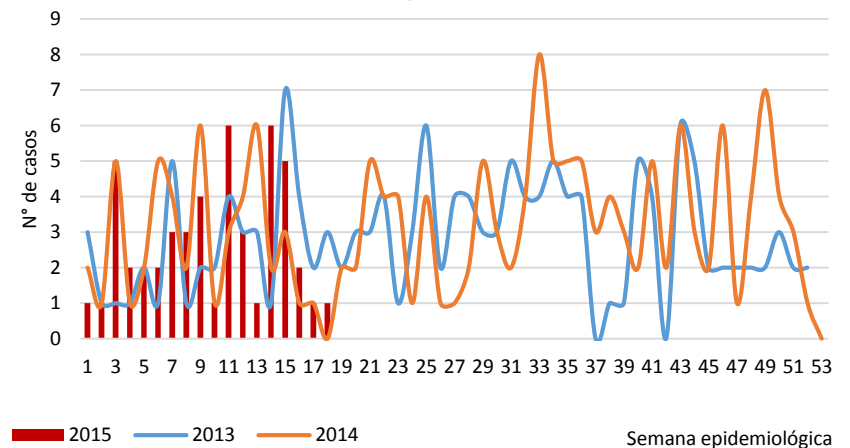
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Un total de 247 municipios reportaron casos de parotiditis hasta la semana epidemiológica 18, de los cuales el 51,2% de los casos corresponden a Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Riohacha.

### • Parálisis flácida aguda (PFA)

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se ha notificado al Sivigila 49 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra que el comportamiento de la notificación es igual respecto al año inmediatamente anterior, en el cual se habían reportado también 49 casos a semana epidemiológica 18.

Gráfica 1. Casos probables de PFA notificados, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



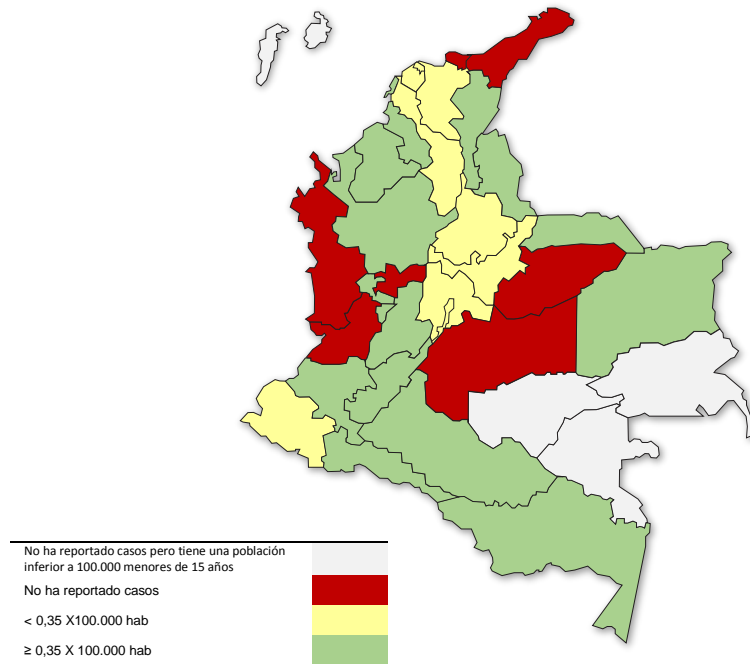
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia 2015

La tasa de notificación esperada hasta la fecha es de 0,35 casos por 100 000 menores de 15 años, las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Antioquia, Arauca, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima y Vichada

Esta semana Huila notifica un caso probable de PFA alcanzando a superar la tasa esperada y por ello pasa de amarillo a verde, el distrito de Bogotá al igual que Magdalena y el distrito de Barranquilla esta semana no lograron alcanzar la tasa esperada, por ello pasan de verde a amarillo, Cesar notifica un nuevo caso por BAI de PFA alcanzando a superar la tasa esperada, por ello pasa de amarillo a verde. Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana pasada.

En el mapa, las entidades territoriales que no han notificado casos probables para el 2015 aparecen en rojo, las entidades territoriales que han notificados casos probables pero no superan la tasa esperada aparecen en amarillo, las entidades territoriales que superan la tasa nacional aparecen en verde y aquellas que no han notificado casos y tienen una población inferior a 100 000 menores de 15 años aparecen en blanco (Ver mapa 1).

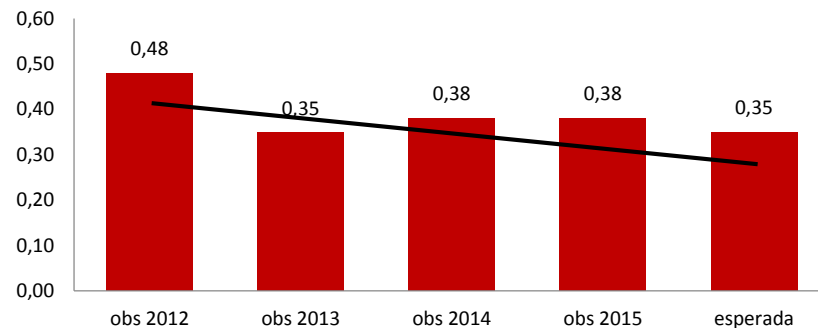
Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



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

A semana epidemiológica 18 de 2015 la tasa de notificación en el Sivigila es de 0,38 casos por 100 000 menores de 15 años, de manera que se cumple a nivel nacional con la tasa esperada (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada. Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015

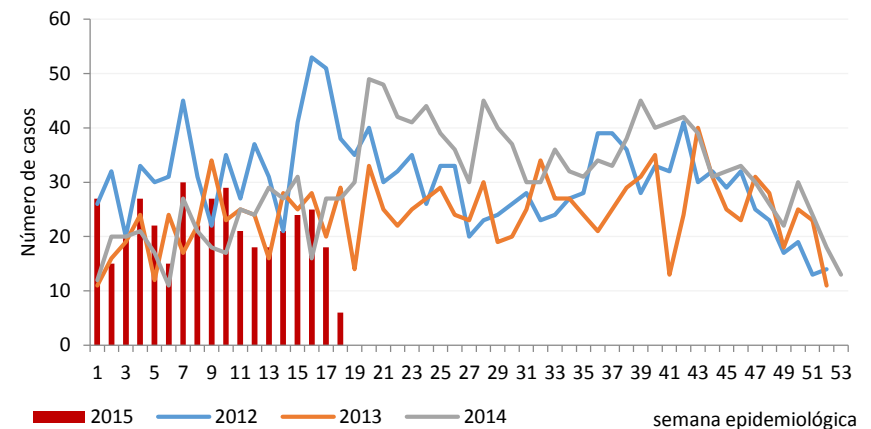


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia 2015.

## • Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se reportaron 385 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un descenso del 1,3 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 390 casos, se observa una disminución del 3,0 % con respecto al año 2013 y una caída del 36,3 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 18 de 2015

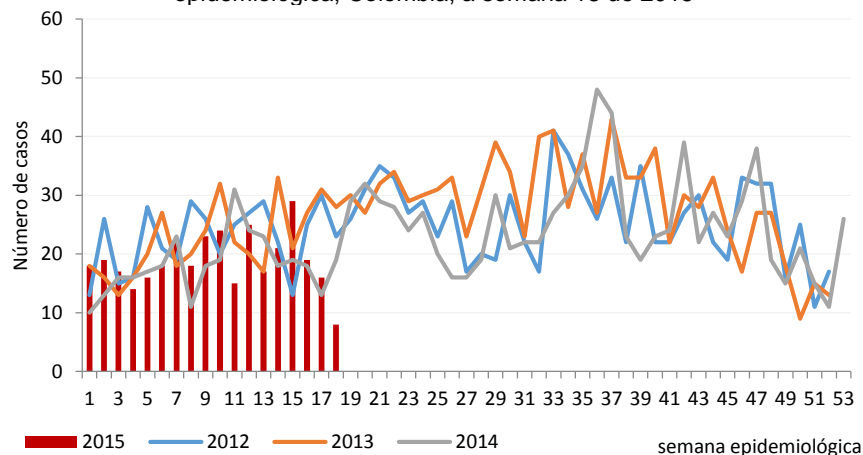


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 83,4 % de los casos sospechosos de sarampión son de tres entidades territoriales: Bogotá (258), Antioquia (45) y Cundinamarca (18); otras entidades territoriales que notifican casos son Valle del Cauca con nueve casos, el distrito de Barranquilla con siete casos, Sucre con seis casos, Caldas y Risaralda con cinco casos cada uno, Atlántico con cuatro casos, Boyacá con tres casos, el distrito de Cartagena, Cesar, Meta, Norte de Santander, el distrito de Santa Marta, Santander y Vichada con dos casos cada uno, Caquetá, Casanare, La Guajira, Nariño, Quindío, San Andrés y Tolima con un caso cada uno; se notifican cuatro casos del exterior, dos procedentes de Brasil uno de Venezuela y uno de México, todos reportados por Bogotá.

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se reportaron 324 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra un aumento del 2,2 % con respecto al año anterior cuando se habían notificado 326 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 15,9 % y con el 2012 hay otro descenso del 16,7 % (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, a semana 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Según departamento o distrito de procedencia, el 82,3 % de los casos sospechosos de rubéola son de tres entidades territoriales: Bogotá (235), Antioquia (30) y Cundinamarca (14); otras entidades que notifican casos son Santander y Valle del Cauca con nueve casos cada uno, Caldas con ocho casos, Boyacá con siete, Meta y San Andrés con cuatro casos cada uno, Norte de Santander, Risaralda y Tolima con tres casos cada uno, Nariño con dos casos, y Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Quindío, Sucre, Vichada y el distrito de Santa Marta con un caso cada uno.

La tasa de notificación nacional es de 1,50 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 18 de 0,69.

Un total de nueve entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 18: San Andrés (6,54), Bogotá (6,26), Vichada (4,17), Caldas (1,32), Cundinamarca (1,19), Antioquia

(1,16), Risaralda (0,84), Sucre (0,82) y Boyacá (0,78). No cumplen con la tasa esperada Meta, Santa Marta, Barranquilla, Santander, Valle del Cauca, Norte de Santander, Quindío, Atlántico, Cesar, Tolima, Casanare, Caquetá, Cartagena, Nariño, La Guajira, Bolívar, Córdoba y Cauca. Un total de nueve entidades territoriales no han notificado casos sospechosos (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015

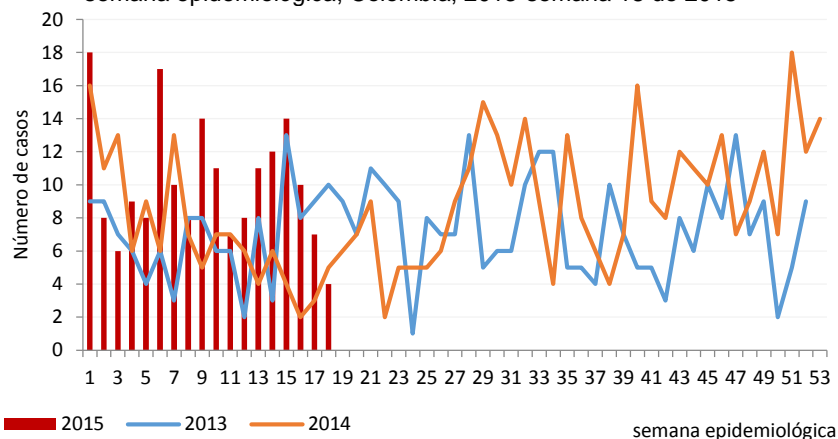
Entidad territorial	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
San Andrés	5	76.442	6,54
Bogotá, D.C.	493	7.878.783	6,26
Vichada	3	71.974	4,17
Caldas	13	987.991	1,32
Cundinamarca	32	2.680.041	1,19
Antioquia	75	6.456.299	1,16
Risaralda	8	951.953	0,84
Sucre	7	851.515	0,82
Boyacá	10	1.276.407	0,78
Meta	6	961.334	0,62
Santa Marta	3	483.865	0,62
Barranquilla	7	1.218.475	0,57
Santander	11	2.061.079	0,53
Valle del Cauca	18	4.613.684	0,39
Norte de Santander	5	1.355.787	0,37
Quindío	2	565.310	0,35
Atlántico	4	1.242.388	0,32
Cesar	3	1.028.890	0,29
Tolima	4	1.408.272	0,28
Casanare	1	356.479	0,28
Caquetá	1	477.642	0,21
Cartagena	2	1.001.755	0,20
Nariño	3	1.744.228	0,17
La Guajira	1	957.797	0,10
Bolívar	1	1.095.406	0,09
Cauca	1	1.379.169	0,07
Córdoba	1	1.709.644	0,06
Amazonas	0	76.243	0,00
Arauca	0	262.315	0,00
Chocó	0	500.093	0,00
Guainía	0	41.482	0,00
Guaviare	0	111.060	0,00
Huila	0	1.154.777	0,00
Magdalena	0	775.957	0,00
Putumayo	0	345.204	0,00
Vaupés	0	43.665	0,00
Exterior	4	NA	NA
Total	724	48.203.405	1,50

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005  
Tasa esperada a semana 18= 0,69 casos por 100 000 habitantes

### • **Síndrome de rubéola congénita**

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado 182 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra un incremento del 40,0 % cuando se reportaron 130 casos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2013-semana 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 87,9 % de los casos provienen de cuatro entidades territoriales: Antioquia (104), Bogotá (37), Sucre (10) y Cundinamarca (nueve); otras entidades que reportan casos sospechosos son: Huila con cuatro casos, Bolívar, Casanare y Meta con dos casos cada uno y Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Putumayo, Quindío, Tolima y Valle del Cauca con un caso cada uno.

### • **Tétanos**

#### Tétanos neonatal

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 no se han notificado casos probables o confirmados. Comparado con el año anterior esto significa una disminución importante dado que a semana 18

de 2014 se tenían cuatro casos notificados: tres descartados y uno confirmado.

#### Tétanos accidental

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado 14 casos de los cuales:

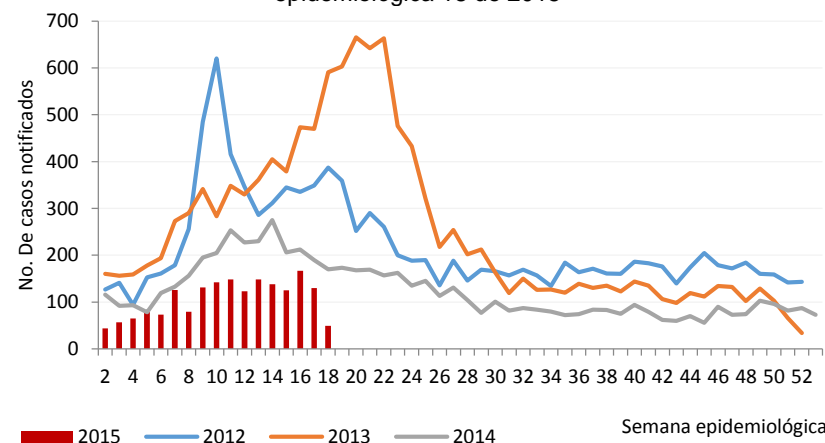
- 11 casos se encuentran confirmados de los departamentos de Antioquia, Caquetá, Cartagena, Cauca, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Sucre.
- Un caso está clasificado como probable del departamento de Atlántico.
- Un caso está descartado del distrito de Cartagena.

Comparado con el año anterior se habían notificado 29 casos y confirmado 25; esto representa una disminución del 51,7 % en los casos notificados y del 7,6 % en los once casos confirmados.

### • **Tos ferina**

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado 1 910 casos. Se evidencia una disminución del 38,2% en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 3 092 casos hasta el mismo periodo epidemiológico (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



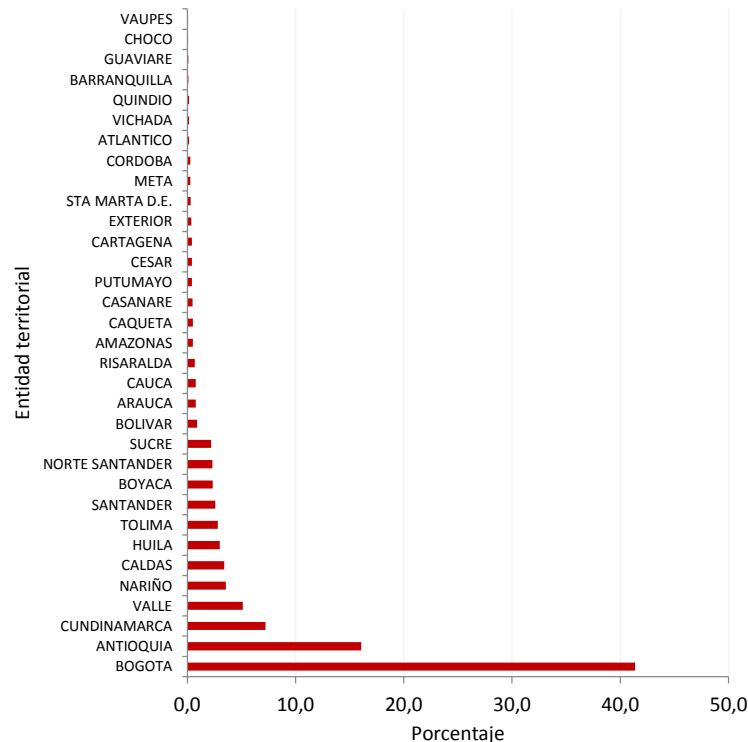
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia



De los casos notificados a semana 18 se han confirmado 143 casos para tos ferina: Antioquia (49), Bogotá (22), Caldas (10), Nariño (9), Sucre y valle con seis cada uno, Norte de Santander, Santander y Huila con cinco casos cada uno, Bolívar y Cauca cuatro casos cada uno y Amazonas, Cundinamarca y Cartagena tres casos cada uno, Arauca y Boyacá dos casos cada uno, Barranquilla, Cesar, Caquetá, Atlántico un caso cada uno y un caso del exterior procedente de Venezuela y notificado por el departamento de Norte de Santander.

De los 1 910 casos notificados para tos ferina a Sivigila, según entidad territorial notificadora, el 73,4 % (1 401 casos) se concentra en cinco entidades territoriales: Bogotá 41,4 % (790 casos), Antioquia 16,1 % (307 casos), Cundinamarca 7,2 % (138 casos), Valle del Cauca 5,1 % (98), Nariño 3,6 % (68) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



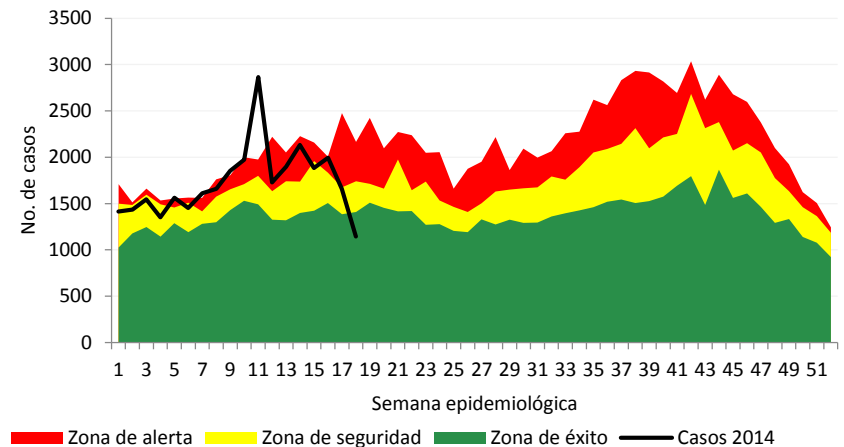
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

## • Varicela

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado 31 158 casos de varicela, esta notificación muestra una disminución del 4,5 % respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 32 619 casos. A semana epidemiológica 18 la incidencia para el país es de 64,6 % casos por 100 000 habitantes.

Según el comportamiento en el canal endémico, el año inició en zona de seguridad; para la semana epidemiológica 18 se termina en zona de éxito probablemente debido a la notificación tardía. (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico de varicela, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Acumulado a semana epidemiológica 18 se han notificado 12 muertes asociadas a varicela una procedente de Barranquilla, una de Acevedo (Huila), una de Carmen de Viboral (Antioquia), una de San Juan de Betulia (Sucre), una de Puerto Wilches (Santander), una Bogotá y dos de Santa Marta, y cuatro muertes de Planeta Rica, Tierralta, Montelibano y Valencia (Córdoba).

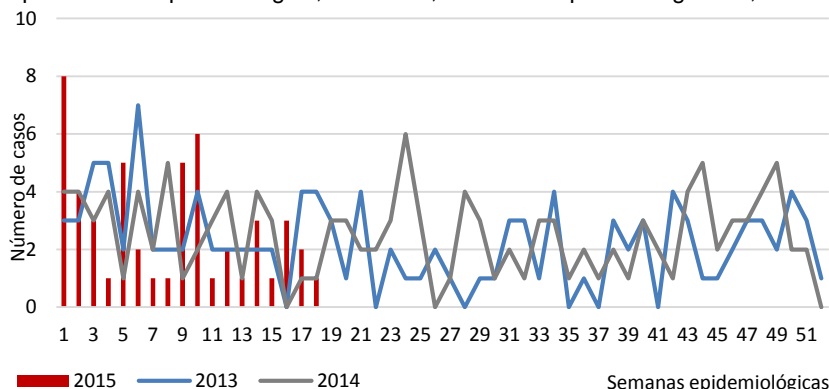
## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

### • Enfermedad diarreica aguda

#### Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En el análisis realizado por entidad territorial de procedencia se notificó al Sivigila en la semana epidemiológica 18 de 2015 un caso de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años; en la misma semana epidemiológica para el 2014 no se notificó igualmente un casos; con un total acumulado para el país de 50 casos de muertes por EDA (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la tasa de mortalidad es de 11,57 x 1 000 000 de habitantes menores de 5 años por causa de EDA, con una mayor tasa en el grupo de menores de un año de edad (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 18	Tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores de una año	873444	29	33,20
de 1 a 4 años	3448193	21	6,09
Total país	4321637	50	11,57

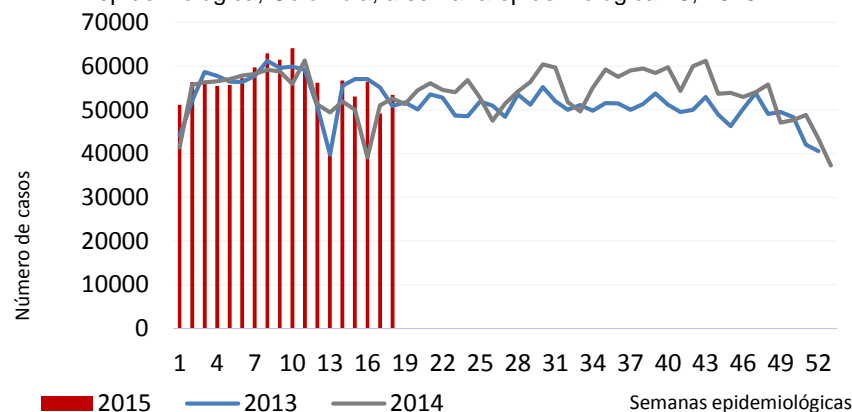
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 18 de 2015, 15 de las entidades territoriales han reportado casos de muertes por EDA en menores de 5 años.

#### Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron 53 447 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia; con un total acumulado para el país de 1 005 707 casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La totalidad de las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se observa un aumento del 1,70% de casos con respecto al año anterior, los casos acumulados aumentan con un valor del 4,37%; dicho número de casos se ajusta de manera semanal con el ingreso de la información de las UPGD (ver tabla 2).

Tabla 2. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 18	52.553	53.447	1,70%
Casos Acumulados a SE 18	963.552	1.005.707	4,37%

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de 1 año registran la incidencia más alta con 66,78 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre 1 y 4 años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 171 532 casos (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitantes
Colombia	48203405	1005707	20,86
< 1 año	873444	58330	66,78
1 a 4 años	3448193	171532	49,75
5 a 9 años	4258678	75318	17,69
10 a 14	4282708	52972	12,37
15 a 19	4345112	58709	13,51
20 a 24	4292291	106440	24,80
25 a 29	3957939	103791	26,22
30 a 34	3539724	83362	23,55
35 a 39	3205979	60283	18,80
40 a 44	2879410	46452	16,13
45 a 49	2883795	41934	14,54
50 a 54	2680490	35832	13,37
55 a 59	2218791	28613	12,90
60 a 64	1728396	24556	14,21
65 a 69	1307382	17957	13,74
70 a 74	926841	13913	15,01
75 a 79	684618	11614	16,96
80 y más años	689614	14099	20,44

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 18 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 20,86 casos por 1000 habitantes fueron: Amazonas, Bogotá, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia y Nariño. Estos seis territorios aportan el 16,66% del total del evento en el país (ver tabla 4).

Tabla 4. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015

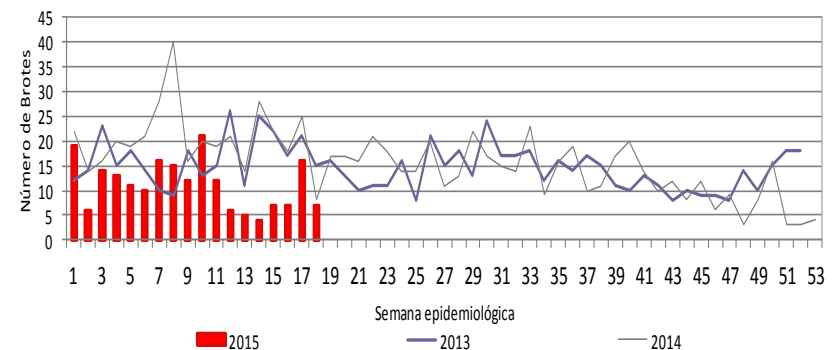
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	2895	0,3%	76.243	37,97
Bogotá	264301	26,3%	7.878.783	33,55
Quindío	16790	1,7%	565.310	29,70
Valle del Cauca	99065	9,9%	4.613.684	21,47
Antioquia	137179	13,6%	6.456.299	21,25
Nariño	36806	4%	1.744.228	21,10
Colombia	1005707	100,0%	48.203.405	20,86

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

## ETA

Después del proceso de depuración se tiene que hasta la semana epidemiológica 18 del 2015 se notificaron al Sivigila 2906 casos de ETA, involucrados en 201 brotes. Respecto a los brotes de ETA por semana epidemiológica se observa una disminución en la notificación del 45,8% en relación a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 11 (ver gráfica 1).

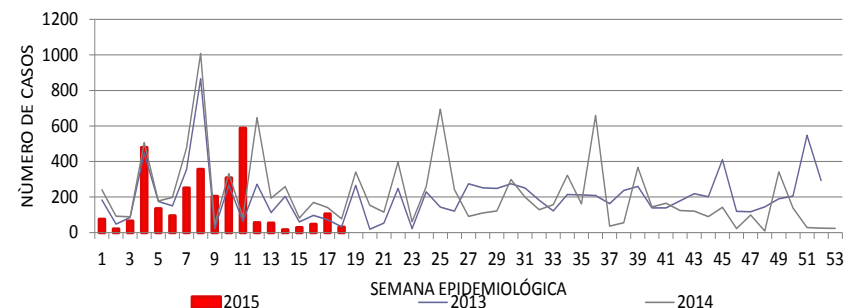
Gráfica 1. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 39,7% con respecto a las mismas semanas del 2015. Durante el 2015 el promedio de casos por semana es de 161 (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 18 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 10 a 14 años (17,4%), 5 a 9 años (12,9%) y 20 a 24 años (10,7%). El 63 % de los casos están como confirmados por clínica, el 19% como confirmados por laboratorio, el 17% como probables y el 1% confirmados por nexa epidemiológico.

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

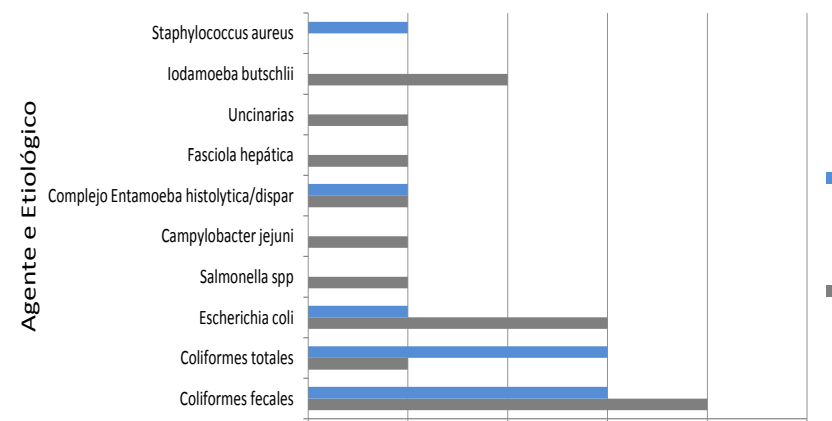
Tabla 1. Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	33	16,4
Atlántico	22	10,9
Antioquia	16	8,0
Nariño	14	7,0
Magdalena	11	5,5
Sucre	11	5,5
Cartagena	10	5,0
Valle Del Cauca	10	5,0
Huila	8	4,0
Boyacá	7	3,5
Cesar	7	3,5
Arauca	6	3,0
Bolívar	5	2,5
Risaralda	5	2,5
Cauca	4	2,0
Cundinamarca	4	2,0
La Guajira	4	2,0
Santander	4	2,0
Casanare	4	2,0
Quindío	3	1,5
Tolima	3	1,5
Putumayo	3	1,5
Barranquilla	2	1,0
Chocó	2	1,0
Norte De Santander	2	1,0
Meta	1	0,5
Nacional	201	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

Gráfica 3. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas y de alimentos procedentes de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.



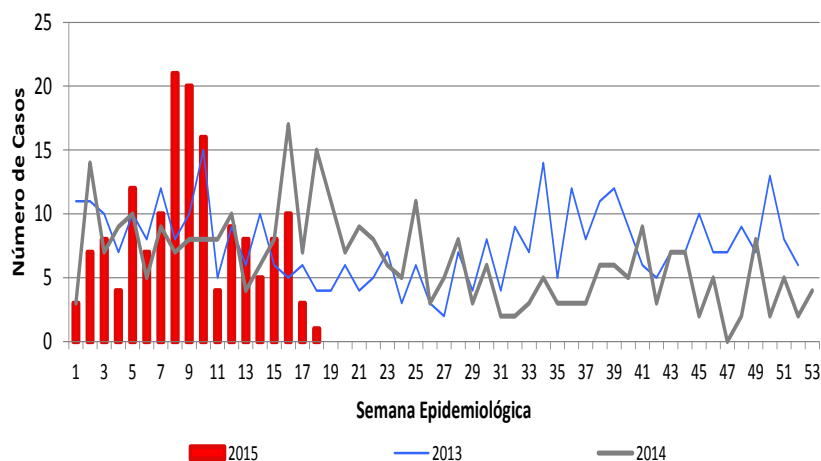
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 18 se notificaron siete brotes de ETA que involucraron 30 casos; los departamentos de procedencia de estos brotes fueron Bogotá, Risaralda, Atlántico, Nariño y Casanare; los principales factores de riesgo identificados fueron inadecuado almacenamiento, fallas en la cadena de frío, inadecuada conservación, fallas en la limpieza de utensilios uso de agua no potable; los establecimientos implicados en los brotes fueron el hogar (tres brotes), restaurantes comerciales (tres brotes) y otros (un brote).

### • Fiebre tifoidea y paratifoidea

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se ha notificado 156 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, se notificó un caso en esta semana. Se observa un aumento en la notificación del 0,6% con respecto a las mismas semanas del 2014 (ver gráfico 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 42% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 67,9% de los casos fueron notificados por Antioquia, Norte de Santander y Cauca (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Antioquia	40	25,6
Norte De Santander	40	25,6
Cauca	26	16,7
Huila	14	9,0
Bogotá	8	5,1
Chocó	7	4,5
Valle Del Cauca	5	3,2
Bolívar	3	1,9
Casanare	3	1,9
Caldas	2	1,3
Cesar	2	1,3
Nariño	2	1,3
Caquetá	1	0,6
Meta	1	0,6
Santa Marta	1	0,6
Santander	1	0,6
Total	156	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 18 de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 5 a 9 años (13,5%), de 0 a 4 años (12,2%) y de 20 a 24 años (11,5%) (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	19	12,2
5-9	21	13,5
10-14	17	10,9
15-19	17	10,9
20-24	18	11,5
25-29	18	11,5
30-34	9	5,8
35-39	6	3,8
40-44	4	2,6
45-49	3	1,9
50-54	7	4,5
55-59	4	2,6
60-64	4	2,6
65-69	3	1,9
70-74	2	1,3
75-79	1	0,6
80 Y MÁS	3	1,9
TOTAL	156	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

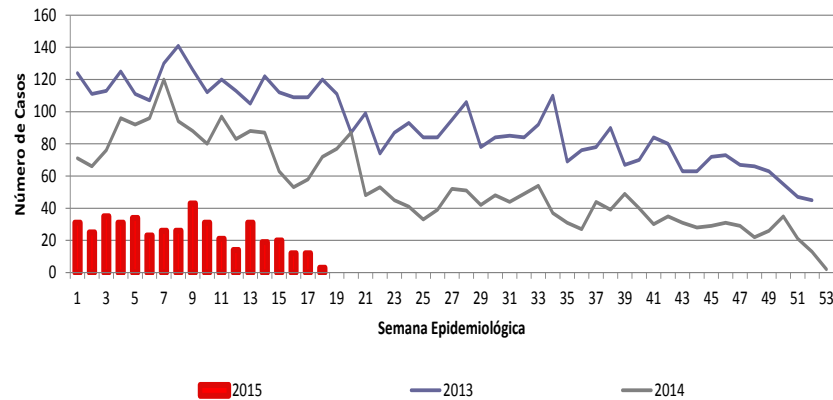
Se han confirmado 71 casos por laboratorio (coprocultivo o hemocultivo), los cuales están serotipificados en el Instituto Nacional de Salud para *Salmonella* Typhi. Las entidades territoriales de procedencia de los casos confirmados de fiebre tifoidea son Norte de Santander (45 casos), Antioquia (16 casos), Bogotá (tres casos), Nariño (dos casos), Santander (dos casos), Meta (un caso), Cartagena (un caso), y Valle del Cauca (un caso).

### • Hepatitis A

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 18 se notificaron 437 casos de hepatitis A, de los cuales tres se notificaron esta semana; el 53,32% fueron confirmados por clínica, 45,77% por laboratorio y 0,91% por nexo epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica 18 se presentó una disminución en la notificación del 70,5% respecto al 2014 (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según el lugar de procedencia se obtuvo que el mayor número de casos notificados provienen de: Antioquia (14,1%), Valle del Cauca (11,7%), Huila (10%) y Bogotá (7 %) (ver tabla 1).

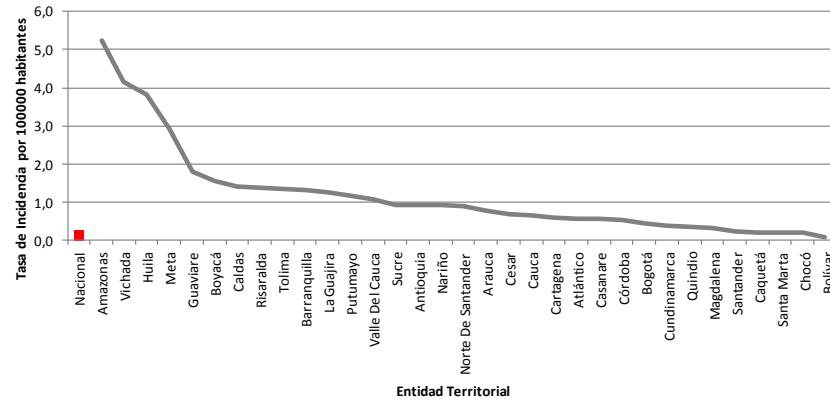
Tabla 1. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad Territorial	N° Casos	Porcentaje
Antioquia	60	13,7
Valle Del Cauca	50	11,4
Huila	44	10,1
Bogotá	34	7,8
Meta	28	6,4
Boyacá	20	4,6
Tolima	19	4,3
Barranquilla	16	3,7
Nariño	16	3,7
Atlántico	14	3,2
Caldas	14	3,2
Risaralda	13	3,0
La Guajira	12	2,7
Norte De Santander	12	2,7
Cundinamarca	10	2,3
Cauca	9	2,1
Córdoba	9	2,1
Sucre	8	1,8
Cesar	7	1,6
Cartagena	6	1,4
Santander	5	1,1
Magdalena	4	0,9
Putumayo	4	0,9
Amazonas	4	0,9
Vichada	3	0,7
Exterior	3	0,7
Bolívar	2	0,5
Quindío	2	0,5
Arauca	2	0,5
Casanare	2	0,5
Guaviare	2	0,5
Caquetá	1	0,2
Chocó	1	0,2
Santa Marta	1	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>437</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 18 fue de 0,3 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Amazonas con 5,25, Vichada con 4,17, Huila con 3,81 y Meta con 2,91 por 100 000 habitantes (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 76% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 13% en rural y el 11% en centro poblado. En cuanto a la población, el 95,2% pertenece a otros grupos étnicos, el 2,5% a indígenas, el 1,6% afrocolombianos y el 0,7% a ROM y gitanos.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (16%), 5 a 9 años (13,3%) y 10 a 14 años (12,8%). El 65% de los casos fueron hospitalizados.

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

### • Chagas

En la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron al Sivigila 29 casos de Enfermedad de Chagas, 5 agudos y 24 crónicos, de los cuales ocho casos corresponden a la semana 18 y 21 casos a semanas anteriores.

El acumulado a semana epidemiológica dieciocho de 2015 es de 209 casos, de los cuales 84 % (176/209) corresponden a casos crónicos (74 confirmados y 102 probables) y 16% (33/209) casos agudos (cuatro confirmados y 29 probables).

Los casos crónicos fueron notificados por 16 entidades territoriales. Boyacá notificó el 21.59 % de los casos, Bogotá 19,32%, Casanare 18,18%, Santander 11.93 %, Cesar y Cundinamarca con 5.11 % cada uno (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.

Departamento notificador	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
BOYACA	4	4,05	34	34,31	38	21,59
BOGOTA	12	16,22	22	21,57	34	19,32
CASANARE	29	39,19	3	2,94	32	18,18
SANTANDER	9	12,16	12	11,76	21	11,93
CESAR	1	1,35	8	7,84	9	5,11
CUNDINAMARCA	3	4,05	6	5,88	9	5,11
ARAUCA	7	9,46	1	0,98	8	4,55
TOLIMA	0	0,00	8	7,84	8	4,55
NTE DE SANTADER	6	8,11	1	0,98	7	3,98
HUILA	2	2,70	2	1,96	4	2,27
ANTIOQUIA	0	0,00	1	0,98	1	0,57
CAUCA	1	1,35	0	0,00	1	0,57
GUAVIARE	0	0,00	1	0,98	1	0,57
META	0	0,00	1	0,98	1	0,57
RISARALDA	0	0,00	1	1,10	1	0,57
SUCRE	1	1,35	0	0,00	1	0,57
Total casos	74	100,00%	102	100,00%	176	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos agudos a nivel nacional el 12,12% (4/33) han sido confirmado por laboratorio (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad territorial de procedencia, Colombia semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
CASANARE	4	1	5	3,03
SANTANDER	5	0	5	0,00
TOLIMA	4	0	4	0,00
CESAR	2	1	3	3,03
CUNDINAMARCA	3	0	3	0,00
BOLIVAR	2	0	2	0,00
CORDOBA	1	1	2	3,03
ANTIOQUIA	1	0	1	0,00
ARAUCA	1	0	1	0,00
BARRANQUILLA	1	0	1	0,00
BOGOTA	1	0	1	0,00
BOYACA	0	1	1	3,03
HUILA	1	0	1	0,00
NARIÑO	1	0	1	0,00
NORTE SANTANDER	1	0	1*	0,00
QUINDIO	1	0	1	0,00
TOTAL	29	4	33	12,12

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

### • Chikunguña

Durante el año 2014 se presentaron un total de 106.592 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 18 se notificaron 221.930 casos, de los cuales 217.237 fueron confirmados por clínica, 492 confirmados por laboratorio y 4.201 sospechosos (ver tabla 1).

Tabla 1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 9 de mayo de 2015

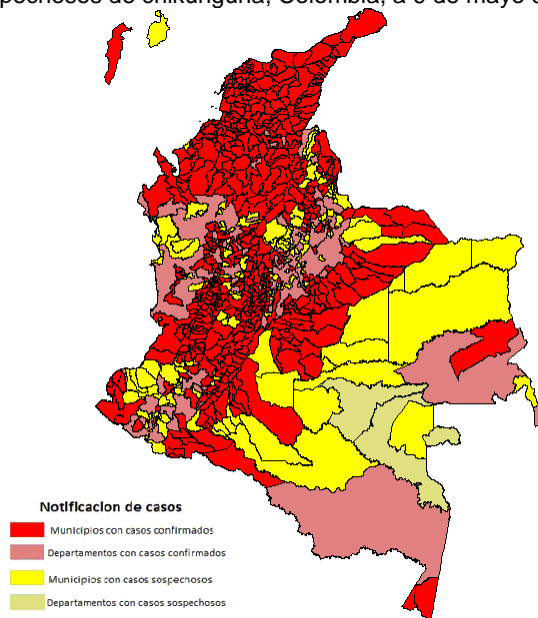
	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 18--2015	10.452	0	411	10.863
Acumulado 2015	217.237	492	4.201	221.930
Acumulado 2014	104,389	1,410	793	106,592

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

Se ha demostrado circulación viral en 31 entidades territoriales quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y

sospechosos: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés y Valle del Cauca; en estos casos la entidad territorial aparecerá en rosado (ver mapa 1).

Mapa 1. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, a 9 de mayo de 2015



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

### Casos notificados por regiones de Colombia

En la región de la Amazonía se han reportado casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Guainía y Putumayo y casos sospechosos en los departamentos de Amazonas, Vaupés, Caquetá, Guaviare y Putumayo (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de autóctonos de chikunguña en la región Amazonía por municipio de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	AMAZONAS	7	2	4	13
	CAQUETA	4.071	18	584	4.673
	GUAINIA	15	2	0	17
	GUAVIARE	0	0	451	451
	VAUPES	0	0	1	1
	PUTUMAYO	146	3	5	154
Total		4.239	25	1.045	5.309

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

En la región Central se han reportado casos confirmados por laboratorio y por clínica en las entidades territoriales de: Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda y Tolima (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Central por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	10.595	31	88	10.714
	BOGOTA*	0	1	193	194
	CALDAS	2.407	8	31	2.446
	CUNDINAMARCA	13.820	76	135	14.031
	HUILA	24.763	75	100	24.938
	QUINDIO	724	0	2	726
	RISARALDA	564	5	1	570
	TOLIMA	31.014	95	764	31.873
Total		83.887	291	1.314	85.492

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

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

En la región Oriental se han reportado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Boyacá, Norte de Santander y Santander; en esta región el municipio de Cúcuta presenta la mayor frecuencia de casos confirmados por clínica (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Oriental por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	491	13	36	540
	NTE SANTANDER	5.682	24	60	5.766
	SANTANDER	4.362	6	88	4.456
	Total	10.535	43	184	10.762

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

La región Orinoquía ha notificado 41 casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Casanare y Meta; de igual manera, se notifican casos sospechosos en Arauca, Casanare, Meta y Vichada (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Orinoquía por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	2.522	0	815	3.337
	CASANARE	8.052	14	30	8.096
	META	6.316	27	286	6.629
	VICHADA	0	0	65	65
	Total	16.890	41	1.196	18.127

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, Chocó y Nariño (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Pacífico por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	CAUCA	2.050	3	178	2.231
	CHOCO	260	7	157	424
	NARIÑO	923	13	31	967
	VALLE	62.455	42	31	62.528
	Total	65.688	65	397	66.150

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

En la región Caribe se ha presentado la mayor cantidad de casos confirmados del país, siendo reportados por las entidades territoriales de: Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre y Santa Marta (ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Caribe por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	1.567	0	14	1.581
	BARRANQUILLA	4.158	0	0	4.158
	BOLIVAR	445	1	0	446
	CARTAGENA	358	0	0	358
	CESAR	2.970	9	10	2.989
	CORDOBA	11.856	3	11	11.870
	GUAJIRA	4.421	7	19	4.447
	MAGDALENA	1.732	1	8	1.741
	SAN ANDRES	530	0	3	533
	STA MARTA D.E.	1.542	4	0	1.546
	SUCRE	6.419	2	0	6.421
	Total	35.998	27	65	36.090

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

## Muertes

Hasta la semana epidemiológica 18 acumulado 2014-2015 se han notificado 43 muertes probables por chikunguña en el País, por este motivo se realizó entre los días 20 al 24 de abril una reunión en Bogotá con expertos nacionales e internacionales, con el objeto construir una metodología para el análisis de casos atípicos y casos probables de muerte por el virus del chikunguña, basados en la experiencia de países que ya han sido afectados por esta epidemia.

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

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



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

Departamento procedencia	Municipio procedencia	Municipio notificación	Departamento notificación	Edad	Resultado unidad de análisis
Atlántico	Baranoa	Barranquilla	Barranquilla	64 años	Confirmado
Magdalena	Fundación	Barranquilla	Barranquilla	7 años	Pendiente
Bolívar	Arroyohondo	Arroyohondo	Bolívar	38 años	Pendiente
Cartagena	Cartagena	Cartagena	Cartagena	64 años	Confirmado
Cartagena	Cartagena	Cartagena	Cartagena	47 años	Pendiente
Bolívar	María la baja	Cartagena	Cartagena	5 años	Pendiente
Magdalena	Granada	Valledupar	Cesar	38 años	Pendiente
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	75 años	Confirmado
Cundinamarca	Apulo	Girardot	Cundinamarca	82 años	Descartada
Cundinamarca	Viota	Bogotá	Cundinamarca	64 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	77 años	Confirmado
Tolima	Melgar	Girardot	Cundinamarca	3 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	77 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	64 años	Confirmado
Huila	Neiva	Neiva	Huila	74 años	Confirmado
Huila	Aipe	Neiva	Huila	67 años	Confirmado
Huila	Campoalegre	Neiva	Huila	17 días	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	75 años	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	66 años	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	54 años	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	30 años	Confirmado
Norte de Santander	Villa del rosario	Cúcuta	Norte de Santander	30 años	Confirmado
Venezuela	Ureña	Cúcuta	Norte de Santander	62 años	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	79 años	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	72 años	Confirmado
Norte de Santander	Los patios	Cúcuta	Norte de Santander	i día	Pendiente
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	23 años	Pendiente
Norte de Santander	Los patios	Cúcuta	Norte de Santander	21 días	Confirmado
Norte de Santander	Villa del rosario	Cúcuta	Norte de Santander	1 meses	Confirmado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Norte de Santander	33 años	Pendiente
Santander	Barrancabermeja	Barrancabermeja	Santander	81 años	Pendiente
Santander	Piedecuesta	Bucaramanga	Santander	90 años	Pendiente
Santander	Girón	Bucaramanga	Santander	2 años	Pendiente
Sucre	Corozal	Corozal	Sucre	2 meses	Confirmado
Bolívar	Magangué	Sincedejo	Sucre	11 meses	Confirmado
Sucre	Sincedejo	Sincedejo	Sucre	58 años	Pendiente
Tolima	Armero	Armero	Tolima	69 años	Confirmado
Tolima	(guayabal)	(guayabal)	Tolima	48 años	Confirmado
Tolima	Armero	Ibagué	Tolima	28 años	Pendiente
Tolima	(guayabal)	Ibagué	Tolima	33 años	Pendiente
Tolima	Lérida	Lérida	Tolima	77 años	Pendiente
Tolima	Guamo	Ibagué	Tolima	85 años	Pendiente
Tolima	Ibagué	Ibagué	Tolima	62 años	Pendiente
Valle	Cali	Cali	Valle	62 años	Pendiente

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

### Recomendaciones en vigilancia

- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920, con lo cual además se podrán verificar o buscar casos a través las búsquedas activas institucionales.
- Es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikunguña, solo en la excepción de tener resultado de laboratorio positivos para los dos eventos.

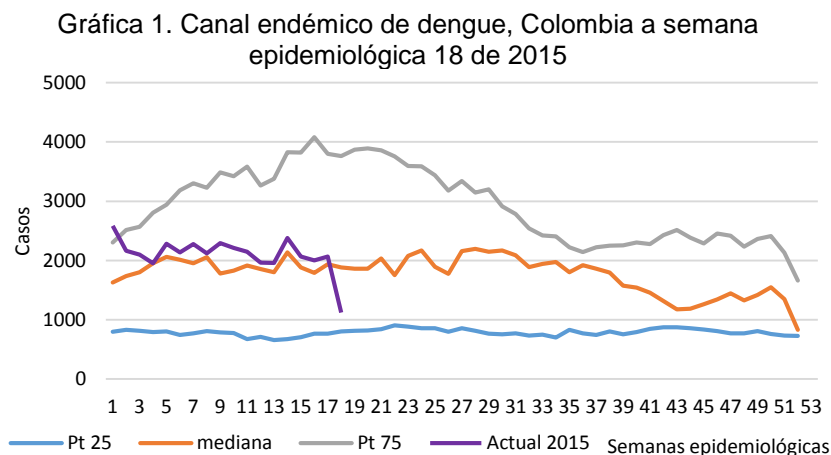
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva
- En los municipios que tienen casos importados, pero donde no se ha demostrado circulación autóctona no deben confirmarse casos por clínica.
- Deben ajustarse los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikunguña y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikunguña deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto nacional de Salud.
- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, mayores de 65 años y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217 y se deben enviar muestras para análisis de laboratorio aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.
- Todas las muertes probables por chikunguña deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.
- Una vez confirmadas o descartadas la muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

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 ubicó en la zona de éxito en la semana epidemiológica 18, se mantuvo en la zona de alarma desde las semanas dos a la 16 y en zona de brote en la semana uno. Es importante tener en cuenta los efectos que pueden ocasionarse en la construcción del canal debido al retraso en la notificación. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2010 a 2014 (ver gráfica).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron 37 820 casos totales de dengue, de los cuales 37 302 (98,6 %) corresponden a dengue y 518 (1,4%) a dengue grave.

A la semana epidemiológica 18 de 2014 se habían notificado 36 907 casos de dengue, que comparados con el mismo periodo del año 2015, presento un aumento de 2,5 %, es decir 913 casos más. Se están notificando en promedio 2 064 casos semanales.

El 29,2 % (10 884/37 820) de los casos de dengue y el 41 % (212/518) de los casos de dengue grave se concentra en los menores de 14 años. Por aseguramiento, se observa un predominio en el régimen contributivo (52,5 %), seguido del

régimen subsidiado (38,8 %). El 54,8 % (284/518) de los casos de dengue grave, se presentaron en hombres (ver tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	18569	49,78%	234	45,17%	18803	49,7%
	Masculino	18733	50,22%	284	54,83%	19017	50,3%
Tipo de régimen	Contributivo	19653	52,69%	215	41,51%	19868	52,5%
	Especial	1147	3,07%	17	3,28%	1164	3,1%
	No afiliado	1159	3,11%	27	5,21%	1186	3,1%
	excepción	916	2,46%	9	1,74%	925	2,4%
	Subsidiado	14427	38,68%	250	48,26%	14677	38,8%
Pertenencia étnica	Indígena	375	1,01%	11	2,12%	386	1,0%
	ROM, Gitano	166	0,45%	3	0,58%	169	0,4%
	Raizal	34	0,09%		0,00%	34	0,1%
	Palenquero	1	0,00%		0,00%	1	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	895	2,40%	17	3,28%	912	2,4%
	Otro	35831	96,06%	487	94,02%	36318	96,0%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1163	3,12%	32	6,18%	1195	3,2%
	1 a 4 años	2236	5,99%	32	6,18%	2268	6,0%
	5 a 9 años	3350	8,98%	74	14,29%	3424	9,1%
	10 a 14 años	4135	11,09%	74	14,29%	4209	11,1%
	15 a 19 años	3980	10,67%	56	10,81%	4036	10,7%
	20 a 24 años	3626	9,72%	50	9,65%	3676	9,7%
	25 a 29 años	3409	9,14%	22	4,25%	3431	9,1%
	30 a 34 años	2978	7,98%	19	3,67%	2997	7,9%
	35 a 39 años	2328	6,24%	17	3,28%	2345	6,2%
	40 a 44 años	1939	5,20%	13	2,51%	1952	5,2%
	45 a 49 años	1747	4,68%	13	2,51%	1760	4,7%
	50 a 54 años	1685	4,52%	31	5,98%	1716	4,5%
	55 a 59 años	1275	3,42%	16	3,09%	1291	3,4%
	60 a 64 años	946	2,54%	12	2,32%	958	2,5%
	65 y más años	2505	6,72%	57	11,00%	2562	6,8%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80 % de los casos de dengue proceden de diez entidades territoriales: Valle del Cauca con 8 986 casos, Tolima con 4 080 casos, Meta con 3 722, Santander con 3 591 casos, Antioquía con 2 020 casos, Cundinamarca con 1 775, Huila con 1 734 casos, Quindío 1 500, Norte de Santander 1 117 casos y Casanare con 1 107 casos. Para dengue grave el 80 % de los casos se concentró en 11 entidades territoriales: Tolima con 138 casos, Valle del Cauca con 61 casos, Huila con 39 casos, Cundinamarca con 30 casos, Antioquia con 24 casos, Meta con 23 casos, Santander con 21 casos, Barranquilla con 20 casos, Cesar con 19 casos, Sucre con 18 casos, y Norte de Santander con 15 casos.

El 50 % de los casos de dengue procede de 22 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Ibagué, Bucaramanga, Villavicencio, Medellín, Cúcuta, Armenia, Yopal y Neiva que a su vez han notificado más de 500 casos durante las 18 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, 21 municipios aportan el 50% de los casos, donde los más afectados son: Ibagué, Purificación y Cali con más de 20 casos.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 18 es de 141,3 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. 15 entidades territoriales superaron la incidencia nacional, Meta, Casanare, Tolima, Arauca, Cundinamarca, Putumayo, Quindío y Amazonas presentaron proporciones de incidencia superiores a 300 casos por 100 000 habitantes en riesgo.

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

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 51,4% (6 591/12 823). La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 87,6% (454/518), donde Guajira, Tolima, Quindío, Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca, Bolívar, Antioquia, Caquetá, Magdalena, Santa Marta D.E., Boyacá, Arauca y Putumayo están por debajo del 90 % de hospitalización.

Hasta la semana epidemiológica 18 se han notificado 128 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran confirmadas diez procedentes de Santa Marta, Guajira, Valle del cauca, Santander y Meta con una muerte cada uno, Cundinamarca con dos y Tolima con tres muertes, descartadas 23 procedentes de La Guajira una, Valle del Cauca una, Cesar una, Norte de Santander una, Santander una, Vichada una, Córdoba dos, Cundinamarca cuatro, Huila cinco y Tolima seis

### • **Fiebre amarilla**

En la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron dos casos probables de fiebre amarilla, de los cuales un caso corresponde a semana 18 y el otro corresponde a la semana 16.

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

Tabla 1. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015.

Departamento procedencia	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
ANTIQUIA	0	0,00	1	10	1	10
ARAUCA	0	0,00	1	10	1	10
CAQUETA	0	0,00	1	10	1	10
GUAINIA	0	0,00	1	10	1	10
GUAVIARE	0	0,00	2	20	2	20
HUILA	0	0,00	1	10	1	10
META	0	0,00	1	10	1	10
NARIÑO	0	0,00	1	10	1	10
VICHADA	0	0,00	1	10	1	10
Total casos	0	0,00%	10	100,00%	10	100,00%

Fuente Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### • **Leishmaniasis**

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificados al Sivigila 2328 casos confirmados de leishmaniasis distribuidos así: 2293 casos (98,5 %) de leishmaniasis cutánea, 23 casos (1,0 %) de leishmaniasis mucosa y 12 casos (0,5 %) de leishmaniasis visceral.

Los casos proceden de 31 entidades territoriales, con una mayor carga en los departamentos de Antioquía, Meta, Santander, Nariño, Tolima, Chocó, Bolívar, y Risaralda, que a su vez concentraron el 71,4 % de la notificación (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	556	6	0	562	24,1%	24,1%
Meta	299	5	0	304	13,1%	37,2%
Santander	198	1	0	199	8,5%	45,7%
Nariño	145	0	0	145	6,2%	52,0%
Tolima	142	0	0	142	6,1%	58,1%
Choco	106	1	0	107	4,6%	62,7%
Bolívar	96	2	8	106	4,6%	67,2%
Risaralda	97	0	0	97	4,2%	71,4%
Guaviare	94	2	0	96	4,1%	75,5%
Córdoba	88	1	2	91	3,9%	79,4%
Norte Santander	84	0	0	84	3,6%	83,0%
Caquetá	71	1	0	72	3,1%	86,1%
Putumayo	71	0	0	71	3,0%	89,2%
Cundinamarca	49	3	0	52	2,2%	91,4%
Cauca	31	0	0	31	1,3%	92,7%
Boyacá	25	0	0	25	1,1%	93,8%
Caldas	25	0	0	25	1,1%	94,9%
Vichada	19	0	0	19	0,8%	95,7%
Valle del Cauca	18	0	0	18	0,8%	96,5%
Sucre	15	0	2	17	0,7%	97,2%
Amazonas	13	0	0	13	0,6%	97,8%
Vaupés	11	0	0	11	0,5%	98,2%
Guainía	9	0	0	9	0,4%	98,6%
Huila	6	1	0	7	0,3%	98,9%
Arauca	5	0	0	5	0,2%	99,1%
Casanare	4	0	0	4	0,2%	99,3%
Desconocido	4	0	0	4	0,2%	99,5%
Exterior	4	0	0	4	0,2%	99,7%
Cesar	3	0	0	3	0,1%	99,8%
La Guajira	2	0	0	2	0,1%	99,9%
Cartagena	1	0	0	1	0,0%	99,9%
Magdalena	1	0	0	1	0,0%	100,0%
Quindío	1	0	0	1	0,0%	100,0%
Total Colombia	2293	23	12	2328	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa se concentraron en hombres, en los grupos de edad de 20 a 24 años, con mayor frecuencia en pacientes que pertenecen al régimen subsidiado, de áreas rurales, es decir, que corresponden a población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito. (Ver tabla 2).

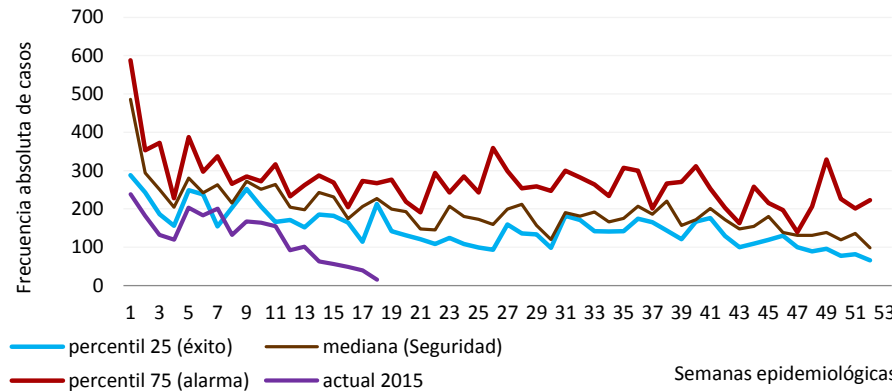
Tabla 2. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		2293	23	12
Sexo	Femenino	20,5%	8,7%	50,0%
	Masculino	79,5%	91,3%	50,0%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,2%	0,0%	33,3%
	1 a 4 años	4,4%	0,0%	66,7%
	5 a 9 años	6,5%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	7,3%	4,3%	0,0%
	15 a 19 años	10,9%	8,7%	0,0%
	20 a 24 años	27,1%	21,7%	0,0%
	25 a 29 años	15,3%	13,0%	0,0%
	30 a 34 años	8,6%	13,0%	0,0%
	35 a 39 años	5,3%	8,7%	0,0%
	40 a 44 años	3,3%	13,0%	0,0%
	45 a 49 años	2,2%	4,3%	0,0%
	50 a 54 años	2,3%	4,3%	0,0%
	55 a 59 años	2,7%	4,3%	0,0%
Pertenencia étnica	60 a 64 años	1,4%	0,0%	0,0%
	65 y más años	2,5%	4,3%	0,0%
	Indígena	5,2%	0,0%	8,3%
	ROM	0,2%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,3%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%
Área de procedencia	Afrocolombiano	5,1%	4,3%	0,0%
	Otros	89,1%	95,7%	91,7%
	Cabecera municipal	14,0%	8,7%	0,0%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Centro poblado	17,0%	39,1%	66,7%
	Rural disperso	68,9%	52,2%	33,3%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,0%	30,4%	0,0%
	No afiliado	5,4%	4,3%	0,0%
	Excepción	40,2%	34,8%	0,0%
	Subsidiado	49,0%	30,4%	100,0%
Social en Salud	Especial	0,5%	0,0%	0,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado en zona de éxito y seguridad durante las 18 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico nacional de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015

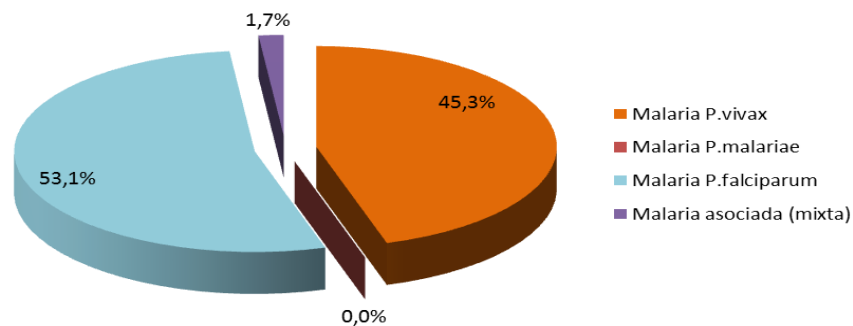


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### • Malaria

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron al Sivigila 11 092 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 5 021 casos (45,3 %) por *P. vivax*, 5885 casos (53,1 %) por *P. falciparum* y 186 casos (1,7 %) por malaria asociada. Se notificaron 205 casos de malaria complicada y 3 casos de muerte por malaria (ver gráfica 1).

Gráfica1. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 27 entidades territoriales y 206 municipios. El 80,8 % de los casos se concentró tres departamentos: Chocó con un 52,3 % de los casos, seguido de Antioquía con 14,3 % y Nariño con 14,1% (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	104	3697	0	2003	5804	52,33%	52,3%
Antioquia	12	304	0	1275	1591	14,34%	66,7%
Nariño	3	1518	0	44	1565	14,11%	80,8%
Córdoba	3	51	0	312	366	3,30%	84,1%
Valle	5	21	0	322	348	3,14%	87,2%
Bolívar	28	25	0	169	222	2,00%	89,2%
Amazonas	0	8	0	208	216	1,95%	91,2%
Guainía	5	26	0	174	205	1,85%	93,0%
Exterior	2	37	0	147	186	1,68%	94,7%
Vichada	14	50	0	97	161	1,45%	96,1%
Risaralda	5	11	0	142	158	1,42%	97,6%
Cauca	0	96	0	10	106	0,96%	98,5%
Guaviare	1	21	0	63	85	0,77%	99,3%
Meta	0	4	0	11	15	0,14%	99,4%
Caquetá	0	10	0	0	10	0,09%	99,5%
Sucre	0	1	0	8	9	0,08%	99,6%
Desconocido	1	0	0	5	6	0,05%	99,6%
Norte Santander	0	0	0	6	6	0,05%	99,7%
Putumayo	1	1	0	4	6	0,05%	99,8%
Vaupés	0	0	0	6	6	0,05%	99,8%
Huila	0	1	0	4	5	0,05%	99,9%
Cesar	1	0	0	3	4	0,04%	99,9%
Guajira	1	1	0	2	4	0,04%	99,9%
Casanare	0	0	0	2	2	0,02%	99,9%
Santander	0	0	0	2	2	0,02%	100,0%
Arauca	0	0	0	1	1	0,01%	100,0%
Cartagena	0	0	0	1	1	0,01%	100,0%
Cundinamarca	0	1	0	0	1	0,01%	100,0%
Santa Marta D.E.	0	1	0	0	1	0,01%	100,0%
Total Colombia	186	5885	0	5021	11092	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 51,8 % de los casos se presentó en 12 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó, Tadó, Tumaco, Medio San Juan y Novita. Los anteriores con una notificación superior a los 420 casos (ver tabla 2).



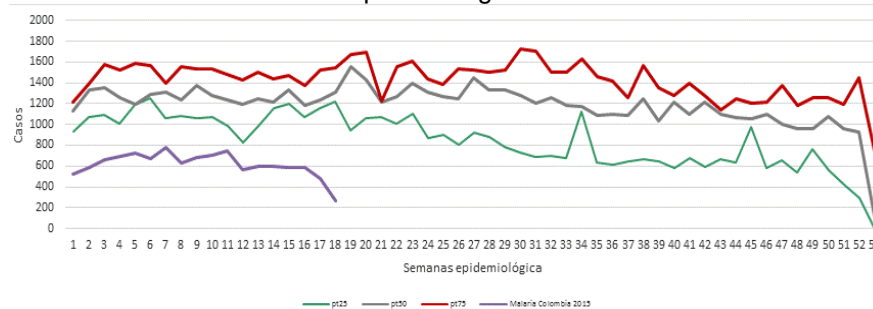
Tabla 2. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	31	916	0	429	1376	12,4%	12,4%
Tadó	0	565	0	331	896	8,1%	20,5%
Tumaco	2	422	0	19	443	4,0%	24,5%
Medio San Juan	39	217	0	179	435	3,9%	28,4%
Novita	7	325	0	101	433	3,9%	32,3%
El Charco	0	408	0	4	412	3,7%	36,0%
Bagado	2	109	0	267	378	3,4%	39,4%
El Bagre	3	126	0	184	313	2,8%	42,2%
Buenaventura	3	15	0	281	299	2,7%	44,9%
Tierralta	2	38	0	222	262	2,4%	47,3%
Lloro	1	136	0	123	260	2,3%	49,6%
Roberto Payan (San José)	0	243	0	0	243	2,2%	51,8%
Otros Municipios	96	2365	0	2881	5342	48,2%	100,0%
Colombia	186	5885	0	5021	11092	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria se ha ubicado en la zona de éxito durante las 18 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver grafica 2).

Gráfica 2. Canal endémico nacional de leishmaniasis cutánea, Colombia a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La distribución social y demográfica evidencia que se notificaron 6962 casos (59,0 %) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,3 % de la notificación y una concentración del 49,2 % de los casos en los grupos de 5 a 24 años. Por pertenencia étnica el 55,4 % de los casos se presentó en población afrocolombiana, 18,7 % en indígenas y 25,6 % en otros. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen

subsidiado con el 71,5 %, y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (19,1 %) (ver gráfica 3).

Tabla 3. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Variable Social y demográfica		Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria Vivax	Total
Casos		186	5885	5021	11092
Sexo	Femenino	38,7%	42,6%	39,2%	41,0%
	Masculino	61,3%	57,4%	60,8%	59,0%
Grupos de edad	Menor de 1 año	0,5%	0,4%	1,5%	0,9%
	1 a 4 años	11,3%	5,8%	10,1%	7,9%
	5 a 9 años	10,8%	11,3%	11,9%	11,6%
	10 a 14 años	8,1%	14,6%	12,0%	13,3%
	15 a 19 años	14,0%	13,0%	12,9%	12,9%
	20 a 24 años	16,1%	11,3%	11,4%	11,4%
	25 a 29 años	7,5%	9,9%	9,1%	9,5%
	30 a 34 años	7,5%	7,9%	7,2%	7,6%
	35 a 39 años	6,5%	6,0%	6,5%	6,2%
	40 a 44 años	5,9%	5,0%	4,7%	4,9%
	45 a 49 años	3,2%	4,1%	3,9%	4,0%
	50 a 54 años	4,3%	3,7%	3,2%	3,5%
	55 a 59 años	4,3%	2,7%	2,3%	2,5%
	60 a 64 años	0,0%	1,8%	1,3%	1,6%
	65 y más años	0,0%	2,6%	2,0%	2,3%
Pertenencia étnica	Indígena	26,3%	9,9%	28,7%	18,7%
	ROM	0,0%	0,1%	0,4%	0,3%
	Raizal	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	34,4%	78,0%	29,7%	55,4%
Área de procedencia	Otros	39,2%	12,0%	41,1%	25,6%
	Cabecera municipal	26,9%	43,2%	24,2%	34,3%
	Centro Poblado	53,2%	29,3%	24,4%	27,5%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Rural disperso	19,9%	27,5%	51,4%	38,2%
	Contributivo	5,9%	4,9%	5,2%	5,1%
	Especial	0,5%	0,5%	0,9%	0,7%
	Sin afiliación	26,9%	17,3%	21,0%	19,1%
	Excepción	3,8%	3,4%	4,0%	3,7%
	Subsidiado	62,9%	73,9%	68,9%	71,5%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron 205 casos de malaria complicada con la siguiente distribución: Chocó con 69 casos (33,7 %), Valle del Cauca con 35 casos (17,1 %), Antioquía con 34 casos (16,6 %), Nariño con 20 casos (9,8 %), Caquetá con 8 casos (3,9 %), Córdoba con cinco casos (2,4%), Risaralda con cinco casos (2,4 %), Bolívar con cuatro casos (2,0 %), Cauca con cuatro casos (2,0 %), Guainía con cuatro casos (2,0 %), Vichada con cuatro casos (2,0%), Amazonas con tres casos (1,5 %), Caldas con dos casos (1,0 %), Tolima con dos casos (1,0 %), Atlántico, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Santander con un caso cada uno, y un caso del exterior (Venezuela).

**Vectores**

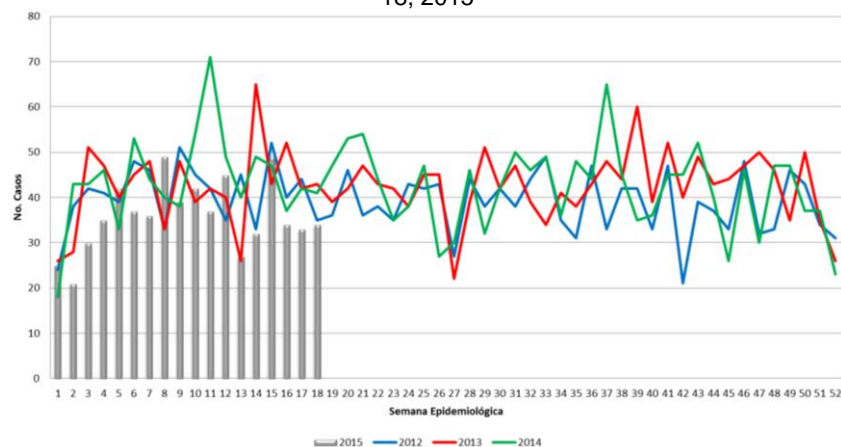
Se han notificado tres muertes por malaria. La primera mortalidad corresponde a la semana epidemiológica uno, en una menor de sexo femenino de un año procedente del municipio Medio San Juan, Chocó, del área rural dispersa de la comunidad Unión Waunan. La especie parasitaria corresponde a malaria por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

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

### • Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 18 se han notificado 647 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 73 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 13,75%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 819 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de casos hepatitis B en Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



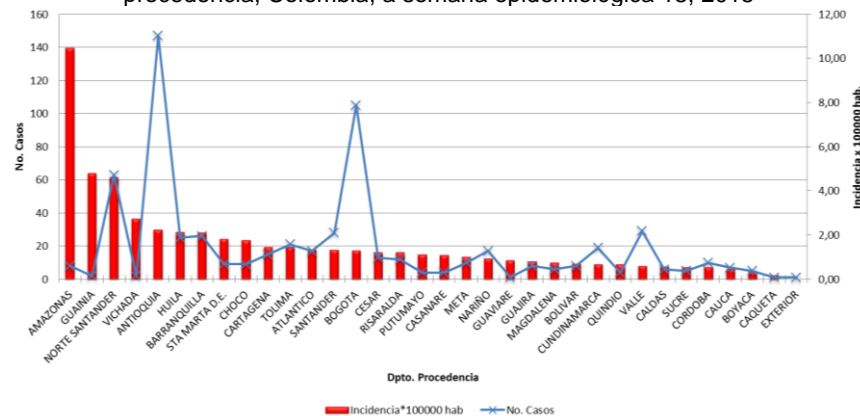
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Antioquia (22,72%), Bogotá (16,23%), Norte de Santander (9,74%), Valle del Cauca (4,48%) y Santander (4,43%), los cuales en conjunto representan el 57,50% de los casos notificados hasta la presente semana.

A semana epidemiológica 18 de 2015, tres entidades territoriales persisten en silencio epidemiológico en relación con la notificación de los eventos en mención (Arauca, San Andrés y Vaupés).

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 1,34 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades territoriales con la mayor incidencia fueron Amazonas (10,49), Guainía (4,82), Norte de Santander (4,65), Vichada (2,78) y Antioquia (2,28) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de hepatitis B por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

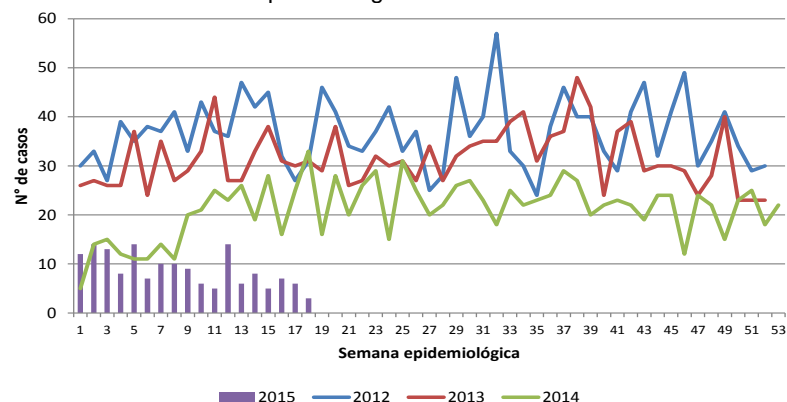
Durante la semana 18 no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B. Tampoco se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado once muertes por hepatitis B y una muerte por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

### • Sífilis Congénita

A semana epidemiológica 18 del 2015 han sido notificados 157 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 329 casos, por lo tanto se observa una disminución del 52,28 % en la notificación. Esta disminución puede estar relacionada

con el desconocimiento de las nuevas definiciones de caso y las subsecuentes fallas en la notificación (ver gráfica 1).

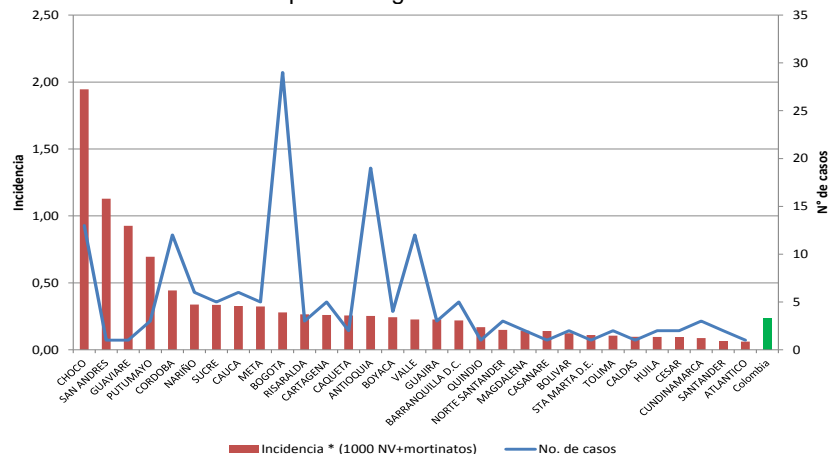
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 18 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Chocó, Córdoba y Valle. Por incidencia se encuentran: Chocó, San Andrés, Guaviare, Putumayo y Córdoba (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



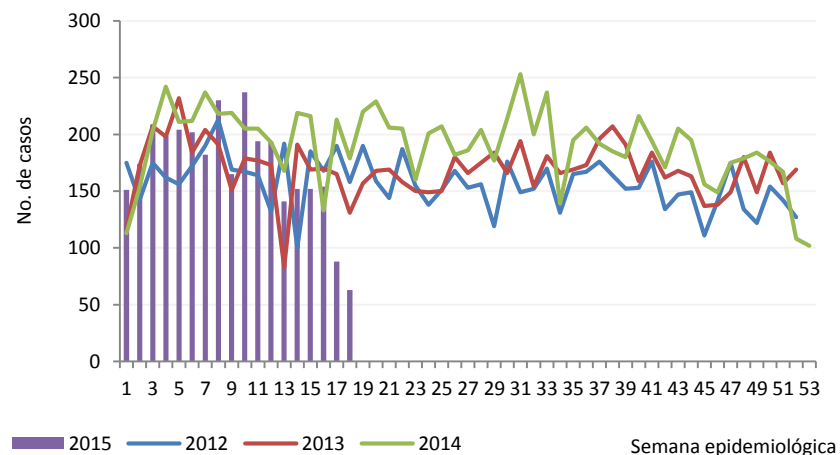
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana 18 la Incidencia para Colombia es de 0,24 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. Es importante recordar que debido a los ajustes en las definiciones de caso realizados en la nueva Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, publicada en Diciembre de 2014; es indispensable la pronta divulgación y capacitación en dicho documento.

### • VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 18 de 2013 se notificaron 3094 casos, para el 2014 se notificaron 3539 casos y para el 2015 a semana 18 se han reportado 3090 casos, lo que muestra una disminución entre el 2014 y 2015 del 12,69 % (449 casos), tendencia que puede cambiar con el ingreso de casos de manera tardía (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

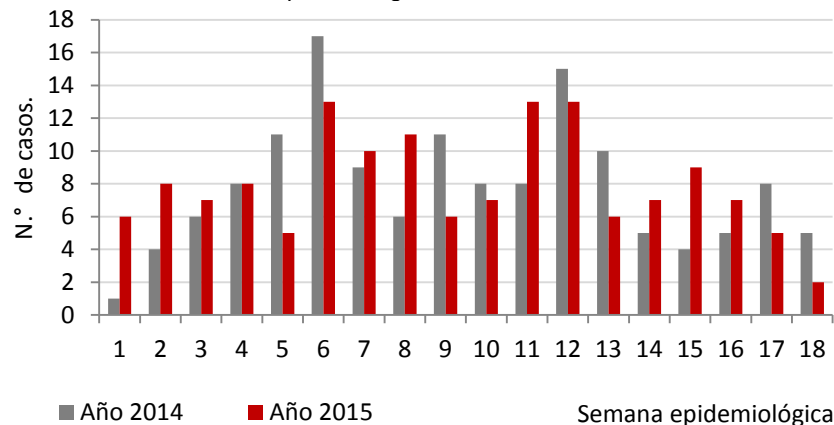
A semana epidemiológica 18 de los 3090 casos notificados 2899 están en estadio VIH y SIDA y 191 aparecen con condición final muerto.

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

### • Lepra

A semana epidemiológica 18 de 2015 se ha notificado al Sivigila 143 casos de lepra, de estos el 81,1 % (116 casos) de los casos fueron confirmados por laboratorio y el 18,9 % (27 casos) confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 88,1 % (126 casos) ingresaron como nuevos, el 10,5 % como recidiva (15 casos) y dos casos como reingreso abandono. Con respecto al año anterior (136 casos hasta SE 18) para esta semana se observa un aumento del 1,4 % en la notificación (ver gráfica 1).

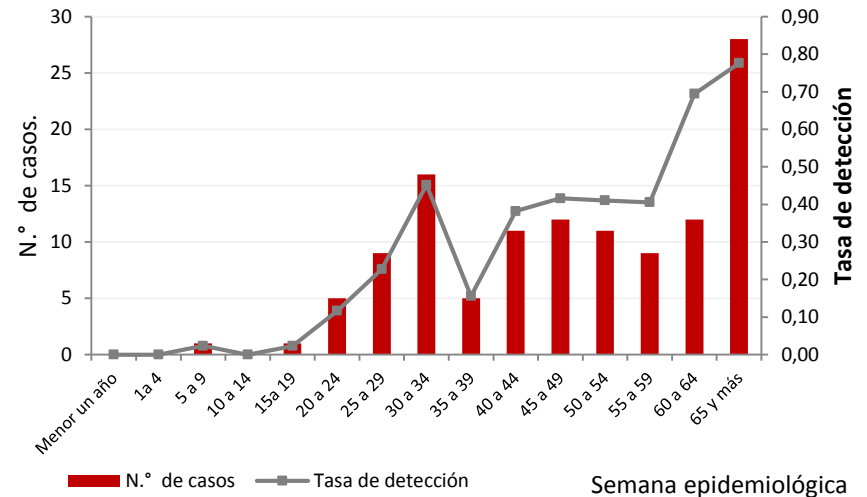
Gráfica 1. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 es de 0,26 casos por 100 000 habitantes. El 69,8 % (88 casos nuevos) del total de casos nuevos detectados corresponden al sexo masculino; la tasa de detección más alta se presenta en el grupo de edad de 65 y más (0,78 casos por 100 000 habitantes) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 18 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 1,1 casos por 100 000 habitantes, seguido del distrito de Cartagena con 1,00 casos por 100 000 habitantes. El departamento de Santander ha notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 13,2 % (19 casos). El 80,5 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, llama la atención el departamento de Casanare que registra un caso el cual fue diagnosticado por otro departamento, información necesaria para realizar las acciones de vigilancia alrededor del caso y de sus convivientes (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento. Colombia, semana epidemiológica 18 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	4	4	3	1,14	1	0
Cartagena	11	11	10	1,00	0	1
Norte Santander	15	15	13	0,96	2	0
Santander	19	19	19	0,92	0	0
Guaviare	1	1	1	0,90	0	0
Huila	12	14	10	0,87	4	0
Cesar	8	8	7	0,68	1	0
Caquetá	3	3	3	0,63	0	0
Magdalena	7	7	6	0,48	1	0
Tolima	6	7	6	0,43	1	0
Sta Marta DE	1	2	2	0,41	0	0
Bolívar	6	7	7	0,33	0	0
Meta	3	3	3	0,31	0	0
Putumayo	1	1	1	0,29	0	0
Casanare	0	1	1	0,28	0	0
Barranquilla	6	3	3	0,25	0	0
Cauca	3	3	3	0,22	0	0
Choco	1	1	1	0,20	0	0
Quindío	1	1	1	0,18	0	0
Valle	7	7	6	0,13	1	0
Atlántico	1	4	3	0,12	1	0
Risaralda	2	2	1	0,11	1	0
Guajira	1	1	1	0,10	0	0
Bogotá	15	9	8	0,10	1	0
Caldas	1	1	1	0,10	0	0
Cundinamarca	1	2	2	0,07	0	0
Nariño	1	1	1	0,06	0	0
Antioquia	4	4	3	0,05	1	0
Córdoba	1	0	0	0,00	0	0
Sucre	1	1	0	0,00	0	1
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>143</b>	<b>126</b>	<b>0,26</b>	<b>15</b>	<b>2</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos (143), el 37,1 % corresponde a lepra paucibacilar de estos se presentan ocho casos con grado dos de discapacidad y el 62,9 % a lepra multibacilar presentando 12 casos con grado dos de discapacidad. Es muy preocupante que al momento de la notificación 55 casos (38,5 %) presentan algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío (ver tabla 2).

Tabla 2. Número de casos de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

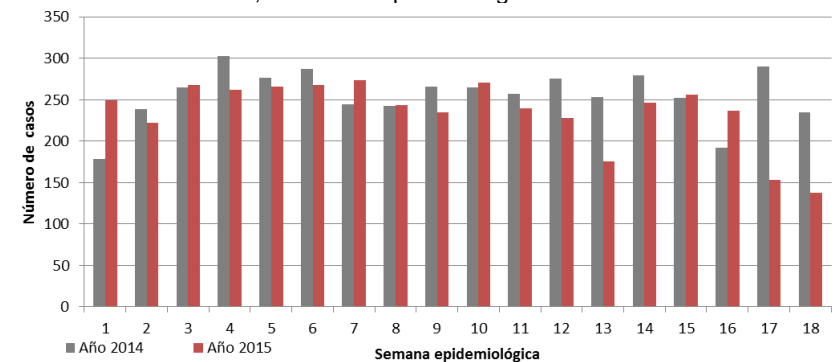
Clasificación lepra	Grado de discapacidad				%
	Grado 0	Grado I	Grado II	Total	
Paucibacilar	33	12	8	53	37,1
Multibacilar	55	23	12	90	62,9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

### • Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado al Sivigila 4233 casos de tuberculosis todas las formas, el 81,2 % (3438 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,7 % (789 casos) a formas extrapulmonares, de estos se presentan 154 casos con localización meníngea. Se registran seis casos sin información de datos complementarios. Con respecto al año anterior para esta semana se observa una disminución del 8,0 % en la notificación (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 74,8% (3166 casos) ingresaron como confirmado por laboratorio, el 23,7 % (1005 casos) por clínica y el 1,5 % (62 casos) por nexa epidemiológico (ver tabla 1).



Tabla 1. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	2732	432	2	3166	74,8
Confirmado por clínica	656	346	3	1005	23,7
Confirmado por nexo epidemiológico	50	11	1	62	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>3438</b>	<b>789</b>	<b>6</b>	<b>4233</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, a semana epidemiológica 18, el 89,6 % (3793 casos) ingresaron como casos nuevos, el 4,2 % (176 casos) como recaída, el 3,5 % (148 casos) como pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, el 2,1 % (90 casos) como otros pacientes previamente tratados y 0,5 % (20 casos) como fracaso (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	3053	740	3793	89,6
Recaída	160	16	176	4,2
Fracaso	17	3	20	0,5
Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento	133	15	148	3,5
Otros pacientes previamente tratados	75	15	90	2,1
Sin dato	0	0	6	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>3438</b>	<b>789</b>	<b>4233</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la pertenencia étnica los grupos de mayor porcentaje de casos son: otros grupos poblacionales con el 87,1 %, seguido de afrocolombianos con el 7,3 %; y población indígena con el 4,7 %. Hasta esta semana epidemiológica se han notificado 211 casos con condición final muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (789 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 36,7 %, meníngea con el 19,5 % y la ganglionar con el 15,2%. Se observa un total de 17 casos con localización miliar clasificados con la forma extrapulmonar y por las nuevas definiciones operativas como programáticas se clasifican como formas pulmonares, donde se realiza sus respectivos ajustes para la forma pulmonar en la notificación (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	289	36,7
MENINGEA	154	19,5
GANGLIONAR	120	15,2
OTRO	61	7,7
OSTEOARTICULAR	33	4,2
PERITONEAL	30	3,8
SIN DATO	25	3,2
INTESTINAL	16	2,0
GENITOURINARIA	18	2,3
PERICARDICA	15	1,9
RENAL	16	2,0
CUTANEA	11	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>788</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos nuevos (3793 casos) distribuidos por entidad territorial de residencia; el departamento del Amazonas presenta la mayor incidencia (23,6 casos por 100 000 habitantes), seguido de Risaralda (14,7 casos por 100 000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 7,9 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 3).

Tabla 3. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

Entidad territorial de residencia	N.º de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB pulmonar	N.º de casos nuevos tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
Amazonas	17	22,3	1	1,3	18	23,6
Antioquia	589	9,1	155	2,4	744	11,5
Arauca	23	8,8	9	3,4	32	12,2
Atlántico	108	8,7	12	1,0	120	9,7
Barranquilla	138	11,3	17	1,4	155	12,7
Bogotá	197	2,5	122	1,5	319	4,0
Bolívar	23	2,1	8	0,7	31	2,8
Boyacá	22	1,7	10	0,8	32	2,5
Caldas	71	7,2	9	0,9	80	8,1
Caquetá	34	7,1	9	1,9	43	9,0
Cartagena	65	6,5	11	1,1	76	7,6
Casanare	31	8,7	7	2,0	38	10,7
Cauca	44	3,2	27	2,0	71	5,1
Cesar	66	6,4	13	1,3	79	7,7
Choco	48	9,6	15	3,0	63	12,6
Córdoba	55	3,2	10	0,6	65	3,8
Cundinamarca	77	2,9	24	0,9	101	3,8
Guajira	55	5,7	8	0,8	63	6,6
Guaviare	7	6,3	1	0,9	8	7,2
Guainia	2	4,8	0	0,0	2	4,8
Huila	79	6,8	20	1,7	99	8,6
Magdalena	35	4,4	0	0,0	35	4,4
Meta	98	10,2	11	1,1	109	11,3
Nariño	45	2,6	15	0,9	60	3,4
Nte Santander	125	9,2	17	1,3	142	10,5
Putumayo	18	5,2	4	1,2	22	6,4
Quindío	54	9,6	11	1,9	65	11,5
Risaralda	114	12,0	26	2,7	140	14,7
San Andrés	2	2,6	1	1,3	3	3,9
Santander	145	7,0	47	2,3	192	9,3
Sta Marta DE	35	7,2	1	0,2	36	7,4
Sucre	21	2,5	4	0,5	25	2,9
Tolima	126	8,9	35	2,5	161	11,4
Cauca	471	10,2	77	1,7	548	11,9
Vaupés	3	6,9	1	2,3	4	9,2
Vichada	5	6,9	2	2,8	7	9,7
Exterior	5	0,0	0	0,0	5	0,0
Total	3053	----	740	----	3793	----
Tasa incidencia por 100 000 habitantes	----	6,3	----	1,5	----	7,9

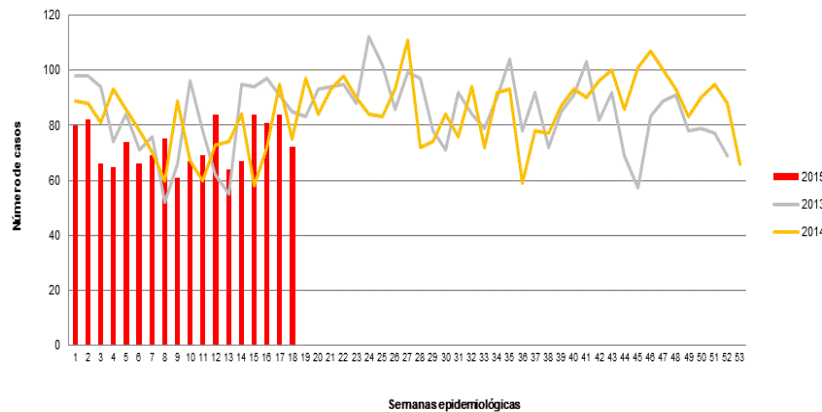
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

### • Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 18 de 2016 se ha reportado al Sivigila 1310 accidentes ofídicos por serpientes venosas en Colombia, de los cuales de la semana 18 se notificaron 72 casos, y se retiraron por ajustes 15 casos de semanas anteriores reportados en la semana dieciocho. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado acumulados 1392 casos lo que implica una disminución en la notificación del 5,9 % (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015

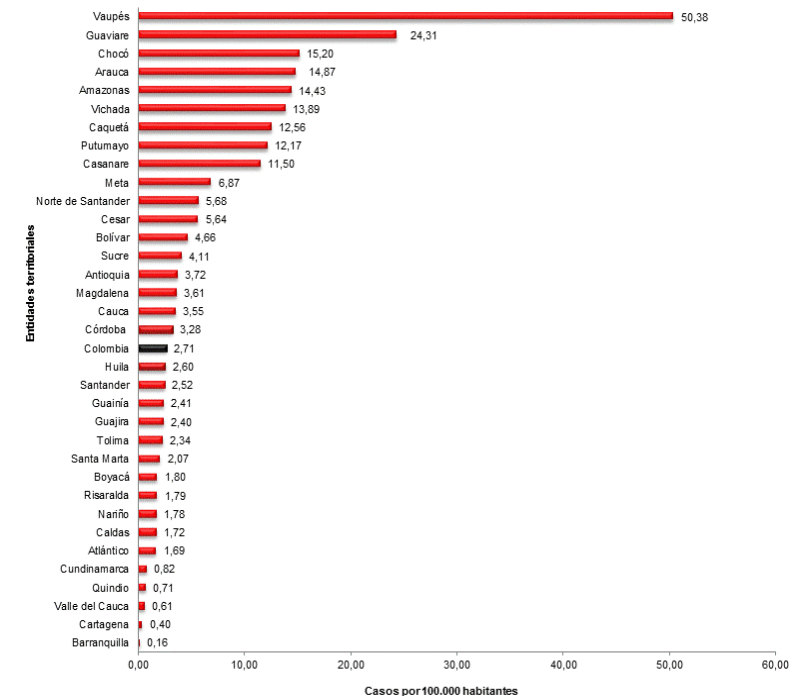


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 18, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (462 y 288 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (18,32 %), Norte de Santander (5,88 %), Chocó (5,8 %), Meta (5,0 % cada una), Caquetá (4,58%), Cesar (4,43 %), Córdoba (4,27%), Santander (3,97 %), Bolívar (3,89%) y Cauca (3,74%) de estos 10 departamentos proceden el 59,92 % del total de los casos.

La proporción de incidencia de accidente ofídico en el país es de 2,71 casos por 100.000 habitantes; las regiones Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 12,57 y 11,15 casos por 100.000 habitantes respectivamente. De las entidades territoriales con mayor incidencia que la incidencia nacional las cinco más altas son: Vaupés, Guaviare, Chocó, Amazonas, y Arauca, en orden descendente (ver gráfica 2).

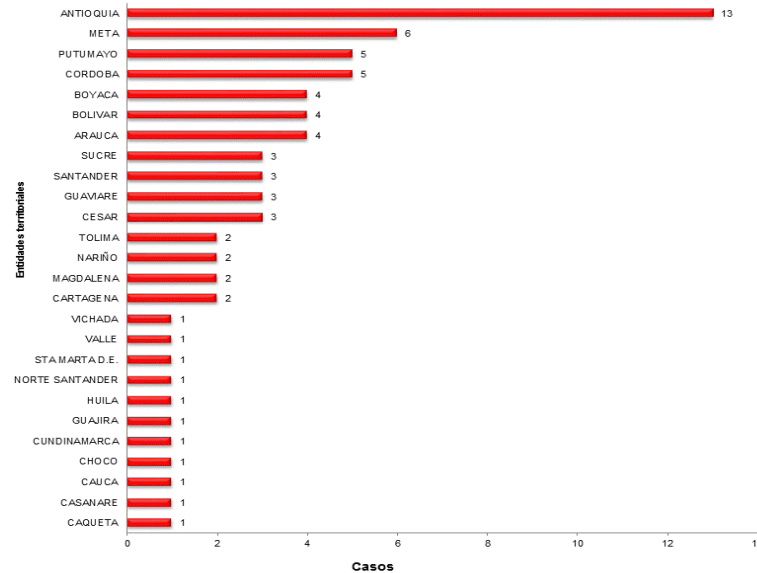
Gráfica 2. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 18 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 18, los 72 accidentes ofídicos fueron notificados por 26 entidades territoriales, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (18,1%), Meta (8,3%), Putumayo y Córdoba (6,9%), Arauca, Bolívar y Boyacá (5,6 % cada una), Santander, Cesar, Guaviare y Sucre (4,2%), Cartagena, Magdalena, Nariño y Tolima (2,8% cada una); estas entidades acumulan el 84,7% de la notificación durante la semana (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de accidente ofídico por entidad territorial de notificación en Colombia, durante la semana epidemiológica 18 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 18 los casos fueron notificados por 56 municipios, siendo los de mayor cantidad de casos: Chigorodo y Sincelejo (tres casos cada uno), Acacias, Arauca, Calamar, Cartagena, Cubara, Montería, Puerto Caicedo, Puerto Gaitán, Tame, Villagarzon, Vista Hermonsa y Yarumal (dos casos cada uno); acumulando así el 41,7 % de los accidentes ofídicos del país.

El 74,9% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 32 años y el 66,7 % de los pacientes proceden del área rural. El 50,61 % de los casos son hombres de la zona rural.

Con respecto al manejo de las personas notificadas el 57,6% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 74,4 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 540 casos (55,4 %), moderados 364 casos (37,4%); 70 graves (7,2%).

Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 4688 ampollas para el manejo de los accidentes, en promedio 4,84 ampollas por paciente, mínimo uno y máximo 60.

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

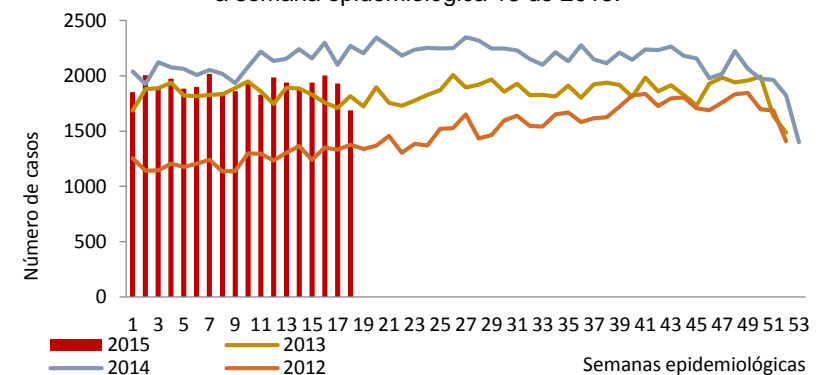
Hasta la presente semana se ha reportado nueve casos de muerte procedentes de los departamentos de Antioquia (tres casos), Boyacá (dos casos), Chocó (un caso), Córdoba (un caso), Norte de Santander (un caso) y Vaupés (un caso), representando una letalidad de 0,72%.

**Alertas** No se presentaron defunciones por accidente ofídico y no se reportaron alertas.

### • Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Con corte a semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado al SIVIGILA 34.383 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución del 5,52 % en la notificación de los casos para este año (ver gráfica 1).

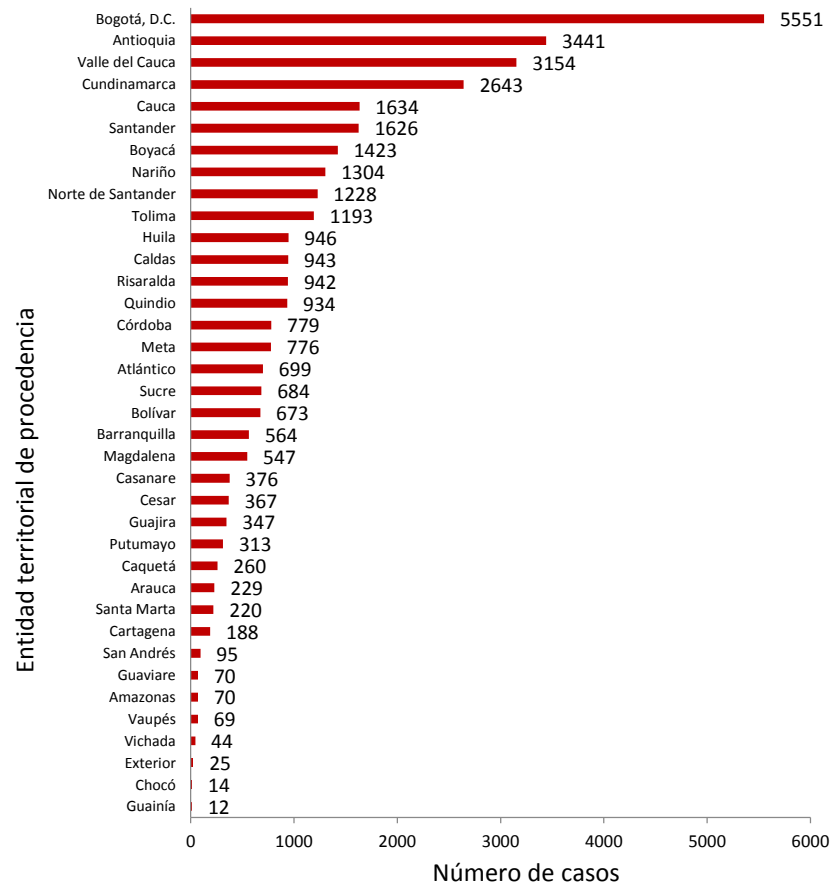
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (14.610 agresiones) y Occidente (12.366 casos). Los departamentos y distritos con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (16,14%), Antioquia (10,01 %), Valle del Cauca (9,17 %), Cundinamarca (7,69 %), Santander (4,73) y Cauca (4,75 %), estas entidades territoriales acumulan el 52,49% de la notificación del país (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Frecuencia absoluta de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.

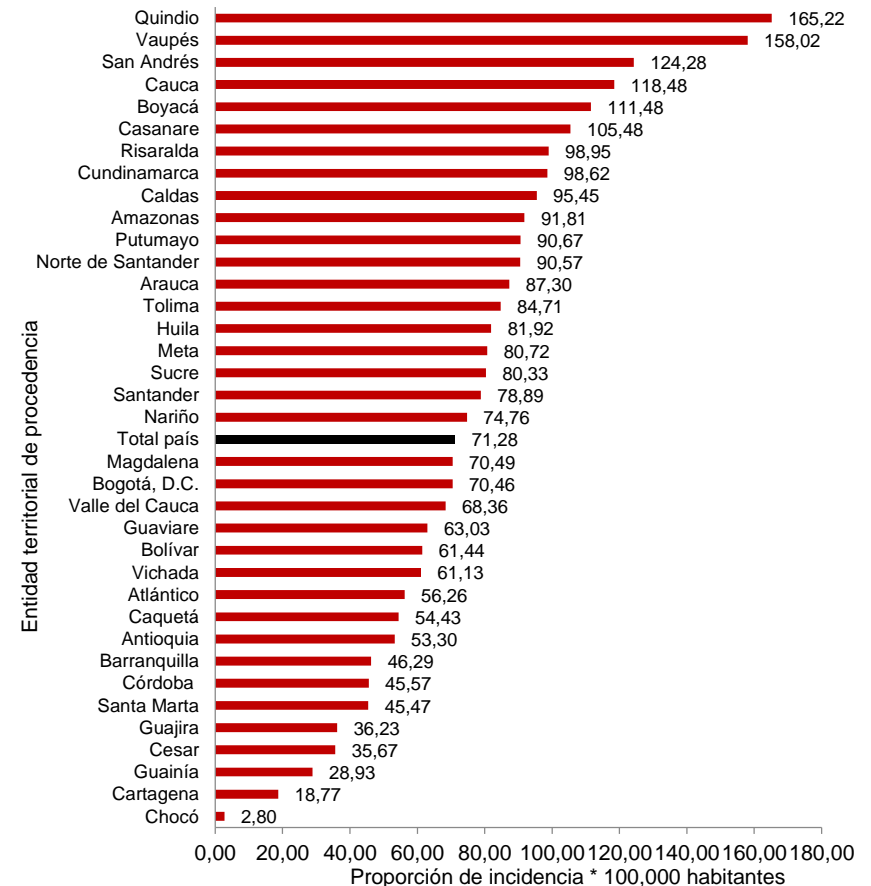


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia es de

71,28 casos por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Vaupés, San Andrés, Cauca y Boyacá (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Durante esta semana se notificaron 1.688 casos de agresiones y de contactos con el virus de la rabia, 582 casos (24,54 %) menos que en la misma semana de 2014 (2.270 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 910 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes afectados fue de 28,16 años, el 53,50 % de los casos ocurrieron en hombres y el 2,21 % (759 casos) requirieron hospitalización para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones 20.262 casos (58,93 %), como exposiciones leves 11.514 casos (33,49 %) y como exposiciones graves 2.583 casos de agresiones (7,51%). Con relación al manejo de los casos, se realizó lavado de la herida a 33.382 pacientes (97,09%) y sutura a 2.697 pacientes (7,84%), se ordenó aplicación de suero a 2.462 pacientes (7,16 %) y de vacuna a 12.427 pacientes (36,14 %).

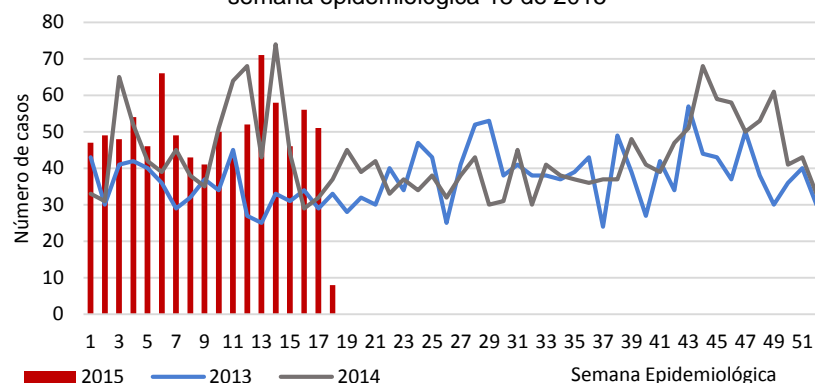
**Rabia humana.** Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

**Rabia animal.** Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia en perros y gatos en el país.

### • *Leptospiriosis*

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han reportado al Sivigila 878 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 822 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 6,38 %, esta información está sujeta a cambios debido a la oportunidad en la notificación y a los ajustes que se dan del evento cada semana (ver gráfica 1).

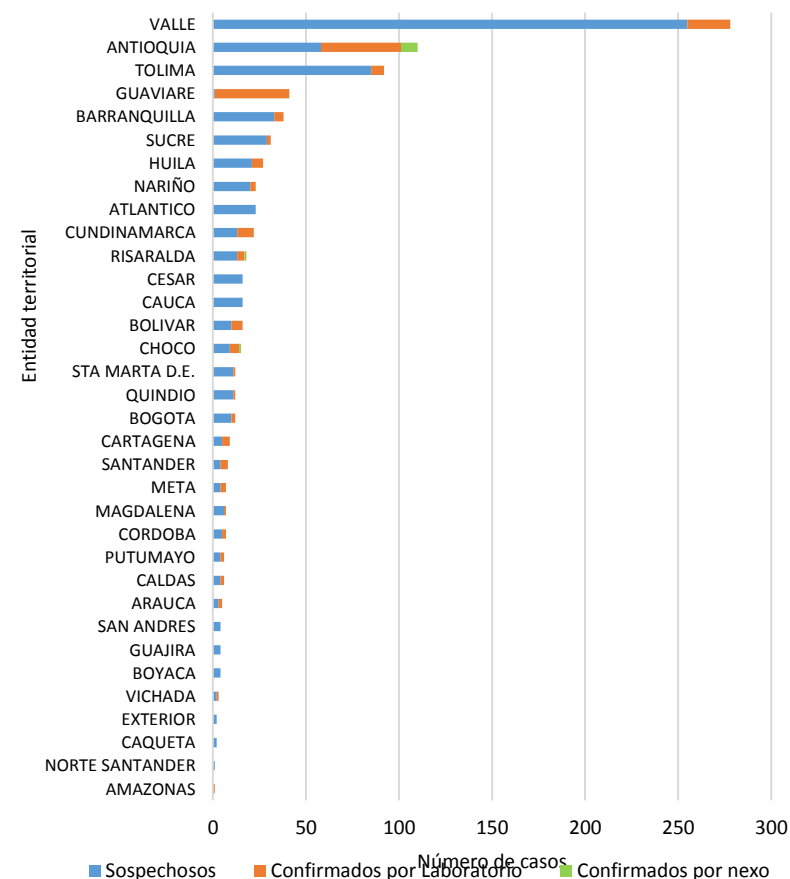
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de leptospirosis en Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 33 entidades territoriales, el 54,67 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 20,39% de los casos se encuentran confirmados por laboratorio procedentes de los territorios de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. El 1,25% fueron confirmados por nexo procedentes de Antioquia, Choco y Risaralda (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



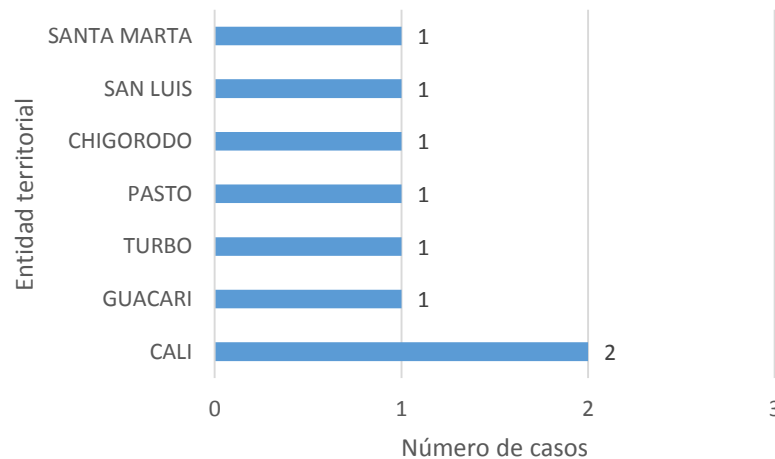
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia



La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 18 es de 0,394 casos por cada 100.000 habitantes, las entidades territoriales de Guaviare, Vichada, Amazonas, y Choco son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica 18 de 2015 se notificaron ocho casos de leptospirosis, frente a 37 casos ocurridos en la misma semana de 2014, lo que implica una disminución de casos del 78,38% para la misma semana del presente año. El 25% de los casos fueron notificados por el municipio de Cali (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de leptospirosis por municipio de notificación en Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 58,09% de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 78,59 % proceden de cabecera municipal; el 51,59 % los casos están afiliados al régimen subsidiado, se reportó 76,20% de hospitalizaciones por este evento.

Hasta la semana 18 de 2015 se han notificado 36 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de la cuales cuatro han sido descartadas y una está confirmada. Las 32 (confirmadas y probables) muertes proceden de Antioquia (siete), Tolima (cuatro), Valle de Cauca (tres), Bolívar (dos), Sucre (dos), Córdoba

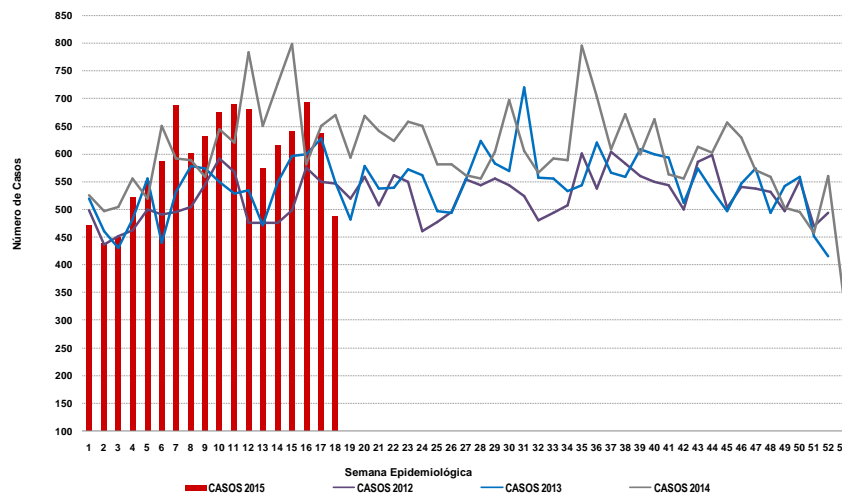
(dos), Santander (una), Vichada (una), Quindío (una), Nariño (una), Cauca (una), San Andrés (una), Bogotá (una), Arauca (una), Meta (una), Choco (una), Atlántico (una) y Boyacá (una).

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

### • Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica 18 del año 2015 se han notificado 10641 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 11121 casos, lo que representa una disminución del 4,51 % en la notificación acumulada de casos (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En promedio se han notificado 591 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica 18 se notificaron 488 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron al Sivigila 152 casos de intoxicaciones ocurridas durante las 17 semanas epidemiológicas previas.

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados hasta la semana epidemiológica 18 y solo para semana 18, 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 (3682 casos), seguido por plaguicidas (2813 casos) y sustancias psicoactivas (1960 casos) (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2015.

Evento	Casos a semana 18	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 18	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	3682	7,64	179	0,37
Intoxicación por plaguicidas	2813	5,84	145	0,30
Intoxicación por sustancias psicoactivas	1960	4,07	71	0,15
Intoxicación por otras sustancias químicas	1557	3,23	64	0,13
Intoxicación por solventes	312	0,65	16	0,03
Intoxicación por gases	200	0,41	5	0,01
Intoxicación por metanol	90	0,19	8	0,02
Intoxicación por metales	27	0,06	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>10641</b>	<b>22,08</b>	<b>488</b>	<b>1,01</b>

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

### Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica 18 se notificaron 149 casos de reincidencias, de estos dos casos son reincidentes en cuatro oportunidades, dos casos en tres oportunidades, 59 casos son reincidentes en dos oportunidades y 17 son reincidentes en una sola oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencia fue de tipo suicida con 70 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad de psicoactiva o adicción con 40 casos.

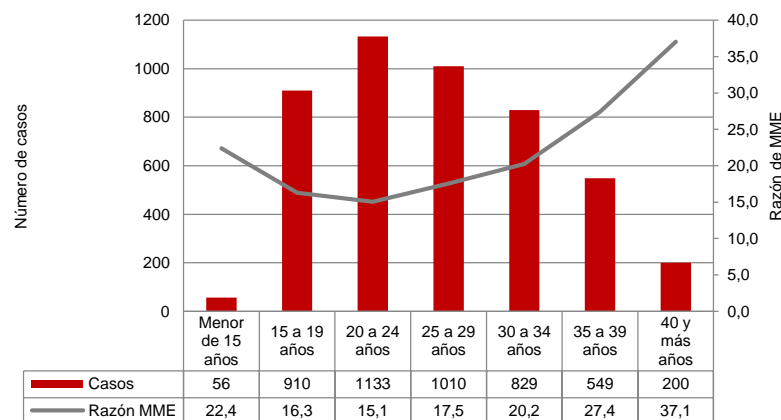
## Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

### • Morbilidad materna extrema

En la semana epidemiológica 18 de 2015 ingresaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) 247 casos de morbilidad materna extrema. El total acumulado hasta esta semana es de 4687 casos.

De acuerdo con la edad de las madres el mayor porcentaje de casos se presenta en el grupo de edad de 20 a 24 años con un 24,2%, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 21,5%. En relación con la razón de morbilidad materna extrema, la mayor razón se presenta en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 37,1 casos por 1.000 nacidos vivos, mujeres de 35 a 39 años con 27,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 22,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 1).

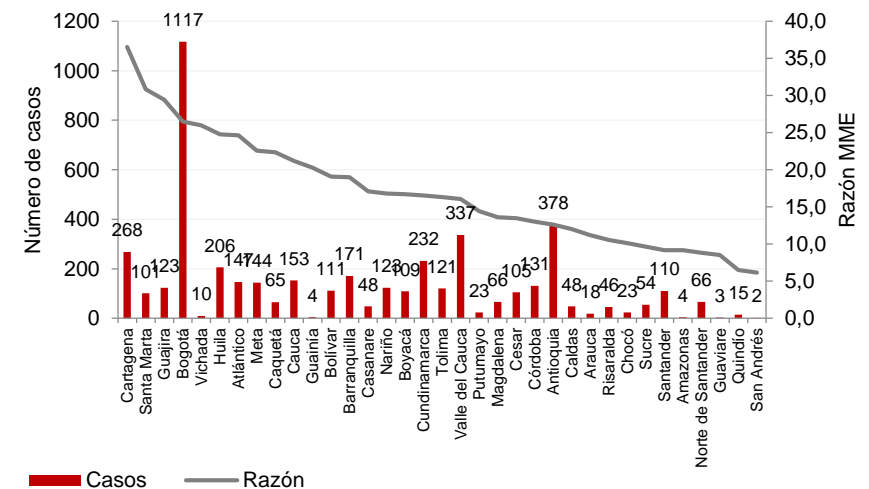
Gráfica 1. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.



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

Según el lugar de residencia, el 23,8% de los casos se ha presentado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 8,1% y Valle con el 7,2%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son Vaupés con 500 casos por 1.000 nacidos vivos, Cartagena con 36,5, Santa Marta con 30,8 y Guajira con 29,4 casos por 1.000 nacidos vivos (ver grafica 2).

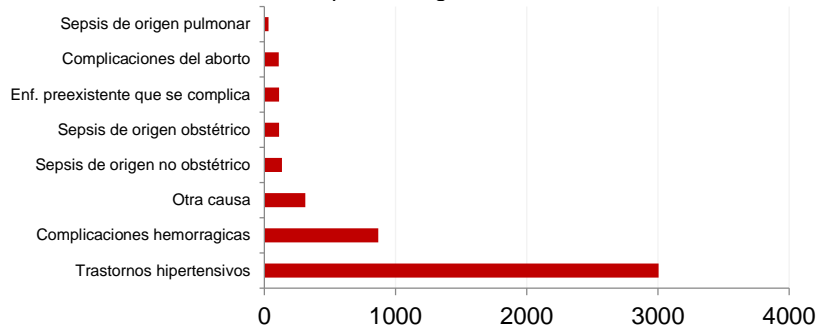
Gráfica 2. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.



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

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 18 de 2015, el mayor porcentaje corresponden a trastornos hipertensivos con un 64,1% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,5% (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015.

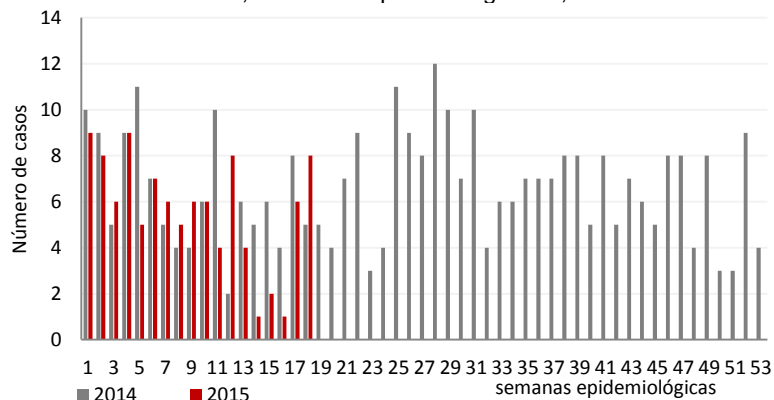


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

### • Mortalidad materna

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado un total de 142 casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos, 101 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación, 28 casos corresponden a muertes tardías, es decir las que ocurren después de los 42 días pero antes de un año de haber terminado el embarazo y 13 casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 18 de 2015, hubo un ingreso de 15 casos de muertes maternas, los cuales 12 casos corresponden a muertes maternas tempranas, tres casos muertes maternas tardías y no se presentaron muertes por lesión de causa externa durante esta semana. De los casos de muertes maternas que fueron notificados nueve corresponden a semana epidemiológica 18 (ocho casos corresponden a muertes maternas tempranas, un caso de muerte materna tardía) y tres casos pertenecían a otra semanas epidemiológicas, notificados tardíamente. En concordancia con lo anterior, el promedio semanal estimado de muertes maternas tempranas en el país a la fecha es de 5,6.

La comparación con los casos notificados de muerte materna según el momento de ocurrencia del evento nos deja ver que hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se ha presentado una disminución en el número de casos de muertes maternas tempranas con relación al año 2014 y 2013. El promedio semanal de casos se encuentra en 5,6 con lo cual de forma preliminar se estaría alcanzando el promedio esperado teniendo en cuenta la meta planteada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el componente de Salud Materna, para nuestro país, reduciendo la mortalidad materna a 45 por 100.000 nacidos vivos, resaltando que esta información es preliminar ya que existen casos de muerte materna notificados tardíamente que alteran este indicador (ver tabla 1).

Tabla 1. Muertes maternas tempranas, tardías y lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015.

AÑO	Temprana	Tardía	LCE (Lesión de causa externa)	TOTAL CASOS	PROMEDIO SEM TEMPRANOS
2013	127	25	16	168	7,0
2014	119	30	13	162	6,6
2015	101	28	13	142	5,6

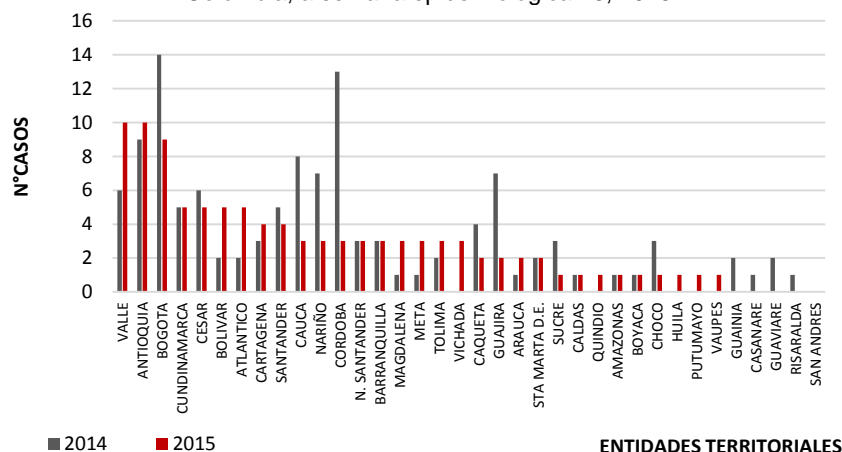
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Al comparar los casos de muertes maternas tempranas según el lugar de residencia se encuentra que, las muertes maternas notificadas han aumentado con respecto al año anterior, en las entidades territoriales de Valle, Antioquia, Bolívar, Atlántico, Cartagena, Magdalena, Meta, Tolima, Vichada, Arauca, Quindío, Huila, Putumayo y Vaupés; en contraste los las entidades territoriales de Bogotá, Cesar, Santander, Cauca, Nariño, Córdoba, Caquetá, Guajira, Sucre, Chocó, Guainía, Casanare,

Guaviare y Risaralda han presentado disminución en el número de casos, frente al año anterior; A la fecha solo la entidad territorial de San Andrés no notificó casos de muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 18 en los años 2014 y 2015.

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 el 86,1% (31) de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015.



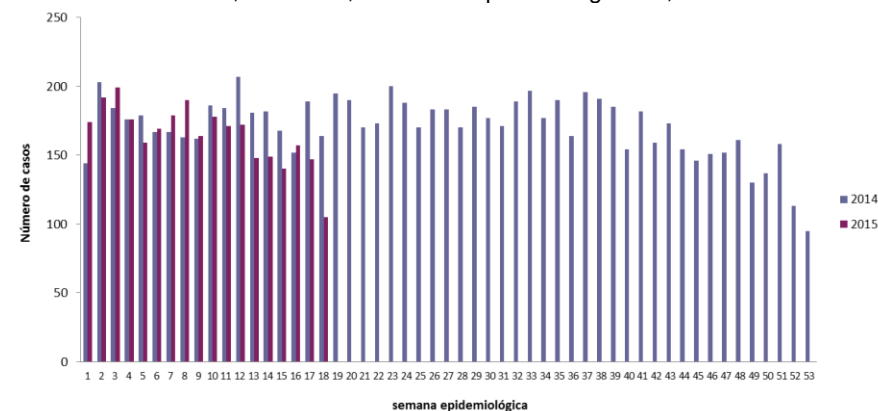
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

### • Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado un total acumulado de 2969 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y en la semana 18 se notificaron 105 casos. La distribución del total de casos según momento de ocurrencia es la siguiente: 1422 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 294 casos (10%) muertes fetales intraparto, 834 casos (28%) neonatales tempranas y 419 casos (14%) neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 3158 casos lo que representa un decremento del 6% (189 casos menos) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015

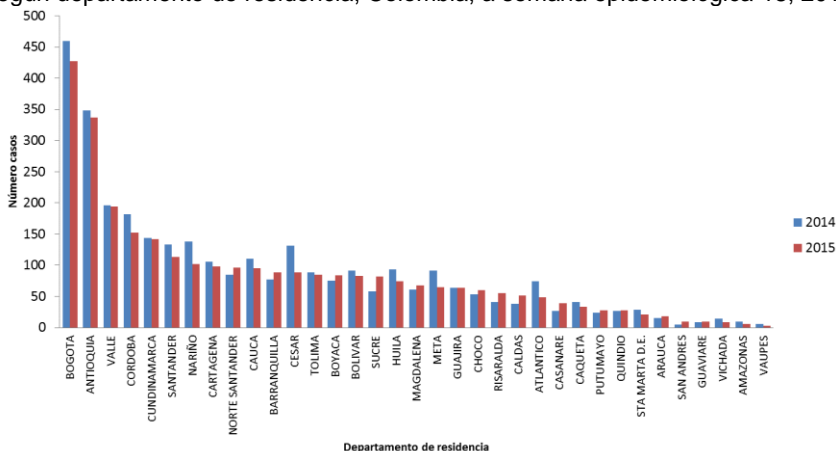


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Hasta semana epidemiológica 18, las 36 entidades territoriales notificaron casos. Las entidades territoriales que aportan el 60% del total de casos reportados a nivel nacional son: Bogotá 427 casos (14,38%), Antioquia 337 casos (11,35%), Valle 194 casos (6,53%); Córdoba 152 casos (5,12%), Cundinamarca 142 casos (4,78%), Santander 113 casos (3,81%), Nariño 102 casos (3,44%), Cartagena 98 casos (3,30%), Norte de Santander 96 casos (3,23%), Cauca 95 (3,20%).

Las entidades territoriales que hasta la semana 18 presentaron un incremento en la notificación mayor al 10% de casos en 2015 frente al 2014 fueron: San Andrés (50%), Casanare (30,8%), Sucre (29,3%), Risaralda (25,5%), Caldas (25,5%), Arauca (16,7%), Putumayo (14,3%), Barranquilla (13,5%), Chocó (11,7%), Norte de Santander (11,5%), (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Comparativo en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía según departamento de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015

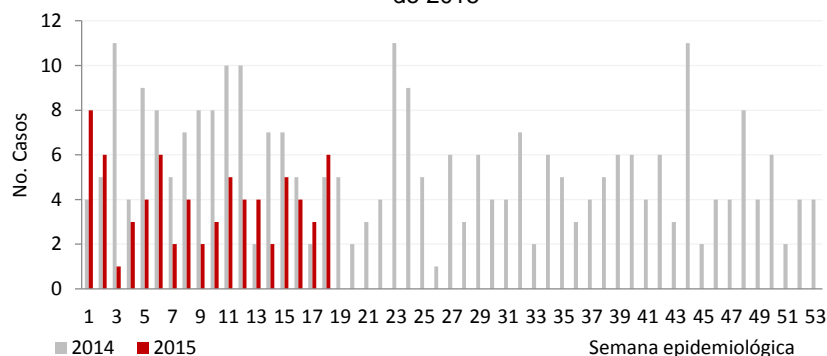


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

### • **Mortalidad por y asociada a desnutrición**

A la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado un total de 72 casos de muertes en niños menores de cinco años que dentro de las causas de muerte presentaban desnutrición. De forma comparativa con el año 2014 a la misma semana epidemiológica de 2014 se encuentra una variación del 38,5% en la que se registraban 117 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 18 se notifican nueve casos, de los cuales seis por fecha de defunción corresponden a esta semana y tres corresponden a las semanas 14, 16 y 17. De los nueve casos, tres se presentaron en menores de un año y seis en mayores de uno a cuatro años. Las entidades territoriales que notificaron fueron: Huila, Antioquia, Sucre, Chocó, Meta, César, Tolima y Bogotá.

La distribución de casos por lugar de residencia se encuentra principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (11,1%), Cesar (9,7%), Chocó (9,7%), Valle (6,9%), Antioquia (5,6%), Bolívar (5,6%), Córdoba (5,6%) y Nariño (5,6%). El 65,3 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 34,7% al sexo femenino. El 73,6 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado y el 18% no estaba afiliado al momento de la muerte. Del total de niños y niñas con aseguramiento el 25,4% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 56,3 % corresponde a otros, seguido de población indígena con el 35,2 % y afrocolombianos con el 8,5%.

El 58% de las muertes pertenecen al grupo de edad de menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los 2 meses de vida, con una mediana en peso al nacer de 2800 gramos y talla de 48 cms; con una mediana en peso al momento de la muerte de 4,75 kg. y talla de 54 cms. El 42% de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 14 y 17 meses de edad; con una con una mediana en peso al momento de la muerte de 6,8 kg. y talla de 69,5 cms.

La mayoría de las madres de los niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 90,3% pertenecen al estrato socioeconómico uno. El total de menores que requieren seguimiento y verificación de condiciones en el medio familiar son un total de 53 menores.

### • **Violencia de género**

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2015 se han notificado 21286 casos de violencia. De estos el 77,8% (16552/21286) se presentó en mujeres y el 22,2% (4734/21286) en hombres. El 25,24% (5373/21286) de la violencia fue contra niños y niñas, el

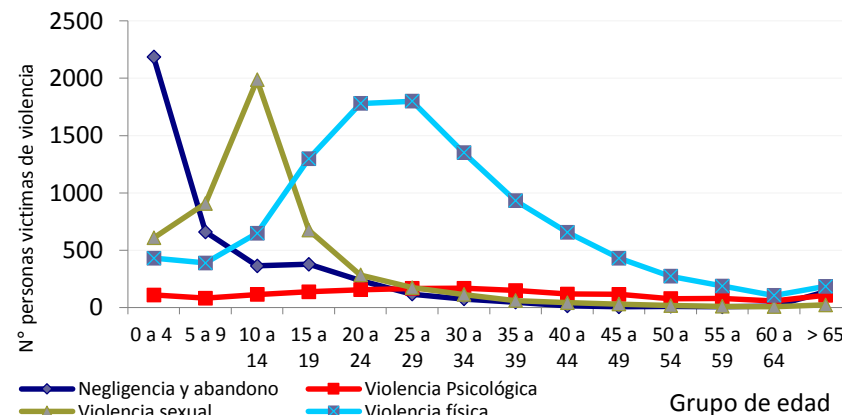


26,3% (5598/21286) contra adolescentes y el 48,46% (10315/21286) a población adulta.

De los 21286 casos notificados de violencias de género, el 49,2 % (10464/21286) fueron por violencia física, el 23,2% (4937/21286) por violencia sexual, 19,9% (4246/21286) por negligencia y abandono y el 7,7% (1634/21286) por violencia psicológica, cinco datos se encontraban en blanco.

El grupo de edad de menores de cinco años y mayores de 60 presentó el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se observó con mayor frecuencia en los grupos de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de los tipos de violencia de género según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Existe diferencia estadística entre la razón de la violencia de género entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. En general se presentaron en mujeres 3,41 casos de violencia de género por cada hombre (ver tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES		RR	IC 95%	
	n	INCIDENCIA (por 100.000 hab.)	n	INCIDENCIA (por 100.000 hab.)			
Niños (0 a 9)	2840	67,75	2533	57,72	1,17	1,11	1,24
Adolescentes (10 a 19)	4632	109,73	966	21,92	5,01	4,67	5,36
Adultos (> 20)	9080	56,78	1235	8,23	6,9	6,5	7,32
TOTAL	16552	67,83	4734	19,89	3,41	3,3	3,52

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

A semana epidemiológica 18 se notificaron en 15 entidades territoriales, 32 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión quemadura; el 59,4% (19/32) de estas agresiones fueron a mujeres (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por entidad territorial, municipio de procedencia, sexo, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015

Entidad territorial de procedencia	Municipio	Femenino	Masculino	Total
Antioquia	Amaga	1	0	1
	Armenia	1	0	1
	Medellin	2	0	2
Bogota	Bogota	0	2	2
Bolívar	San estanisla	1	0	1
	San pablo	1	0	1
	Santa rosa	0	1	1
Caldas	Riosucio	0	2	2
Cauca	Popayan	1	0	1
Cesar	Curumani	1	0	1
	San alberto	1	0	1
	Valledupar	1	0	1
Choco	Quibdo	2	0	2
Cundinamarca	Cajica	1	0	1
	Mosquera	1	0	1
Nariño	Tumaco	1	1	2
Norte santander	Ocaña	1	0	1
Putumayo	Mocoa	0	1	1
Quindío	Armenia	0	1	1
	Calarca	0	1	1
Santander	Bucaramanga	2	0	2
Sucre	Corozal	0	1	1
	Tolu	0	1	1
Valle del cauca	Cali	1	1	2
	El cerrito	0	1	1
TOTAL		19	13	32

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Se lleva acumulados 45 casos sospechosos de muertes, de los cuales 25 fueron por negligencia y abandono, 16 por violencia física, tres por violencia sexual y uno por violencia psicológica (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos sospechosos de muerte por Violencia de género, por tipo de violencia y entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2015

MUERTES POR VIOLENCIA DE GÉNERO					
Entidad territorial	TIPO DE VIOLENCIA				TOTAL GENERAL
	Negligencia y abandono	Violencia física	Violencia sexual	Violencia Psicológica	
ANTIOQUIA	0	2	1	0	3
ATLANTICO	1	1	0	0	2
BARRANQUILLA	0	1	0	0	1
BOGOTÁ	1	0	0	1	2
BOLIVAR	0	1	0	0	1
BOYACÁ	1	0	0	0	1
CALDAS	0	2	0	0	2
CASANARE	2	0	0	0	2
CAUCA	1	0	0	0	1
CORDOBA	0	1	0	0	1
CUNDINAMARCA	1	1	0	0	2
HUILA	4	1	0	0	5
MAGDALENA	1	1	0	0	2
META	2	0	0	0	2
NARIÑO	1	0	1	0	2
NORTE SANTANDER	2	0	0	0	2
RISARALDA	2	1	0	0	3
SANTANDER	4	1	1	0	6
SUCRE	1	0	0	0	1
TOLIMA	1	1	0	0	2
VALLE DEL CAUCA	0	2	0	0	2
TOTAL	25	16	3	1	45

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

## Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

### • Alertas internacional

#### Enfermedad por el virus del Ébola

(actualización OMS, 13 de mayo de 2015)

- El número total de casos de Enfermedad por virus del Ébola (EVE) en África Occidental es 26724 casos con 11065 muertes reportadas.
- En total se confirmaron nueve casos nuevos durante la semana del 10 de mayo con la siguiente distribución: siete casos en Guinea, dos casos en Sierra Leona.
- Libera fue declarado país libre del Virus del Ébola el 09 de mayo de 2015, tras transcurrir 42 días desde el entierro del último caso confirmado y sin haber confirmado nuevos casos en el seguimiento a contactos. Sin embargo la OMS ha definido que ahora este país debe entrar en una vigilancia intensificada de casos durante 90 días.
- Se han notificado 868 casos de EVE en trabajadores de la salud en Liberia, Sierra Leona y Guinea desde que el brote empezó, con 507 muertes.

Fuente: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-13-may-2015>

#### Infección por virus Zika (7 de mayo de 2015)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a sus Estados Miembros que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por virus Zika, tratar a los pacientes, implementar una efectiva estrategia de comunicación con el público para reducir la presencia del mosquito transmisor de esta enfermedad, en especial en las áreas en las que está presente el vector.

La enfermedad es causada por el virus Zika (ZIKAV), un arbovirus del género flavivirus (familia Flaviviridae), muy cercano filogenéticamente a virus como el dengue, fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, o el virus del Nilo Occidental. El virus Zika se transmite por la picadura de mosquitos del género Aedes, tanto en

un ámbito urbano (*A. aegypti*), como selvático. Tras la picadura del mosquito, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. La infección puede cursar de forma asintomática, o presentarse con una clínica moderada, sin haberse detectado casos mortales hasta la fecha. En los casos sintomáticos, con enfermedad moderada los síntomas se establecen de forma aguda, e incluyen: fiebre, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgia y artralgia, astenia, exantema maculopapular, edema en miembros inferiores, y, menos frecuentemente, dolor retro-orbitario, anorexia, vómito, diarrea, o dolor abdominal. Los síntomas duran de 4 a 7 días y son autolimitados. Las complicaciones (neurológicas, autoinmunes) son poco frecuentes, y se han identificado sólo en la epidemia de la Polinesia Francesa.

Fuente: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es)

### • Alertas nacionales

El 8 de mayo terminó el seguimiento al último contacto con exposición desconocida a EVE proveniente de Liberia por la Secretaría Distrital de Salud de Quindío, sin haber presentado alteraciones durante el seguimiento mediante vigilancia pasiva. De igual manera el 13 de mayo terminó el seguimiento al último contacto con exposición desconocida a EVE proveniente de Sierra Leona por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, sin haber presentado alteraciones durante el seguimiento mediante vigilancia pasiva.



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



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

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

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

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

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

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

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

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

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015