

BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLÓGICO** SEMANAL

Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	12
Enfermedades transmitidas por vectores.....	14
Infecciones de transmisión sexual	20
Micobacterias.....	22
Zoonosis	24
Factores de Riesgo Ambiental.....	29
Enfermedades no Transmisibles	30
Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública.....	32

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública



Semana epidemiológica número 01 de 2015 (04 ene. al 10 ene.)



Los efectos e impactos del fenómeno de El Niño ya son ampliamente conocidos por la Sociedad Colombiana y sus instituciones a partir de las experiencias de las últimas dos décadas. En general este tipo de fenómenos suprimen o menguan la cantidad de lluvias en la segunda temporada invernal (septiembre – noviembre) en las regiones Caribe y Andina, dependiendo de la intensidad del fenómeno y acentúan las condiciones secas para finales de año y primer trimestre del 2015, resultado de lo cual se registra un “déficit hídrico” prolongado con posibles impactos como mayor frecuencia de incendios forestales, problemas de desabastecimiento de agua, en acueductos rurales y municipales; stress en las personas y en los cultivos por las altas temperaturas; en el caso de estos últimos la productividad puede ser reducida; menor disponibilidad de agua para la generación de energía y resurgimiento de enfermedades tropicales en algunos sitios.

Entérese del marco institucional y de planificación operativa mediante el Plan Nacional de Contingencia ante el fenómeno del Niño 2014-2015 de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - UNGRD

http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Fenomeno-del-Nino/0.PNC%20FEN%202014-2015_final.pdf
<http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Fenomeno-del-Nino-en-Colombia.aspx>

Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 01



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

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

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

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

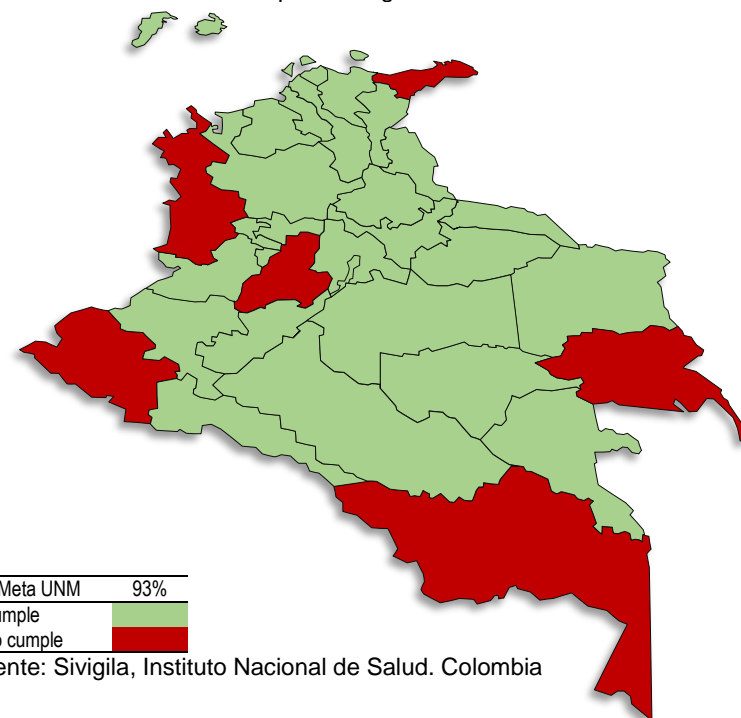
Semana epidemiológica número 01 de 2015 (04 ene. - 10 ene.) página 2

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 1 del 2015, fue del 94 % para las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND), Amazonas y Tolima no realizaron la notificación por la web, como lo indican los lineamientos para el presente año.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 92 % (1033 de 1122 municipios), disminuyó 5 % con respecto a la semana anterior y aumentó 5 % con relación a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta del 93 % en la notificación semanal por UNM.

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

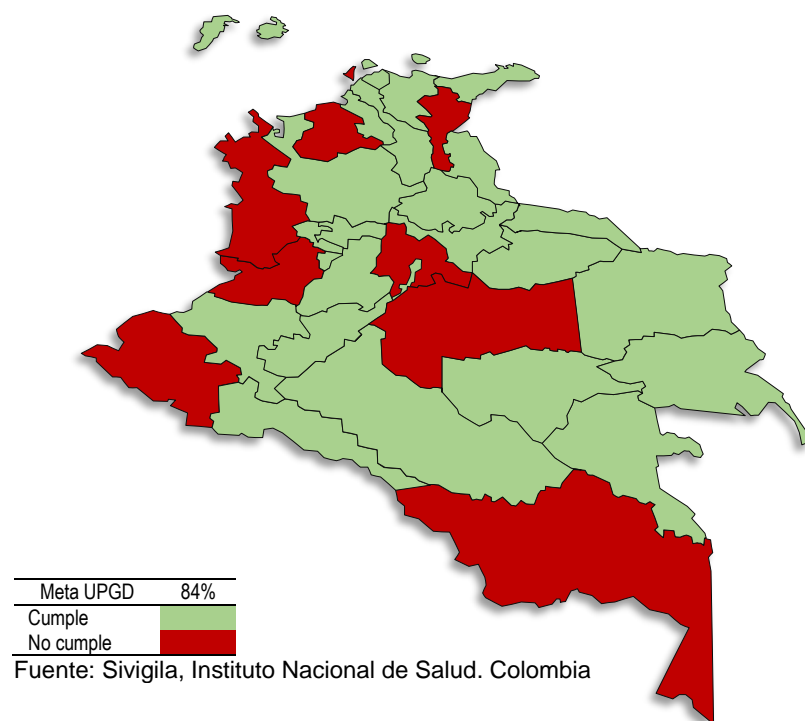
Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015



El cumplimiento a nivel nacional de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en esta semana fue del 89 % (4940 de 5523 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 84 % para este nivel. La notificación disminuyó respecto a la semana anterior y aumentó 3 % con relación a la misma semana del año 2014.

En la semana epidemiológica 1 de 2015 los departamentos de Amazonas, Cartagena, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Nariño, Valle del Cauca, incumplieron la meta establecida para UPGD (ver mapa 2).

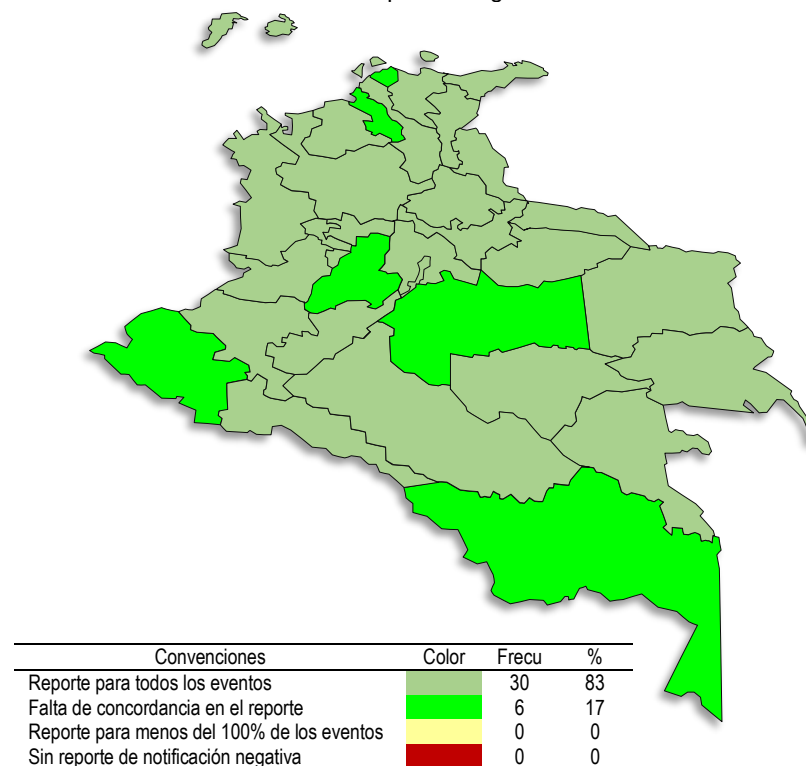
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 1 de 2015, no se presentaron entidades territoriales sin reporte de notificación negativa (rojo); adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 30 (83%) emitieron algún tipo de reporte para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación para la semana (en verde). Por otra parte, el 17 % presentó inconsistencias en el reporte, puesto que algunos de los eventos reportados como negativos eran positivos en la base de datos. Por último, en esta semana ninguna entidad territorial, dejó de reportar la totalidad de los eventos (amarillo) (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 1 de 2015

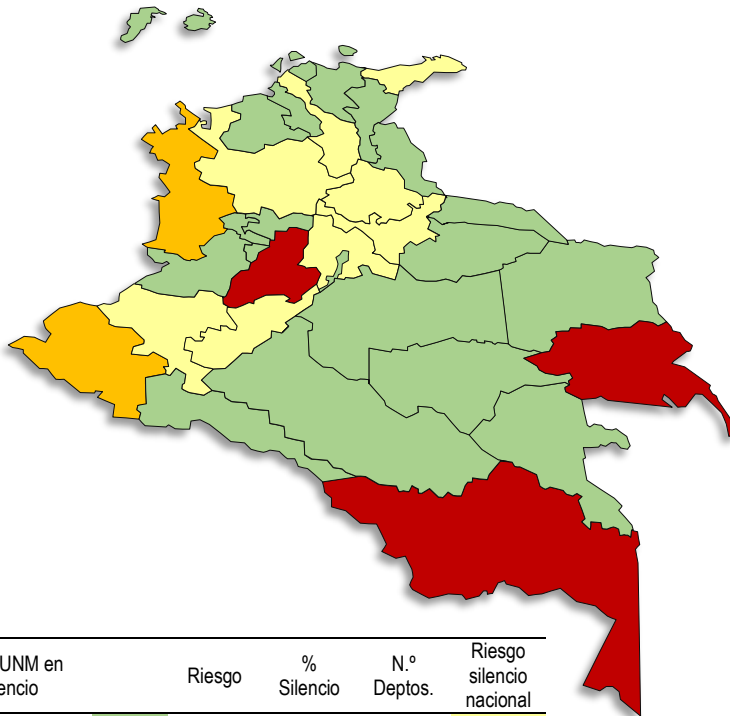


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 3 %. El 63 % de las entidades territoriales departamentales o distritales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 28 % (nueve) de los departamentos obtuvieron menos del 10 % de sus municipios en silencio: Antioquia, Bolívar, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, La Guajira, Huila y Santander. En riesgo medio quedaron los departamentos de Chocó y Nariño y en riesgo alto quedaron Amazonas, Guainía y Tolima. (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015



% de UNM en silencio	Riesgo	% Silencio	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	59 %	19	Bajo
>0 % a <10 %	Bajo	25 %	8	
De 10 % a 20 %	Medio	6 %	2	
Mayor a 20 %	Alto	9 %	3	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

• *Difteria*

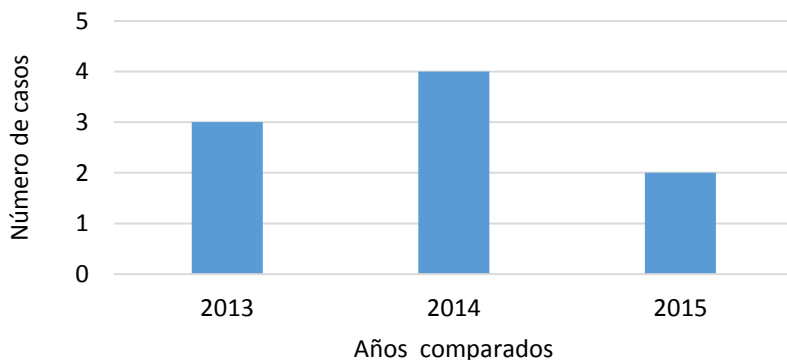
Para la semana epidemiológica 01 de 2015 no se notificaron casos probables de difteria.

• *Enfermedad diarreica aguda*

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 1 de 2015 se han notificado al Sivigila dos casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años; en la misma semana epidemiológica para el 2014 se notificaron cuatro casos (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la tasa de mortalidad es de 0,46 x 1 000 000 de habitantes menores de cinco años por causa de EDA (ver tabla 1).

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

Grupos de edad	Población estimada DANE 2015 menores de 5 años	Número de muertes a SE 1	Tasa de mortalidad por 1.000.000 hab. menores de 5 años
Total país (menores de 5 años)	4.321.637	2	0,46
Menores de 1 año	873.444	1	1,14
1 a 4 años	3.448.193	1	0,29

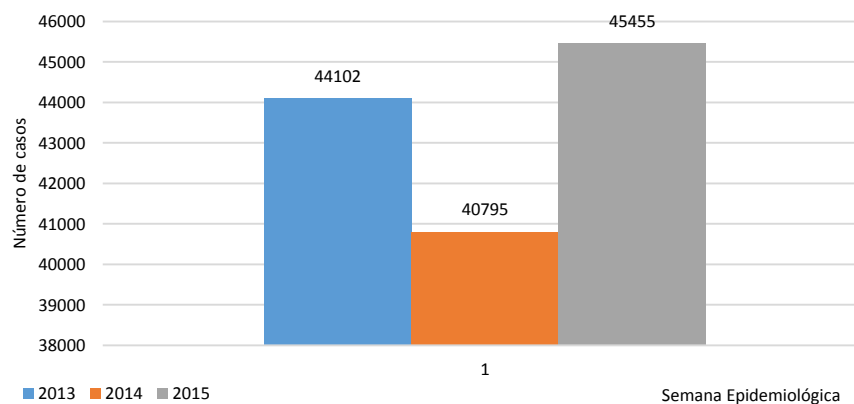
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 1 de 2015, dos de las entidades territoriales reportaron 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 1 de 2015 se notificaron un total de 45 455 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) con igual total acumulado para el país (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 1, 2015



Fuente Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El total de las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se observa una tendencia al aumento en la notificación de casos con respecto al año anterior del 11,42%, así como en los casos acumulados con

igual valor; dicho número de casos se ajusta de manera semanal con el ingreso de la información de las UPGD (ver tabla 3).

Tabla 3. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 1	40.795	45.455	11,42%
Casos Acumulados a SE 1	40.795	45.455	11,42%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de un año registran la incidencia más alta con 2,86 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre uno y cuatro años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 6 636 casos (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 hab.
Total país	48203405	45455	0,94
< 1 año	873444	2498	2,86
1 a 4 años	3448193	6636	1,92
5 a 9 años	4258678	3443	0,81
10 a 14	4282708	2237	0,52
15 a 19	4345112	2559	0,59
20 a 24	4292291	5017	1,17
25 a 29	3957939	4853	1,23
30 a 34	3539724	3990	1,13
35 a 39	3205979	2880	0,90
40 a 44	2879410	2167	0,75
45 a 49	2883795	2061	0,71
50 a 54	2680490	1672	0,62
55 a 59	2218791	1355	0,61
60 a 64	1728396	1248	0,72
65 a 69	1307382	912	0,70
70 a 74	926841	650	0,70
75 a 79	684618	560	0,82
80 y más años	689614	717	1,04

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 1 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 0,94 casos por 1000 habitantes fueron: Quindío, Amazonas, Valle del Cauca, Cesar, Huila, Bogotá, Antioquia, Caquetá, Tolima y Magdalena. Estos diez territorios aportan el 63,5 % del total del evento en el país (ver tabla 5)

Tabla 5. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015

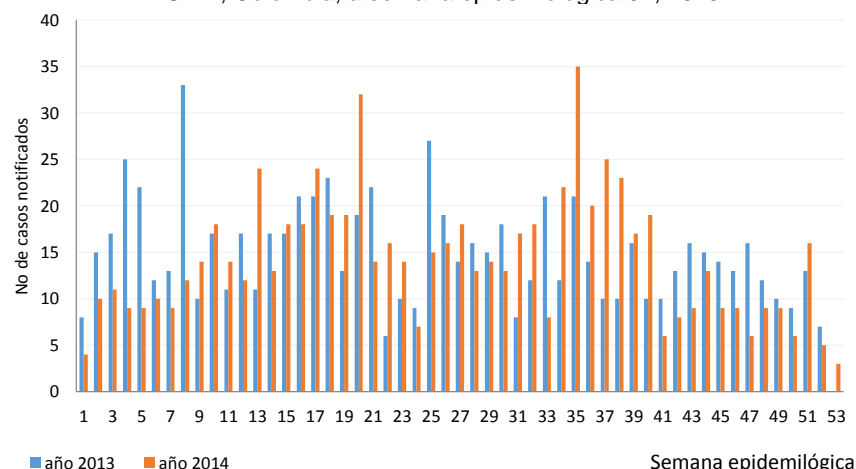
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Quindío	1006	2,21%	76.442	1,78
Amazonas	121	0,27%	76.243	1,59
Valle del Cauca	6057	13,33%	1.028.890	1,39
Cesar	1335	2,94%	7.878.783	1,30
Huila	1365	3,00%	4.613.684	1,18
Bogotá	9068	19,95%	6.456.299	1,15
Antioquia	7102	15,62%	111.060	1,10
Caquetá	524	1,15%	1.001.755	1,10
Tolima	1499	3,30%	1.408.272	1,10
Magdalena	800	1,76%	791.129	1,0
Total País	45455	100	48.218.577	0,94

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional. Colombia

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

La notificación de casos sospechosos de ESAVI hasta la semana epidemiológica 1 (cinco casos) muestra un aumento del 25 % en la notificación del evento con respecto al 2014, semana hasta la que se notificaron cuatro casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que hasta la semana 1 han notificado casos sospechosos de ESAVI son: Bogotá 60 % (tres casos), Boyacá 20 % (un caso) y Sucre 20 % (un caso).

- **Infección respiratoria aguda**

La morbilidad por IRA debe notificarse semanalmente en el 100 % de las UPGD del país, esta información permite monitorear el comportamiento de IRA a nivel nacional además de evidenciar el comportamiento del evento específicamente en las instituciones de salud y entidades territoriales.

En el análisis de la información, el porcentaje de casos de IRA en consulta externa y urgencias respecto al total de consultas externas y urgencias por todas las causas a nivel nacional en la semana epidemiológica 1 corresponde es del 8,4 %; en esta semana se notificó un total de 105.259 consultas externas y urgencias por IRA, de un total de 1.260.404 consultas externas y urgencias por todas las causas.

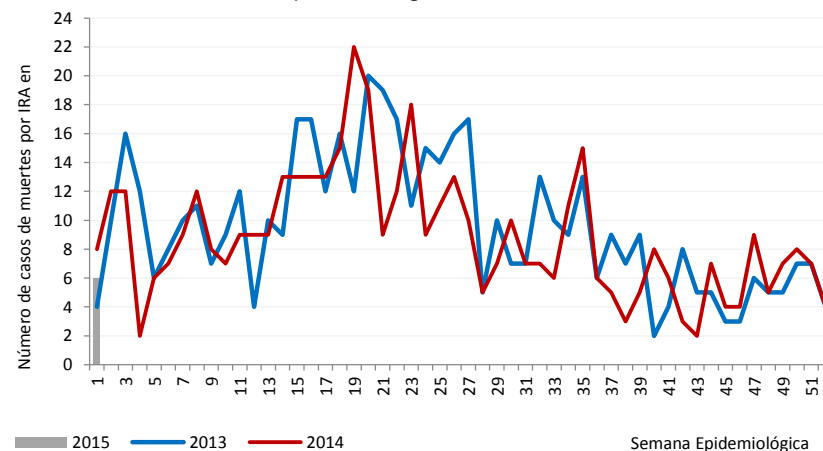
El porcentaje de casos de IRA en hospitalización respecto al total de hospitalizaciones por todas las causas a nivel nacional en la semana epidemiológica 1 es del 7,1 %; en esta semana se notificó un total de 2391 hospitalizaciones por IRA, de un total de 33.716 hospitalizaciones por todas las causas.

El porcentaje de casos de IRA en hospitalización en UCI respecto al total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas a nivel nacional en la semana epidemiológica 1 es del 9,4 %; en esta semana se notificó un total de 228 hospitalizaciones por IRA en UCI, de un total de 2.426 hospitalizaciones en UCI por todas las causas.

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron seis casos de mortalidad por IRA en menores de cinco años; la notificación muestra una disminución del 25 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Muertes por IRA en menores de cinco años, Colombia semana epidemiológica 1, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales de residencia de los casos de mortalidad en menores de cinco años notificados durante esta semana son: Bogotá con tres casos, Risaralda, Norte de Santander y Cartagena con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 1 la tasa de mortalidad nacional es de 0,1 por cada 100.000 menores de cinco años.

Vigilancia centinela ESI - IRAG

Durante la semana epidemiológica 1 se notificaron 45 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; 28 casos corresponden a pacientes con IRAG y 16 casos a pacientes con ESI.

Los casos notificados corresponden a las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Cartagena, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 1).

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

Entidad Territorial	UPGD centinela	Número de registros
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	6
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	7
Barranquilla	Clínica General del Norte	1
Bogotá	Hospital el Tunal	1
Caldas	Hospital Occidente de Kennedy	2
Cartagena	ASSBASALUD ESE	1
Guaviare	Gestión Salud	1
	Laboratorio Departamental de salud Publica	1
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	4
	Hospital Infantil los Angeles	1
Norte de Santander	Ese IMSALUD	3
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	2
Valle del Cauca	Fundación Valle de Lili	4
	Red Salud de Ladera	10
Total		44

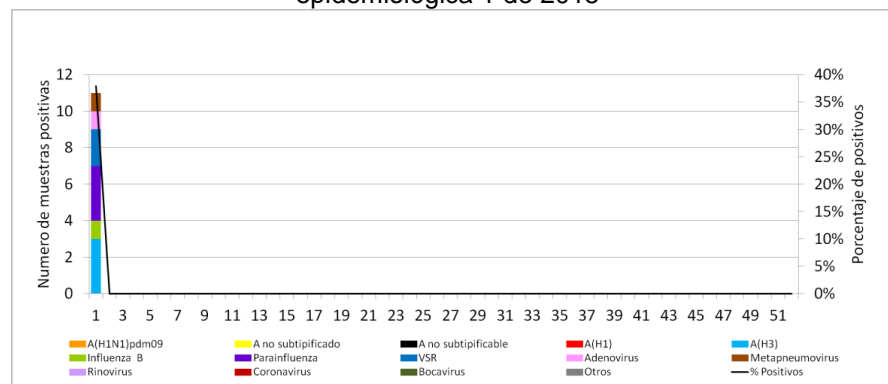
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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, en la semana epidemiológica 1 de 2015 se han analizado 29 muestras, de las cuales el porcentaje de positividad corresponde al 37,9 %; de estas el 13,8 % fueron positivas para influenza y el 24,1 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Parainfluenza (27,3 %), seguido de Influenza A (H3N2) (27,2 %), Virus Sincitial Respiratorio (18,2 %), Adenovirus (9,1 %), Influenza B (9,1 %) y Metapneumovirus (9,1 %) (ver gráfica 2).

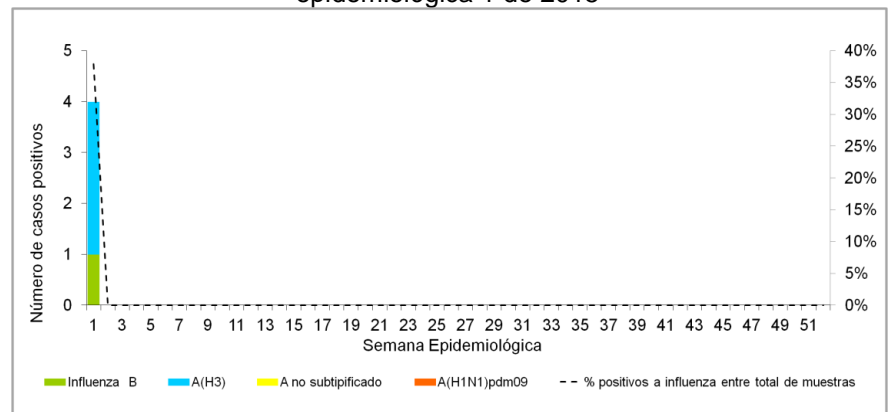
Gráfica 2. Distribución de virus respiratorios, Colombia semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

En cuanto al virus de Influenza se observa mayor proporción del subtipo de influenza A(H3N2) (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de virus de influenza, Colombia semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

- **Parálisis flácida aguda (PFA)**

En la semana epidemiológica 01 de 2015 no se notificaron casos probables de parálisis flácida aguda.

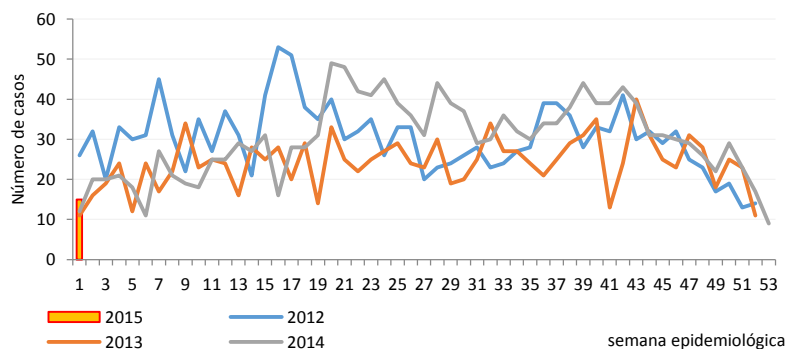
Hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 se notificaron al Sivigila 182 casos probables de parálisis flácida aguda, de los cuales 14 no cumplen con la definición de caso, lo que deja 168 casos para el análisis; esta notificación muestra un incremento del 12,75 % respecto al año 2013, en el cual se habían reportado 149 casos.

La tasa de notificación de parálisis flácida aguda debe mantenerse anualmente por encima de un caso por 100.000 menores de 15 años. Hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 la tasa de notificación es de 1,31 por 100.000 menores de 15 años.

- **Sarampión y rubéola**

En la semana epidemiológica 1 de 2015 se reportaron 15 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un aumento del 25,0 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 12 casos, se observa un aumento del 36,4 % con respecto al año 2013 y una disminución del 42,0 % con relación al 2012 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2012-semana 1 de 2015

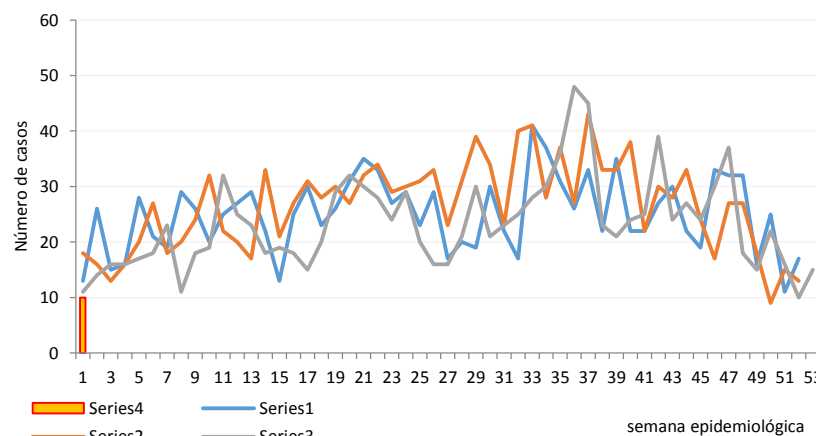


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 100 % de los casos sospechosos de sarampión fueron reportados por tres entidades territoriales: Bogotá (12), Antioquia (dos) y Valle (uno).

En la semana epidemiológica 01 de 2015 se reportaron 10 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra una disminución del 9,1 % con respecto al año 2014, comparado con el 2013 esta disminución es del 44,4 % y con el 2012 es del 23,1 % (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2012-semana 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 100 % de los casos sospechosos de rubéola son reportados por tres entidades territoriales: Bogotá (ocho), Antioquia (uno) y Caldas (uno).

La tasa de notificación nacional es de 0,05 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 01 de 0,04.

Un total de tres entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 1: Bogotá (0,25), Caldas (0,10) y Antioquia (0,05). No cumple con la tasa esperada el Valle del Cauca. Un total de 32 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 1 de 2015

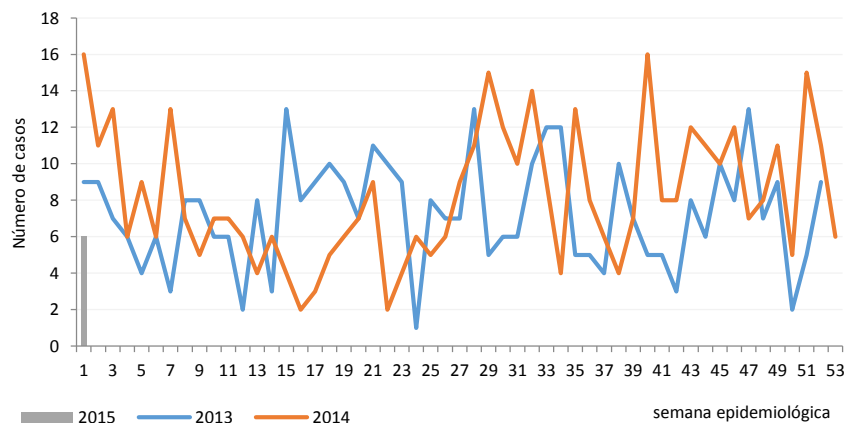
Departamento	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total-2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
Bogotá, D.C.	20	7.878.783	0,25
Caldas	1	987.991	0,10
Antioquia	3	6.456.299	0,05
Valle del Cauca	1	4.613.684	0,02
Total	25	48.203.405	0,05

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 01= 0.05 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

En la semana epidemiológica 01 de 2015 se notificaron seis casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos sospechosos muestra una disminución del 62,5 % cuando se reportaron 16 casos (ver gráfica 3).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 100 % de los casos son reportados por tres entidades territoriales: Antioquia (cuatro), Huila (uno) y Boyacá (uno).

• Tétanos

Tétanos neonatal

En la semana epidemiológica 1 de 2015 no se notificaron casos.

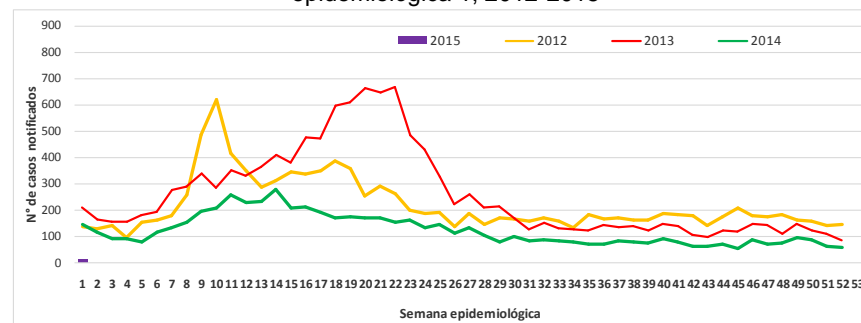
Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 1 de 2015 se han notificado dos casos de tétanos accidental: un caso probable notificado por el Distrito de Cartagena y un caso confirmado por clínica notificado por Norte de Santander (Cúcuta).

• Tos ferina

En la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron de 14 casos sin registros duplicados, sin embargo, se espera el aumento en el número de casos teniendo en cuenta la notificación tardía, para la misma semana epidemiológica del año anterior se notificaron 145 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, a semana epidemiológica 1, 2012-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del los 14 casos probables para tos ferina al Sivigila se obtuvo el siguiente porcentaje de notificación según entidad territorial notificadora; Bogotá 21,4 % (tres casos), Antioquia 14,3 % (dos casos) Boyacá 14,3 % (dos casos), Huila 14,3 % (dos casos) y

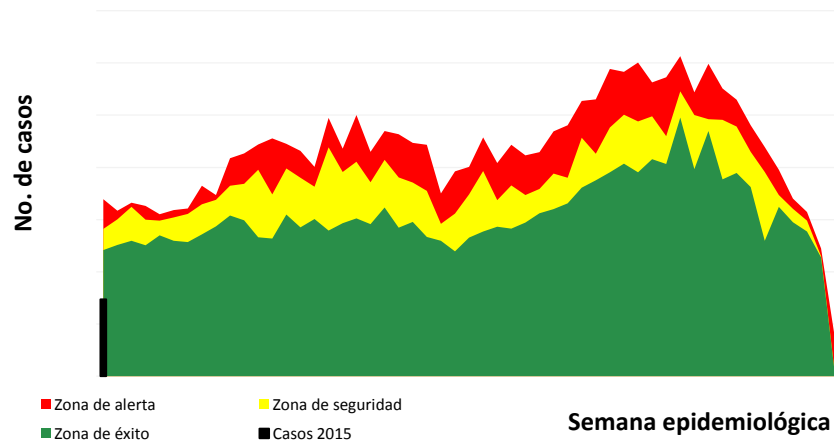
Caldas, Cauca, Santander, Sucre y Tolima cada uno con un caso que representa el 7,1 %.

- **Varicela**

En la semana epidemiológica 01 de 2015 se han notificado 736 casos de varicela, esta notificación muestra una disminución del 46,47 % respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 1375 casos. Esta semana presenta una proporción de incidencia a nivel nacional de 1,53 casos por 100 000 habitantes.

Según el comportamiento en el canal endémico, el evento se encuentra a semana 1, en zona de éxito probablemente debido a la notificación tardía al Sivigila (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico de varicela, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

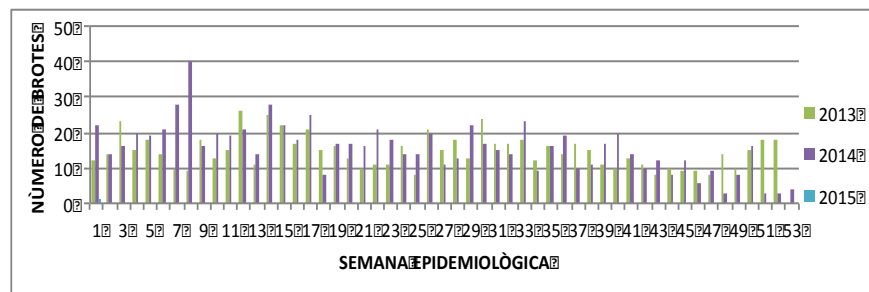
En semana 1 no se notificaron muertes asociadas a varicela.

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

• ETA

En la semana epidemiológica 1 del 2015 se notificó al Sivigila cuatro casos de ETA, involucrados en un brote (ver gráfica 1).

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



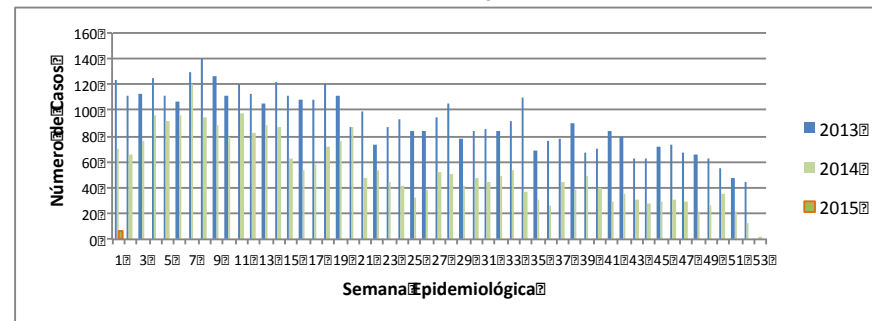
Del total de casos notificados a semana epidemiológica 1 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 1 a 1 años (25%), 5 a 9 años (25%) y 45 a 49 años (25%).

La entidad territorial que notificó el brote fue Sucre, el brote se presentó en el municipio de Los Palmitos, el alimento implicado fue el agua; los principales síntomas fueron diarrea, vómito, fiebre y dolor abdominal. El lugar de consumo implicado fue el hogar.

• Hepatitis A

En la semana epidemiológica 1 se notificaron cinco casos de hepatitis A, estando como confirmados 33,3% por laboratorio y 66,7% casos por clínica (ver gráfica 1).

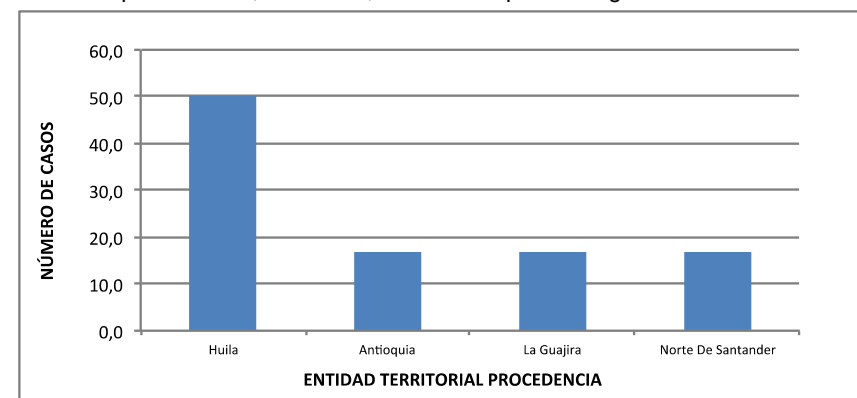
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 1, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según el lugar de procedencia se obtuvo que el mayor número de casos notificados proviene de: Huila (50%), Antioquia (16,7%), La Guajira (16,7%) y Norte de Santander (16,7%) (ver gráfica 2).

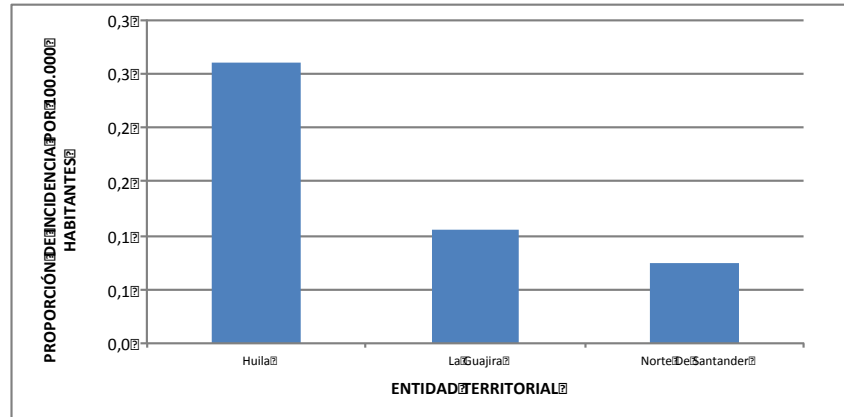
Gráfica 2. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 1 fue de 0,01 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Huila con 0,3, La Guajira con 0,1, Norte de Santander con 0,1 por 100 000 habitantes (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 33% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal y el 67% en rural disperso. En cuanto a la población, el 100% pertenece a otros grupos étnicos.

Los grupos de edad más afectados fueron: 30 a 34 años (33,3%), 0 a 4 años (16,7%) y 5 a 9 años (16,7%). El 67% de los casos fueron hospitalizados.

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

• Chikunguña

En semana epidemiológica 1 de 2015 se han notificado 12 138 casos confirmados por clínica y 189 sospechosos para un acumulado de 114 930 casos 2014-2015 la notificación ha sido realizada por diferentes fuentes información, clasificados como: sospechosos, confirmados por clínica, confirmados por laboratorio, negativos por laboratorio y descartados (ver tabla 1).

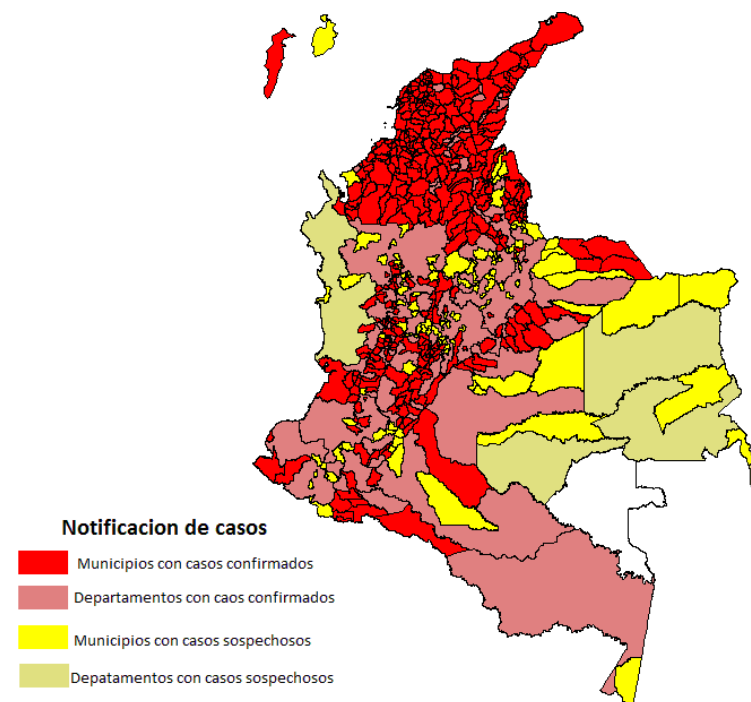
Tabla 1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 10 de Enero de 2015

Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Descartados por error de digitación	Descartados por clínica	Negativos por laboratorio
112 752	611	1 313	14	23	217

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

Se ha demostrado circulación viral en 30 entidades territoriales en las que se notifican casos confirmados por laboratorio y sospechosos en: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Huila, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés y Valle del Cauca; para este caso la entidad territorial aparecerá en rojo (ver mapa 1).

Mapa 1. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, a 10 de Enero 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 ha reportado casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Amazonas y Putumayo y casos sospechosos en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía y Putumayo (ver tabla 2).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Amazonia	AMAZONAS	0	1	9	10
	CAQUETA	4	1	11	16
	GUAINIA	0	0	7	7
	GUAVIARE	0	0	1	0
	PUTUMAYO	75	21	2	98
Total		79	23	30	131

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

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

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	2002	6	76	2084
	BOGOTÁ*	0	1	99	100
	CALDAS	1100	3	11	1114
	CUNDINAMARCA	1681	2	95	1778
	HUILA	4307	9	60	4376
	QUINDIO	25	1	0	26
	RISARALDA	19	2	0	21
	TOLIMA	1852	2	168	2022
	Total	10986	26	509	11521

*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

Para la región Oriental se ha 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, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	22	6	9	37
	NORTE SANTANDER	25620	78	65	25763
	SANTANDER	535	8	38	581
	Total	26177	92	112	26381

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

Para la región Orinoquía se ha notificado siete casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Arauca, 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, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	85	3	238	326
	CASANARE	47	2	4	53
	META	97	2	12	111
	VICHADA	0	0	8	8
	Total	229	7	262	498

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

Para la región Pacífico se ha notificado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca y Nariño, en el departamento del Chocó se reportan cinco casos sospechosos (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Pacífico por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	CAUCA	18	3	59	80
	CHOCO	2	0	5	7
	NARIÑO	10	3	112	125
	VALLE	570	22	130	722
	Total	600	28	306	934

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

En la región Caribe se ha presentado la mayor cantidad de casos confirmados por laboratorio y por clínica del país, siendo reportados por las entidades territoriales de: Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia, Santa Marta (uno de los casos notificado por Risaralda) y Sucre (ver tabla 7).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	2420	27	27	2474
	BARRANQUILLA	4538	7	0	4545
	BOLIVAR	17918	138	0	18056
	CARTAGENA	12343	16	0	12359
	CESAR	881	25	7	913
	CORDOBA	6379	59	8	6446
	GUAJIRA	6985	29	12	7026
	MAGDALENA	3671	28	38	3737
	SAN ANDRES	213	2	2	217
	STA MARTA D.E.	4317	6	0	4323
	SUCRE	15016	70	1	15087
	Total	74681	407	95	75183

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

Muertes

A la fecha se han notificado al Sivigila, siete muertes probables por chikunguña, y una proveniente del municipio de Mahates permanece sin notificación. Después de efectuar la unidad de análisis tres fueron descartadas y cinco permanecen en estudio; cuatro de las muestras enviadas para laboratorio fueron positivas para chikunguña, sin embargo estos casos presentaban

importantes patologías de base que fueron asociadas con la causa de muerte (ver tabla 8).

Tabla 8. Muertes probables con chikunguña, Colombia, acumulado 2014-2015

Departamento	Municipio notificador	Municipio de procedencia	Resultado de laboratorio*	Unidad de análisis	Estado de la notificación
Bolívar	Mahates**	Arroyo Hondo	Positivo	Descartada	No notificado
Sucre	Sincelejo	Magangué	Positivo	Descartada	Notificado
Sucre	Corozal	Corozal	Pendiente	En estudio	Notificado
Cartagena	Cartagena	Cartagena	Pendiente	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	Descartada	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Pendiente	En estudio	Notificado
Antioquia	La Ceja	Cartagena	Pendiente	En estudio	Notificado

*Resultado de muestras de suero y/o tejido producto de viscerotomía o autopsia

**Muerte probable no notificada al Sivigila

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.
- 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.
- 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.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de referencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.

En caso de requerir información adicional contáctenos a los correos: mmercado@ins.gov.co, dsalas@ins.gov.co, ins.sivigila@gmail.com, eri@ins.gov.co, equipoderespuestains@gmail.com

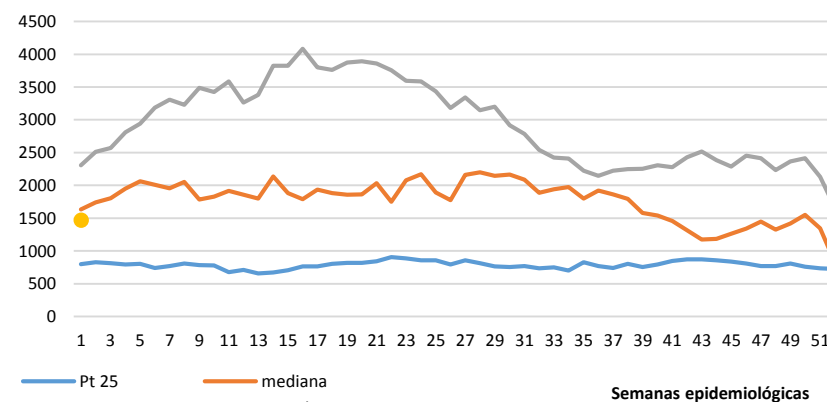
;Mas información en el siguiente enlace:

<http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Lo-que-debes-saber-sobre-la-fiebre-Chikungunya.aspx#.VLmnMUeG8eq>

• Dengue

El comportamiento de dengue a nivel nacional hasta la semana epidemiológica 1 se ubica en zona de alerta. Es importante tener en cuenta los efectos que pueden ocasionarse en la construcción del canal debido al retraso en la notificación semanal por las entidades territoriales. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2010 a 2014 (ver gráfica).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron 1 471 casos totales de dengue, 1 464 (99,5%) de dengue y 7 (0,5%) de dengue grave.

A la semana 1 de 2014 se habían notificado 2 393 casos de dengue, en comparación a la semana 1 de 2015 (1 471), se observa una disminución del 38 %. Se están notificando en promedio 1 471 casos semanales.

Las características sociales y demográficas de los casos de dengue y dengue grave se observan a continuación (ver tabla 1).

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

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total
Sexo	Femenino	678	46%	1	14.3%	679
	Masculino	786	54%	6	85.7%	792
Tipo de régimen	Contributivo	782	53%	1	14.3%	783
	Régimen especial	78	5%	1	14.3%	79
	No afiliado	48	3%	2	28.6%	50
	excepcional	28	2%	0	0.0%	28
	Subsidiado	528	36%	3	42.9%	531
Pertenencia étnica	Indígena	14	1%	1	14.3%	15
	ROM, Gitano	8	1%	0	0.0%	8
	Raizal	0	0%	0	0.0%	0
	Palenquero	0	0%	0	0.0%	0
	Negro, Mulato, afro colombiano	29	2%	0	0.0%	29
	Otro	1413	97%	6	85.7%	1,419

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 23.4 % (344/1 471) del total de casos de dengue y el 50 % (3/6) de casos de dengue grave se concentra en los menores de 14 años.

El 78% de los casos de dengue proceden de 12 entidades territoriales: Tolima, Valle del Cauca, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Santander, Meta, Norte de Santander, Cesar, Atlántico, Caldas y Casanare. Para dengue grave, los casos provienen de Cartagena, Vichada, Quindío, Córdoba, Huila y Cundinamarca.

En cuanto a la distribución por municipio el 50% de los casos de dengue notificados proceden de 24 municipios, de los cuales aporta el mayor número de casos los municipios de Cali, Neiva, Alvarado, Ibagué, Villavicencio, Girardot, Medellín, Lérída, Espinal, Cúcuta, Bucaramanga, La Dorada, Barranquilla, Honda, Yopal, Melgar, Necocli, Valledupar, Villa del Guamuez, El Colegio, Garzón, Malambo, San Luis y Aipe.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 1 es de 5,5 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país.

A semana 1 de 2015 se han notificado cuatro muertes probables por dengue que a la fecha están en estudio

• Leishmaniasis

Para la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron al Sivigila 15 casos confirmados de leishmaniasis cutánea. Sin notificación de casos de leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral.

Siete entidades territoriales notificaron casos, de las cuales Córdoba y Antioquia concentraron el 60 % de la carga de la enfermedad (ver tabla).

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

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
CORDOBA	6	0	0	6	40,0%	40,0%
ANTIOQUIA	3	0	0	3	20,0%	60,0%
VALLE	2	0	0	2	13,3%	73,3%
CAQUETA	1	0	0	1	6,7%	80,0%
CHOCO	1	0	0	1	6,7%	86,7%
NARIÑO	1	0	0	1	6,7%	93,3%
RISARALDA	1	0	0	1	6,7%	100,0%
Total	10462	0	15	15	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos se concentraron en hombres, en los grupos de edad de 20 a 24 años (25 %) para leishmaniasis cutánea, 25 a 29 años (33 %), con mayor frecuencia en pacientes que pertenecen al régimen excepción, de áreas rurales, es decir, que corresponden a población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito (ver tabla).

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

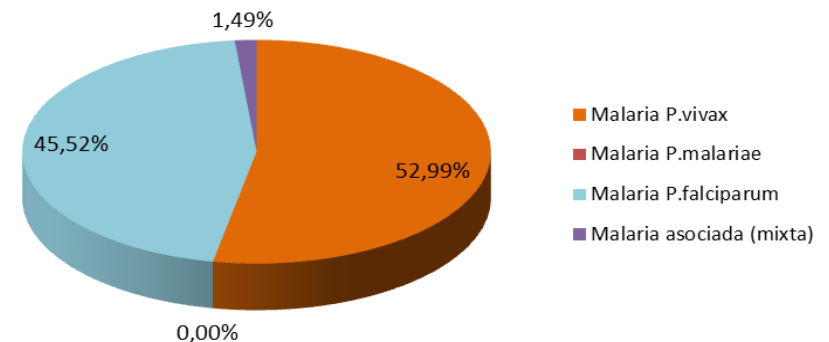
Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		15	0	0
Sexo	Femenino	13,3%	0,0%	0,0%
	Masculino	86,7%	0,0%	0,0%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,0%	0,0%	0,0%
	1 a 4 años	6,67%	0,0%	0,0%
	5 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	0,0%	0,0%	0,0%
	20 a 24 años	33,33%	0,0%	0,0%
	25 a 29 años	13,33%	0,0%	0,0%
	30 a 34 años	20,00%	0,0%	0,0%
	35 a 39 años	13,33%	0,0%	0,0%
	40 a 44 años	0,00%	0,0%	0,0%
	45 a 49 años	0,0%	0,0%	0,0%
	50 a 54 años	0,0%	0,0%	0,0%
	55 a 59 años	13,33%	0,0%	0,0%
	60 a 64 años	0,0%	0,0%	0,0%
	65 y más años	0,0%	0,0%	0,0%
Pertenencia étnica	Indígena	0,0%	0,0%	0,0%
	ROM	0,4%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,2%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	6,7%	0,0%	0,0%
Área de procedencia	Otros	93,3%	0,0%	0,0%
	Cabecera municipal	26,7%	0,0%	0,0%
	Centro poblado	6,7%	0,0%	0,0%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Rural Disperso	66,7%	0,0%	0,0%
	Contributivo	6,7%	0,0%	0,0%
	Subsidiado	26,7%	0,0%	0,0%
	Excepción	60,0%	0,0%	0,0%
	Especial	0,0%	0,0%	0,0%
	Sin afiliación	6,7%	0,0%	0,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Malaria

Durante la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron al Sivigila 134 casos nuevos de malaria no complicada, distribuidos en: 71 casos (53,0 %) de *P. Vivax*, 61 casos (45,5 %) de *P.falciparum* y dos casos (1,5 %) de malaria asociada, no se notificaron casos de malaria por *P. malariae*. Para malaria complicada se notifica dos casos. Sin notificación de muertes por malaria (ver gráfica 1).

Gráfica1. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada en 11 entidades territoriales, con mayor frecuencia en Chocó, Antioquía y Bolívar, quienes concentraron el 80 % de la carga de esta enfermedad (ver tabla 1).

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

Departamento de procedencia	Malaria Vivax	Malaria Falciparum	Malaria Mixta	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Chocó	22	48	1	71	53,0%	53,0%
Antioquia	26	3	1	30	22,4%	75,4%
Bolívar	5	2	0	7	5,2%	80,6%
Nariño	0	7	0	7	5,2%	85,8%
Córdoba	5	0	0	5	3,7%	89,6%
Amazonas	3	0	0	3	2,2%	91,8%
Exterior	3	0	0	3	2,2%	94,0%
Risaralda	3	0	0	3	2,2%	96,3%
Valle	3	0	0	3	2,2%	98,5%
Guainía	1	0	0	1	0,7%	99,3%
Guaviare	0	1	0	1	0,7%	100,0%
Total	71	61	2	134	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 50 % de los casos se presentaron en ocho municipios de los 41 que notificaron casos. El municipio de Tadó (Chocó), aportó el 19,4 % de la carga del país, seguido por El Bagre (Antioquía) con el 6,0 % y Quibdó (Chocó) con el 5,2 % de los casos (ver tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015

Municipio de procedencia	Malaria Vivax	Malaria Falciparum	Malaria Mixta	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Tadó	11	15	0	26	19,4%	19,4%
El Bagre	8	0	0	8	6,0%	25,4%
Quibdó	3	3	1	7	5,2%	30,6%
Atrato	0	6	0	6	4,5%	35,1%
Cáceres	5	1	0	6	4,5%	39,6%
Rio Iro	2	4	0	6	4,5%	44,0%
Tierralta	5	0	0	5	3,7%	47,8%
Itmina	1	3	0	4	3,0%	50,7%
Otros Municipios	36	29	1	66	49,3%	100,0%
Colombia	71	61	2	134	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La distribución social y demográfica evidencia que, por sexo, se notificaron 84 casos (62,7 %) en hombres. El grupo de edad más afectado corresponde al de 20 a 24 años con el 14,2 % y una concentración del 51,5 % de los casos en los grupos de 15 a 44 años. Por pertenencia étnica el 47 % de los casos se presentó en población afrocolombiana. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 73,9 % y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (16,4 %) (ver gráfica 3).

Tabla 3. Variables sociales y demográficas de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria. Colombia a semana epidemiológica 1 de 2015

VARIABLE SOCIAL Y DEMOGRÁFICA		MALARIA ASOCIADA	MALARIA FALCIPARUM	MALARIA VIVAX	TOTAL
Casos		2	61	71	134
Sexo	Femenino	50,0%	41,0%	33,8%	37,3%
	Masculino	50,0%	59,0%	66,2%	62,7%
Grupos de edad	Menor de 1 año	0,0%	0,0%	1,4%	0,7%
	1 a 4 años	0,0%	6,6%	9,9%	8,2%
	5 a 9 años	0,0%	9,8%	7,0%	8,2%
	10 a 14 años	0,0%	14,8%	14,1%	14,2%
	15 a 19 años	0,0%	8,2%	15,5%	11,9%
	20 a 24 años	0,0%	11,5%	16,9%	14,2%
	25 a 29 años	0,0%	16,4%	5,6%	10,4%
	30 a 34 años	0,0%	8,2%	5,6%	6,7%
	35 a 39 años	50,0%	1,6%	4,2%	3,7%
	40 a 44 años	0,0%	4,9%	4,2%	4,5%
	45 a 49 años	0,0%	8,2%	7,0%	7,5%
	50 a 54 años	50,0%	0,0%	2,8%	2,2%
	55 a 59 años	0,0%	3,3%	2,8%	3,0%
	60 a 64 años	0,0%	3,3%	1,4%	2,2%
	65 y más años	0,0%	3,3%	1,4%	2,2%
Pertenencia étnica	Indígena	0,0%	8,2%	16,9%	12,7%
	ROM	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	50,0%	77,0%	21,1%	47,0%
Área de procedencia	Otros	50,0%	14,8%	62,0%	40,3%
	Cabecera municipal	0,0%	60,7%	28,2%	42,5%
	Centro Poblado	50,0%	23,0%	19,7%	21,6%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Rural disperso	50,0%	16,4%	52,1%	35,8%
	Contributivo	0,0%	6,6%	4,2%	5,2%
	Subsidiado	100,0%	78,7%	69,0%	73,9%
	Excepción	0,0%	1,6%	7,0%	4,5%
	Especial	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Sin afiliación	0,0%	13,1%	19,7%	16,4%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

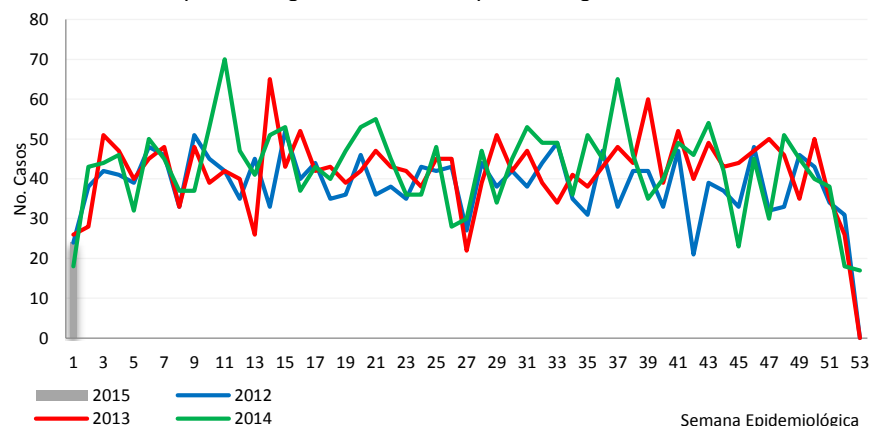
Se notificaron dos casos de malaria complicada uno procedente del municipio de Dagua en el Valle del Cauca y el otro en el municipio de Tadó (Chocó). Los casos corresponden a pacientes del sexo femenino de 60 y 30 años, respectivamente.

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 1 se han notificado 24 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 2 casos de hepatitis C. Se observa un aumento en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 33,3%, comparado con la misma semana del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 18 (ver gráfica 1).

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



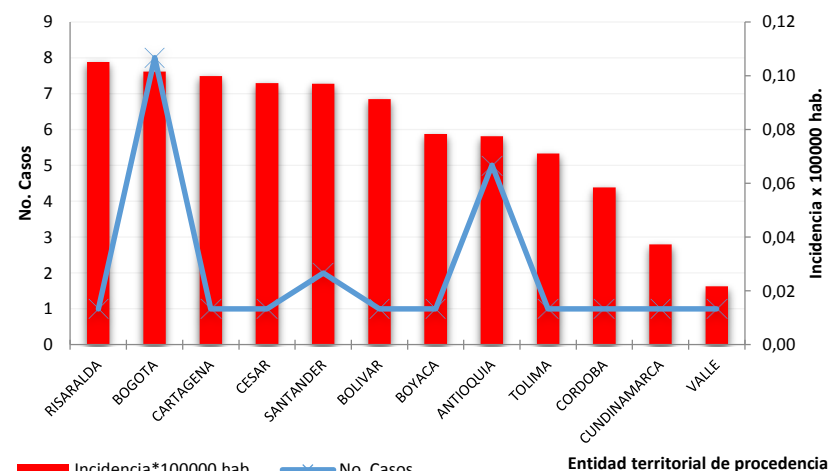
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Bogotá (33,3%), Antioquia (20,83), Santander (8,33%), los cuales en conjunto representan el 62,50% de los casos notificados hasta la presente semana.

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 0,05 casos por cada 100 000 habitantes, las entidades

territoriales con la mayor incidencia fueron Risaralda (0,11), Bogotá (0,10), Cesar (0,10) y Santander (0,10) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de hepatitis B por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 1, 2015



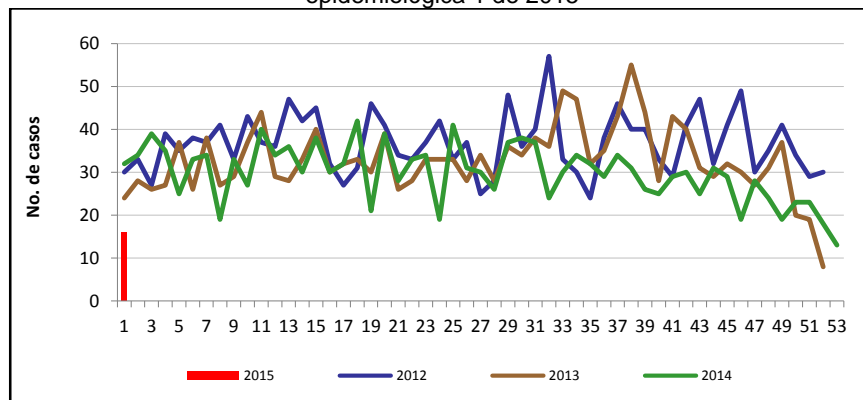
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana 1 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. 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 1 del 2015 han sido notificados 16 casos de sífilis congénita y a la misma fecha en 2014 se había notificado 32 casos, por lo tanto se observa una disminución en la notificación del 50% (ver gráfica 1).

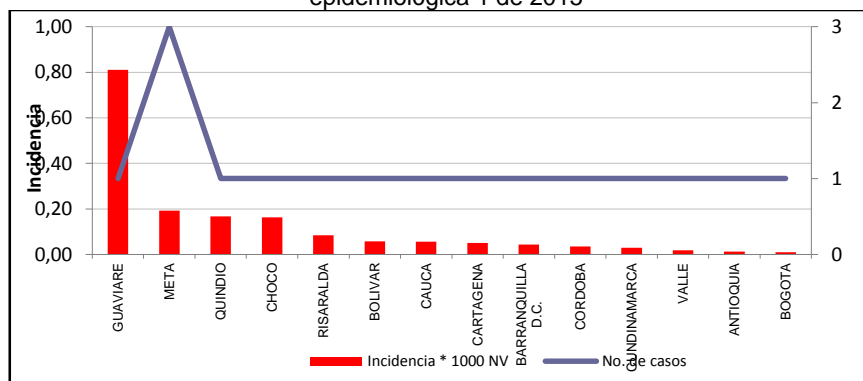
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La entidad territorial que notificó el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 1 de 2015 fue Meta, las demás entidades cada una notificó un caso. Por incidencia se encuentran: Guaviare, Meta, Quindío, Chocó, Risaralda y Bolívar (Ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Incidencia Colombia: 0,02 casos por 1000NV

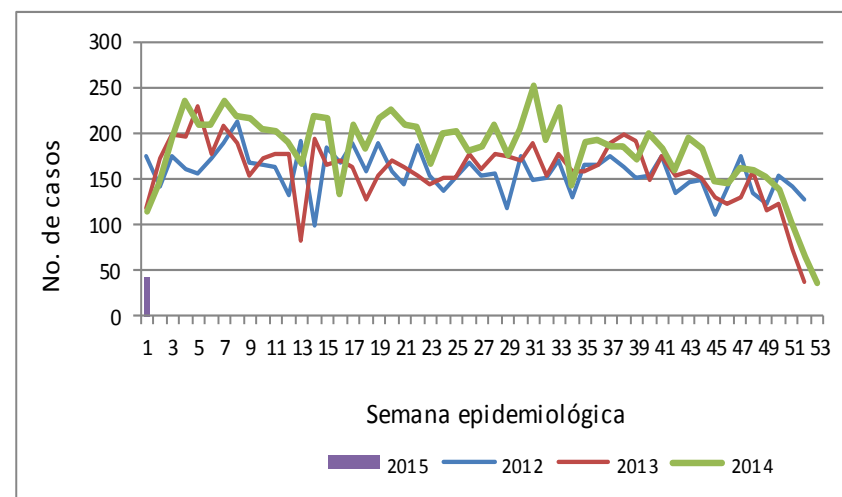
Meta 2015: 0,5 casos por 1000NV

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 1 de 2013 se notificaron 118 casos, para el 2014 se notificaron 115 casos y para el 2015 a semana 1 se han reportado 43 casos, lo que muestra una disminución entre el 2014 y 2015 del 62,61% (72 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 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 1, de los 43 casos notificados 39 están en estado VIH y SIDA y cuatro aparecen con condición final muerto.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Tuberculosis todas las formas

En la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron al Sivigila 89 casos de tuberculosis todas las formas, de los cuales 79 son pulmonares y 10 extrapulmonares; por tipo de caso, el 84,3% ingresó confirmado por laboratorio, el 14,6% por clínica y el 1,1% por nexo epidemiológico (ver tabla 1).

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

TIPO DE CASO	TIPO DE TUBERCULOSIS			TOTAL	%
	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	MENINGEA		
CONFIRMADO POR LABORATORIO	68	7	0	75	84,3
CONFIRMADO POR CLINICA	10	3	0	13	14,6
CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO	1	0	0	1	1,1
SIN DATO	0	0	0	0	0,0
TOTAL	79	10	0	89	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, acumulado a semana epidemiológica 1 el 88,8% ingresó como casos nuevos, el 7,9 % como recaídas y el 3,4 % como abandono (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015

CLASIFICACIÓN DE CASO	TIPO DE TUBERCULOSIS			TOTAL	%
	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	MENINGEA		
NUEVO	70	9	0	79	88,8
RECAIDA	6	1	0	7	7,9
FRACASO	0	0	0	0	0,0
ABANDONO	3	0	0	3	3,4
SIN DATO	0	0	0	0	0,0
TOTAL	79	10	0	89	100

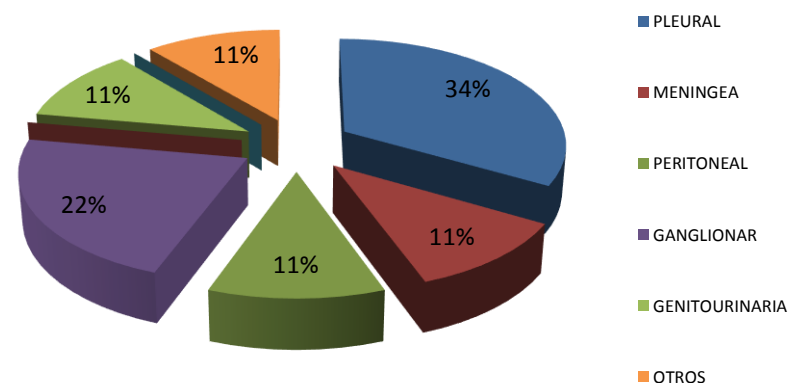
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 1 de 2015, de los casos registrados de tuberculosis todas las formas según la pertenencia étnica, el 4,4% corresponde a población indígena, el 7,9% a población afrocolombiana y el 87,7 % restante a otros grupos poblacionales,

para esta semana se notificó una muerte del departamento de Antioquia.

A semana epidemiológica 1 en los casos de tuberculosis extrapulmonar la localización anatómica de mayor proporción registrada fue la pleural con el 34%, seguido de la ganglionar con el 22% (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana epidemiológica ingresaron 10 casos de tuberculosis extrapulmonar, siendo las formas de mayor proporción pleural y ganglionar con el 56 % de los casos.

Por entidad territorial de residencia, San Andrés presenta la mayor tasa de incidencia de 1,3 casos por 100 000 habitantes, seguida por Guaviare con 0,9 casos por 100 000 habitantes, por número de casos Antioquía es la de mayor proporción de casos de tuberculosis todas las formas con 25 casos. La incidencia acumulada a semana epidemiológica 1 es de 0,2 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 3).

Tabla 3. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015

ENTIDAD TERRITORIAL	TUBERCULOSIS PULMONAR		TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR		TOTAL	TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HAB.
	N. DE CASOS	TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HAB.	N. DE CASOS	TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HAB.		
AMAZONAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ANTIOQUIA	21	0,3	4	0,1	25	0,4
ARAUCA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ATLANTICO	3	0,2	0	0,0	3	0,2
BARRANQUILLA	1	0,1	1	0,1	2	0,2
BOGOTA	2	0,0	2	0,0	4	0,1
BOLIVAR	1	0,1	0	0,0	1	0,1
BOYACA	1	0,1	0	0,0	1	0,1
CALDAS	1	0,1	0	0,0	1	0,1
CAQUETA	2	0,4	0	0,0	2	0,4
CARTAGENA	3	0,3	0	0,0	3	0,3
CASANARE	1	0,3	0	0,0	1	0,3
CAUCA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CESAR	1	0,1	0	0,0	1	0,1
CHOCO	1	0,2	0	0,0	1	0,2
CORDOBA	1	0,1	0	0,0	1	0,1
CUNDINAMARCA	2	0,1	1	0,0	3	0,1
GUAJIRA	3	0,3	0	0,0	3	0,3
GUAVIARE	1	0,9	0	0,0	1	0,9
GUAINIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HUILA	4	0,4	0	0,0	4	0,4
MAGDALENA	1	0,1	0	0,0	1	0,1
META	2	0,2	0	0,0	2	0,2
NARIÑO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NORTE						
SANTANDER	3	0,2	0	0,0	3	0,2
PUTUMAYO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QUINDIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RISARALDA	3	0,3	0	0,0	3	0,3
SAN ANDRES	1	1,3	0	0,0	1	1,3
SANTANDER	6	0,3	1	0,0	7	0,3
STA MARTA D.E.	1	0,2	0	0,0	1	0,2
SUCRE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOLIMA	3	0,2	1	0,1	4	0,3
VALLE DEL						
CAUCA	10	0,2	0	0,0	10	0,2
VAUPÉS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VICHADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	79	0,2	10	0,0	89	0,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

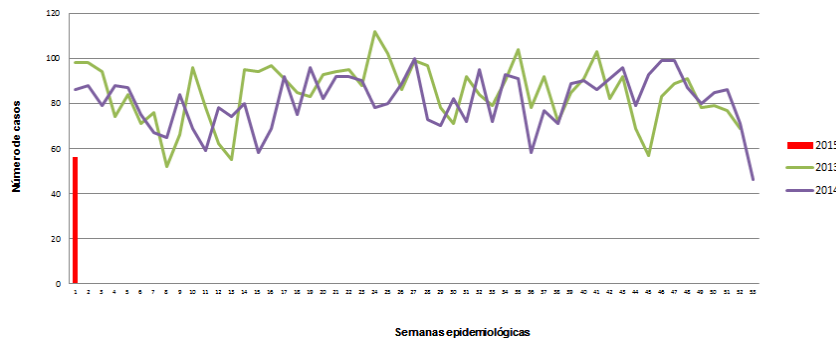
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

Hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 se reportaron al Sivigila 4.303 casos de accidente ofídico en Colombia, se estimó una disminución en la notificación del 2,2 %, en comparación con el año anterior.

Durante la primera semana epidemiológica de 2015 se reportó al Sivigila 56 accidentes ofídicos en el territorio nacional, calculando una disminución en la notificación del 35 % comparado con la misma semana del año anterior (ver gráfica 1).

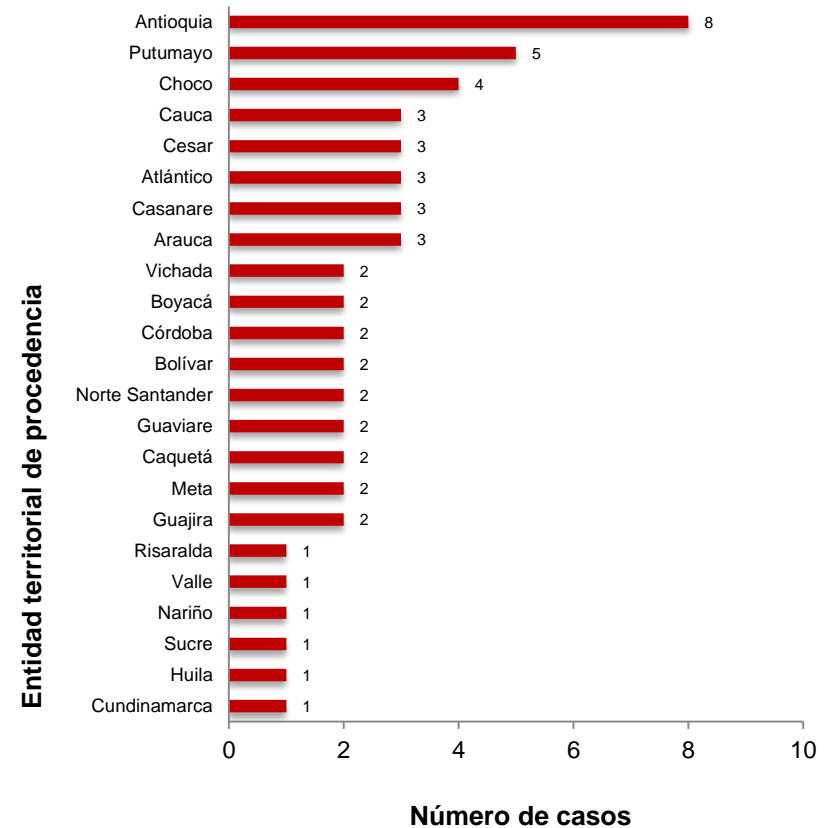
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico en Colombia, semanas 1 a 52 de 2013 a 2014 y hasta la semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la notificación en la región Occidente y Costa Atlántica se reportaron la mayor cantidad de casos (18 y 13 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos por procedencia son: Antioquia (14,2 %), Putumayo (8,92 %), Chocó (7,14 %), Cauca, Cesar, Atlántico, Casanare y Arauca (5,35 % cada uno), estas entidades territoriales acumulan el 57,14 % de la notificación del país hasta el presente corte (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Número de casos de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 1 de 2015

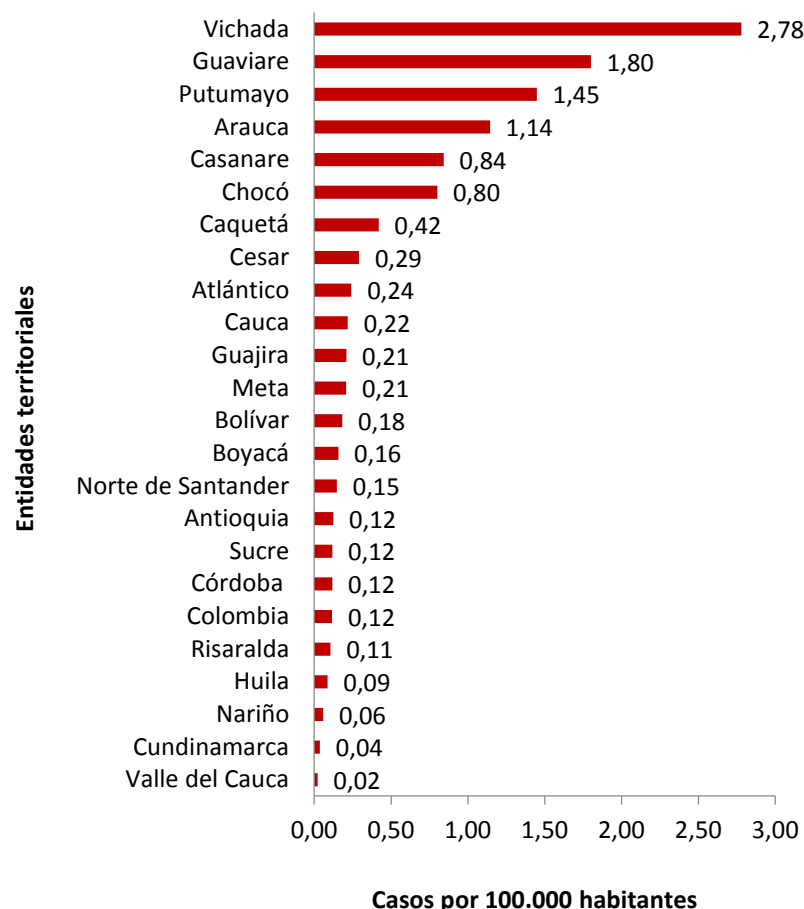


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La incidencia de accidente ofídico en el país es de 0,12 casos por 100.000 habitantes; las regiones de la Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 0,78 y 0,65 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Las cinco entidades territoriales con mayor proporción de incidencia son Vichada, Guaviare, Putumayo, Arauca y Casanare (ver gráfica 3).

Gráfica 4. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los municipios con mayor número de casos notificados durante la semana epidemiológica uno de 2015 son: Yopal con tres casos, Quibdó, Puerto Asis, Florencia, Fortul y Mutatá (dos casos cada uno).

La edad promedio de los pacientes que sufrieron accidente ofídico durante esta semana es de 33,5 años y 71,4 % de los casos ocurrieron en hombres.

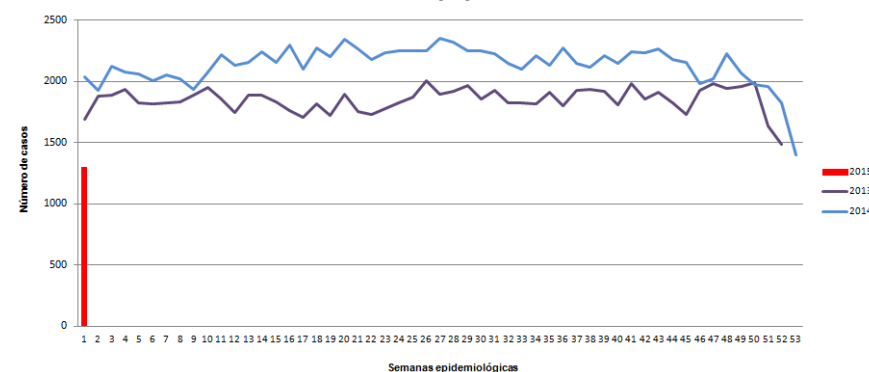
Con respecto al manejo de los pacientes el 64,2 % fueron hospitalizados y el 69,6% recibieron anti veneno con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 20 casos (62,5 %), moderados 14 casos (73,7 %) y cinco casos graves (100 %).

Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico: No se ha reportado casos de muerte por el evento hasta la semana epidemiológica uno de 2015

• *Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia*

Hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 se notificaron en Colombia 113.253 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, estimando un incremento de la notificación de 15 % en comparación con 2013. Durante la semana epidemiológica uno de 2015 se notificó al Sivigila 1.301 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus, se calcula una diferencia en la notificación de 36% casos menos para este año (ver gráfica 1).

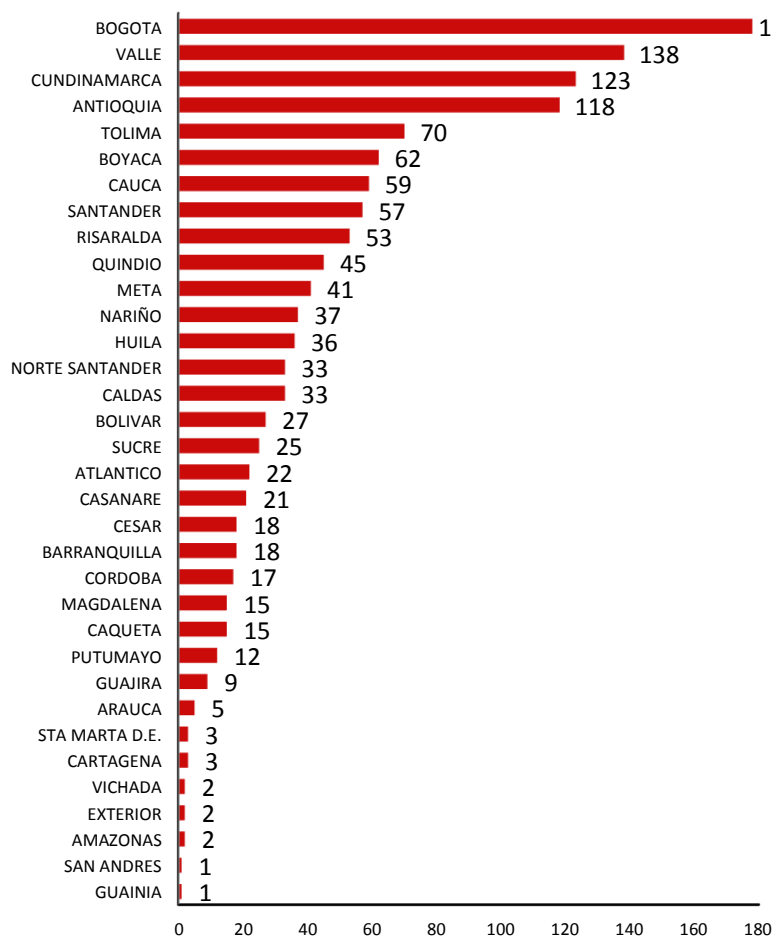
Gráfica1 . Comportamiento en la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia , Colombia , semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En las regiones de Centro Oriente y Occidente se reportó el mayor número de casos (559 y 483 respectivamente) y las entidades territoriales con mayor proporción de casos por procedencia fueron Bogotá (13,6 %), Valle del Cauca (10,6 %), Cundinamarca (9,4 %), Antioquia (9 %), Tolima (5,38 %), Boyacá (4,7 %) y Cauca (4,5 %) y estas siete entidades territoriales acumulan el 57,4 % de la notificación del país (ver gráfica 2).

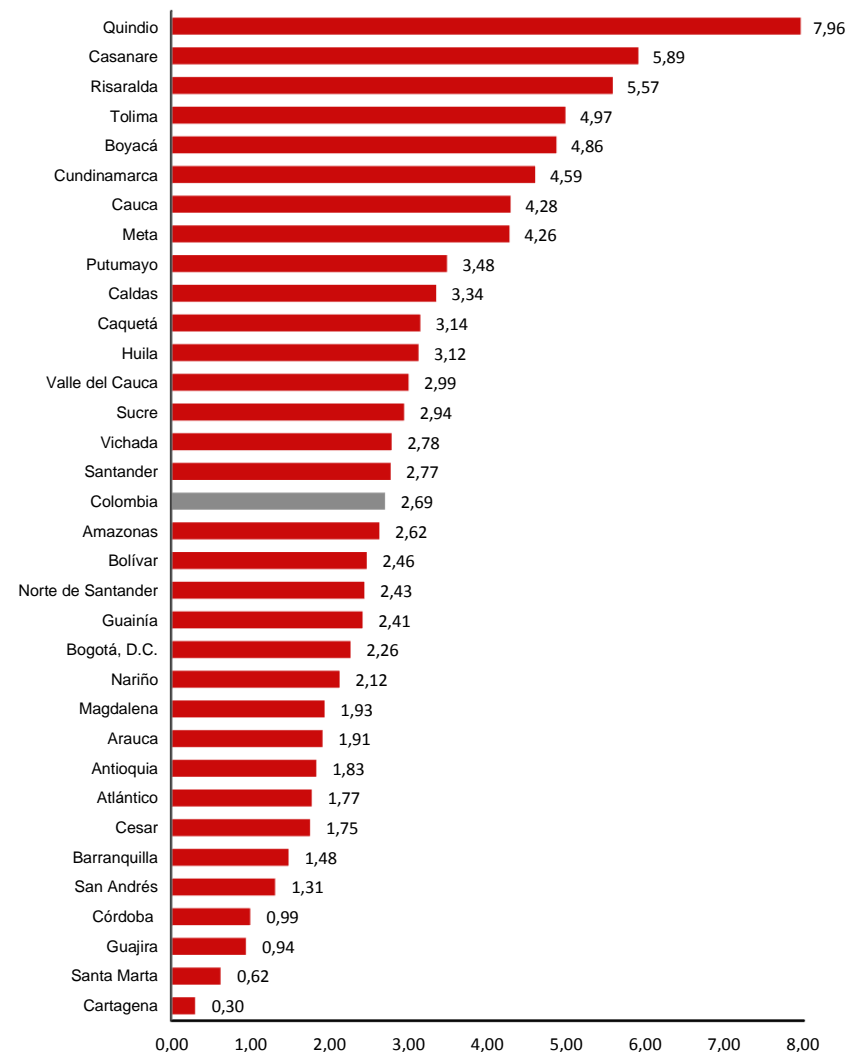
Gráfica 2. Casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia por entidad territorial de procedencia, Colombia ,semana epidemiológica 1 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La incidencia en Colombia de agresiones hasta la semana uno de 2015 es de 2,69 casos por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia Quindío, Vaupés, Cauca, Boyacá y Casanare (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia por entidad territorial de procedencia , Colombia, a semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La edad promedio de los pacientes afectados fue de 25,6 años y el 55,5 % de los casos ocurrieron en hombres y para el manejo de los casos 27 pacientes requirieron hospitalización (2 %).

Las agresiones se clasificaron como no exposición 769 casos (59,1 %), exposición leve 426 casos (32,7 %) y exposición grave 104 casos (8 %). Con respecto al tratamiento, en general, se realizó lavado de la herida a 1.270 pacientes (97,7 %), sutura 134 pacientes (10,3 %), orden de aplicación de vacuna 450 pacientes (34,6 %) y orden de aplicación de suero 100 pacientes (7,6 %).

Rabia humana

Durante la semana epidemiológica 1 de 2015 no se confirmó casos de rabia humana en el territorio nacional

Rabia animal

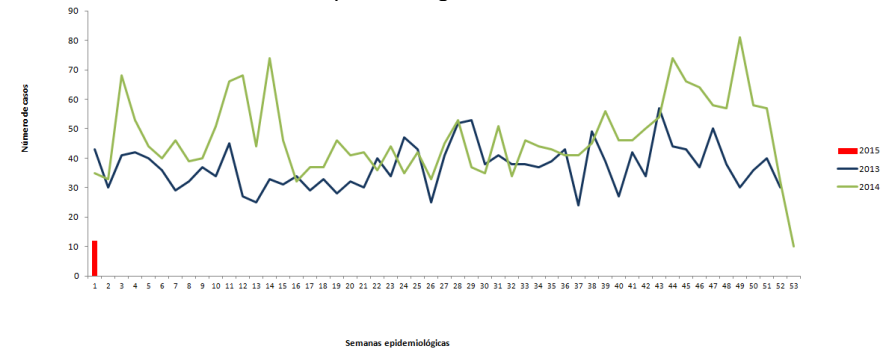
Durante la semana epidemiológica 1 de 2015 no se confirmó casos de rabia animal en Colombia

• ***Leptospirosis***

Hasta la semana epidemiológica 53 de 2014, se reportaron al Sivigila 2.496 casos en Colombia, en comparación con el año 2013 se observa un incremento del 28,6 % en la notificación del evento.

Durante la semana epidemiológica uno de 2015 se notificó al Sivigila 12 casos de leptospirosis en Colombia, en comparación con la misma semana de 2014 se observa disminución de 65,7 % en la notificación del evento (ver gráfica 1).

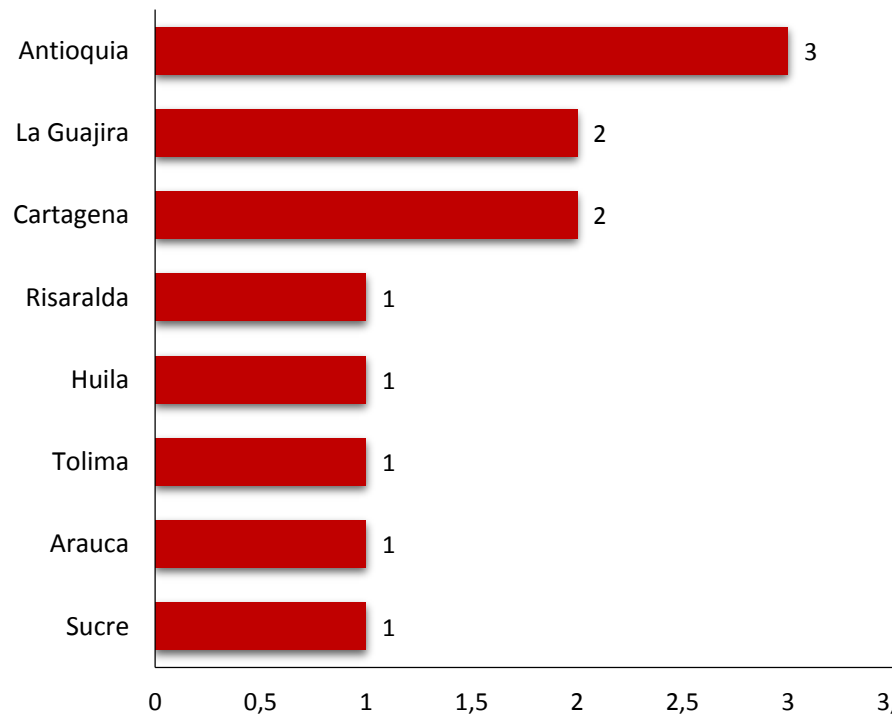
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Ocho entidades territoriales reportaron casos de leptospirosis y el 58% de los reportes se concentraron en Antioquia (25 %), La Guajira y el distrito de Cartagena (16,6 % cada uno) Todos los casos se encuentran sospechosos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia , Colombia
,semana epidemiológica 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El promedio de edad de los pacientes afectados fue de 34 años, el 66,6 % ocurrieron en hombres y la misma proporción se hospitalizaron.

Hasta la presente semana epidemiológica se ha reportado un caso de muerte procedente del departamento de Sucre, municipio de Sincelejo. Se trata de un paciente de 6 años masculino quien inició síntomas el seis de enero y consultó cuatro días después a la IPS, donde presentó complicaciones y falleció el 12 de este mes.

Alertas:

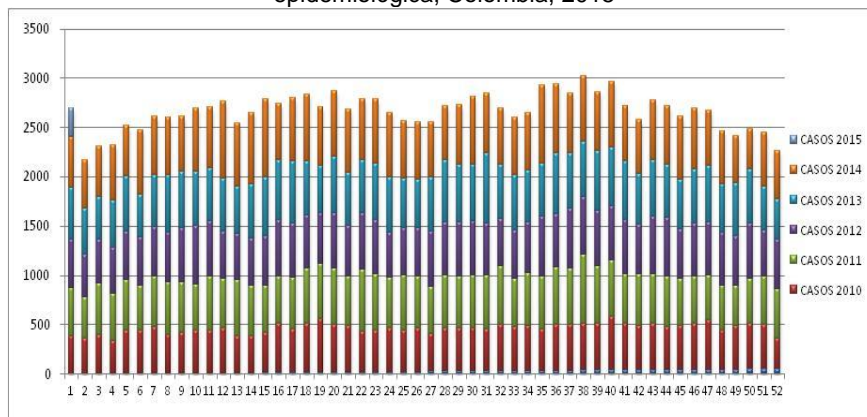
No se presentan ha reportado brotes o situaciones de emergencia

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

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Para la semana epidemiológica 1 del año 2015 se han notificado 292 casos de Intoxicaciones por sustancias químicas, al Sivigila del Instituto Nacional de Salud y para el año 2014 con corte a esta misma semana, se habían notificado 518 casos, lo que representa una disminución del 77,39% en la notificación de casos (gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados a semana 1, así como su respectiva incidencia por 100.000 habitantes; de forma acumulada los tres primeros lugares los ocupan las intoxicaciones por plaguicidas (96 casos), medicamentos (84 casos) y otras sustancias químicas (53 casos) (tabla 1).

Tabla 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2014.

EVENTO	CASOS DE SEMANA 1	INCIDENCIA POR 100 000 HABITANTES
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	96	0,20
INTOXICACIÓN POR MEDICAMENTOS	84	0,18
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	53	0,11
INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	45	0,09
INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	11	0,02
INTOXICACIÓN POR METANOL	2	0,00
INTOXICACIÓN POR GASES	1	0,00
INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	0	0,00
TOTAL	292	0,61

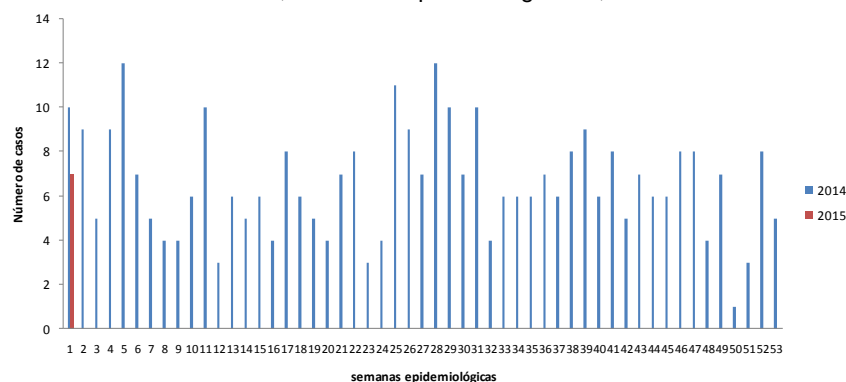
Fuente. Sivigila, semana epidemiológica 1 del año 2015

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

• Mortalidad materna

Hasta la semana epidemiológica uno 01 de 2015 se han notificado un total de siete casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos, todos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación, no se notificaron muertes maternas tardías ni muertes relacionadas con el embarazo por lesiones de causa externa, el promedio de muertes durante la semana fue una muerte diaria (ver gráfica N°1).

Gráfica N°1. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La comparación con los casos notificados de muerte materna según el momento de ocurrencia del evento nos deja ver que hasta la semana epidemiológica 01 de 2015 se ha presentado un número similar de casos de muertes maternas tempranas con relación al año 2014. Frente a muertes maternas tardías se identifica un bajo número de casos en los años anteriores y por lesiones de causa externa durante la primera semana epidemiológica no se identifican casos del 2013 a 2015 (ver tabla N°1).

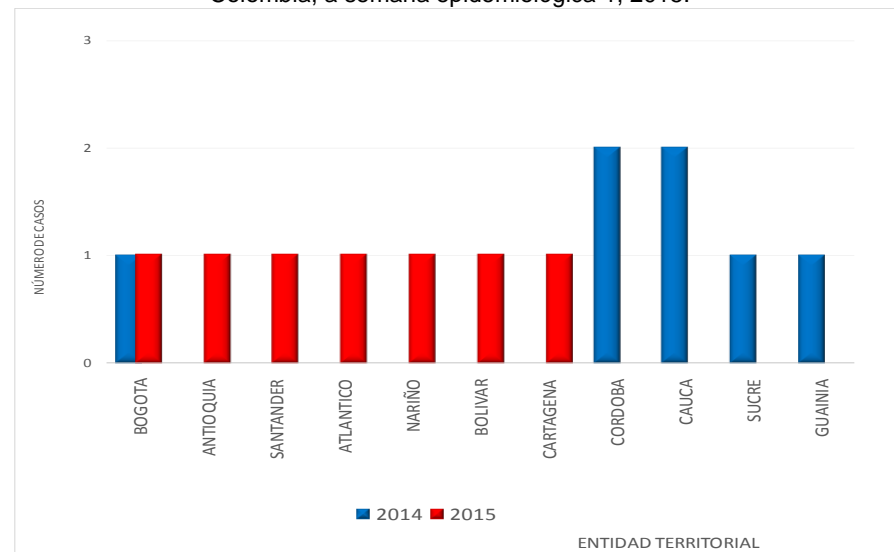
Tabla N°1. Muertes maternas tempranas, tardías y lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 01, 2015.

AÑO	Temprana	Tardía	LCE (Lesión de causa externa)	TOTAL CASOS	PROMEDIO SEM TEMPRANOS
2013	4	2	0	6	0,6
2014	7	1	0	8	1,0
2015	7	0	0	7	1,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los departamentos y distritos de residencia con casos en la semana uno de 2015 fueron: Bogotá, que para el año 2014 también tenía un caso de muerte materna en la misma semana, Antioquia, Santander, Atlántico, Nariño, Bolívar y Cartagena cada uno con un caso los departamentos que en 2014 notificaron casos en la semana uno fueron Córdoba, Cauca, Sucre y Guainía (ver gráfica N° 2).

Gráfica N°2. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 1, 2015.

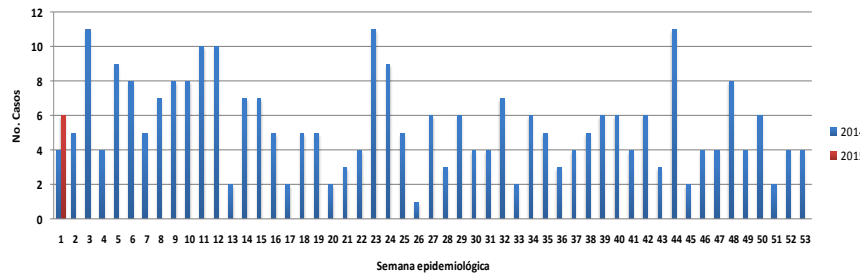


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

- **Mortalidad por y asociada a desnutrición**

En la semana epidemiológica 1 de 2015 se notificaron seis casos de muertes en niños menores de 5 años con desnutrición, de forma comparativa con el año 2014 se encuentra una variación de 33,3% en la que se notificaron cuatro 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 1 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia 2015

Los seis casos notificados por fecha de defunción corresponden a la semana epidemiológica uno y fueron notificados por las entidades territoriales de Córdoba, La Guajira, Magdalena, Risaralda, Meta y Nariño. Por lugar de residencia estos casos corresponden a las entidades territoriales de Córdoba, Magdalena, Risaralda, Putumayo, Vichada y La Guajira.

De los seis casos tres corresponden a menores de un año y los demás a niños que tenían entre 12 a 15 meses. La mitad de los casos no se encontraban afiliados al régimen de seguridad social en salud y los menores afiliados no estaban inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo. Cinco casos refieren como pertenencia étnica otros y un caso indígena del departamento de La Guajira.

De los seis casos se registra una mediana en peso al nacer de 2700 g., talla de 48 cm., y 37 semanas de gestación. Al momento del fallecimiento se encuentra una edad mediana de 11 meses con peso de 4 kg., y talla de 52,5 cm. Del total de casos notificados, solo dos menores recibieron lactancia materna y alimentación complementaria.

La mayoría de las madres de los niños tienen bajo nivel educativo y todas pertenecen al estrato socioeconómico 1. La mayoría de los niños fallecieron en instituciones de salud y la mitad fallecieron el mismo día del ingreso; dentro de los signos de desnutrición predominan la presencia de edema y palidez generalizada.

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

- **Alertas internacional**

Enfermedad por el virus del Ébola (EVE),

(Actualización OMS, 14 de enero de 2015)

- Se han reportado 21 296 casos de EVE, con 8 429 muertes,
- Guinea a reportado el menor número de casos nuevos confirmados semanales de EVE desde el fin de semana del 17 de agosto de 2014,
- El número de casos continua bajo en Liberia, sin casos confirmados en la nación por los últimos dos días del final de la semana del 11 de enero de 2015 y el menor número de casos desde la primera semana de junio de 2014.
- Sierra Leona ha empezado a reportar una disminución en la incidencia de casos por segunda semana consecutiva
- En total se han notificado 825 casos en trabajadores de la salud, de los cuales 493 han fallecido.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, boletín 14 de enero de 2015

- **Alertas nacionales**

Notificación: 8 de enero de 2015

Entidad territorial: Magdalena

Lugar: Municipio de Chivólo

Situación: el 8 de enero el laboratorio de virología del INS se comunica con el grupo funcional de zoonosis para informar que una muestra de cerebro de un zorro procedente de la región dio positiva para rabia por la técnica de inmunofluorescencia directa (IFD)

Acciones realizadas: comunicación con la entidad territorial para el acompañamiento y apoyo en las acciones que vigilancia y control correspondientes, así como para determinar si hubo contactos humanos y animales. Se está coordinando por parte de la Dirección de Vigilancia el desplazamiento a la zona con el fin apoyar a la entidad territorial en la realización de la investigación epidemiológica respectiva

Estado: abierto



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

Dr. Fernando de la Hoz Restrepo
Director General

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

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

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

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

Giovanni Sanabria – ysanabria@ins.gov.co
Diagramación

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

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015

BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLOGICO** SEMANAL

www.ins.gov.co