

BES



Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	14
Enfermedades transmitidas por vectores.....	16
Infecciones de transmisión sexual	19
Micobacterias.....	21
Zoonosis	23
Factores de Riesgo Ambiental.....	26
Enfermedades no Transmisibles	27
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	31

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública

INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica número 02 de 2015 (11 ene. al 17 ene.)



25 DE ENERO de 2015, DÍA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA LA LEPRO O ENFERMEDAD DE HANSEN. ¡Pensemos en lepra!

Este 25 de Enero se conmemora el Día Mundial de la Lucha Contra la Lepra, es una gran oportunidad para concientizar e informar a las autoridades de salud, trabajadores de la salud y población en general, que la lepra aún existe, y es curable; esta actividad se promueve hace 60 años y está dedicada fundamentalmente a las personas afectadas por esta enfermedad.

Si desea más información sobre este tema ingrese al siguiente enlace:
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2306:25-de-enero-de-2015-dia-mundial-de-la-lucha-contra-la-lepra-o-enfermedad-de-hansen-ipensemos-en-lepra&Itemid=487

Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 02



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.

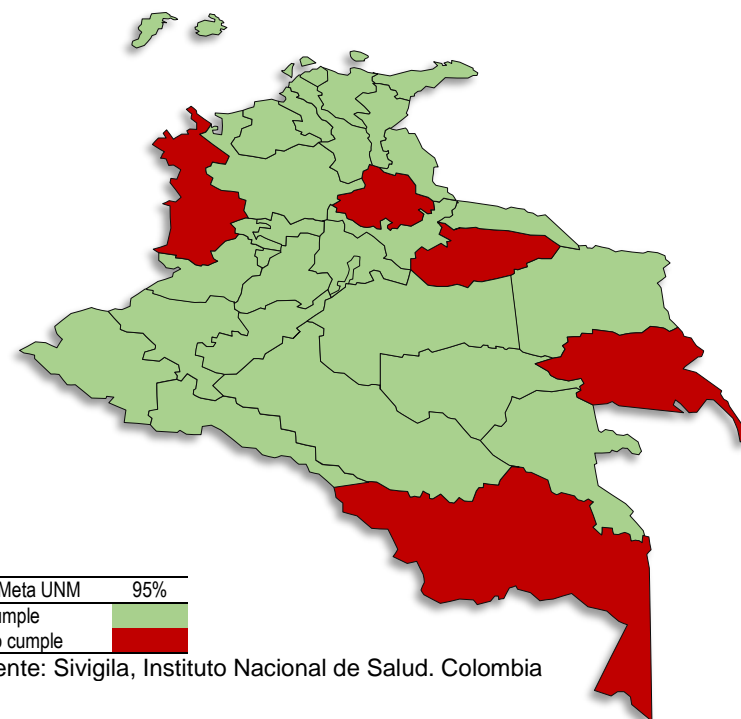
Semana epidemiológica número 02 de 2015 (11 ene. - 17 ene.) página 2

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 2 del 2015, fue del 97 % para las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND), Casanare no realizó 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 97 % (1084 de 1122 municipios), aumentó 5 % con respecto a la semana anterior y disminuyó 1 % 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, Casanare, Chocó, Guainía y Santander, presentaron un porcentaje inferior a la meta establecida (ver mapa 1).

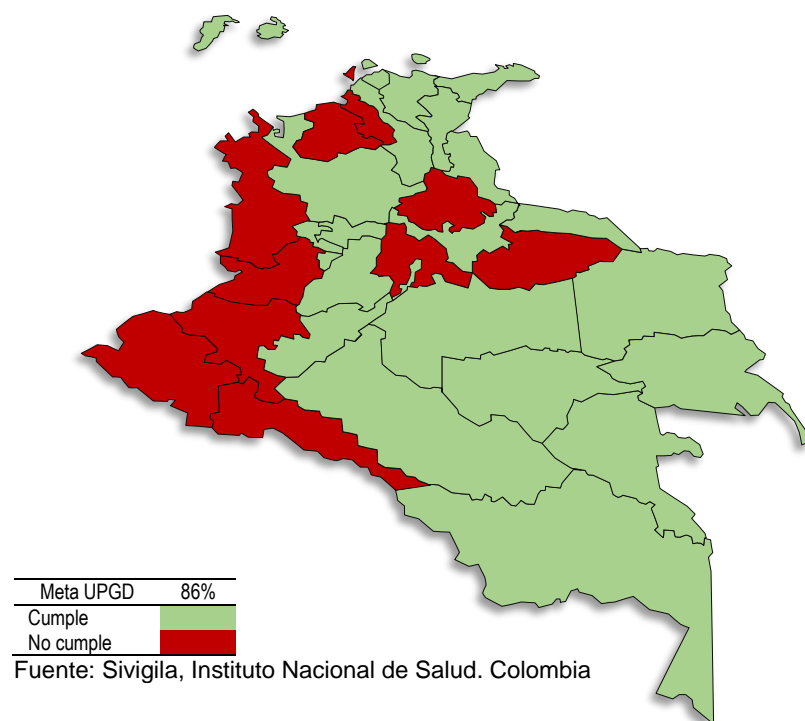
Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 2 de 2015



El cumplimiento a nivel nacional de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en esta semana fue del 88 % (4834 de 5510 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 84 % para este nivel. La notificación aumentó 1 % respecto a la semana anterior y disminuyó 5 % con relación a la misma semana del año 2014.

En la semana epidemiológica 2 de 2015 los departamentos de Cartagena, Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Nariño, Putumayo, Santander, Sucre y Valle del Cauca, incumplieron la meta establecida para UPGD (ver mapa 2).

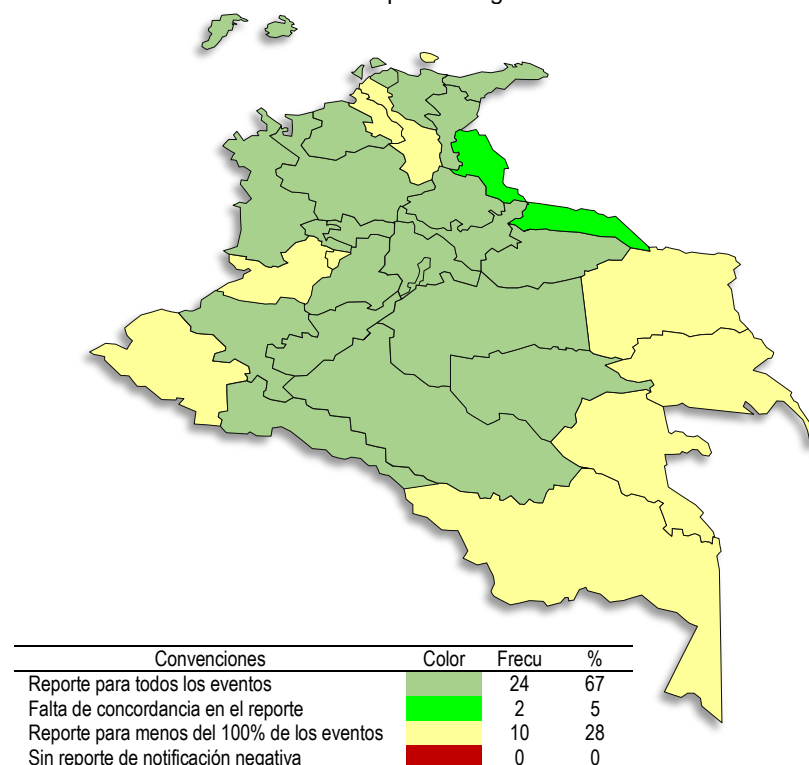
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 2 de 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 2 de 2015, no se presentaron entidades territoriales sin reporte de notificación negativa (rojo); adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 24 (67%) 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 5 % 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 diez entidades territoriales, dejaron 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 2 de 2015

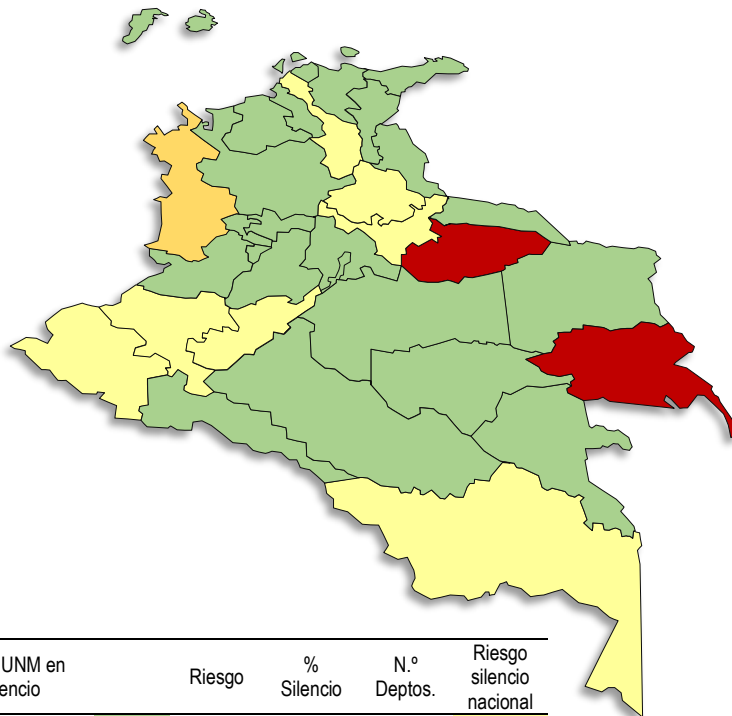


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 3 %. El 69 % de las entidades territoriales departamentales o distritales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 22 % (siete) de los departamentos obtuvieron menos del 10 % de sus municipios en silencio: Amazonas, Bolívar, Boyacá, Cauca, Huila, Nariño y Santander. En riesgo medio quedó el departamento de Chocó y en riesgo alto quedaron Casanare, y Guainía (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 2 de 2015



% de UNM en silencio	Riesgo	% Silencio	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	69 %	22	Bajo
>0 % a <10 %	Bajo	22 %	7	
De 10 % a 20 %	Medio	3 %	1	
Mayor a 20 %	Alto	6 %	2	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

• *Difteria*

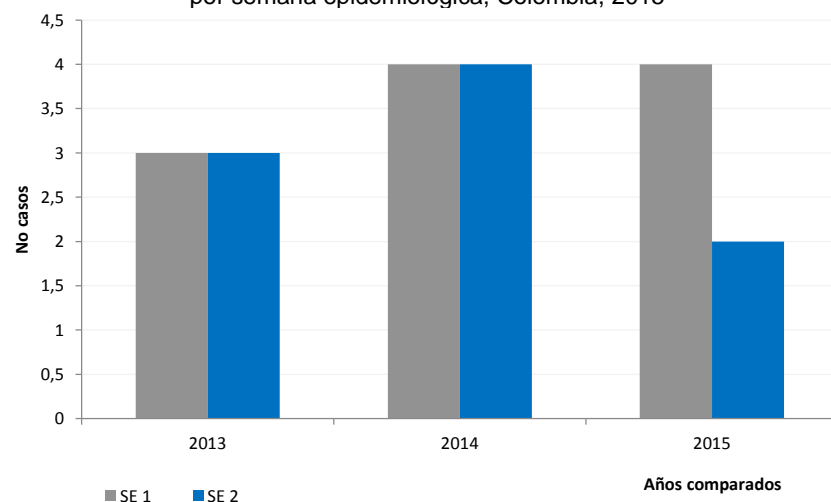
Para la semana epidemiológica 02 de 2015 no se notificaron casos probables de difteria.

• *Enfermedad diarreica aguda*

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 2 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, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la tasa de mortalidad es de 1,39 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 2 de 2015

Grupos de edad	Población estimada DANE 2015 menores de 5 años	Número de muertes a SE 2	Tasa de mortalidad por 1.000.000 hab. menores de 5 años
Total país (menores de 5 años)	4.321.637	6	1,39
Menores de 1 año	873.444	2	2,29
1 a 4 años	3.448.193	4	1,16

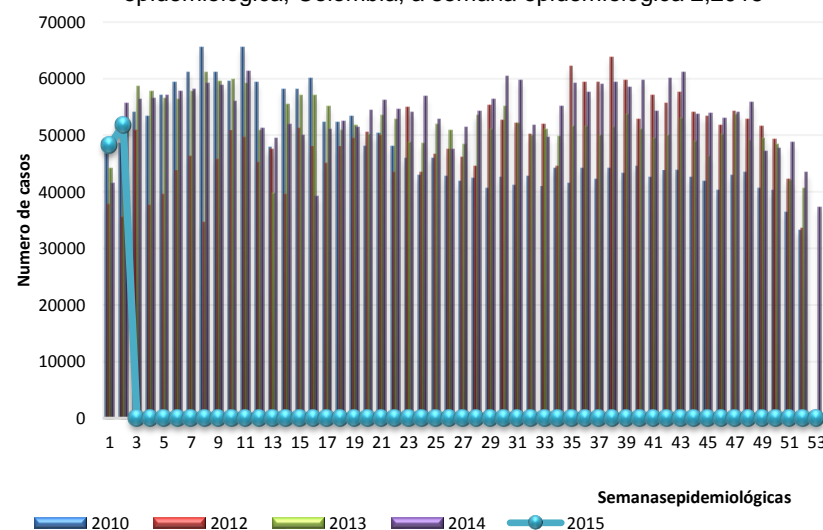
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 2 de 2015, cuatro de las entidades territoriales reportaron casos de muertes por EDA en menores de cinco 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 2 de 2015 se notificaron un total de 55 691 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) con un total acumulado para el país de 100.050 casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 2, 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 a la disminución de casos con respecto al año anterior del 7,06%, pero en los casos acumulados hay un aumento del 3,02%; 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 2 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 2	55.691	51.761	-7,06%
Casos Acumulados a SE 2	97.120	100.050	3,02%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de un año registran la incidencia más alta con 6,45 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre uno y cuatro años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 15 309 casos (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 2 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 hab.
Total país	48203405	100050	2.07
< 1 año	873444	5635	6.45
1 a 4 años	3448193	15309	4.44
5 a 9 años	4258678	7897	1.85
10 a 14	4282708	5228	1.22
15 a 19	4345112	5761	1.33
20 a 24	4292291	10756	2.51
25 a 29	3957939	10370	2.62
30 a 34	3539724	8545	2.41
35 a 39	3205979	6142	1.92
40 a 44	2879410	4776	1.66
45 a 49	2883795	4363	1.51
50 a 54	2680490	3614	1.35
55 a 59	2218791	2975	1.34
60 a 64	1728396	2585	1.50
65 a 69	1307382	1925	1.47
70 a 74	926841	1430	1.54
75 a 79	684618	1173	1.71
80 y más años	689614	1566	2.27

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 2 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 2,07 casos por 1000 habitantes fueron: Quindío, Amazonas, Bogotá, Valle del Cauca, Caquetá, Cesar, Antioquia, Magdalena, Huila, Tolima, Meta y Norte de Santander. 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 2 de 2015

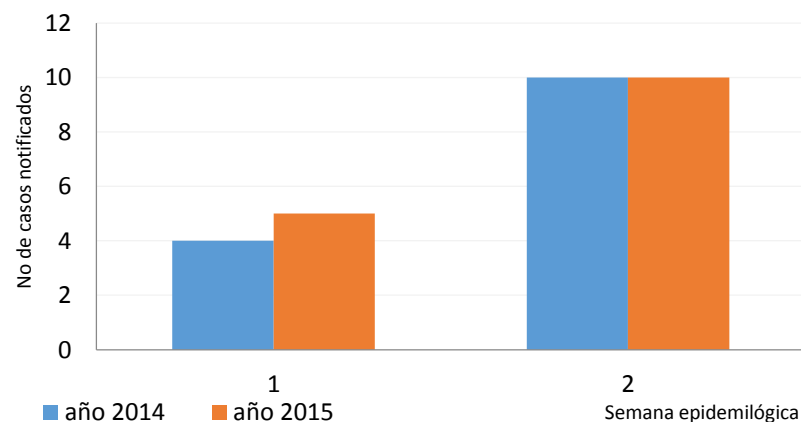
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Quindío	2344	2.34%	565,310	4.15
Amazonas	219	0.22%	76,243	2.87
Bogotá	21500	21.49%	7,878,783	2.73
Valle del Cauca	12116	12.11%	4,613,684	2.63
Caquetá	1239	1.24%	477,642	2.59
Cesar	2569	2.57%	1,028,890	2.50
Antioquia	15828	15.82%	6,456,299	2.45
Magdalena	1903	1.90%	791,129	2.41
Huila	2669	2.67%	1,154,777	2.31
Tolima	3230	3.23%	1,408,272	2.29
Meta	2071	2.07%	961,334	2.15
Norte de Santander	2917	2.92%	1,355,787	2.15
Total País	100.050	100	48.218.577	2.07

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 2 (15 casos) muestra un aumento del 7,14 % en la notificación del evento con respecto al 2014, semana hasta la que se notificaron 14 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento en la notificación de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, a semana epidemiológica 2, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que hasta la semana 02 han notificado casos sospechosos de ESAVI son: Bogotá 26,7 % (4 casos), Boyacá 20 % (tres casos), Antioquia 13,3 % (dos casos), Caldas 13,3 % (dos casos), Valle del Cauca 6,7 % (un caso), Tolima 6,7 % (un caso), Nariño 6,7 % (un caso) y Sucre 6,7 % (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 a semana epidemiológica 2 corresponde al 7,6 %; en esta semana se notificó un total de 103.824 consultas externas y urgencias por IRA, de un total de 1.502.647 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 a semana epidemiológica 2 es del 6,2 %; en esta semana se notificó un total de 2893 hospitalizaciones por IRA, de un total de 49.753 hospitalizaciones por todas las causas.

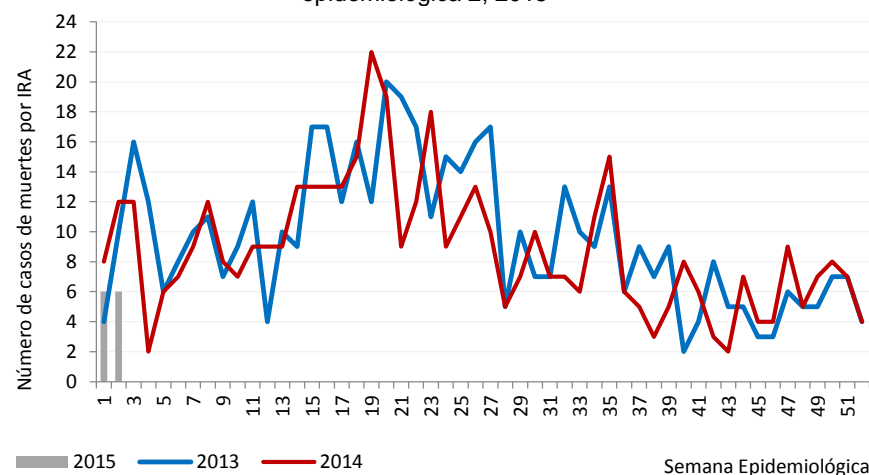
El porcentaje de casos de IRA en hospitalización en UCI respecto al total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas a nivel nacional a semana epidemiológica 2 es del 8,3 %; en esta semana se notificó un total de 232 hospitalizaciones por IRA en UCI, de un total de 3.009 hospitalizaciones en UCI por todas las causas.

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica 2 de 2015 se notificaron seis casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años; para un acumulado total de 12 casos.

La notificación de casos de mortalidad en menores de 5 años por IRA a semana epidemiológica 2 de 2015 muestra una disminución del 40 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Muertes por IRA en menores de 5 años, Colombia a semana epidemiológica 2, 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: La Guajira con dos casos, Cundinamarca, Nariño, Chocó y Tolima con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 2 la tasa de mortalidad nacional es de 0,3 por cada 100 000 menores de cinco años.

Vigilancia centinela ESI - IRAG

Durante la semana epidemiológica 2 se notificaron 94 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; 53

casos corresponden a notificación tardía y 41 casos a la semana epidemiológica 2; de los 94 casos, 68 casos corresponden a pacientes con IRAG y 26 casos a pacientes con ESI, a semana epidemiológica 2 el acumulado total de casos de ESI-IRAG es de 138.

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

Tabla 1. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial y UPGD centinela, Colombia semana epidemiológica 2 de 2015

Entidad Territorial	UPGD centinela	Número de registros
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	12
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	6
Barranquilla	Clínica General del Norte	3
	Hospital Santa Clara	1
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	3
	Fundación Cardioinfantil	9
	Hospital de Suba	2
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyaca	3
	Hospital San Rafael Tunja	2
Caldas	ASSBASALUD ESE	2
Cartagena	Gestión Salud	2
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	11
	Corporación IPS Saludcoop Clinica	2
Meta	Llanos	2
	Hospital Departamental de Villavicencio	2
Nariño	Fundación Hospital San Pedro	12
	Hospital Infantil los Angeles	1
Norte de Santander	Ese IMSALUD	4
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	1
Valle del Cauca	Fundación Valle de Lili	6
	Red Salud de Ladera	10
Total		94

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

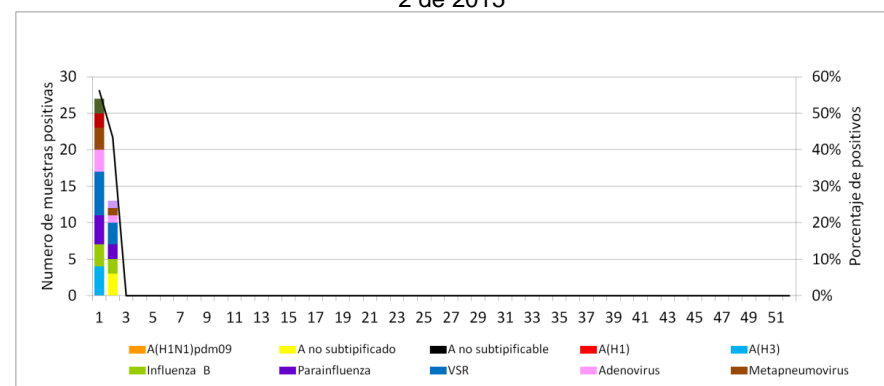
Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios

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 2 de 2015 se han analizado 78 muestras, de las

cuales el porcentaje de positividad corresponde al 51,3 %; de estas el 15,4 % fueron positivas para influenza y el 35,9 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (22,5 %), seguido de Parainfluenza (15 %), Influenza B (12,5 %), Influenza A (H3N2) (10 %), Adenovirus (10 %), Metapneumovirus (10 %) y otros virus (12,5 %) (Bocavirus, Rinovirus, entre otros) (ver gráfica 2).

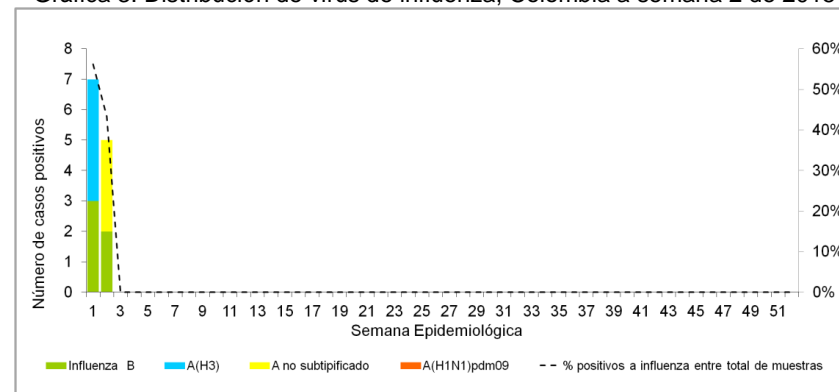
Gráfica 2. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 2 de 2015



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 a semana 2 de 2015



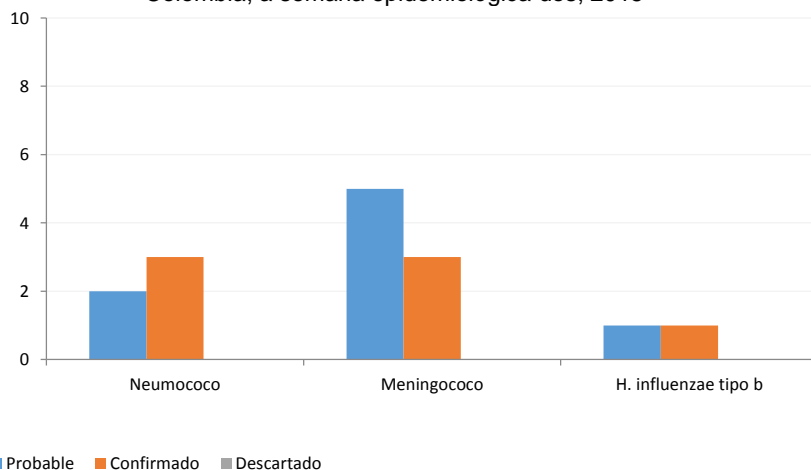
Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

• Meningitis

A semana epidemiológica dos de 2015 fueron notificados al Sivigila 15 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales ocho (53,3 %) corresponden a casos probables y siete (46,7 %) corresponden a casos notificados como confirmados por laboratorio. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana dos muestra un aumento del 7,1 % con respecto al 2014, en el cual se había reportado 14 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas a semana epidemiológica dos de 2015 es: meningitis meningocócica 53,3 % (ocho), meningitis por neumococo 33,3 % (cinco) y meningitis por *Haemophilus influenzae* 13,3 % (dos) (ver gráfica 1).

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



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

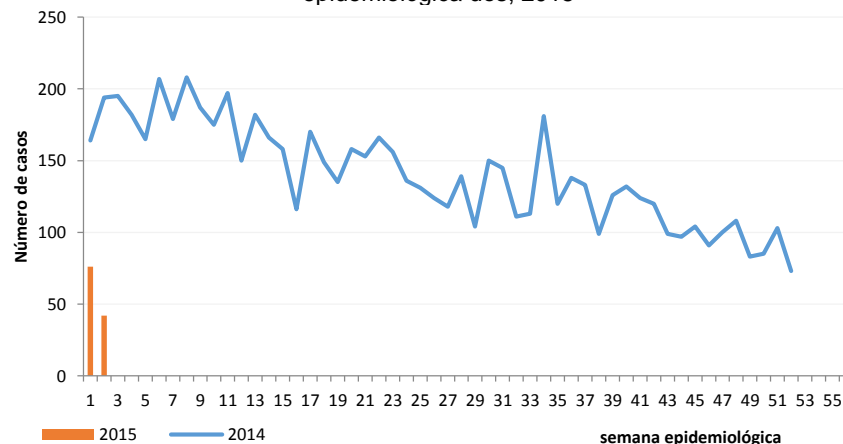
Los casos de meningococo fueron reportados por Cartagena (tres casos), Antioquia (tres casos), Bogotá y Córdoba un caso cada uno. Los casos de neumococo proceden de Bogotá con dos casos, Antioquia, Casanare y Sucre un caso cada uno. Los casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* provienen de Bogotá y Córdoba un caso cada uno.

Se reporta un caso de meningitis por neumococo fallecido en Sincelejo, Sucre, mujer de 18 años de edad, confirmado por laboratorio.

• Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica dos de 2015 se notificaron al Sivigila 118 casos de parotiditis, de los cuales el 100 % corresponden a casos confirmados por clínica. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 67,0 %, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 358 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos de parotiditis por semana epidemiológica, Colombia, semana epidemiológica dos, 2015



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

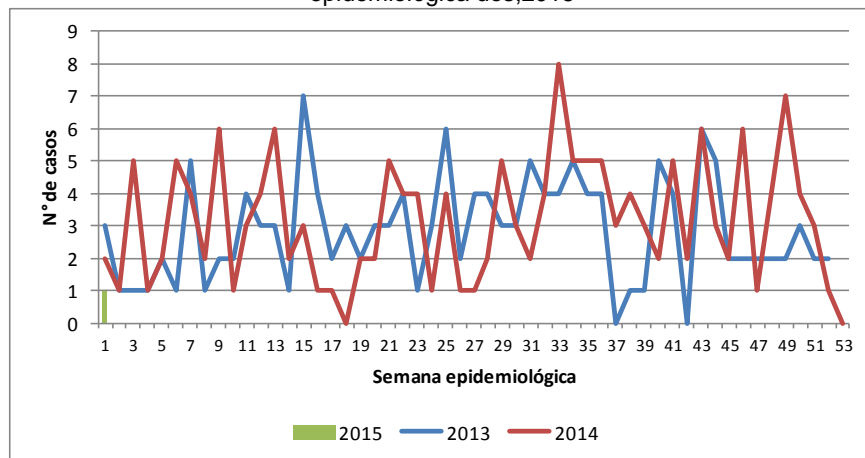
El 72,0 % de los casos fueron notificados por Bogotá, Caquetá, Antioquia, Valle y Cundinamarca. Otras entidades territoriales que notificaron casos fueron, según procedencia: Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Chocó, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santander, San Andrés Islas, Santa Marta y Vichada.

Un total de 40 municipios reportaron casos de parotiditis hasta la semana dos, de los cuales el 57,6 % son de Bogotá, Florencia, Medellín y Cali.

- **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Hasta la semana epidemiológica 02 de 2015 se ha notificado al Sivigila un caso probable de parálisis flácida aguda; esta notificación muestra una disminución del 66,67 % respecto al año inmediatamente anterior, en el cual se habían reportado tres casos.

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

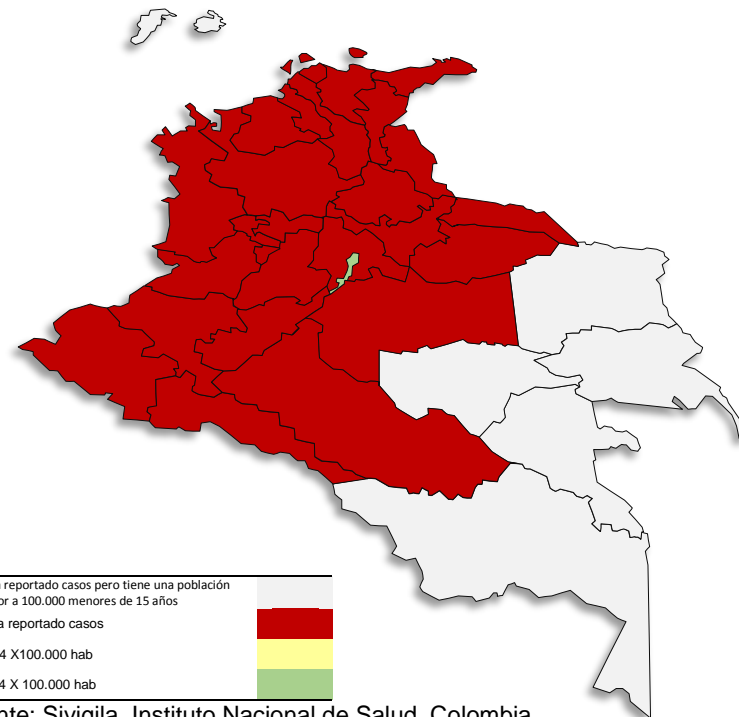


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de notificación esperada hasta la fecha es de 0,04 casos por 100 000 menores de 15 años, la entidad territorial que para esta semana supera la tasa de notificación esperada es Bogotá.

En el mapa aparecen en rojo las entidades territoriales que no han notificado casos probables para el 2015 y en blanco aquellas que no han notificado casos y tienen una población inferior a 100 000 menores de 15 años (ver mapa 1).

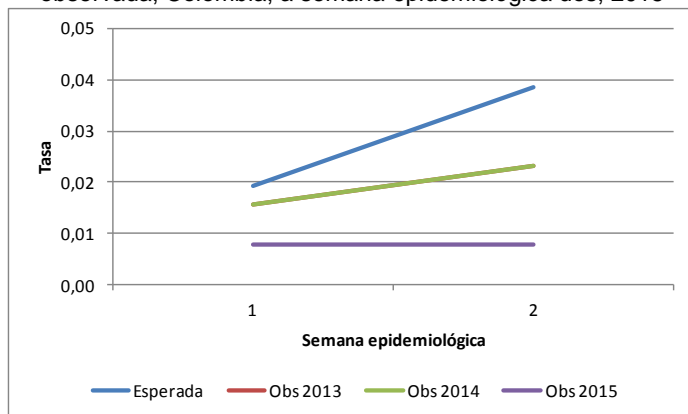
Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica dos de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica dos de 2015 la tasa de notificación en el Sivigila es de 0,01 casos por 100 000 menores de 15 años, de manera que no 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 observada, Colombia, a semana epidemiológica dos, 2015

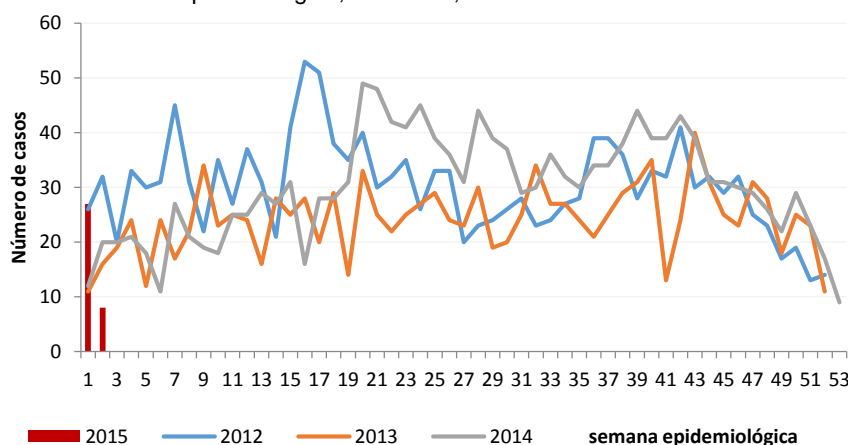


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 2 de 2015 se reportaron 35 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un aumento del 9,4 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 32 casos, se observa un aumento del 29,6 % con respecto al año 2013 y una disminución del 39,7 % con relación al 2012 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 2 de 2015

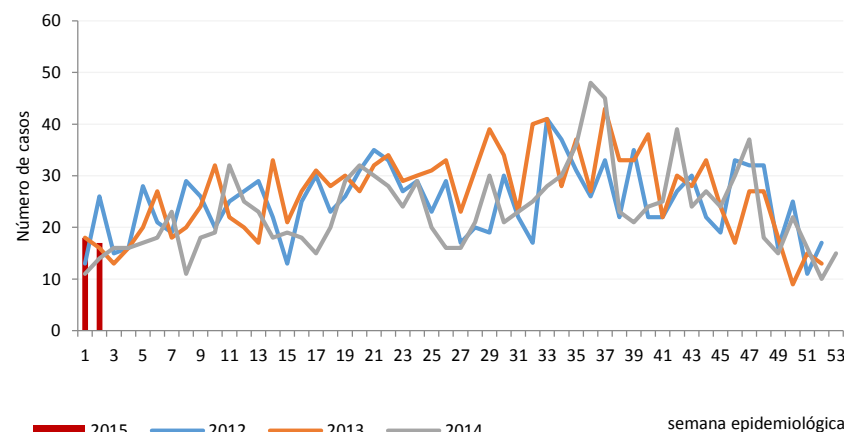


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 100 % de los casos sospechosos de sarampión son de cuatro entidades territoriales: Bogotá (28), Antioquia (cuatro), Cundinamarca (dos) y Valle (uno).

Hasta la semana epidemiológica 2 de 2015 se reportaron 35 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra un aumento del 40,0 % con respecto al año 2014, comparado con el 2013 hay un aumento del 2,9 % y con el 2012 hay un aumento del 10,3 % (ver gráfica 2).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 100 % de los casos sospechosos de rubéola son de cinco entidades territoriales: Bogotá (27), Antioquia (cuatro), Tolima (dos), Caldas y Cundinamarca uno cada uno.

La tasa de notificación nacional es de 0,15 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana 02 de 0,08.

Un total de cinco entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 2: Bogotá (0,70), Tolima (0,14), Antioquia (0,12), Cundinamarca (0,11) y Caldas (0,10). No cumple con la

tasa esperada el Valle del Cauca. Un total de 30 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 2 de 2015

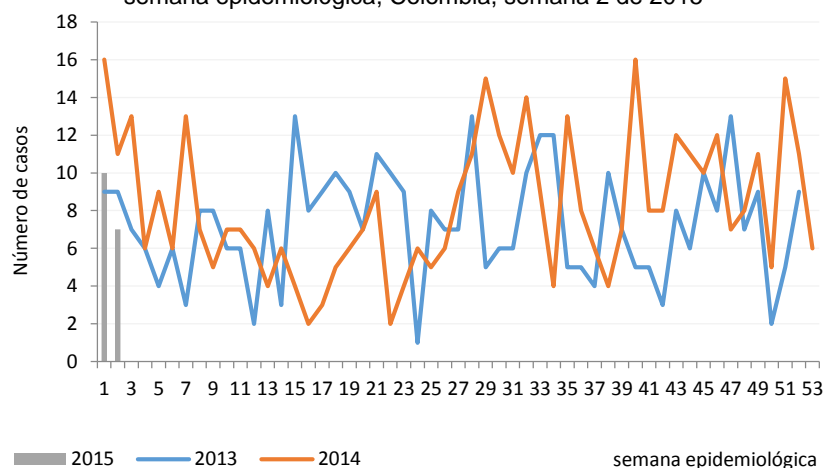
Departamento	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100 000 htes (SIVIGILA)
Bogotá, D.C.	55	7.878.783	0,70
Tolima	2	1.408.272	0,14
Antioquia	8	6.456.299	0,12
Cundinamarca	3	2.680.041	0,11
Caldas	1	987.991	0,10
Valle del Cauca	1	4613684	0,02
Total	70	48.203.405	0,15

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 02= 0.08 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

Hasta la semana epidemiológica 2 de 2015 se han notificado 17 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra una disminución del 37,0 % cuando se reportaron 27 casos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 2 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 100 % de los casos provienen de cinco entidades territoriales: Antioquia (10), Bogotá (tres), Huila (dos), Boyacá y Casanare con un caso cada uno.

• Tétanos

Tétanos neonatal

En la semana epidemiológica 2 de 2015 no se notificaron casos.

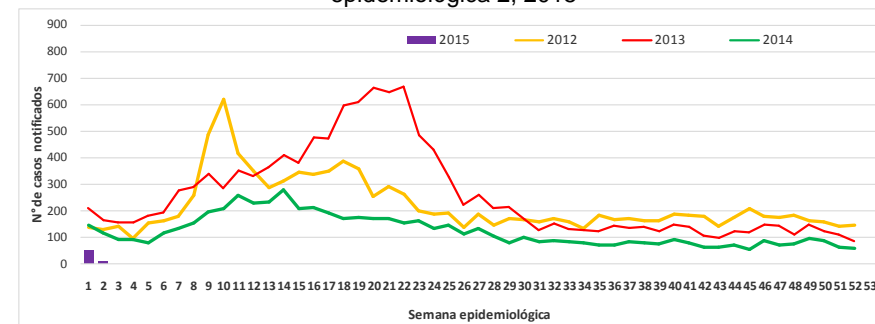
Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 2 de 2015 se han notificado tres casos de tétanos accidental: dos caso probables notificados por los Distritos de Cartagena y Barranquilla y un caso confirmado por clínica notificado por Norte de Santander (Cúcuta).

• Tos ferina

En la semana epidemiológica 2 de 2015 se notificaron de 63 casos más un registro duplicado. Se evidencia una disminución del 59 % en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 262 casos hasta el mismo periodo epidemiológico (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, a semana epidemiológica 2, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los 63 casos probables para tos ferina al Sivigila se obtuvo el siguiente porcentaje de notificación según entidad territorial

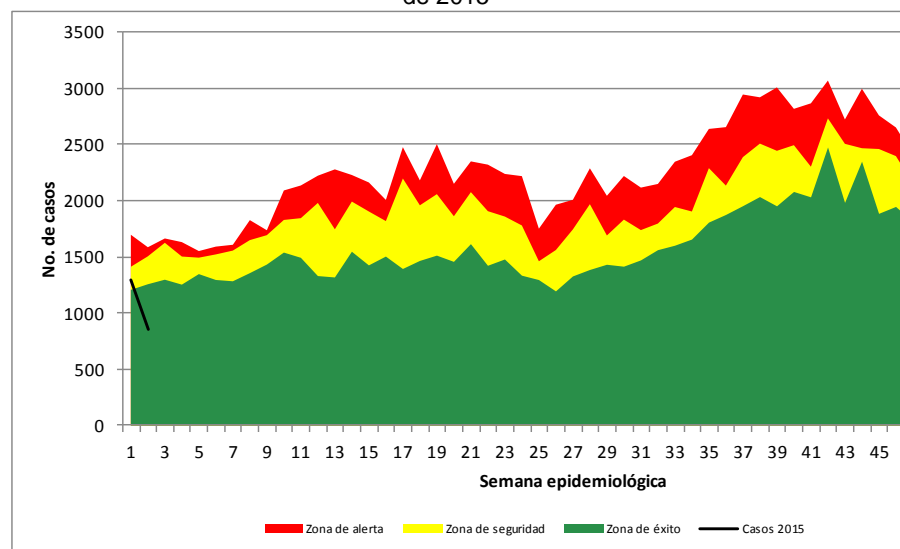
notificadora; Bogotá 30,2 % (19 casos), Antioquia 27 % (17 casos) Boyacá 9,5 % (seis casos), Caldas 6,3 % (cuatro casos), Amazonas, Cauca, Cesar, Huila, Santander y Tolima cada uno con dos casos que representaron el 3,2 % y Arauca, Caquetá, Nariño, Norte de Santander y Sucre, estos últimos con un caso que aportaron el 1,6 %.

- **Varicela**

Hasta la semana epidemiológica dos de 2015 se han notificado 2 143 casos de varicela, esta notificación muestra una disminución del 29,30 % respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 3 031 casos. Esta semana presenta una proporción de incidencia a nivel nacional de 4,45 casos por 100 000 habitantes.

Según el comportamiento en el canal endémico; para la semana epidemiológica dos 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 dos de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

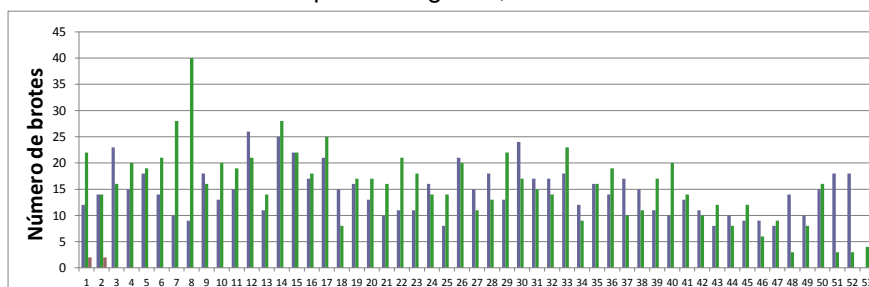
Acumulado a semana dos no se han notificado muertes asociadas a varicela.

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

• **ETA**

Hasta la semana epidemiológica 2 del 2015 se ha notificado al Sivigila diez casos de ETA, involucrados en cinco brotes (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 2, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 2 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: uno a cuatro años (20%), 10 a 14 años (20%) y 45 a 49 años (20%).

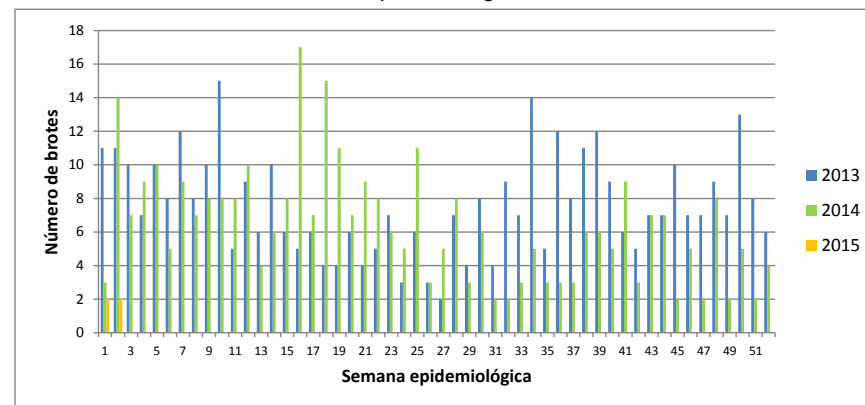
Las entidades territoriales que notificaron brotes de ETA fueron Sucre, Arauca, Bogotá y Risaralda; los principales síntomas fueron diarrea (26,7%), vómito (20%), náuseas (13,3) y dolor abdominal (10%).

• **Fiebre tifoidea y paratifoidea**

Hasta la semana epidemiológica 2 de 2015 se ha notificado cuatro casos de fiebre tifoidea y paratifoidea; se notificaron dos casos correspondientes a la semana 2.

Las entidades territoriales notificaron casos de fiebre tifoidea y paratifoidea fueron Cauca, Antioquia, Huila y Valle (ver gráfica 2).

Gráfica 1. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 2, 2015



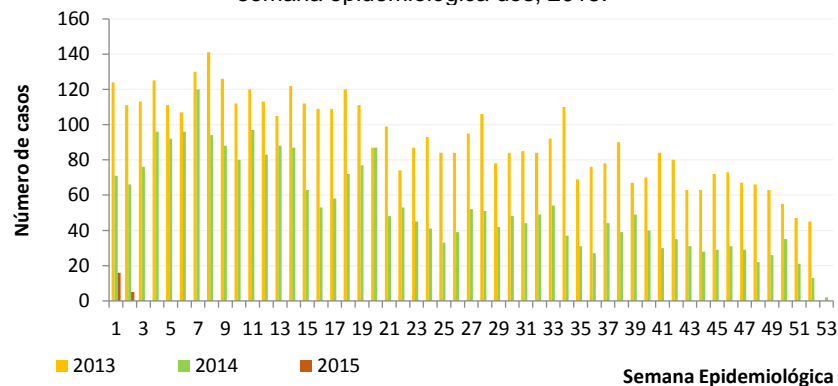
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 2 de 2015, los grupos de edad más afectados son: el de 0 a cuatro años (18%), de cinco a nueve años (14,6%) y 10 a 14 años (9,2%).

• **Hepatitis A**

Hasta la semana epidemiológica dos se han notificado 21 casos de hepatitis A, de los cuales cinco ingresaron en la semana dos, estando como confirmados 57,1% por laboratorio y 42,9% casos por clínica (ver gráfica 1).

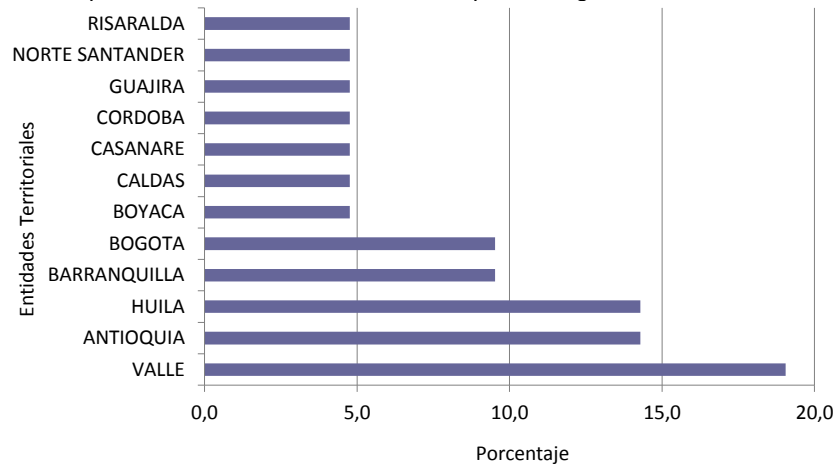
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica dos, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Según el lugar de procedencia se obtuvo que el mayor número de casos notificados proviene de: Valle (19%), Antioquia (14,3%), Huila (14,3%) y Bogotá (9,5%) (ver gráfica 2).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 71,4% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 23,8% en rural disperso y el 4,8% en centro poblado. En cuanto a la población, el 100% pertenece a otros grupos étnicos.

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

• Chikunguña

En semana epidemiológica 2 de 2015 se han notificado 14 021 de los cuales 13 856 fueron confirmados por clínica y 169 sospechosos; para un acumulado 2014-2015 de 129 373 casos (ver tabla 1).

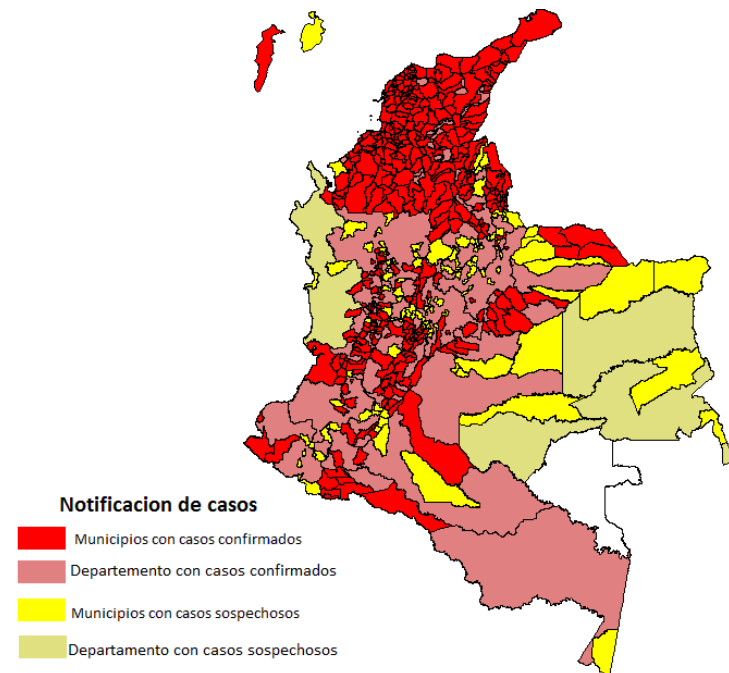
Tabla 1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 17 de Enero de 2015

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 2 -2015	13 856	0	169	14 021
Acumulado 2014-2015	126 761	611	2 001	129 373

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 17 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, Caquetá y Putumayo y casos sospechosos en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare y Putumayo (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de autóctonos de chikunguña en la región Amazonía por municipio de procedencia, Colombia, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	AMAZONAS	0	1	13	14
	CAQUETA	5	1	30	36
	GUAINIA	0	0	7	7
	GUAVIARE	0	0	2	2
	VAUPES	0	0	0	0
	PUTUMAYO	71	21	2	94
Total		76	23	54	153

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, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	2310	6	86	2402
	BOGOTÁ*	0	1	291	292
	CALDAS	1221	3	18	1242
	CUNDINAMARCA	3420	2	172	3594
	HUILA	8094	9	115	8218
	QUINDIO	36	1	0	37
	RISARALDA	19	2	0	21
	TOLIMA	3255	2	334	3591
Total		18355	26	1016	19397

*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, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	24	6	10	40
	NTE SANTANDER	26668	78	102	26848
	SANTANDER	718	8	46	772
	Total	27410	92	158	27660

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, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	92	3	250	345
	CASANARE	57	2	4	63
	META	134	2	17	153
	VICHADA	0	0	8	8
Total		283	7	279	569

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 ocho 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	5	3	67	75
	CHOCO	1	0	8	9
	NARIÑO	10	3	10	23
	VALLE	1219	22	2	1243
Total		1236	28	86	1350

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, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	2741	27	32	2800
	BARRANQUILLA	5072	7	0	5079
	BOLIVAR	17956	138	0	18094
	CARTAGENA	12370	16	0	12386
	CESAR	987	25	10	1022
	CORDOBA	7872	59	10	7941
	GUAJIRA	7418	29	18	7465
	MAGDALENA	4002	28	333	4363
	SAN ANDRES	304	2	3	309
	STA MARTA D.E.	4556	6	0	4562
	SUCRE	16124	70	1	16195
	Total	79402	407	407	80216

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

Más información en el siguiente enlace:

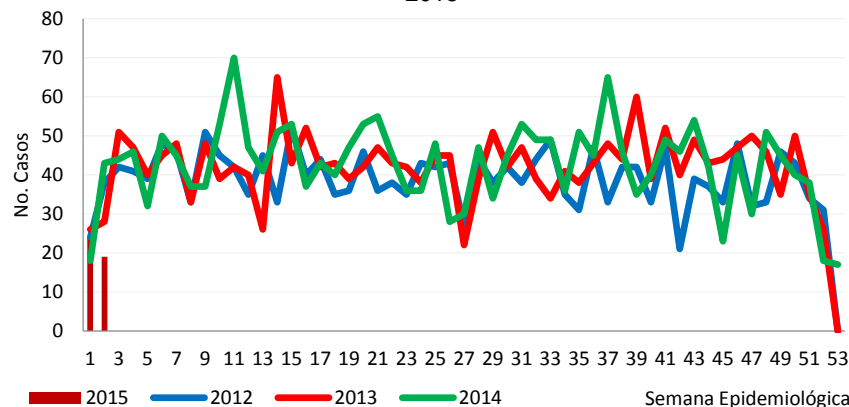
<http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Lo-que-debes-saber-sobre-la-fiebre-Chikungunya.aspx>

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 2 se han notificado 43 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 4 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 23%, comparado con la misma semana del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 61 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 2, 2015



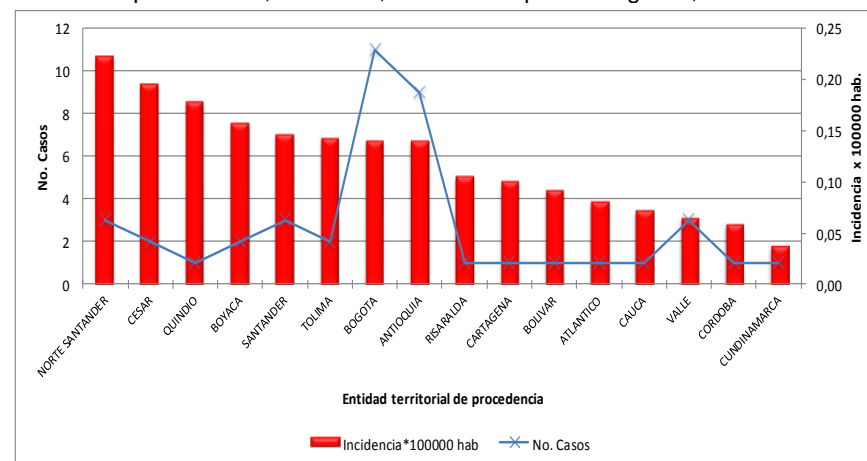
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron han sido en su orden: Bogotá (23,40%), Antioquia (19,15), Norte de Santander (6,38%), Santander (6,38%), y Valle del Cauca (6,38%), los cuales en conjunto representan el 61,70% de los casos notificados hasta la presente semana.

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 0,09 casos por cada 100 000 habitantes, las entidades territoriales con la mayor incidencia son Norte de Santander (0,22),

Cesar (0,19), Quindío (0,18), Boyacá (0,16) y Santander (0,15) (ver gráfica 2).

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



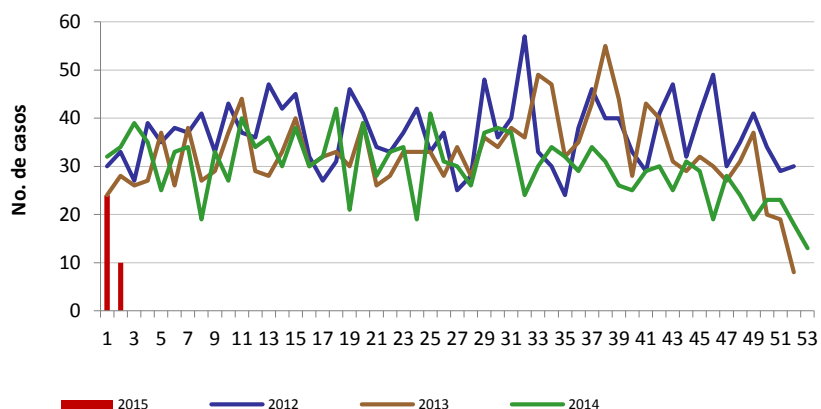
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana 2 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 2 del 2015 han sido notificados 34 casos de sífilis congénita y a la misma fecha en 2014 se había notificado 66 casos, por lo tanto se observa una disminución en la notificación del 48,5% (ver gráfica 1).

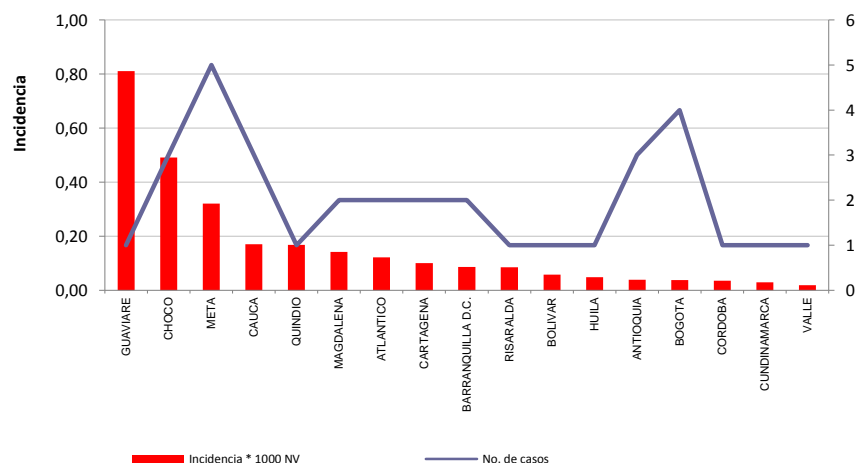
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 2 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

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



Incendencia Colombia: 0,05 casos por 1000NV

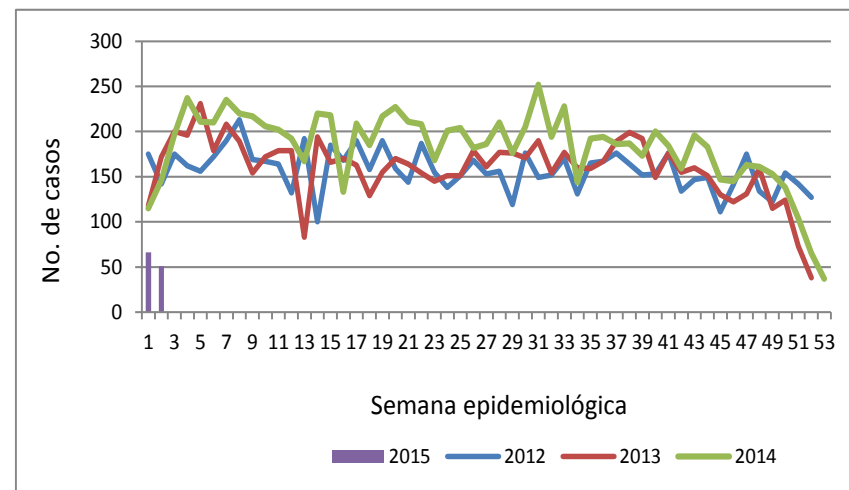
Meta 2015: 0,5 casos por 1000NV

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 2 de 2013 se notificaron 290 casos, para el 2014 se notificaron 261 casos y para el 2015 a semana 2 se han reportado 117 casos, lo que muestra una disminución entre el 2014 y 2015 del 55,17% (144 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 2 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 2, de los 117 casos notificados 108 están en estadio VIH y SIDA y nueve aparecen con condición final muerte.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica 2 de 2015 se ha notificado al Sivigila siete casos de lepra, con respecto a la semana anterior para esta semana se observa un aumento del 40% en la notificación. El 42,9 % de los casos fue confirmado por laboratorio; en cuanto a la clasificación inicial el 100% corresponde a nuevos casos.

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 2 de 2015 es de 0,014 casos por 100 000 habitantes. El 71,4 % del total de casos nuevos detectados corresponden al sexo masculino y los grupos de edad más afectados fueron menores de 35 años. Las entidades territoriales que han notificado casos de lepra se encuentran Santander, Huila, Bolívar, Bogotá y Barranquilla.

Del total de casos, el 57,1 % corresponde a lepra paucibacilar y el 42,9 % a lepra multibacilar; el 42,9 % ha presentado algún grado de discapacidad (ver tabla 1).

Tabla 1. Número de casos de lepra de acuerdo con la condición de ingreso y discapacidad evaluada, Colombia, a semana epidemiológica 2 de 2015

Clasificación final y grado de discapacidad	Casos de lepra a semana 2
Paucibacilares	cuatro
Multibacilares	tres
Discapacidad Grado I	cero
Discapacidad Grado II	tres

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tuberculosis todas las formas

En la semana epidemiológica dos de 2015 se notificaron al Sivigila 259 casos de tuberculosis todas las formas, de los cuales 222 son pulmonares y 37 extrapulmonares; por tipo de caso, el 81,5% ingresó confirmado por laboratorio, el 16,2% por clínica y el 2,3% por nexo epidemiológico (ver tabla 2).

Tabla 2. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica dos de 2015

TIPO DE CASO	TIPO DE TUBERCULOSIS			TOTAL	%
	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	MENINGEA		
CONFIRMADO POR LABORATORIO	190	21	0	211	81,5
CONFIRMADO POR CLINICA	26	16	0	42	16,2
CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO	6	0	0	6	2,3
SIN DATO	0	0	0	0	0,0
TOTAL	222	37	0	259	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, acumulado a semana epidemiológica dos el 88,0% ingresó como casos nuevos, el 6,6 % como recaídas y el 5,4 % como abandono (ver tabla 2).

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

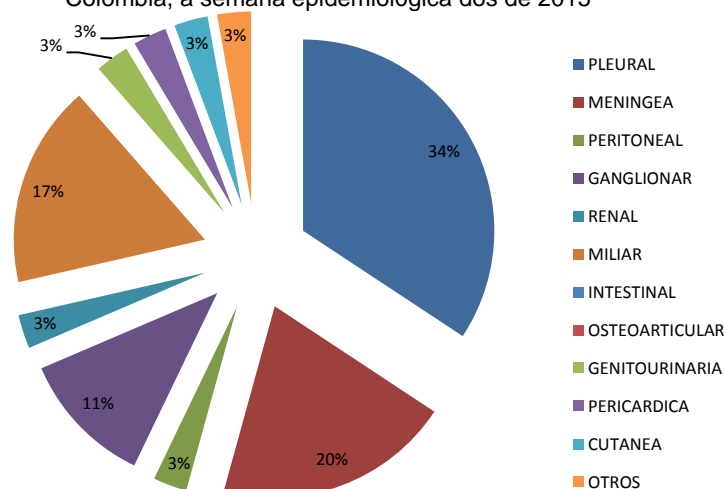
CLASIFICACIÓN DE CASO	TIPO DE TUBERCULOSIS			TOTAL	%
	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	MENINGEA		
NUEVO	194	34	0	228	88,0
RECAIDA	14	3	0	17	6,6
FRACASO	0	0	0	0	0,0
ABANDONO	14	0	0	14	5,4
SIN DATO	0	0	0	0	0,0
TOTAL	222	37	0	259	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica dos de 2015, de los casos registrados de tuberculosis todas las formas según la pertenencia étnica, el 3,8% corresponde a población indígena, el 6,9% a población afrocolombiana y el 89,2 % restante a otros grupos poblacionales, para esta semana se notificó una muerte del departamento de Antioquia.

A semana epidemiológica dos en los casos de tuberculosis extrapulmonar la localización anatómica de mayor proporción registrada fue la pleural con el 34%, seguido de la meníngea con el 20% (ver gráfica 2).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana epidemiológica ingresaron 37 casos de tuberculosis extrapulmonar, siendo las formas de mayor proporción pleural y meníngea con el 54 % de los casos.

Por entidad territorial de residencia, Vichada presenta la mayor tasa de incidencia de 1,42 casos por 100 000 habitantes, seguida por Amazonas con 1,33 casos por 100 000 habitantes, por número de casos Antioquía es la de mayor proporción de casos de tuberculosis todas las formas. La incidencia acumulada a semana epidemiológica dos es de 0,54 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 dos de 2015

ENTIDAD TERRITORIAL	N. DE CASOS	TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HAB.	N. DE CASOS	TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HAB.	TOTAL	TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HAB.
VICHADA	1	1,4	0	0,0	1	1,42
AMAZONAS	1	1,3	0	0,0	1	1,33
SAN ANDRES	1	1,3	0	0,0	1	1,32
BARRANQUILLA	11	0,9	3	0,2	14	1,16
CASANARE	3	0,9	1	0,3	4	1,14
ANTIOQUIA	59	0,9	10	0,2	69	1,08
VALLE DEL CAUCA	39	0,9	3	0,1	42	0,92
GUAVIARE	1	0,9	0	0,0	1	0,91
CAQUETA	3	0,6	1	0,2	4	0,85
NORTE SANTANDER	10	0,7	1	0,1	11	0,82
CHOCO	2	0,4	2	0,4	4	0,81
HUILA	9	0,8	0	0,0	9	0,79
TOLIMA	7	0,5	2	0,1	9	0,64
META	6	0,6	0	0,0	6	0,64
SANTANDER	10	0,5	3	0,1	13	0,63
RISARALDA	6	0,6	0	0,0	6	0,63
CARTAGENA	6	0,6	0	0,0	6	0,63
PUTUMAYO	2	0,6	0	0,0	2	0,59
ATLANTICO	7	0,6	0	0,0	7	0,57
CUNDINAMARCA	9	0,3	2	0,1	11	0,42
CALDAS	4	0,4	0	0,0	4	0,41
GUAJIRA	3	0,3	0	0,0	3	0,32
BOLIVAR	2	0,2	1	0,1	3	0,27
CAUCA	3	0,2	0	0,0	3	0,22
STA MARTA D.E.	1	0,2	0	0,0	1	0,22
BOGOTA	9	0,1	6	0,1	15	0,19
BOYACA	2	0,2	0	0,0	2	0,16
MAGDALENA	1	0,1	0	0,0	1	0,13
CORDOBA	1	0,1	1	0,1	2	0,12
SUCRE	1	0,1	0	0,0	1	0,12
NARIÑO	1	0,1	1	0,1	2	0,12
CESAR	1	0,1	0	0,0	1	0,10
ARAUCA	0	0,0	0	0,0	0	0,00
GUAINIA	0	0,0	0	0,0	0	0,00
QUINDIO	0	0,0	0	0,0	0	0,00
VAUPÉS	0	0,0	0	0,0	0	0,00
TOTAL	222	0,5	37	0,1	259	0,54

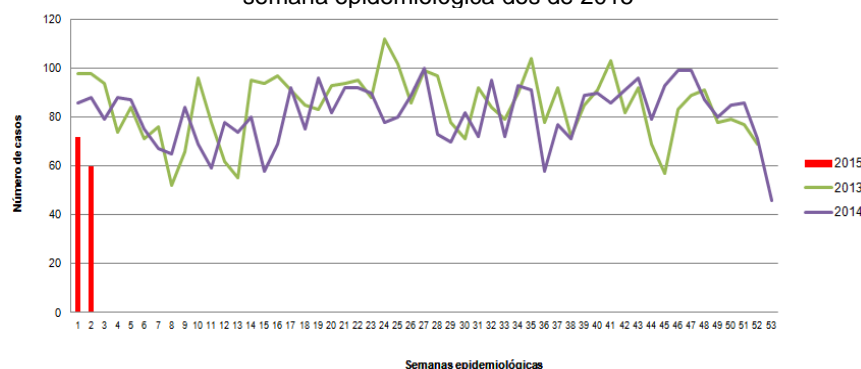
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

Hasta la semana epidemiológica dos de 2015 se reportó al Sivigila 132 accidentes ofídicos en Colombia, calculando una disminución en la notificación del 24 % comparado con el mismo periodo del año anterior (ver gráfica 1).

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

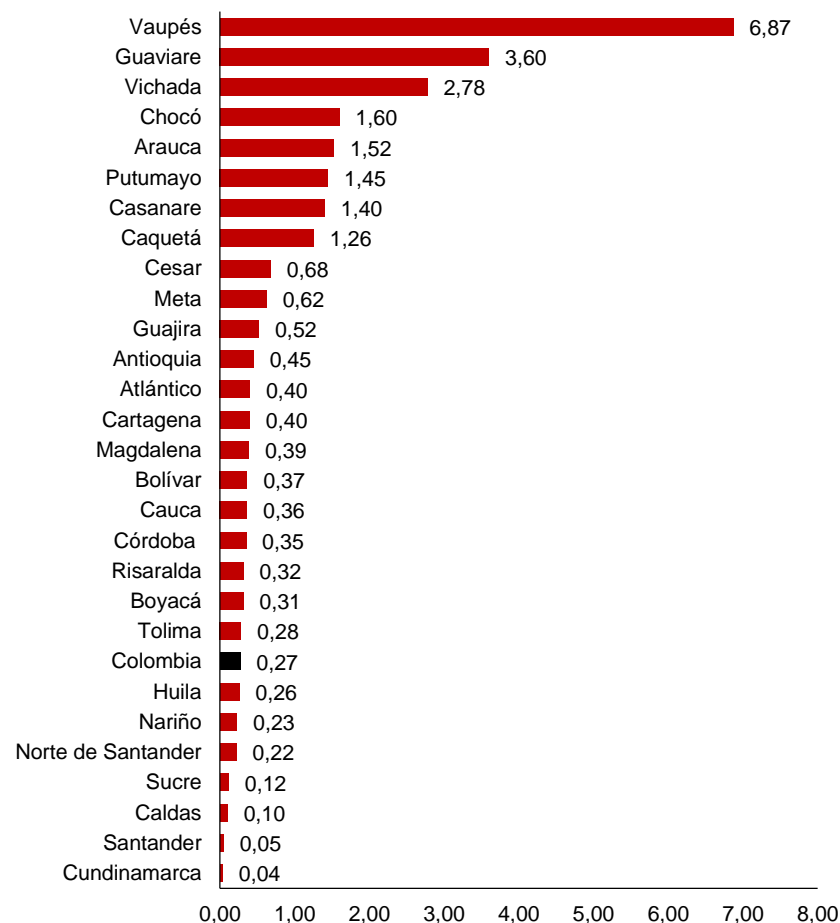


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (51 y 35 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (21,9 %), Chocó (6 %), Cesar (5,3 %), Caquetá, Meta y Córdoba (4,5 % cada uno), Putumayo, Cauca, Atlántico y La Guajira (3,78 % cada uno), de estas diez entidades territoriales proceden el 62 % de los casos hasta la presente semana epidemiológica.

La incidencia de accidente ofídico en el país es de 0,27 casos por 100.000 habitantes; las regiones de Orinoquía y Amazonía presentan mayor proporción de incidencia con 1,30 y 1,22 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Las cinco entidades territoriales con mayor proporción de incidencia son Vaupés, Guaviare, Vichada, Chocó y Arauca (ver gráfica 2).

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

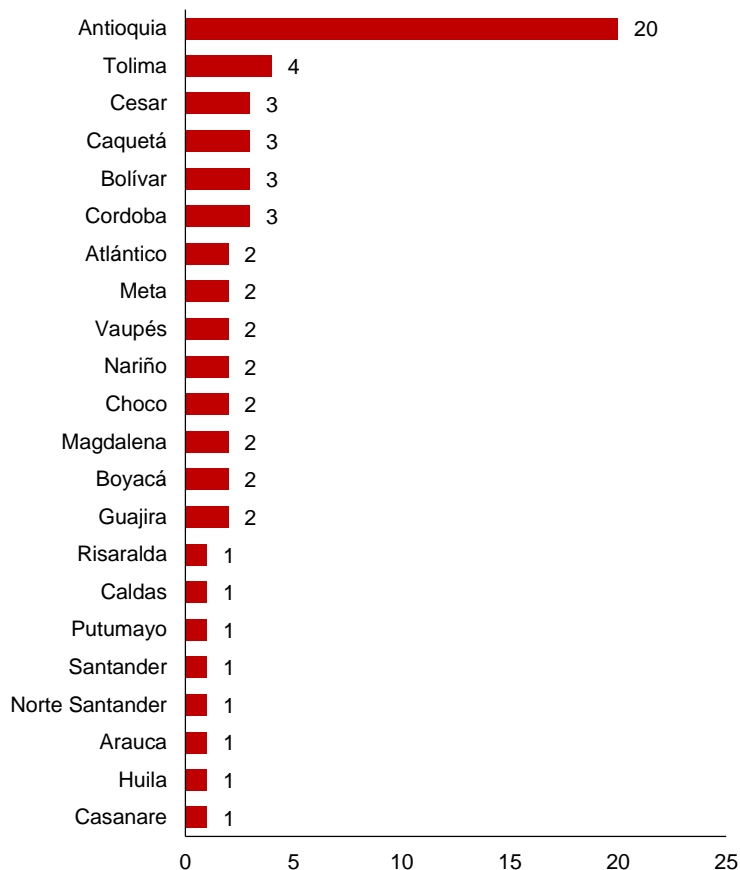


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana epidemiológica dos se notificaron 60 casos de accidente ofídico en Colombia, 28 casos menos (32 %) que en la misma semana de 2014 y 12 casos menos (17 %) que en la semana uno del 2015.

Los accidentes fueron notificados por 22 departamentos: Antioquia (33 %), Tolima (7 %), Cesar, Caquetá, Bolívar y Córdoba (5 % cada uno), acumulando el 60% 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 dos de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos fueron notificados por 52 municipios; Mitú (Vaupés), Montería (Córdoba), Cubará (Boyacá), San Roque, Apartadó, Nechí, Anorí y Caucasia (Antioquia) reportaron dos casos cada uno, acumulando 27 % de los accidentes.

El 80% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 27 años y el 82 % de los pacientes proceden del área rural.

Con respecto al manejo de los pacientes el 50 % fue hospitalizado y el 68 % recibieron anti veneno con la siguiente distribución de

acuerdo con la severidad del accidente: leves 22 casos (59,5 %), moderados 16 casos (88,9 %) y tres casos graves (60 %).

Analizando el consumo de antiveneno podemos determinar que se emplearon 188 viales de suero para el manejo de los accidentes, en promedio 4,5 ampollas por paciente, mínimo dos y máximo 12 y con mayor frecuencia se aplicaron cuatro ampollas para el tratamiento de los casos.

Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico

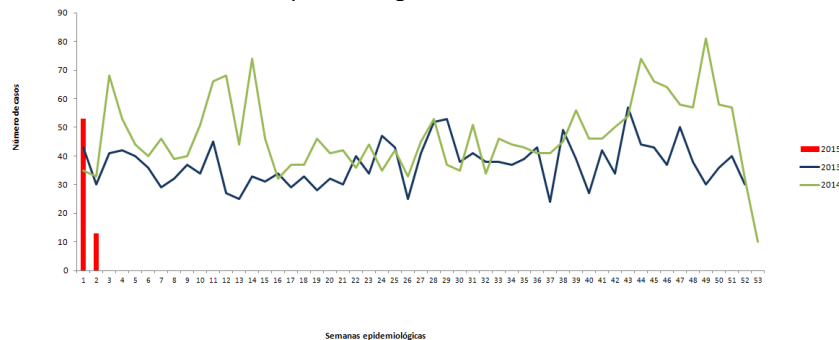
Hasta la presente semana se ha reportado un caso de muerte procedente del departamento de Antioquia, municipio Granada. Se trata de un paciente de 61 años masculino, agredido por serpiente sin identificar el 16 de enero, no reporta hospitalización ni uso de suero.

Este caso representa para el país una tasa de mortalidad de 0,02 casos por cada millón de habitantes y una letalidad de 0,76%.

• *Leptospirosis*

Hasta la semana epidemiológica dos del presente año se ha reportado al Sivigila 66 casos de leptospirosis en Colombia, se calcula una disminución en la notificación de 2,9 % comparado con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 1).

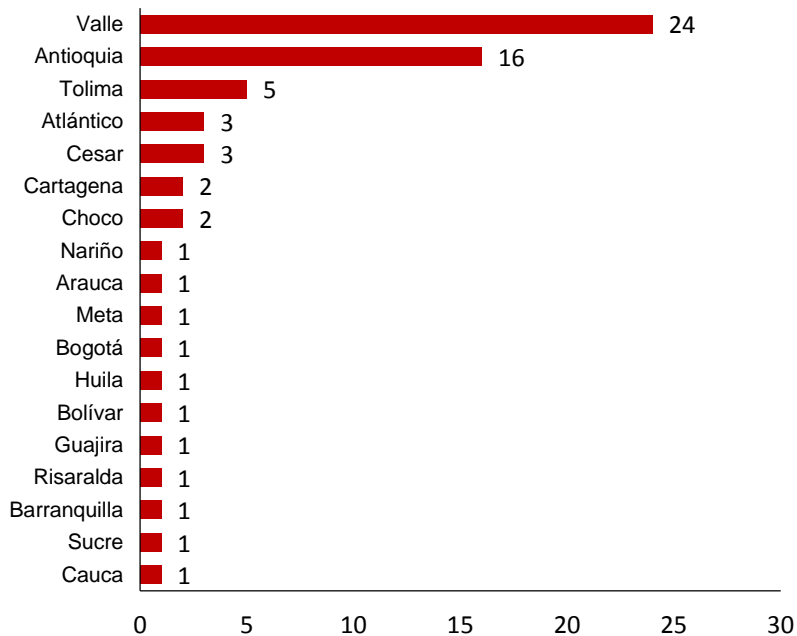
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica dos de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 18 departamentos o distritos y el 68 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. Hasta la fecha se encuentran el 100% de los casos sospechosos (ver gráfica 2).

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

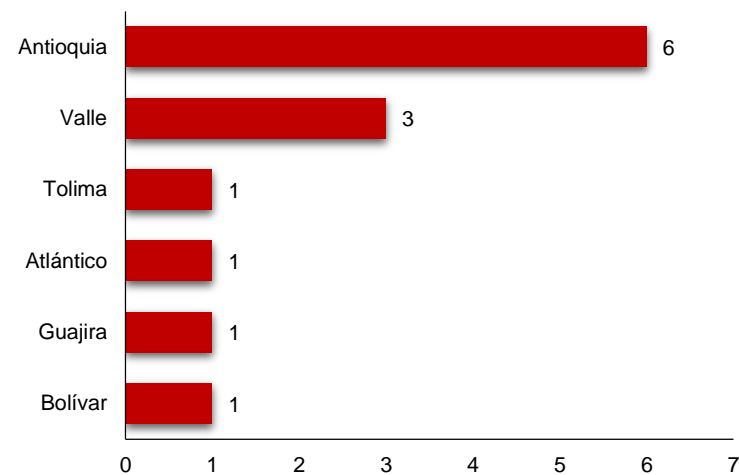


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana epidemiológica dos de 2015 se notificaron 13 casos de leptospirosis, 20 casos menos (60 %) que en la misma semana de 2014 y 40 casos menos (75 %) que en la semana dos de este año.

En la semana epidemiológica dos los casos fueron notificados por seis departamentos de los cuales Antioquia y Valle del Cauca agrupan el 69% del reporte semanal (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de leptospirosis por entidad territorial de notificación en Colombia, durante la semana epidemiológica dos de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos fueron notificados por nueve municipios; Turbo (Antioquia) y Cali (Valle del Cauca) reportaron cuatro y dos casos respectivamente y acumulan el 46 % de lo reportado.

El 61 % de los casos ocurrieron en mujeres, el promedio de edad de los afectados fue de 31,8 años, el 85 % proceden de cabeceras municipales, un paciente no se encuentra afiliado a ninguna EAPB y se reportó 62 % de hospitalizaciones por esta causa.

Con respecto a las muertes por este evento, se encuentra un caso notificado por el departamento de Sucre, municipio de Sincelejo.

Alertas:

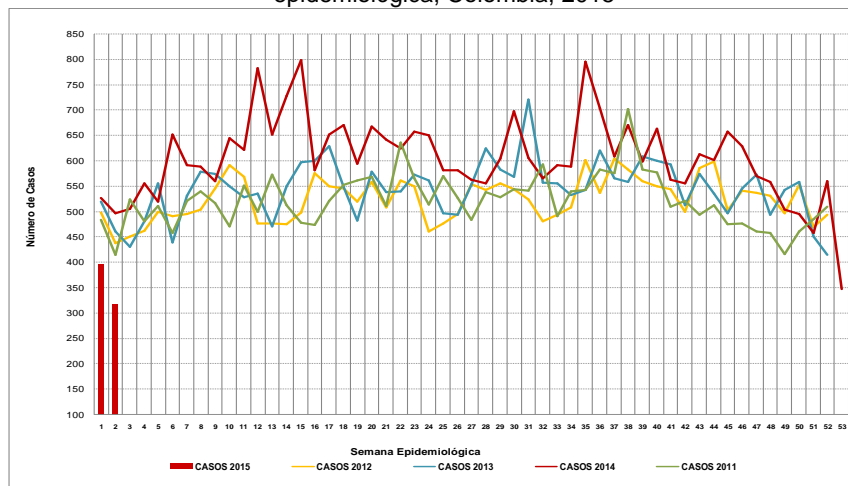
No se ha reportado brotes o situaciones de emergencia

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

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Para la semana epidemiológica 2 del año 2015 se han notificado 317 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 496 casos, lo que representa una disminución del 56,47% 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 2, así como su respectiva incidencia por 100.000 habitantes; de forma acumulada los tres primeros lugares los ocupan las intoxicaciones por medicamentos (116 casos), plaguicidas (92 casos) y otras sustancias químicas (51 casos) (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 2 de 2014.

Evento	casos a semana 2	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 2	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	245	0,51	116	0,24
Intoxicación por plaguicidas	213	0,44	92	0,19
Intoxicación por sustancias psicoactivas	115	0,24	51	0,11
Intoxicación por otras sustancias químicas	104	0,22	37	0,08
Intoxicación por solventes	22	0,05	10	0,02
Intoxicación por gases	8	0,02	6	0,01
Intoxicación por metanol	5	0,01	3	0,01
Intoxicación por metales pesados	2	0,00	2	0,00
TOTAL	714	1,48	317	0,66

Fuente. Sivigila, semana epidemiológica 2 del año 2015

Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica 2 se notificaron cuatro casos de reincidencias en dos personas cada una con dos veces con intencionalidad de tipo suicida.

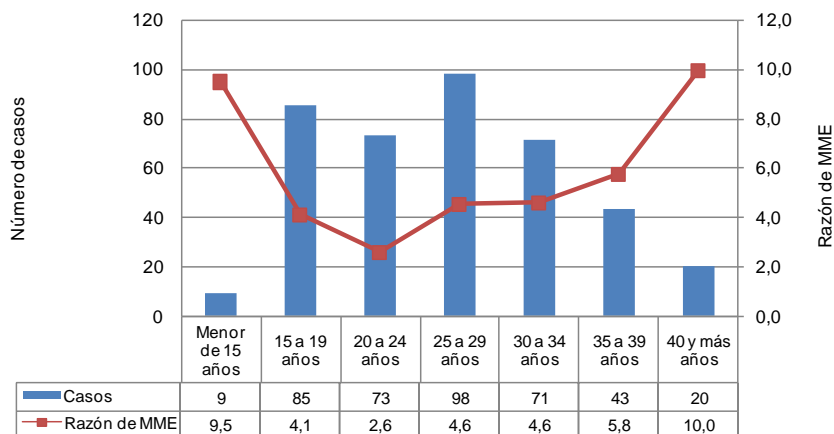
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

• Morbilidad materna extrema

En la semana epidemiológica dos de 2015 ingresaron al SIVIGILA 194 casos de morbilidad materna extrema, el total acumulado hasta esta semana es de 399 casos.

De acuerdo con la edad de las madres el mayor porcentaje de casos se presenta en los grupos de edad de 25 a 29 años, con el 24,6% (98 casos) seguido por el grupo 15 a 19 años con el 21,3%(85 casos). En relación con la razón de morbilidad materna extrema, la mayor razón se presenta en las edades extremas, menores de 15 años con 9,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos y mujeres de 40 y más años con 10 casos por cada 1.000 nacidos vivos. La edad mínima es de 13 años y la máxima de 54 años (ver gráfica 1).

Gráfica N° 1. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 02 de 2015.

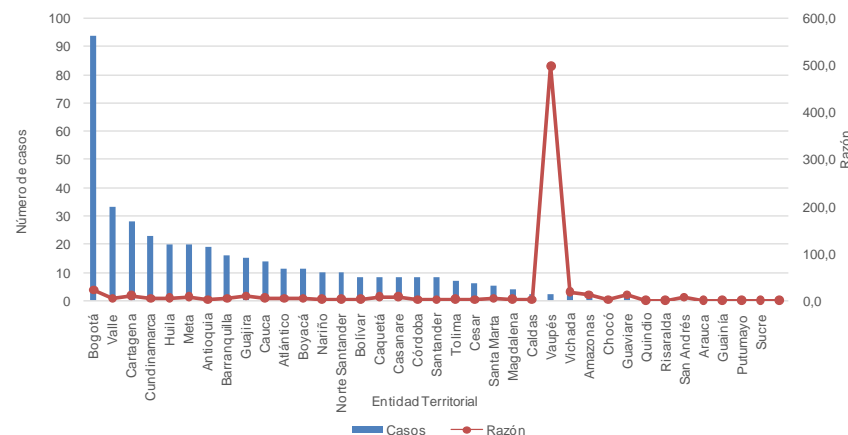


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015.

Según el lugar de residencia, el 30,9% (94) de los casos se ha presentado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Valle con el 10,9% (33 casos) y Cartagena con el 9,24% (28 casos). Frente a la razón de

morbilidad materna extrema las entidades territoriales con el mayor indicador esta Vaupés con 500 casos por 1000 nacidos vivos, Bogotá con 22,8 por cada 1000 nacidos vivos, Vichada con 17,9 casos por 1.000 nacidos vivos, Guaviare 12 casos por 1.000 nacidos vivos, Amazonas 11,9 casos por cada 1000 nacidos vivos, Cartagena 10 casos por cada 1000 nacidos vivos, Guajira 9,4 casos por cada 1000 nacidos vivos (ver grafica 2).

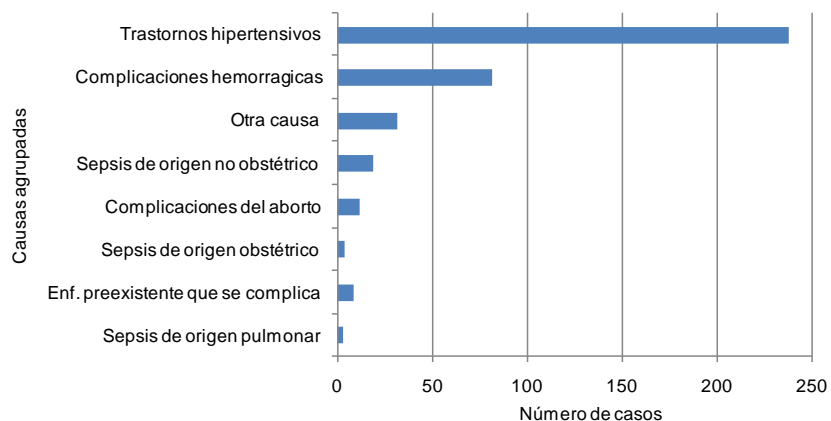
Gráfica N° 2. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 de 2015.



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

Según las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 2 de 2015 se encuentran en su mayoría reunidas en los trastornos hipertensivos con un 59,6%(238 casos) del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 20,6% (82 casos), dentro de los casos de "Otra causa" se identifican seis casos por Dengue (ver gráfica 3).

Gráfica N° 3. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 2 de 2014.

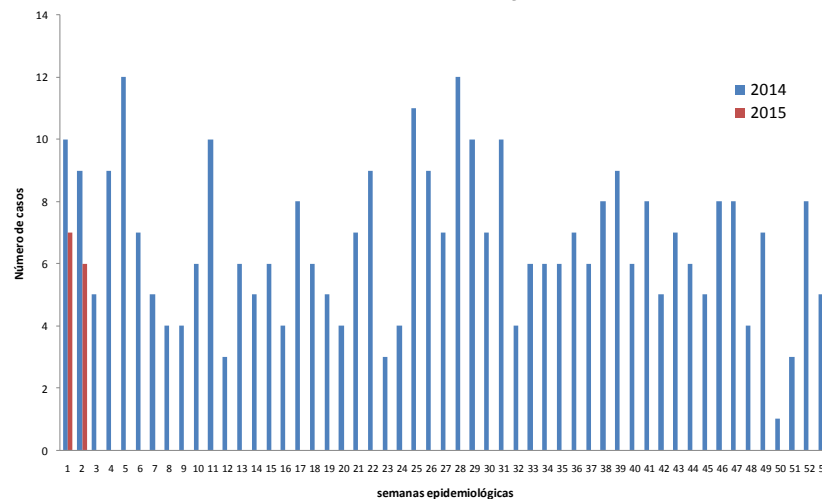


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015.

• **Mortalidad materna**

Hasta la semana epidemiológica dos de 2015 se han notificado un total de 14 casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos 13 corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación y un caso corresponde a una muerte relacionada con el embarazo por lesión de causa externa, en la semana epidemiológica dos fueron notificados siete casos, 6 fueron muertes maternas tempranas y uno por lesión de causa externa (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, a semana epidemiológica dos, 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 dos de 2015 se ha presentado un número menor de casos, (seis casos menos) de muertes maternas tempranas con relación al año 2014, la muerte por lesión de causa externa de la semana dos de 2015 fue notificada en por el departamento de Nariño municipio Pupiales, para los años anteriores no se identificaron casos de muertes por lesiones de causa externa en estas semanas. El promedio semanal fue de 6,5 muertes, menor al presentando en el 2014 que fue de 9,5 casos, sin embargo el número de casos semanal tiene variaciones debido al ingreso de nuevos casos a través de búsquedas activas institucionales y comunitarias (ver tabla 1).

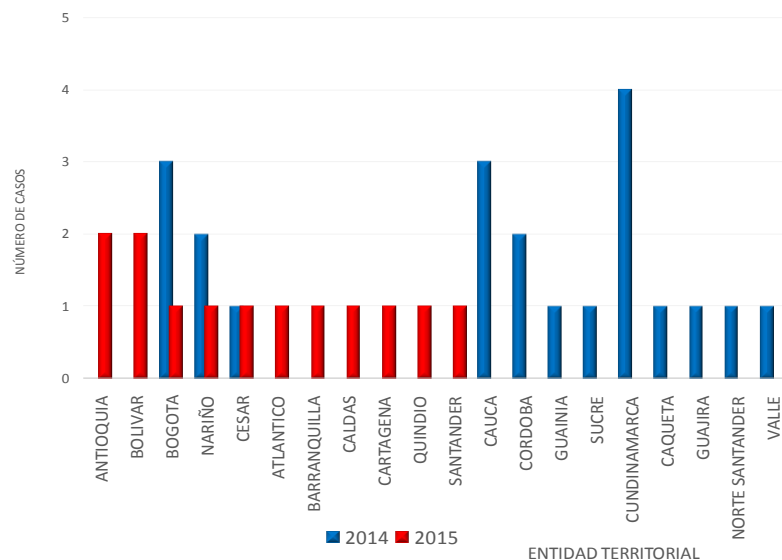
Tabla 1. Muertes maternas tempranas, tardías y lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica dos, 2015.

AÑO	Temprana	Tardía	LCE (Lesión de causa externa)	TOTAL CASOS	PROMEDIO SEM TEMPRANOS
2013	10	3	0	13	5,0
2014	19	2	0	21	9,5
2015	13	0	1	14	6,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los departamentos y distritos de residencia con casos hasta la semana dos de 2015 fueron: Antioquia (28,5%) dos casos, Bolívar (28,5%) dos casos, Bogotá, Nariño, Cesar, Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cartagena, Quindío, Santander, cada uno con un caso respectivamente; para la misma semana de 2014, 12 entidades territoriales notificaron casos, las entidades que consecutivamente notificaron casos hasta la misma semana durante 2015 frente a 2014 fueron: Bogotá, Nariño y Cesar (ver gráfica 2).

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



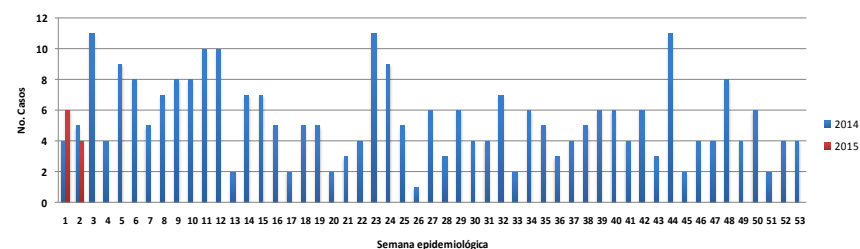
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las causas de muerte materna registradas tanto en Sivigila – Ruaf módulo defunciones hasta semana epidemiológica dos fueron: Complicación Hemorrágica tres casos (Antioquia, Bolívar y Santander) Dengue dos casos (Nariño y Caldas), Embarazo Ectópico Roto dos casos (Bolívar – Cartagena), Tromboembolismo Pulmonar dos casos (Bogotá – Quindío), Cerebrovascular un caso (Atlántico), Sepsis de Origen Pulmonar un caso (Antioquia), Derivado del tratamiento un caso (Barranquilla), Trastorno Hipertensivo un caso (Cesar)

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

A la semana epidemiológica 2 de 2015 se han notificado un total de 10 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 de 20% en la que se registraban nueve 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 2 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia 2015

Los cuatro casos notificados por fecha de defunción corresponden a la semana epidemiológica dos. Por lugar de residencia estos casos corresponden a las entidades territoriales de La Guajira (20%), Antioquia (10%), Córdoba (10%), Magdalena (10%), Risaralda (10%), Putumayo (10%), Vichada (10%), Norte de Santander (10%) y Vaupés (10%).

El 60 % de las muertes corresponde al sexo femenino, el 60% se encontraba afiliado a régimen subsidiado, seguido de los no asegurados 40 %. Según pertenencia étnica el 60% corresponde a otros, seguido de población indígena con el 40 %.

Todas las muertes corresponden a menores de dos años, con una mayor mortalidad a los 13 meses de edad y una mediana en peso al nacer de 2700 g, talla de 48 cm y 37 semanas de gestación, y una mediana en peso al morir de 5,9 kg y 62,5 cm.

El 40% de las madres de los niños registran bajo nivel educativo y todas pertenecen al estrato socioeconómico uno. Dentro de los signos de desnutrición predomina la presencia de edema, lesiones de cabello y palidez generalizada.

- ***Violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual.***

Para la semana epidemiológica 2 de 2015 se han notificado 1310 casos de violencia, de los cuales una vez depurada la base se obtienen 1.299 siendo el 99,2% de los cuales el 80,5% (10469/1.299) se presenta en mujeres y el restante 19,5% (253/1.299) en hombres, siendo el 49,7% contra menores y adolescentes (ver tabla).

Distribución de los casos de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 2, 2015

Grupo de edad	Femenino	Masculino	Total
Adulto	598	56	654
Menor y adolescente	448	197	645
Total	1046	253	1299

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila 2015. Colombia

Por su complejidad, el acto violento está conformado por diversos componentes, es decir que la violencia física o sexual puede estar acompañada por otros tipos de violencia. Para facilitar su abordaje se han generado algunas clasificaciones, las cuales priorizan la notificación del tipo de violencia que mayor daño haya causado a la víctima en el momento de la atención. De esta manera se

lograron datos en el 99,8 y 99,6% para el sexo femenino y masculino respectivamente.

En el caso del sexo femenino de los 1044 casos definidos el 59,2% son agresiones de tipo físico, el 23,4% sexual, el 12,3% psicológico y el 5,2% privación o abandono. En el caso de los 252 casos definidos de violencia en el sexo masculino, el 44,4% es por privación y negligencia, el 40,5% por violencia física, el 11,9% sexual y el 32 psicológica.

En niños, niñas y adolescentes menores de 20 años se evidencia en primer lugar violencia sexual con el 36,8% (237/645), seguido de privación y abandono con 36,7% (203/645) de los casos (ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los casos de violencia por sexo en niños niñas y adolescentes, Colombia, semana epidemiológica 1 de 2015

Naturaleza	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	Total
Física	7	33	32	27	94	193
Psicológica	0	0	2	6	2	10
Privación y Negligencia	39	85	43	23	13	203
Sexual	0	31	53	127	26	237
Sin dato	0	1	0	1	0	2
Total	46	150	130	184	135	645

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

A semana dos se notifica un caso de violencia por quemaduras por químicos en una mujer de 23 años en el departamento del Valle del Cauca en Cali y otro caso de una menor de 9 años en la ciudad de Bucaramanga en Santander.

Se lleva al momento cuatro casos de muerte que corresponden a una menor de tres meses por privación y abandono de Yopal (Casanare), una menor de dos años por violencia física en Buenaventura (Valle del Cauca), una menor de 12 años por violación en Medellín (Antioquia) y una mujer de 87 años por privación y negligencia en Puerto Salgar (Cundinamarca).

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

• **Alertas internacional**

Enfermedad por el virus del Ébola

(Actualización OMS, 21 de enero de 2015)

- Se han reportado 21 724 casos de EVE, con 8 641 muertes.
- La incidencia de casos continúa disminuyendo en Guinea, Liberia y Sierra Leona.
- Un total de 145 casos confirmados fueron reportados en los tres países con transmisión activa en última semana hasta el 18 de enero: 20 en Guinea, ocho en Liberia 117 en Sierra Leona
- Malí ha sido declarado como país libre de Ébola después de completar 42 días desde el último caso con prueba de laboratorio negativa para el virus.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, boletín 21 de enero de 2015

• **Alertas nacionales**

Brote de parotiditis Fuerte Militar Larandia, Florencia, Caquetá

Lugar: Fuerte Militar Larandia, Florencia, Caquetá

Fecha de inicio de síntomas: 09-enero-2015 (caso uno)

Fecha de ocurrencia: 11-enero-2015

Fecha de notificación: 16-enero-2015

Número de afectados/expuestos: 11/sin dato

Edad de los casos: 18 a 25 años

Síntomas: fiebre, inflamación de glándulas salivales, dolor en el cuello asociado a cefalea.

Fuente de infección: desconocida. Los casos llevan más de dos meses en el fuerte militar.

Procedencia de los casos: Cali (seis casos), Puerto Tejada, Mercaderes, Restrepo, Neiva y Santander de Quilichao (un caso cada uno).

Medidas: BAC, BAI, Aislamiento de los casos, manejo farmacoterapéutico
Estado: abierto

Caso descartado de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)

El 13 de enero de 2015 se recibe comunicación al Equipo de Respuesta Inmediata del Instituto Nacional de Salud por parte del CNE sobre la alerta emitida por el CRUE de Risaralda, de un paciente Colombiano de 65 años, el cual llega a Cali el 8 de enero proveniente de Arabia Saudita con diagnóstico de fiebre hemorrágica, que se halla hospitalizado junto con su esposa en una IPS privada de Pereira, en quienes por nexo epidemiológico se descarta enfermedad por virus Ébola que se halla circulando en África Occidental y se plantea como segunda opción síndrome respiratorio de Medio Oriente por coronavirus (MERS CoV).

El señor consultó el 10 de enero con inicio síntomas el 29 de diciembre dados por malestar general, cefalea, disnea leve, fiebre y tos productiva con taquicardia y taquipnea, temperatura 38. Hipoventilación y estertores izquierdos. Leucocitosis y neutrofilia con pruebas de función renal levemente alteradas las cuales estabilizan progresivamente. Plaquetas normales, tiempos de coagulación y glicemia normales. Gota gruesa negativa. Con Rx tórax se hace diagnóstico de neumonía bacteriana. Se maneja ambulatoriamente con antibiótico, inhalador y analgésico. Reconsulta el 12 de enero por eritema abdominal y dolor. Afebril sin dificultad respiratoria. Hemoglobina 11,3 Hematocrito 33,9 Amilasa, electrolitos y bilirrubinas normales. Proteína C reactiva alta con posterior tendencia a la disminución. TAC engrosamiento pleural con imagen de densidad de tejidos blandos en la zona de fracturas costales derechas, planteándose un proceso infiltrativo que puede requerir biopsia. Evoluciona hacia la mejoría, se documenta prueba negativa para MERS CoV y positiva para influenza A/H3 estacional.

La esposa de 54 años consulta el 10 enero con inicio de síntomas el 27 de diciembre con fiebre, tos y dolor torácico bilateral. Ingresa taquicárdica e hipoventilación bilateral. Se halla leucocitosis sin neutrofilia, con plaquetas, glucosa y función renal normal. Gota

gruesa negativa. Rx tórax normal. Se da salida con manejo sintomático. Ingresa el 13 enero a aislamiento por sospecha de MERS CoV refiriendo tos seca, cefalea global y fiebre inicial no cuantificada. Hipertensión. Faringe eritematosa con buen patrón respiratorio, murmullo normal. Laboratorios normales. Evoluciona estable y se da salida a ambos pacientes el 16 de enero.

Se documentan tres contactos familiares, siendo dos hermanos del señor y el hijo de 32 años que los transportó desde Cali. Un contacto social de una amiga de la familia. Este inicia síntomas el 14 de enero con fiebre, odinofagia, tos seca, disfonía. Manejo acetaminofén y mejoría clínica, con tendencia a la mejoría en quien se dan recomendaciones de permanecer en casa, uso de tapabocas al quien se solicita aspirado nasofaríngeo que está pendiente resultado

Se evidencia la importancia de implementar medidas de salud pública para evitar la propagación de agentes patógenos y garantizar la articulación intersectorial que permita dar una respuesta adecuada ante la presencia de eventos de interés en salud pública. Igualmente las medidas de bioseguridad deben ser aplicadas de manera permanente y no solo ante la sospecha o confirmación de agentes patógenos.

Es necesario la comunicación del riesgo a nivel institucional y social que permita una percepción adecuada del riesgo para establecer confianza, evitar rumores e información errónea.



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



www.ins.gov.co