

BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLÓGICO** SEMANAL

Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	15
Enfermedades transmitidas por vectores.....	21
Infecciones de transmisión sexual	30
Micobacterias.....	32
Zoonosis	35
Factores de Riesgo Ambiental.....	40
Enfermedades no Transmisibles	41
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	47

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica número 09 de 2015 (01 mar. al 07 mar.)



Comisión técnica de asistencia al Chocó

Con la presencia de representantes del Instituto Nacional de Salud (INS), el Viceministerio de Aguas, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (Unicef) y la Oficina en Colombia de la Organización de Naciones Unidas (ONU), se desplazó al departamento de Chocó una comisión técnica del Ministerio de Salud y Protección Social para capacitar a las brigadas médicas multidisciplinarias que irán a los municipios priorizados del departamento.

<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-desplazo-comision-tecnica-de-asistencia-al-Choco.aspx>

De igual manera el Instituto Nacional de Salud (INS), se desplazó al municipio de Betulia Santander, a fin de articular con la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres – UNGRD, acciones o actividades encaminadas a la vigilancia en salud pública, después del sismo presentado el pasado martes 10 de marzo, con epicentro en La Mesa de Los Santos, Santander

<http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Noticias/2015/Medidas-de-prevencion-ante-sismos.aspx>

Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 09



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.

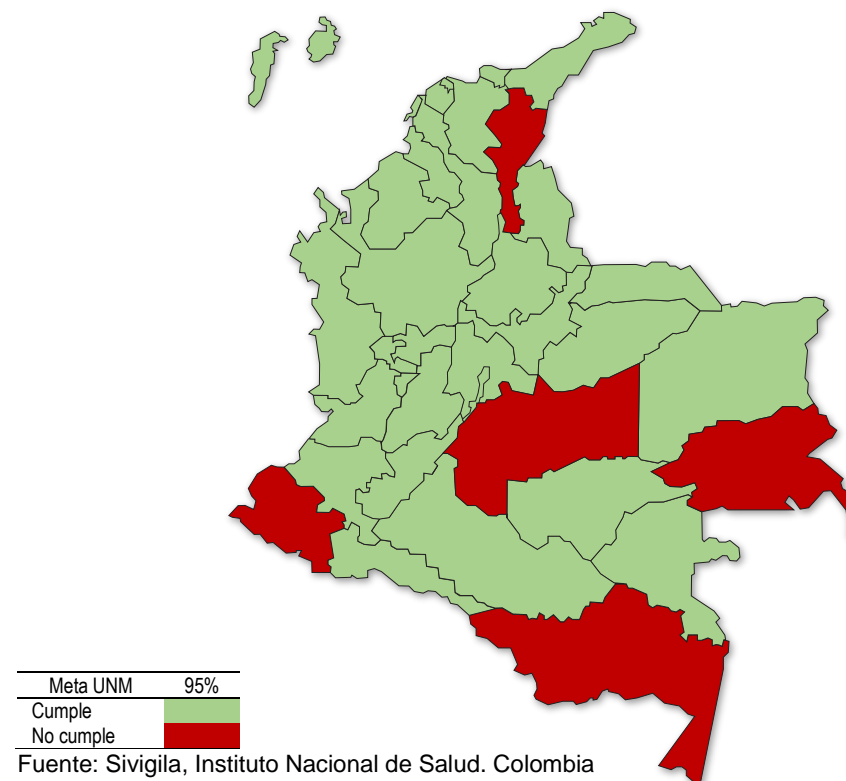
Semana epidemiológica número 09 de 2015 (01 mar. - 07 mar.) página 2

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica nueve del 2015, fue del 94% para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND), debido a que Cesar y Nariño no notificaron a tiempo por el portal Sivigila.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 91 % (1022 de 1122 municipios), disminuyó en 1 % con respecto a la semana anterior y 6 % con relación a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país incumplió la meta del 95 % en la notificación semanal por UNM.

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

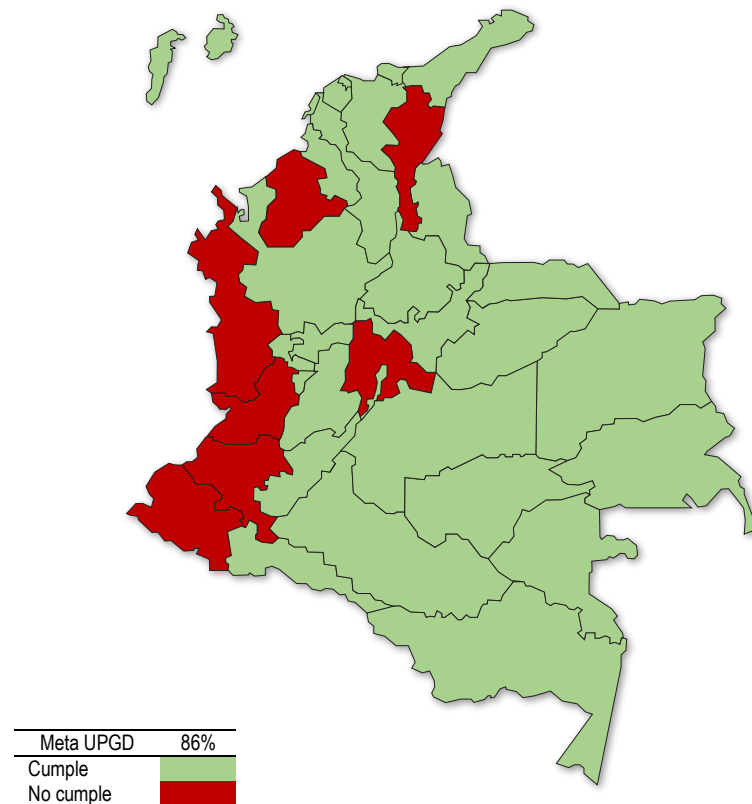
Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica nueve de 2015



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 86 % (4727 de 5462 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel. La notificación permaneció igual respecto a la semana anterior y disminuyó 6 % con relación a la misma semana del año 2014.

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

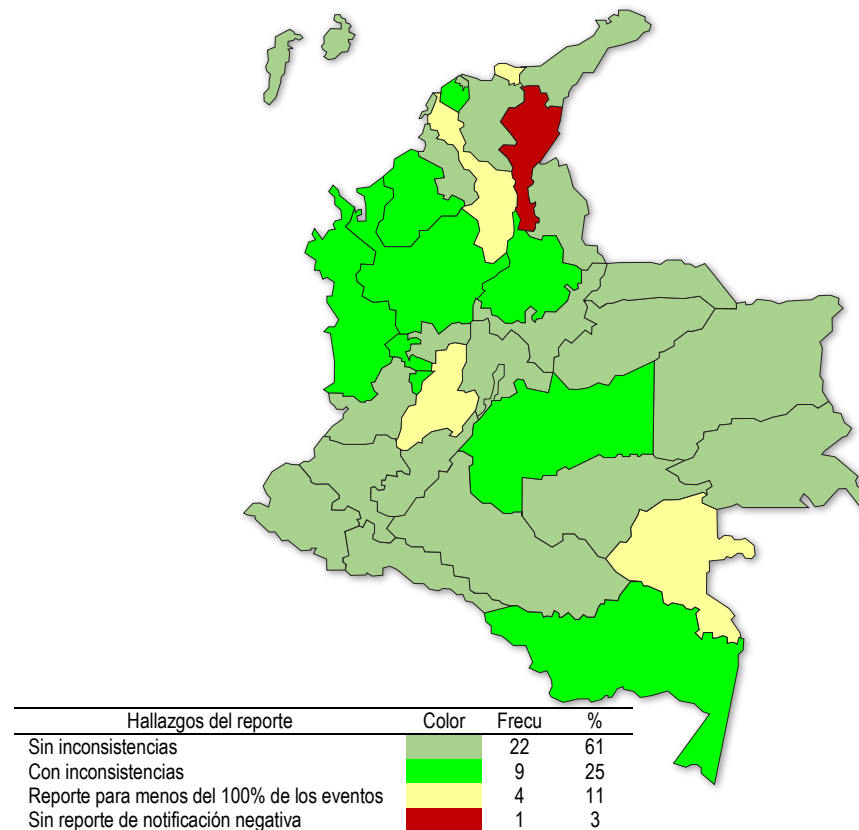
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica nueve de 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica nueve de 2015, se presentó una entidad territorial sin reporte de notificación negativa (rojo); adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 22 (61 %) emitieron algún tipo de reporte para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación para la semana. Por otra parte, el 25 % 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 una entidad territorial, dejó de reportar la totalidad de los eventos (ver mapa 3).

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

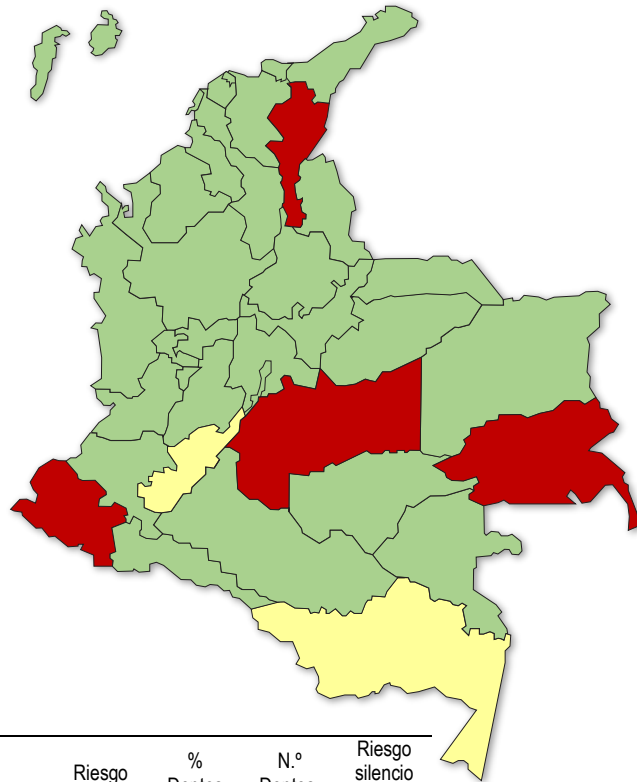


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 9 %. El 81 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

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

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



% de UNM en silencio	Riesgo	% Deptos	N.º Deptos.	Riesgo silencio nacional
0	Ninguno	81 %	26	Bajo
>0 % a <10 %	Bajo	6 %	2	
De 10 % a 20 %	Medio	0 %	0	
Mayor a 20 %	Alto	13 %	4	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

• *Difteria*

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

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

A semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado 99 casos sospechosos de ESAVI, los cuales proceden de las siguientes entidades territoriales (ver tabla 1).

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

	Casos graves	Casos leves	Total	Porcentaje
Antioquia	3	13	16	16
Arauca	1	1	2	2
Atlántico	1	3	4	4
Barranquilla	0	1	1	1
Bogotá	13	5	18	18
Bolívar	2	0	2	2
Boyacá	4	4	8	8
Caldas	2	1	3	3
Caquetá	1	0	1	1
Cartagena	1	1	2	2
Casanare	1	0	1	1
Cauca	0	2	2	2
Cesar	0	1	1	1
Chocó	0	1	1	1
Córdoba	1	0	1	1
Cundinamarca	1	2	3	3
Huila	2	0	2	2
Magdalena	1	0	1	1
Nariño	2	0	2	2
Norte Santander	5	1	6	6
Quindío	1	2	3	3
San Andres	0	1	1	1
Santander	3	0	3	3
Sucre	0	3	3	3
Tolima	2	1	3	3
Valle	0	9	9	9
Total	47	52	99	100

Fuente: Sivigila INS, Colombia

De los casos notificados el 47 % (47 casos) requirieron hospitalización y se clasifican inicialmente como casos graves, de los cuales 15 casos se clasifican como relacionados con la vacunación, 14 casos se clasifican como relacionados con el programa, 5 casos se clasifican como coincidente y 13 casos se encuentran pendientes de clasificar de acuerdo a las unidades de análisis que realicen las entidades territoriales.

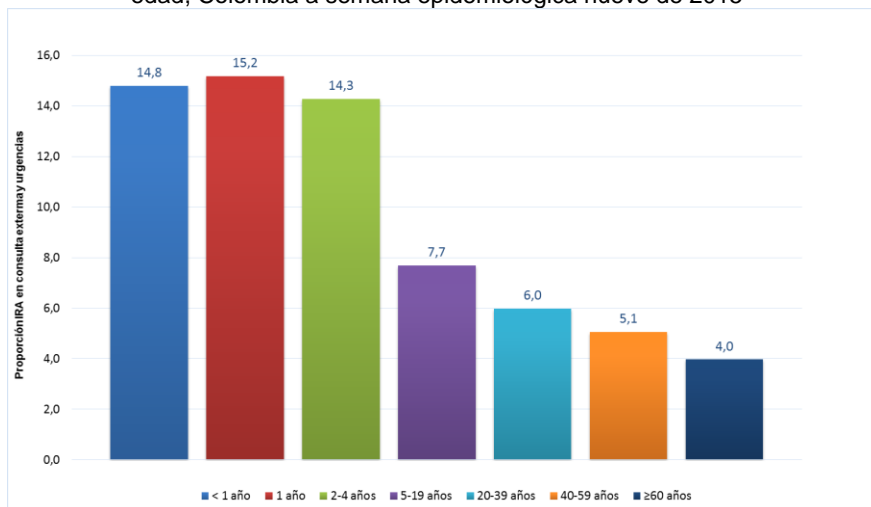
El 53 % (52 casos) de los casos notificados se clasifican como leves de los cuales: 18 casos se clasifican como relacionados con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas, 16 casos se clasifican como relacionados con el programa, 13 casos se clasifican como coincidentes y 5 casos se encuentran pendientes por clasificar de acuerdo con los ajustes que realicen las entidades territoriales.

• *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.

Esta semana se notificó un total de 126.651 consultas externas y urgencias por IRA de un total de 1.730.569 consultas externas y urgencias por todas las causas. La proporción de IRA a semana epidemiológica nueve del total de consultas por todas las causas se encontró en 6,9 %, la semana anterior estaba 6,8 %; por grupos de edad es mayor la proporción en el grupo de un año de edad (15,2 %) seguido de los menores de un año (14,8 %) y en menor proporción el grupo de mayores de 60 años (4,0 %) (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de IRA en consulta externa y urgencias por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica nueve de 2015

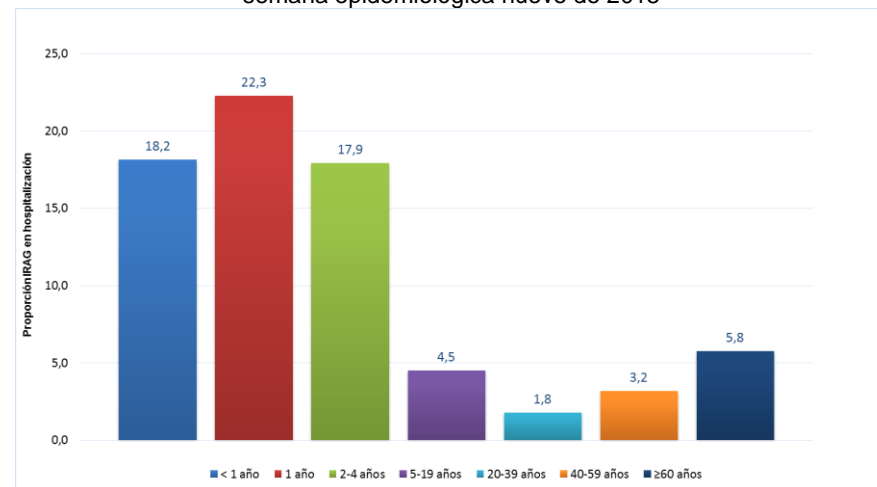


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones por IRAG correspondió esta semana a un total de 3426 casos de un total de 47447 hospitalizaciones por todas las causas; en UCI se hospitalizaron por IRAG 218 casos de un total de 3289 hospitalizaciones en UCI por todas las causas.

La proporción de IRAG a semana epidemiológica nueve del total de hospitalizaciones (incluyendo hospitalizaciones en UCI) por todas las causas se encontró en 6,0 %, la semana anterior estaba en 5,9 %; por grupos de edad es mayor la proporción en el grupo de un año de edad (22,3 %) seguido del grupo de menores de un año (18,2 %) y en menor proporción el grupo de 20 a 39 años (1,8 %) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Proporción de IRAG en hospitalización por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica nueve de 2015



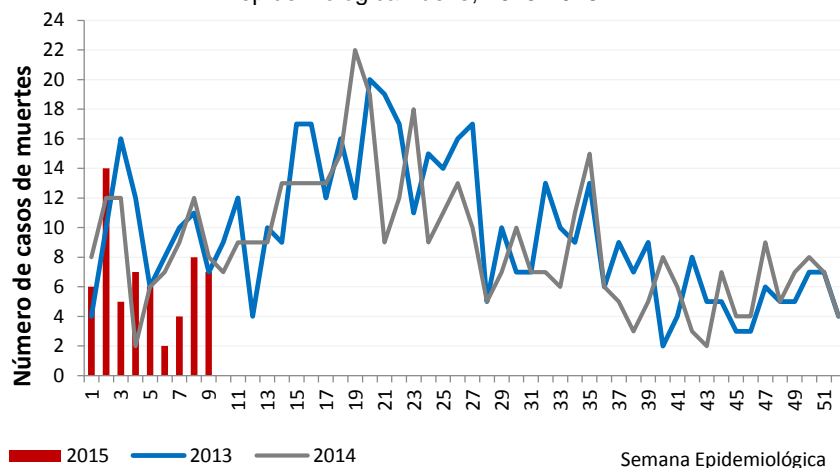
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron nueve casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años; de estos casos, al ajustarlos por fecha de defunción, dos casos corresponden a notificación tardía y siete casos a la semana epidemiológica nueve, para un acumulado total de 59 casos.

La notificación de casos de mortalidad en menores de 5 años por IRA a semana epidemiológica 9 de 2015 muestra una disminución del 22 % en comparación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales de residencia de los casos de mortalidad en menores de 5 años notificados durante esta semana son: Risaralda con dos casos, Nariño, Valle del Cauca, Bogotá, Norte de Santander, Cartagena, Arauca y Chocó con un caso cada uno.

A semana epidemiológica nueve la tasa de mortalidad nacional es de 1,4 por cada 100 000 menores de 5 años.

Vigilancia centinela ESI - IRAG

Durante la semana epidemiológica nueve se notificaron 115 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 92 casos corresponden a pacientes con IRAG y 23 casos a pacientes con ESI, a semana epidemiológica nueve el acumulado total de casos de ESI-IRAG es de 1001.

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 nueve de 2015

Entidad Territorial	Upgd Centinela	Número de Registros
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	18
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	14
Barranquilla	Clínica General del Norte	7
Bogotá	Hospital Santa Clara	4
	Fundacion Cardioinfantil	13
	Hospital el Tunal	7
	Hospital Occidente de Kennedy	3
	Hospital de Suba	7
Boyacá	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	6
Caldas	Servicios Especiales de Salud	1
	Assbasalud Ese	2
Cartagena	Gestion Salud	10
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	6
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	1
Norte Santander	Policlinico Atalaya	6
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	1
Valle Del Cauca	Red de Salud de Ladera	9
Total		115

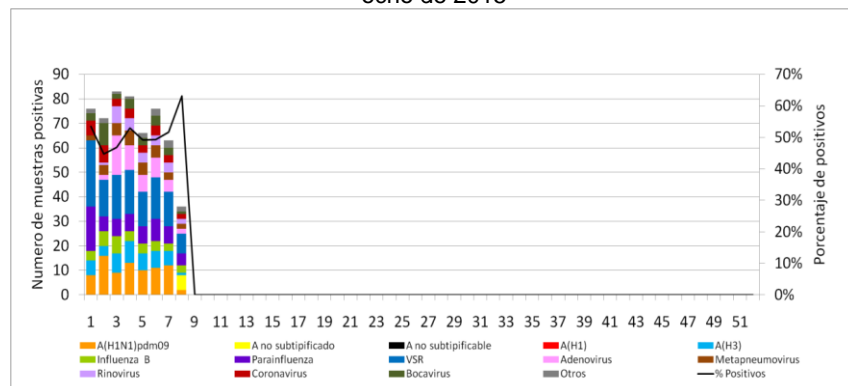
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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 8 de 2015 se ha analizado 1100 muestras, de las cuales el porcentaje de positividad corresponde al 53,5 %; de estas el 15,5 % fueron positivas para influenza y el 34,8 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (23,7 %), seguido de Influenza A (H1N1) (14,6 %), Parainfluenza (11,9 %), Adenovirus (9 %), Influenza A (H3N2) (8,7 %), Influenza B (6,6%), Coronavirus (5,8 %), Metapneumovirus (5,8 %), Bocavirus (5,2 %), y otros virus (7,8 %) (Rinovirus, entre otros) (ver gráfica 4).

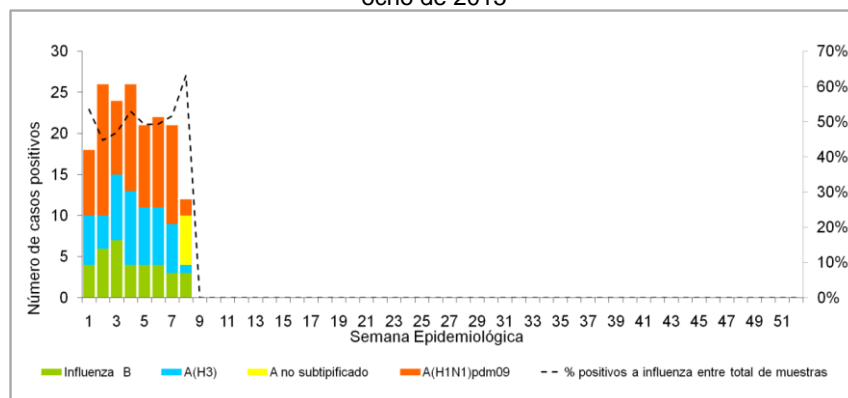
Gráfica 4. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica ocho de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

En cuanto al virus de Influenza se observa mayor proporción del subtipo de influenza A(H1N1)pdm09 (60 %) (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución de virus de influenza, Colombia a semana epidemiológica ocho de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

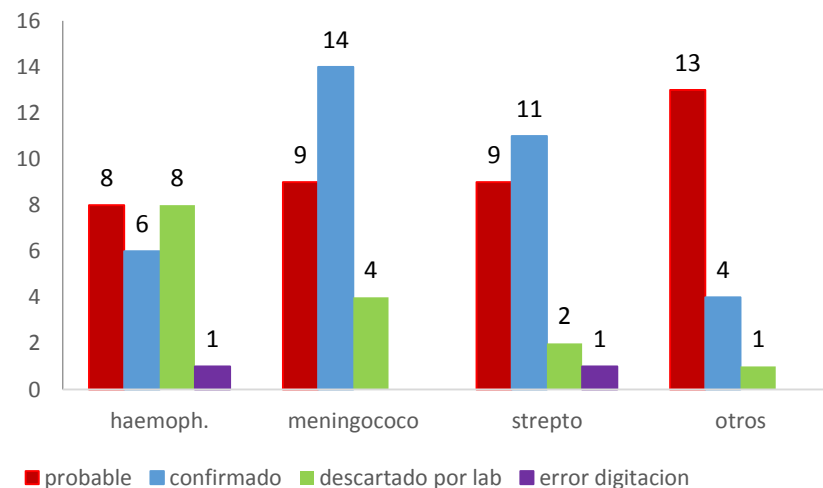
• Meningitis

A semana epidemiológica nueve de 2015 fueron notificados al Sivigila 91 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 39 (42,9%) corresponden a casos probables, 35 (38,5%) corresponden a casos confirmados por laboratorio, 15 (16,5 %) a casos descartados por laboratorio y dos (2,2 %) descartado como

error de digitación. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana nueve muestra un descenso del 1,09 % con respecto al 2014, en el cual se había reportado 92 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas a semana epidemiológica nueve de 2015 es: meningitis meningocócica 27 (29,7 %), meningitis por neumococo 23 (25,3 %), meningitis por *Haemophilus influenzae* 23 (25,3 %) y meningitis por otros agentes 18 (19,8 %) (ver gráfica 1).

Gráfica No 1. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica nueve, 2015



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

Los departamentos que notificaron el 80,2% de los casos de meningitis son Antioquia, Cartagena. Córdoba, Bogotá, Bolívar, Barranquilla, Valle, Arauca, Tolima, Norte de Santander, Sucre, Cesar; meningitis por *Neisseria meningitidis* es el que registra el mayor número de casos (ver tabla 1).

Tabla N° 1. Distribución de casos de Meningitis por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica nueve, 2015

Departamento	Haemophilus influenzae	Neisseria meningitidis	Streptococo	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	5	7	3		15	16,5
Cartagena		6	1	2	9	9,9
Córdoba	5	1	2	1	9	9,9
Bogotá	2	2	5		9	9,9
Bolívar		2	2	3	7	7,7
Barranquilla	2		1	2	5	5,5
Valle		1	1	3	5	5,5
Arauca	3			1	4	4,4
Tolima		1		2	3	3,3
Nte Santander	1	2			3	3,3
Sucre			2		2	2,2
Cesar	1		1		2	2,2
Caldas			1	1	2	2,2
Huila	1	1			2	2,2
Santander				2	2	2,2
Cauca	2				2	2,2
Guajira		1			1	1,1
Guainía	1				1	1,1
Casanare			1		1	1,1
Caquetá				1	1	1,1
Boyacá			1		1	1,1
Risaralda			1		1	1,1
Cundinamarca		1			1	1,1
Vichada			1		1	1,1
Magdalena		1			1	1,1
Choco		1			1	1,1
Total general	23	27	23	18	91	100

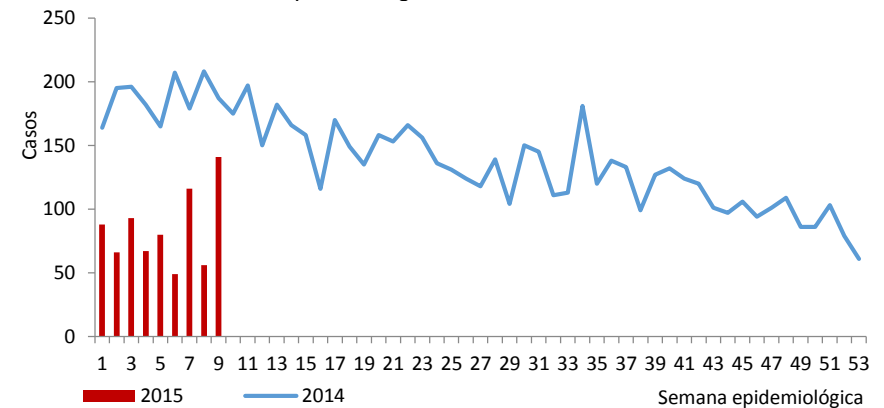
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A semana nueve se notificaron 13 casos con condición final muerte: cinco casos confirmados de meningitis por neumococo, una en Sucre (mujer de 18 años), una en Valle (hombre de 29 años), una en Cartagena (mujer de 60 años) y dos en Bogotá (un hombre de 86 años y una mujer de 32 años); dos muertes por meningitis meningococcica, uno en Cartagena (mujer de 60 años confirmado por laboratorio, serotipo B) y otro en Norte de Santander-Cúcuta (hombre de 19 años confirmado por laboratorio, serotipo C); tres muertes por meningitis por *Haemophilus*, de las cuales dos son probables, una en Montería-Córdoba, menor de edad de sexo femenino de 12 años y Antioquia, hombre de 22 años; la muerte confirmada se notificó en Barranquilla en una menor de un año; tres muertes por meningitis por otros agentes en los departamentos de Tolima-Espinal, Cartagena y Caquetá-Florencia, todas en el sexo masculino, con edades de 78, 59 y 86 años que ingresaron como probables.

• Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron al Sivigila 756 casos de parotiditis, de los cuales el 99,73 % (754) corresponden a casos confirmados por clínica y el 0,2 % (dos) a casos descartados por error de digitación. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 55,08 %, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 1 683 casos (ver Gráfica 1).

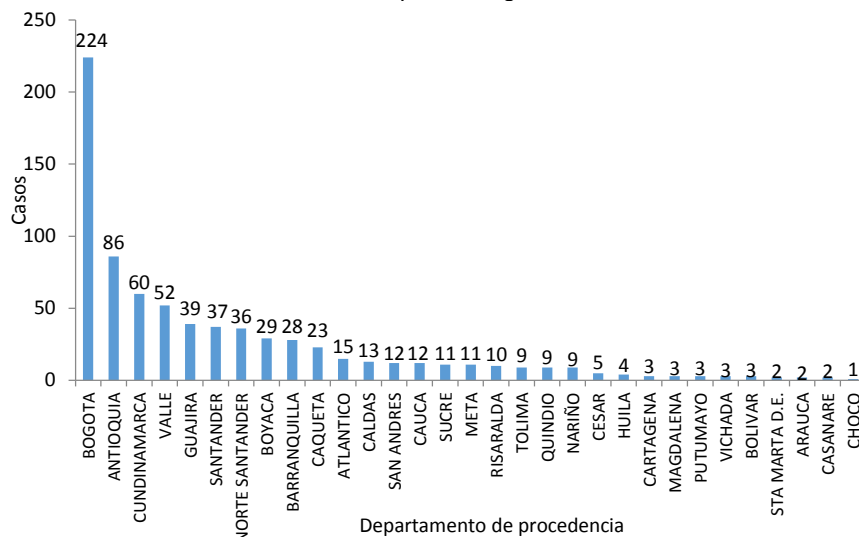
Gráfica 1. Casos de parotiditis por semana epidemiológica, Colombia, semana epidemiológica nueve, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 82,4 % de los casos fueron notificados por: Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle, Santander, Guajira, Barranquilla, Norte de Santander, Boyacá y Caquetá. Las entidades territoriales que más notificaron casos según procedencia fueron: Bogotá, Antioquia, Cundinamarca y Valle (ver Gráfica No 2).

Gráfica 2. Casos de parotiditis notificados según departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Un total de 157 municipios reportaron casos de parotiditis hasta la semana nueve, de los cuales el 52,1 % son de Bogotá, Medellín, Riohacha, Cali, Barranquilla y Cúcuta.

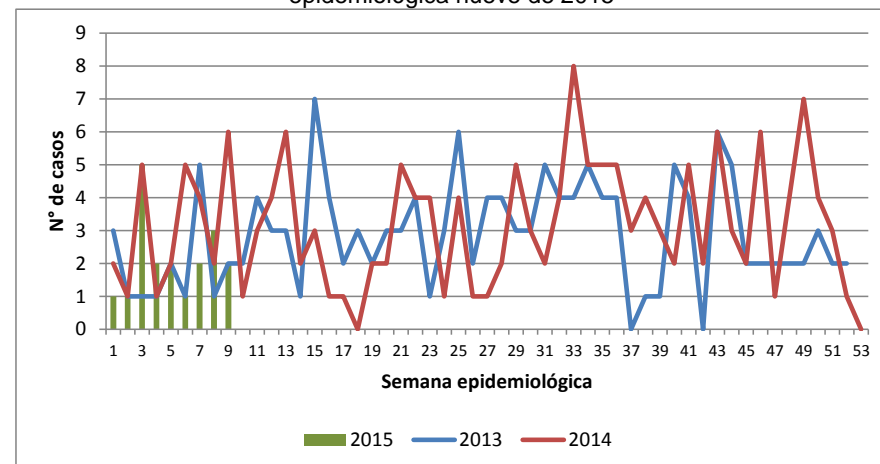
Brote

- Se notifica un brote de 18 casos en el Fuerte Larandia, en Florencia, Caquetá, militares entre 18 a 25 años de edad.
- Se notifica un brote de 37 casos en la Cárcel de Riohacha, internos entre los 18 y 65 años de edad.

• **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se ha notificado al Sivigila 19 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra una disminución del 32,1 % con respecto al año inmediatamente anterior, en el cual se habían reportado 28 casos a semana epidemiológica nueve (ver gráfica 1)

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

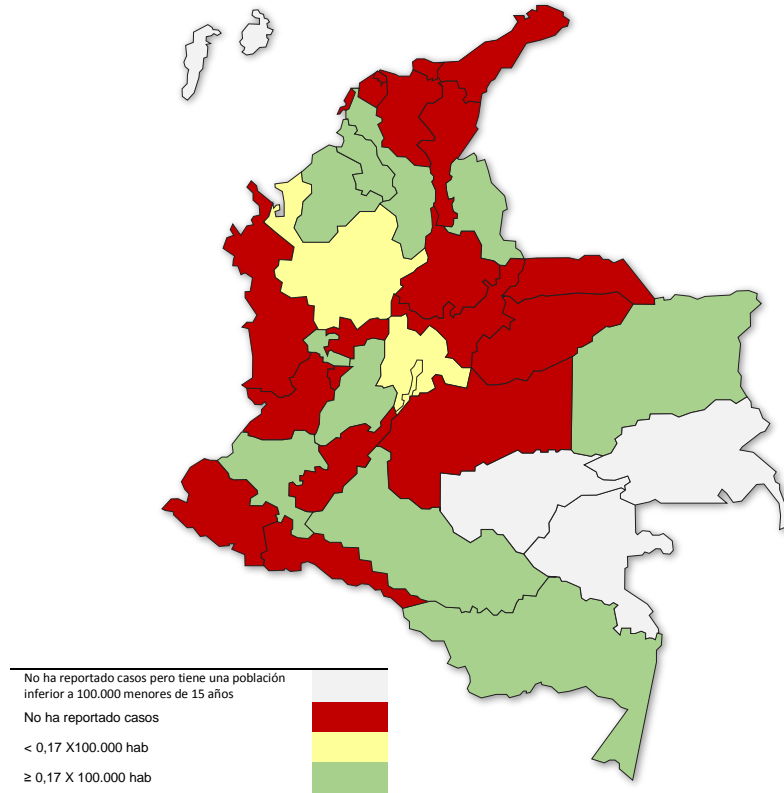


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de notificación esperada hasta la fecha es de 0,17 casos por 100 000 menores de 15 años, las entidades territoriales que para esta semana superan la tasa de notificación esperada son Amazonas, Bolívar, Caquetá, Cartagena, Cauca, Norte de Santander, Quindío, Córdoba, Risaralda, Sucre, Tolima y Vichada.

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

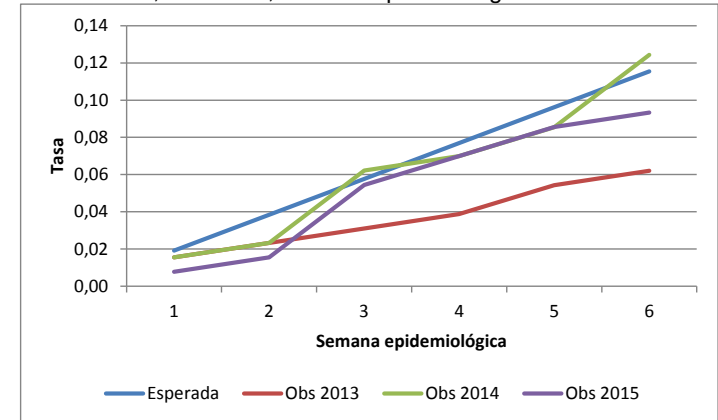
Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica nueve de 2015, la tasa de notificación en el Sivigila es de 0,15 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, semana epidemiológica nueve de 2015

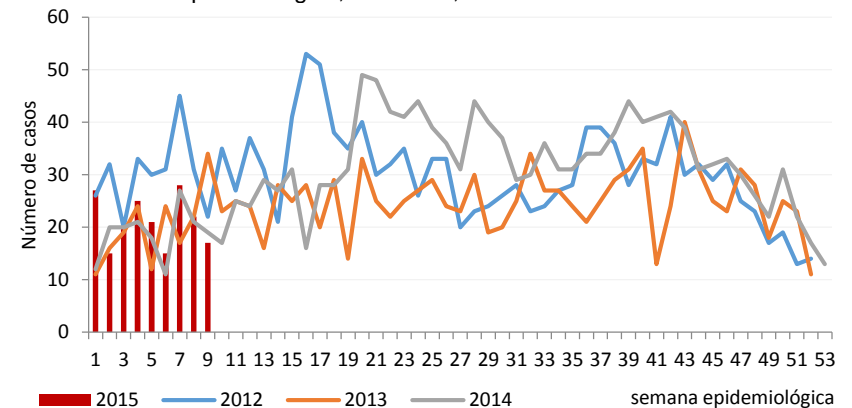


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se reportaron 190 casos sospechosos de sarampión. La notificación muestra un incremento del 12,4 % con respecto al 2014, en el cual se reportaron 169 casos, se observa un incremento del 6,2 % con respecto al año 2013 y una caída del 29,6 % con relación al reporte del año 2012 (ver gráfica 1).

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

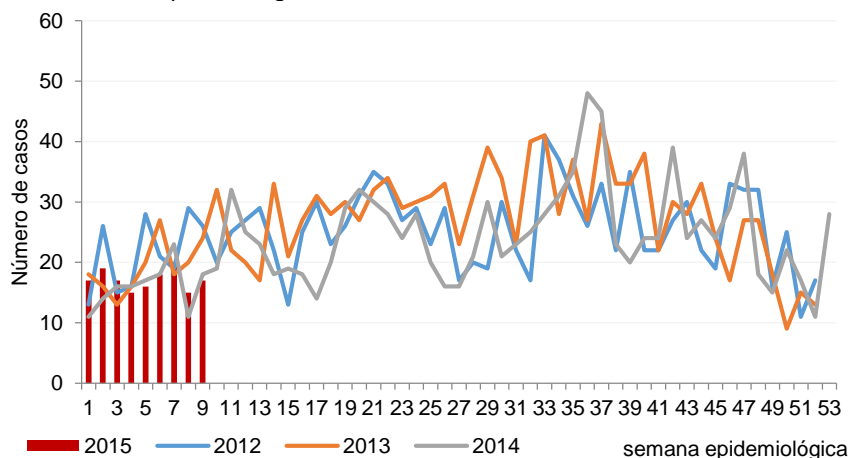


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según departamento o distrito de procedencia, el 89,5 % de los casos sospechosos de sarampión son de tres entidades territoriales: Bogotá (143), Antioquia (20) y Cundinamarca (siete); otras entidades territoriales que notifican casos son Atlántico y Valle del Cauca con tres casos cada uno, Risaralda dos casos cada uno, Boyacá, Cesar, Guaviare, La Guajira, Meta, San Andrés, Sucre, Vichada y el distrito de Cartagena con un caso cada uno; se notifican tres casos del exterior, dos procedentes de Brasil notificados por Bogotá y uno de México reportado por Bogotá.

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se reportaron 154 casos sospechosos de rubéola. La notificación muestra un incremento del 6,9 % con respecto al año 2014 cuando se habían notificado también 144 casos, comparado con el 2013 hay un descenso del 10,5 % y con el 2012 hay otro descenso del 20,2 % (ver gráfica 2).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Según departamento o distrito de procedencia, el 84,4 % de los casos sospechosos de rubéola son de tres entidades territoriales: Bogotá (110), Antioquia (14) y Cundinamarca (seis); otras entidades que notifican casos son Valle con cinco casos, Caldas, Meta y Santander con cuatro casos cada uno, Tolima con tres

casos cada uno, Boyacá con dos casos cada uno y Nariño y Norte de Santander con un caso cada uno.

La tasa de notificación nacional es de 0,71 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se dobla en este momento la tasa de notificación requerida para la semana nueve de 0,35.

Un total de ocho entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana nueve: Bogotá (3,21), Vichada (1,39), San Andrés (1,31), Guaviare (0,90), Antioquia (0,53), Meta (0,52), Cundinamarca (0,49) y Caldas (0,40). No cumplen con la tasa esperada Atlántico, Boyacá, Tolima, Risaralda, Santander, Valle del Cauca, Sucre, La Guajira, Cartagena, Cesar, Norte de Santander y Nariño. Un total de 16 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 nueve de 2015

Departamento	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100.000 htes (SIVIGILA)
Bogotá, D.C.	253	7.878.783	3,21
Vichada	1	71.974	1,39
San Andrés	1	76.442	1,31
Guaviare	1	111.060	0,90
Antioquia	34	6.456.299	0,53
Meta	5	961.334	0,52
Cundinamarca	13	2.680.041	0,49
Caldas	4	987.991	0,40
Atlántico	3	1.242.388	0,24
Boyacá	3	1.276.407	0,24
Tolima	3	1.408.272	0,21
Risaralda	2	951.953	0,21
Santander	4	2.061.079	0,19
Valle del Cauca	8	4.613.684	0,17
Sucre	1	851.515	0,12
La Guajira	1	957.797	0,10
Cartagena	1	1.001.755	0,10
Cesar	1	1.028.890	0,10
Norte de Santander	1	1.355.787	0,07
Nariño	1	1.744.228	0,06
Exterior	3	NA	NA
Total	344	48.203.405	0,71

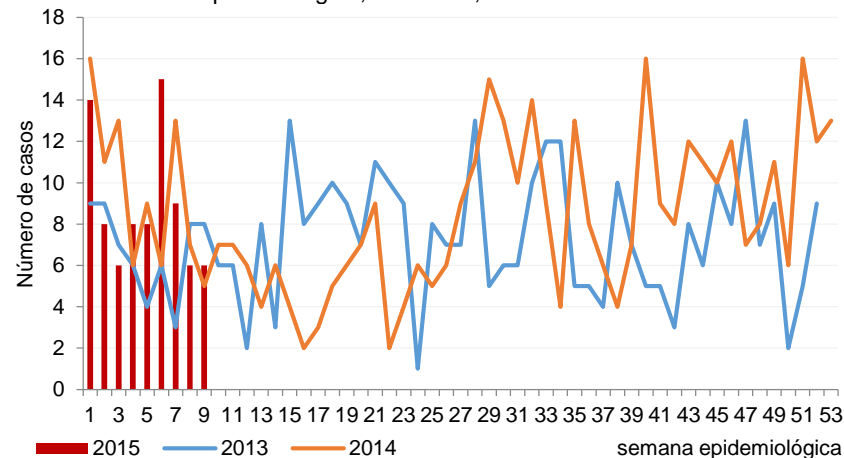
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005

Tasa esperada a semana 09= 0.35 casos por 100 000 habitantes

• Síndrome de rubéola congénita

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado 80 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos muestra una disminución del 7,0 % cuando se reportaron 86 casos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, 2013-semana 09 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según procedencia, el 75,0 % de los casos provienen de dos entidades territoriales: Antioquia (50) y Bogotá (10); otras entidades que reportan casos sospechosos son Cundinamarca con cuatro casos, Huila y Sucre con tres casos cada uno, Bolívar y Casanare con dos casos cada uno y Boyacá, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó y Valle del Cauca con un caso cada uno.

• Tétanos

Tétanos neonatal

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

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica nueve de 2015 no se notificaron casos probables o confirmados de tétanos accidental. Se ajustó un caso confirmado del municipio de Olaya Herrera, Nariño. En el acumulado del año se han informado siete casos de tétanos accidental:

- cuatro casos confirmados por clínica notificados de Norte de Santander (Cúcuta), Huila (Neiva), Antioquia (Dabeiba), Nariño (Olaya Herrera).
- un caso descartado de Cartagena
- dos probables de Atlántico (Soledad), Huila (Neiva).

Comparado con el año anterior se habían notificado 18 casos y confirmado 16; esto representa una disminución del 61,1 % en los casos notificados y del 75,0 % en los confirmados.

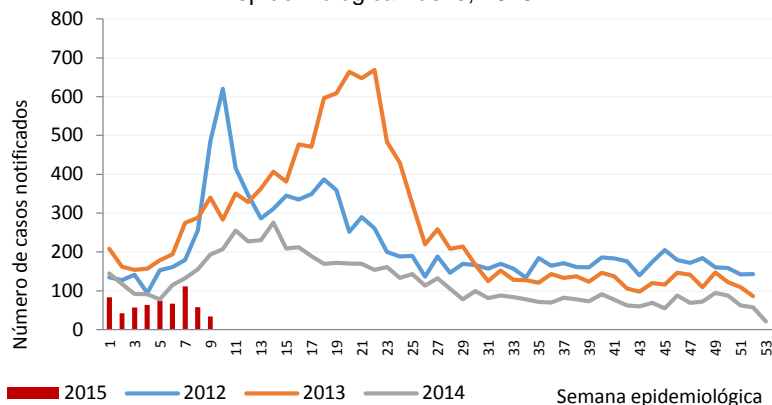
Se reportan dos casos fallecidos:

- Semana 1, de Soledad, Atlántico, mujer de 88 años de edad, confirmado por clínica.
- Semana 4, de Nieva, Huila, hombre de 54 años, confirmado por clínica.

• Tos ferina

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015, se han notificado 589 casos, evidenciándose una disminución del 47,3 % en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 1118 casos hasta el mismo periodo epidemiológico (ver gráfica 1).

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

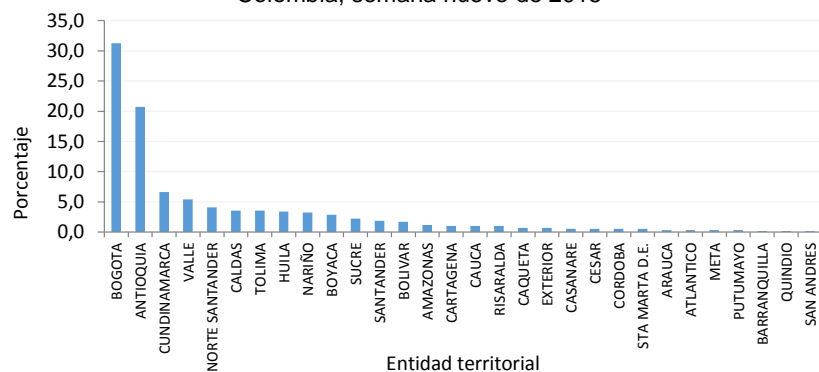


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se han confirmado 28 casos para tos ferina: Bogotá (10), Antioquia (siete), Nariño (cuatro), Bolívar y Norte dos casos cada uno, y Caldas, Santander y el distrito de Cartagena con un caso cada uno.

De los 589 casos probables notificados para tos ferina a Sivigila, según entidad territorial notificadora, el 68,1 % (401 casos) se concentra en cinco entidades territoriales: Bogotá 31,2 % (184 casos), Antioquia 20,7 % (122 casos), Cundinamarca 6,6 % (39 casos), Valle del Cauca 5,4 % (32) y Norte de Santander 4,1 % (24 casos) (ver grafica 2)

Gráfica 2. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, semana nueve de 2015



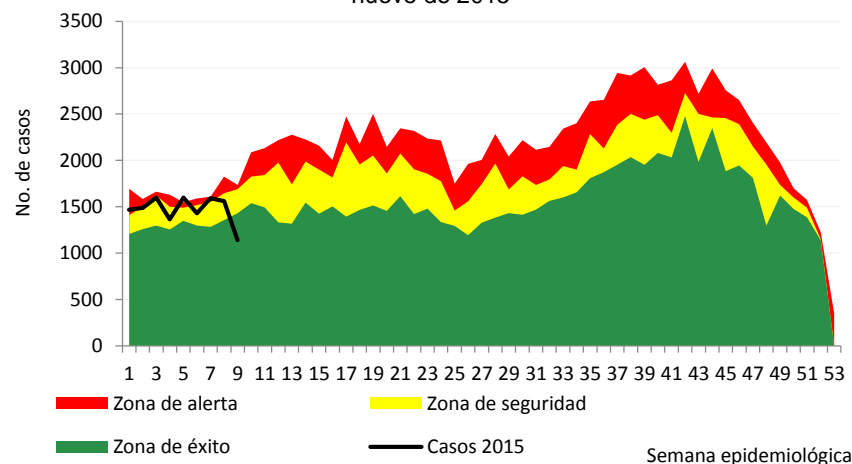
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Varicela

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado 13 248 casos de varicela, esta notificación muestra una disminución del 7,6 % respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 14 335 casos. A semana nueve la proporción de incidencia acumulada para el país es de 27,48 casos por 100 000 habitantes.

Según el comportamiento en el canal endémico, iniciamos el año en zona de seguridad; para la semana epidemiológica nueve 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 nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Acumulado a semana nueve se han notificado cinco muertes asociadas a varicela una procedente de Barranquilla, una de Acevedo (Huila) y una de Puerto Wilches (Santander), una en Bogotá y una de Planeta Rica (Córdoba).

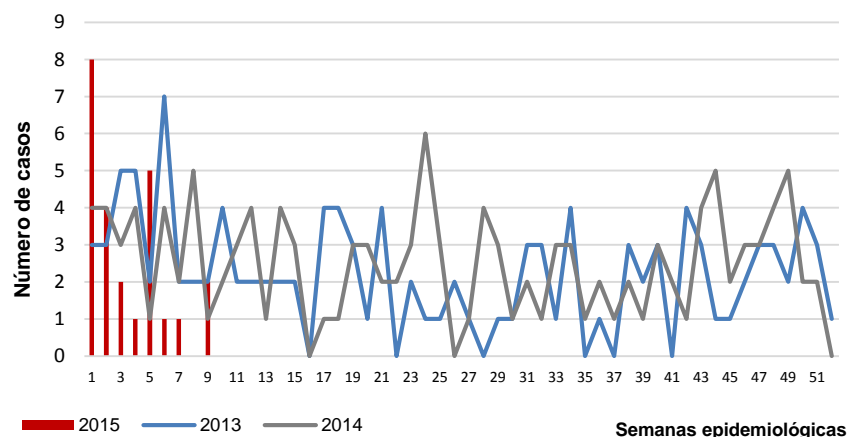
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

• **Enfermedad diarreica aguda**

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron al Sivigila dos casos de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años; en la misma semana epidemiológica para el 2014 se notificó un caso (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la tasa de mortalidad es de 6,25 x 1 000 000 de habitantes menores de cinco años por causa de EDA, con una mayor tasa en el grupo de menores de un año de edad (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de cinco años, Colombia, a semana epidemiológica 9 de 2015

Grupos de edad	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de muertes a SE nueve	Tasa de mortalidad por 1.000.000 hab. menores de cinco años
Total país (menores de 5 años)	4.321.637	27	6,25
Menores de 1 año	873.444	13	14,88
1 a 4 años	3.448.193	14	4,06

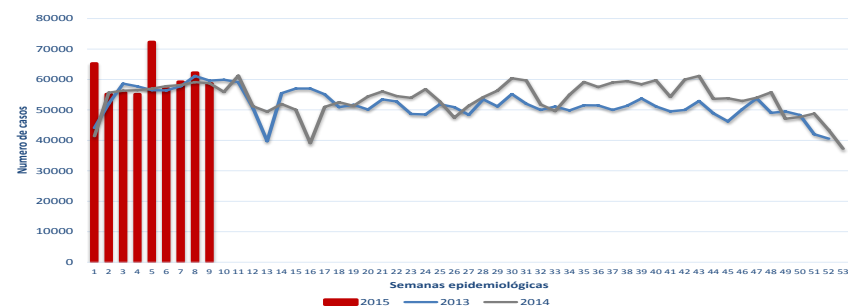
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron un total de 58667 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) con un total acumulado para el país de 540944 casos (ver gráfica 2).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La totalidad de las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA. Durante esta semana epidemiológica se observa una tendencia a la disminución del 0,20% de casos con respecto al año anterior, mientras que los casos acumulados aumentan con

un valor del 7,98%; dicho número de casos se ajusta de manera semanal con el ingreso de la información de las UPGD (ver tabla 2).

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

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE nueve	58.787	58.667	0,20%
Casos Acumulados a SE nueve	500.959	540.944	7,98%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de 1 año registran la incidencia más alta con 33,24 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre uno y cuatro años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 88215 casos (ver tabla 3).

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

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitante.
Colombia	48203405	540944	11,22
< 1 año	873444	29031	33,24
1 a 4 años	3448193	88215	25,58
5 a 9 años	4258678	40697	9,56
10 a 14	4282708	28349	6,62
15 a 19	4345112	31228	7,19
20 a 24	4292291	56249	13,10
25 a 29	3957939	56198	14,20
30 a 34	3539724	45678	12,90
35 a 39	3205979	33315	10,39
40 a 44	2879410	25670	8,92
45 a 49	2883795	23109	8,01
50 a 54	2680490	19796	7,39
55 a 59	2218791	15988	7,21
60 a 64	1728396	13964	8,08
65 a 69	1307382	10407	7,96
70 a 74	926841	8100	8,74
75 a 79	684618	6502	9,50
80 y más años	689614	8448	12,25

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica nueve de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 11,2 casos por 1000 habitantes fueron: Amazonas, Valle del Cauca, Bogotá y Quindío. Estos cuatro territorios aportan el 11,11 % del total del evento en el país (ver tabla 4).

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

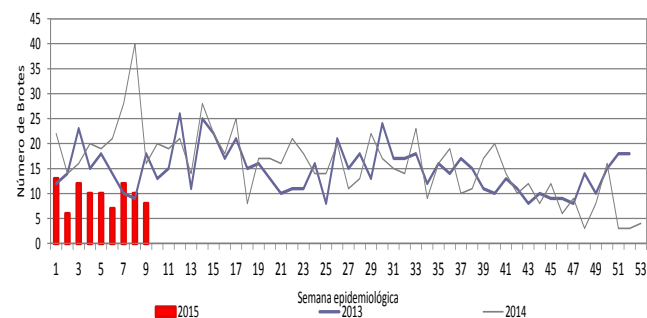
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	1596	0,3%	76.243	20,93
Valle del Cauca	85513	15,8%	4.613.684	18,53
Bogotá	131582	24,3%	7.878.783	16,70
Quindío	9122	1,7%	565.310	16,14
Colombia	540944	100,0%	48.203.405	11,22

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• ETA

Hasta la semana epidemiológica nueve del 2015 se notificaron al Sivigila 1405 casos de ETA, involucrados en 88 brotes. Respecto a los brotes de ETA por semana epidemiológica se observa una disminución en la notificación del 55,1% en relación a la semana epidemiológica nueve del año inmediatamente anterior. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 9,8 (ver gráfica 1).

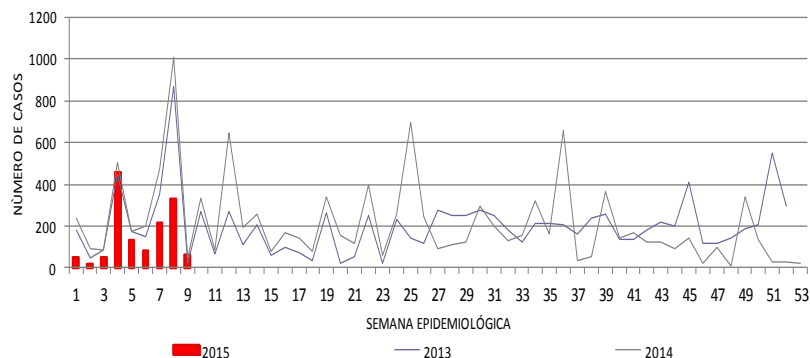
Gráfica 1. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica nueve, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 50,4% con respecto a la misma semana del 2014. Durante el 2015 el promedio por semana es de 156 casos (ver gráfica 2).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica nueve del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 20 a 24 años (13%), 1 a 4 años (12,6%) y 30 a 34 años (11%). El 54% de los casos están como confirmados por clínica, el 32% como probables, el 10% como confirmados por laboratorio y el 4% confirmados por nexo epidemiológico.

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

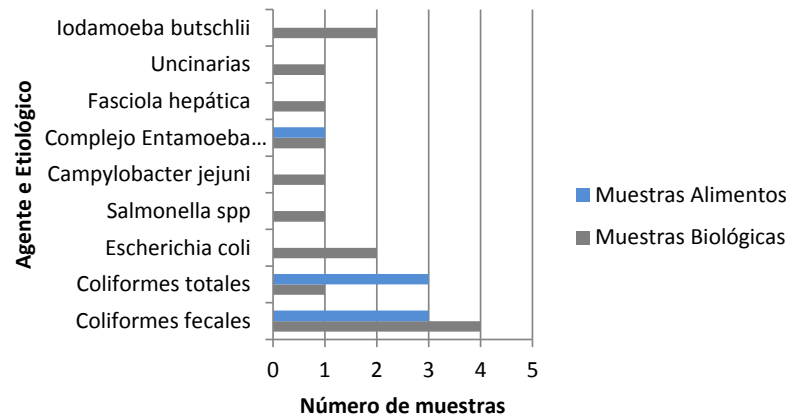
Tabla 1. Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica nueve de 2015.

Entidad Territorial de Procedencia	N° Brotes
Bogotá	19
Antioquia	8
Sucre	8
Atlántico	7
Magdalena	6
Nariño	5
Boyacá	4
Valle del Cauca	4
Cartagena	3
Cauca	3
Tolima	3
Bolívar	2
Cesar	2
La Guajira	2
Norte de Santander	2
Quindío	2
Santander	2
Arauca	2
Cundinamarca	1
Chocó	1
Meta	1
Risaralda	1
TOTAL	88

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los agentes etiológicos detectados en muestras biológicas y muestras de alimentos procedentes de brotes de ETA fueron: *Iodamoeba butschlii*, Uncinarias, *Fasciola hepática*, Complejo, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp*, *Escherichia coli*, Coliformes fecales y Coliformes totales; (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas y de alimentos procedentes de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica nueve de 2015.



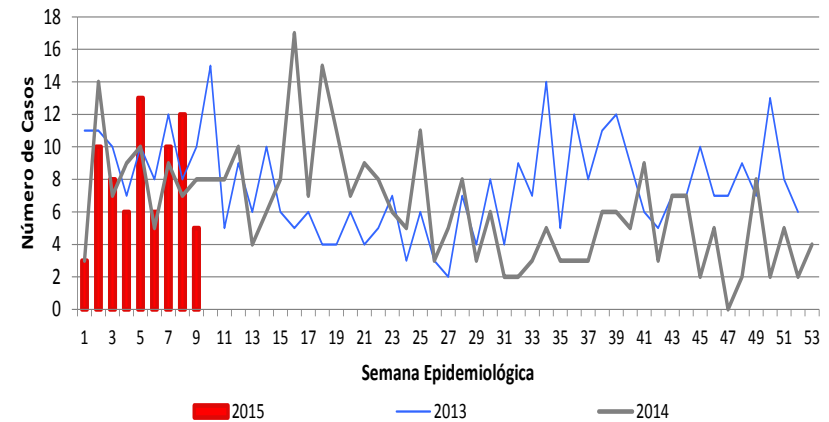
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica nueve se notificaron nueve brotes de ETA que involucraron 66 casos; los departamentos que notificaron estos brotes fueron Bogotá, Cesar, Atlántico y Nariño; los principales factores de riesgo identificados fueron fallas limpieza utensilios, inadecuado almacenamiento, contaminación cruzada, malas condiciones ambientales, inadecuada acidificación, disposición inadecuada excretas, inadecuada conservación, fallas en cocción, higiene personal, fuente no confiable, adición de tóxicos, tóxicos en tejido y fallas abastecimiento agua.

• Fiebre tifoidea y paratifoidea

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se ha notificado 79 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, de los cuales cinco casos se notificaron en esta semana; se observa un aumento en la notificación del 1,4% con respecto a las mismas semanas del 2014 (ver gráfico 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 28% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 75% de los casos fueron notificados por Antioquia, Cauca y Huila (ver tabla1).

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

DEPARTAMENTO	N° CASOS
Antioquia	21
Cauca	17
Huila	17
Norte De Santander	7
Chocó	4
Bogotá	3
Bolívar	1
Nariño	1
Santa Marta	1
Valle Del Cauca	1
TOTAL	73

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica nueve de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 15 a 19 años (13,7%), de 5 a 9 años (11%) y de 20 a 24 años (11%) (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 9 de 2015

GRUPO DE EDAD	N° CASOS	PORCENTAJE
0-4	7	9,6
5-9	8	11,0
10-14	6	8,2
15-19	10	13,7
20-24	8	11,0
25-29	6	8,2
30-34	5	6,8
35-39	3	4,1
40-44	1	1,4
45-49	0	0,0
50-54	6	8,2
55-59	3	4,1
60-64	5	6,8
65-69	0	0,0
70-74	3	4,1
75-79	2	2,7
80 Y MÁS	0,0	0,0
TOTAL	73	100

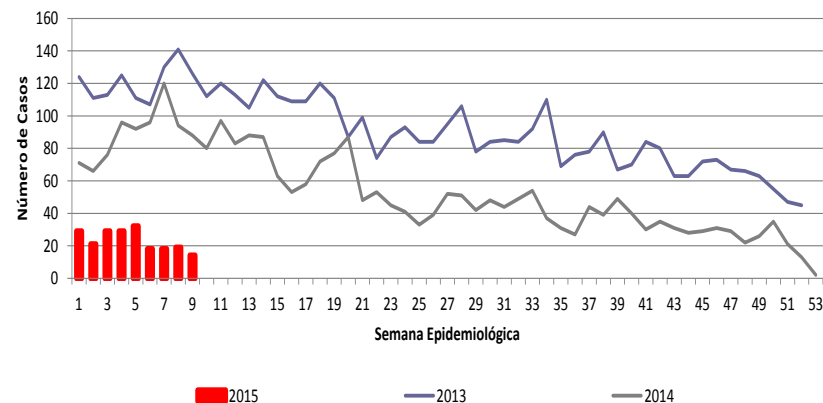
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta esta semana no hay casos confirmado por laboratorio (coprocultivo o hemocultivo) y serotipificados por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud.

• *Hepatitis A*

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica nueve se notificaron 210 casos de hepatitis A, de los cuales 14 se notificaron esta semana; el 50% fueron confirmados por laboratorio, 48,57% por clínica y 1,43% por nexo epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica nueve se presentó una disminución en la notificación del 73,8% respecto al 2014 (ver gráfica 1).

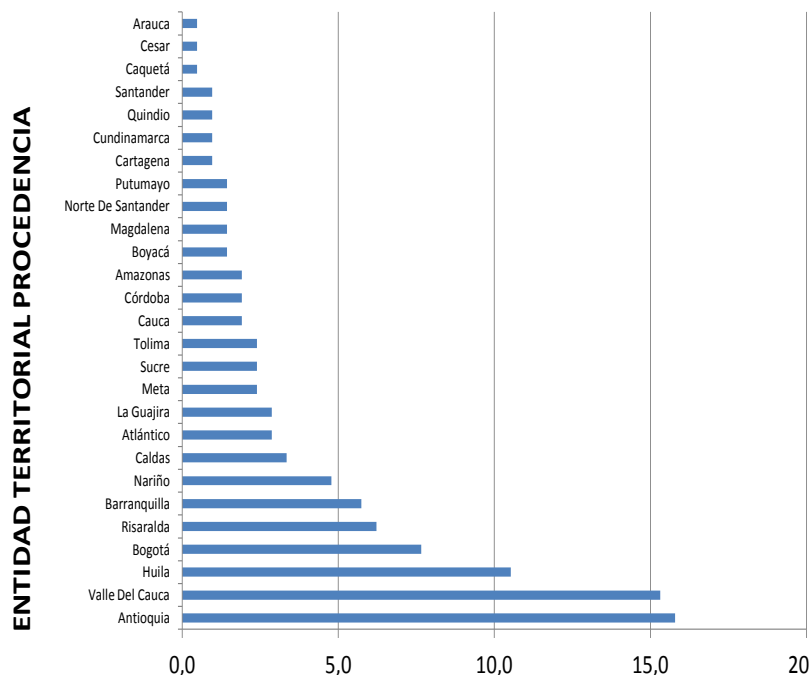
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica nueve, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según el lugar de procedencia se obtuvo que el mayor número de casos notificados provienen de: Antioquia (15,8%), Valle del Cauca (15,3%), Huila (10,5%) y Bogotá (7,7%) (ver gráfica 2).

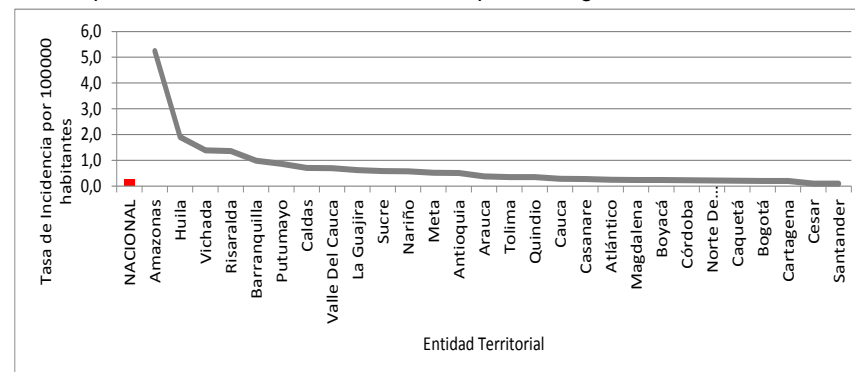
Gráfica 2. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Siviigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica nueve fue de 0,3 por 100 000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Amazonas con 5,2, Vichada con 1,4, Huila con 0,9 y Risaralda con 1,2 por 100 000 habitantes (ver gráfica 3).

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



Fuente: Siviigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 76% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 13% en centro poblado y el 11% en rural. En cuanto a la población, el 94% pertenece a otros grupos étnicos, el 3% a indígenas, el 1% afrocolombianos y el 1% a ROM y gitanos.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (18,2%), 5 a 9 años (14,4%) y 10 a 14 años (13,9%). El 39% de los casos fueron hospitalizados.

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

• Chagas

En la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron al Sivigila seis casos de Enfermedad de Chagas, cuatro agudos probables y dos crónicos confirmados

El acumulado a semana epidemiológica nueve de 2015 es de 75 casos, de los cuales 81.3 % (61/75) corresponden a casos crónicos (26 confirmados y 35 probables) y 18.7 % (14/75) casos agudos (dos confirmados y 12 probables).

Los casos crónicos fueron notificados por 14 entidades territoriales. Boyacá notificó el 22.9 % de los casos, Bogotá 18. %, Santander 16.3 %, Casanare 13.1 % y norte de Santander 6.5 %. El 34.6 % (26/75) de los casos fueron confirmados por laboratorio (ver tabla 1).

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

Departamento notificador	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
Boyacá	9	34,62	5	14,29	14	22,95
Bogotá	1	3,85	10	28,57	11	18,03
Santander	1	3,85	9	25,71	10	16,39
Casanare	6	23,08	2	5,71	8	13,11
Nte Santander	3	11,54	1	2,86	4	6,56
Cesar	1	3,85	2	5,71	3	4,92
Tolima	0	0,00	3	8,57	3	4,92
Arauca	1	3,85	1	2,86	2	3,28
Antioquia	0	0	1	2,86	1	1,64
Cauca	1	3,85	0	0,00	1	1,64
Cundinamarca	1	3,85	0	0,00	1	1,64
Guaviare	1	3,85	0	0,00	1	1,64
Huila	0	0,00	1	2,86	1	1,64
Sucre	1	3,85	0	0,00	1	1,64
Total casos	26	100,00%	35	100,00%	61	100,00%

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos agudos confirmados uno corresponde a un paciente de sexo femenino de 23 años de edad, quien fue captada por el municipio de Cúcuta, Norte de Santander y la procedencia se encuentra en estudio (ver tabla 2).

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

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
Boyaca	3	0	3	0
Cundinamarca	2	0	2	0
En estudio*	0	1	1	7
Cesar	1	1	2	7
Arauca	1	0	1	0
Casanare	2	0	2	0
Santander	1	0	1	0
Tolima	1	0	1	0
Barranquilla	1	0	1	0
Total	12	2	14	14%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

• Chikunguña

En la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron 11.134 casos, de los cuales 10.453 fueron confirmados por clínica y 681 sospechosos; para un acumulado 2014-2015 de 225.050 casos (ver tabla 1).

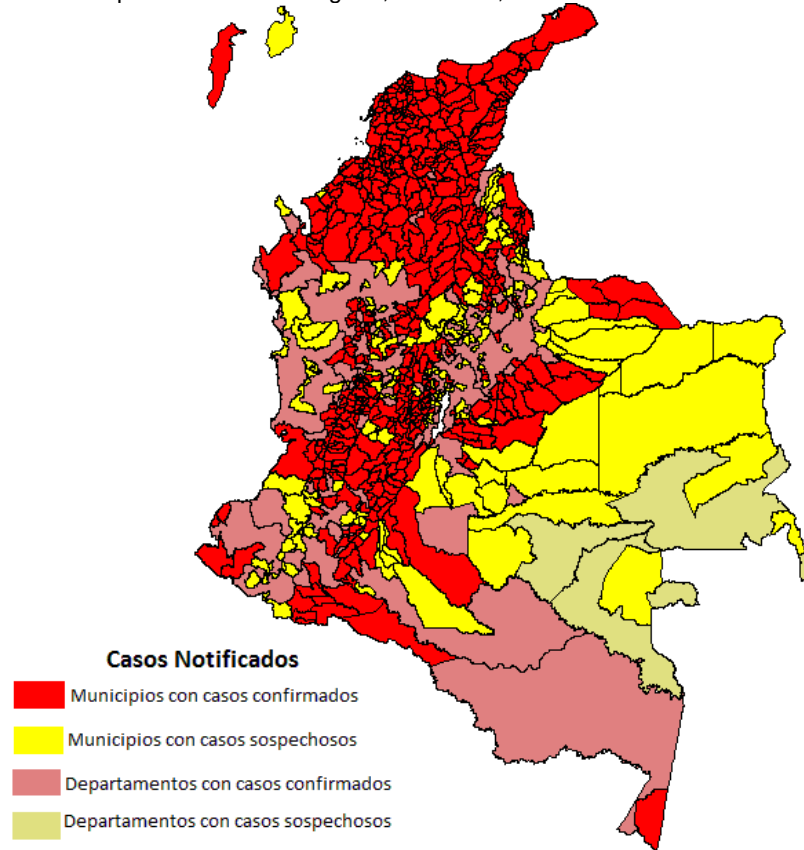
Tabla 1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a siete de Marzo de 2015

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana nueve--2015	10.453	0	681	11.134
Acumulado 2014-2015	218.566	1.496	4.988	225.050

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

Se ha demostrado circulación viral en 31 entidades territoriales quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y sospechosos: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés y Valle del Cauca; en estos casos la entidad territorial aparecerá en rosado (ver mapa 1).

Mapa 1. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, a 7 de Marzo de 2015



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

Casos notificados por regiones de Colombia

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

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	Amazonas	10	2	5	17
	Caqueta	330	7	81	418
	Guainia	0	0	7	7
	Guaviare	0	0	8	8
	Vaupes	0	0	1	1
	Putumayo	104	24	2	130
Total		444	33	104	581

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

En la región Central se han reportado casos confirmados por laboratorio y por clínica en las entidades territoriales de: Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima y Bogotá Distrito Capital (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	7897	48	260	8205
	Bogota*	0	1	241	242
	Caldas	2063	21	19	2103
	Cundinamarca	11548	76	235	11859
	Huila	21493	58	166	21717
	Quindio	185	1	1	187
	Risaralda	87	5	1	93
	Tolima	22386	76	614	23076
	Total	65659	286	1537	67482

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

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

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

Tabla 4. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Oriental por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2014-2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	Boyaca	19	10	226	255
	Norte santander	29297	382	211	29890
	Santander	2151	15	55	2221
Total		31467	407	492	32366

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

La región Orinoquía ha notificado ocho casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de 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	281	3	1547	1831
	Casanare	1581	3	43	1627
	Meta	1046	12	85	1143
	Vichada	0	0	36	36
Total		2908	18	1711	4637

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

La región Pacífica ha notificado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Chocó y Nariño (ver tabla 6).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	Cauca	131	6	538	675
	Choco	1	2	131	134
	Nariño	76	3	17	96
	Valle	14804	25	5	14834
Total		15012	36	691	15739

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	Atlántico	3402	32	31	3465
	Barranquilla	7410	16	0	7426
	Bolívar	18254	307	0	18561
	Cartagena	12550	30	0	12580
	Cesar	2980	43	16	3039
	Córdoba	16079	93	13	16185
	Guajira	10939	50	39	11028
	Magdalena	5287	30	343	5660
	San andres	601	5	8	614
	Sta marta d.e.	5691	12	0	5703
	Sucre	19883	98	3	19984
Total		103076	716	453	104245

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

Muertes

A la fecha se han notificado al Sivigila, veintidós muertes probables por chikunguña, y una proveniente del municipio de Mahates permanece sin notificación. Después de efectuar la unidad de análisis una fue descartada y 21 se encuentran en estudio. Es importante resaltar que los pacientes presentaban importantes patologías de base que fueron asociadas con la causa de muerte. La Organización Panamericana de la Salud está elaborando la propuesta de clasificación de muertes a utilizarse en la región de las américas (ver tabla 8).

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

Departamento notificador	Municipio notificador	Municipio de procedencia	Resultado de laboratorio*	Unidad de análisis	Estado de la notificación
Antioquia	La Ceja	Cartagena	Negativo	Descartado	Notificado
Bolívar	Mahates**	Arroyo Hondo	Positivo	En estudio	No notificado
Cartagena	Cartagena	Cartagena	Positivo	En estudio	Notificado
Cartagena	Cartagena	Cartagena	Positivo	En estudio	Notificado
Cundinamarca	Girardot	Cundinamarca	Positivo	En estudio	Notificado
Cundinamarca	Girardot	Cundinamarca	Positivo	En estudio	Notificado
Cundinamarca	Girardot	Cundinamarca	Positivo	En estudio	Notificado
Huila	Neiva	Campoalegre	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Cúcuta	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Los Patios	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Villa de Rosario	Positivo	En estudio	Notificado
Norte de Santander	Cúcuta	Villa de Rosario	Positivo	En estudio	Notificado
Sucre	Sincelejo	Magangué	Positivo	En estudio	Notificado
Sucre	Sincelejo	Sahagún	Positivo	En estudio	Notificado
Sucre	Corozal	Corozal	Pendiente	En estudio	Notificado
Tolima	Armero	Armero	Positivo	En estudio	Notificado
Tolima	Ibagué	Armero	Positivo	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.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikunguña, solo en la excepción de tener resultado de laboratorio positivos para los dos eventos.
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva
- En los municipios que tienen casos importados, pero donde no se ha demostrado circulación autóctona no deben confirmarse casos por clínica.

- Deben ajustarse los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikunguña y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.

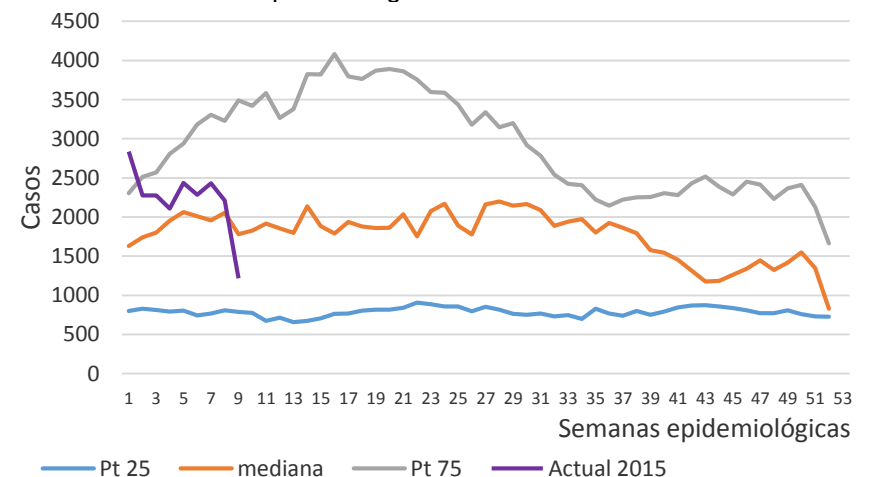
Más información en el siguiente enlace:

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

Dengue

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

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron 20 066 casos totales de dengue, de los cuales 19 782 (98,5 %) corresponden a dengue y 284 (1,5%) a dengue grave.

A la semana 9 de 2014 se habían notificado 19 884 casos de dengue, que comparados con el mismo periodo del año 2015, presentan una disminución de del 1 %, es decir 338 casos menos. Se están notificando en promedio 2 866 casos semanales.

El 26,8 % (5 774/19 782) de los casos de dengue y el 42,6 % (121/284) de los casos de dengue grave se concentra en los menores de 14 años. Por aseguramiento, se observa un ligero predominio en el régimen contributivo (51,6%), seguido del régimen subsidiado (39,2%). El 53,5 % (152/284) de los casos de dengue grave, se presentaron en hombres (ver tabla 1).

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

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	10010	50,6%	132	46,5%	10142	50,5%
	Masculino	9772	49,4%	152	53,5%	9924	49,5%
Tipo de régimen	Contributivo	10237	51,7%	124	43,7%	10361	51,6%
	Especial	665	3,4%	10	3,5%	675	3,4%
	No afiliado	658	3,3%	9	3,2%	667	3,3%
	excepcional	480	2,4%	8	2,8%	488	2,4%
	Subsidiado	7742	39,1%	133	46,8%	7875	39,2%
Pertenencia étnica	Indígena	186	0,9%	2	0,7%	188	0,9%
	ROM, Gitano	107	0,5%	2	0,7%	109	0,5%
	Raizal	16	0,1%		0,0%	16	0,1%
	Palenquero	1	0,0%		0,0%	1	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	441	2,2%	9	3,2%	450	2,2%
	Otro	19031	96,2%	271	95,4%	19302	96,2%
Grupos de edad	Meno de 1 año	711	3,6%	14	4,9%	725	3,6%
	1 a 4 años	1232	6,2%	21	7,4%	1253	6,2%
	5 a 9 años	1767	8,9%	42	14,8%	1809	9,0%
	10 a 14 años	2242	11,3%	44	15,5%	2286	11,4%
	15 a 19 años	2182	11,0%	34	12,0%	2216	11,0%
	20 a 24 años	1871	9,5%	30	10,6%	1901	9,5%
	25 a 29 años	1726	8,7%	17	6,0%	1743	8,7%
	30 a 34 años	1493	7,5%	8	2,8%	1501	7,5%
	35 a 39 años	1184	6,0%	11	3,9%	1195	6,0%
	40 a 44 años	986	5,0%	6	2,1%	992	4,9%
	45 a 49 años	948	4,8%	5	1,8%	953	4,7%
	50 a 54 años	922	4,7%	15	5,3%	937	4,7%
	55 a 59 años	697	3,5%	6	2,1%	703	3,5%
	60 a 64 años	515	2,6%	5	1,8%	520	2,6%
	65 y más años	1306	6,6%	26	9,2%	1332	6,6%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 79 % de los casos de dengue proceden de diez entidades territoriales: Valle del Cauca con 3 947 casos, Tolima con 2 537 casos, Meta con 1 707, Santander con 1 676 casos, Antioquía con 1 401 casos, Huila con 1 300 casos, casos, Cundinamarca con 1 263, Quindío 654, Norte de Santander 620 casos, casos y Casanare con 532 casos. Para dengue grave el 80 % de los casos se concentró en 12 entidades territoriales: Tolima con 68 casos, Valle del Cauca con 39 casos, Huila con 18 casos, Antioquia con 17 casos, Cundinamarca con 14 casos, sucre 12 casos, Barranquilla 10 casos, Santander 10 casos, Córdoba 7 casos, La Guajira siete casos.

El 50 % de los casos de dengue procede de 24 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Villavicencio, Medellín, Bucaramanga, Neiva, Cúcuta, Yopal y Espinal que a su vez han notificado más de 300 casos durante las nueve primeras semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, 19 municipios aportan el 50% de los casos, donde los más afectados son: Ibagué y Cali con más de 20 casos.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica nueve es de 75.1 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. 14 entidades territoriales superaron la incidencia nacional y Cundinamarca, Tolima, Meta y Casanare presentaron proporciones de incidencia superiores a 200 casos por 100 000 habitantes en riesgo.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 65,1 % (3 352/5 146. La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 81,3 % (257/284), donde Bogotá, Tolima, Huila, valle, Cesar, sucre y Quindío están por debajo de 93 % de hospitalización.

Hasta la semana epidemiológica nueve se han notificado 76 muertes probables por dengue, que a la fecha se encuentran en estudio.

• **Fiebre amarilla**

En la semana epidemiológica nueve de 2015 no se notificaron casos de fiebre Amarilla.

En el transcurso del año se han notificado tres casos probables de fiebre amarilla, los cuales se descartan uno por error de digitación y dos por resultado negativo.

• *Leishmaniasis*

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron al Sivigila 653 casos confirmados de leishmaniasis distribuidos así: 641 casos (98,2 %) de leishmaniasis cutánea, siete casos (1,1 %) de leishmaniasis mucosa y cinco casos (0,8 %) de leishmaniasis visceral. Los casos proceden de 27 entidades territoriales, de las cuales Antioquía, Meta, Santander, Nariño, Córdoba, Risaralda y Guaviare concentraron el 73 % de la carga de la enfermedad (ver tabla 1).

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

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	171	2	0	173	26,5%	26,5%
Meta	70	1	0	71	10,9%	37,4%
Santander	54	0	0	54	8,3%	45,6%
Nariño	45	0	0	45	6,9%	52,5%
Córdoba	42	0	1	43	6,6%	59,1%
Risaralda	34	0	0	34	5,2%	64,3%
Bolívar	25	0	4	29	4,4%	68,8%
Guaviare	27	2	0	29	4,4%	73,2%
Choco	25	0	0	25	3,8%	77,0%
Caquetá	22	1	0	23	3,5%	80,6%
Cundinamarca	17	1	0	18	2,8%	83,3%
Norte Santander	17	0	0	17	2,6%	85,9%
Putumayo	17	0	0	17	2,6%	88,5%
Tolima	17	0	0	17	2,6%	91,1%
Cauca	12	0	0	12	1,8%	93,0%
Amazonas	9	0	0	9	1,4%	94,3%
Caldas	6	0	0	6	0,9%	95,3%
Guainía	5	0	0	5	0,8%	96,0%
Vichada	5	0	0	5	0,8%	96,8%
Vaupés	4	0	0	4	0,6%	97,4%
Arauca	3	0	0	3	0,5%	97,9%
Huila	3	0	0	3	0,5%	98,3%
Valle del Cauca	3	0	0	3	0,5%	98,8%
Boyacá	2	0	0	2	0,3%	99,1%
Cartagena	2	0	0	2	0,3%	99,4%
Exterior	2	0	0	2	0,3%	99,7%
Cesar	1	0	0	1	0,2%	99,8%
Sucre	1	0	0	1	0,2%	100,0%
Total	641	7	5	653	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo corrido del año se han notificado 14 casos probables de leishmaniasis visceral, distribuidos así: seis casos de Bolívar, seis casos de Sucre, y Córdoba y Bolívar con un caso cada uno. Se confirmaron cinco casos, cuatro procedentes de El Carmen de Bolívar y un caso de San Andrés de Sotavento, Córdoba.

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

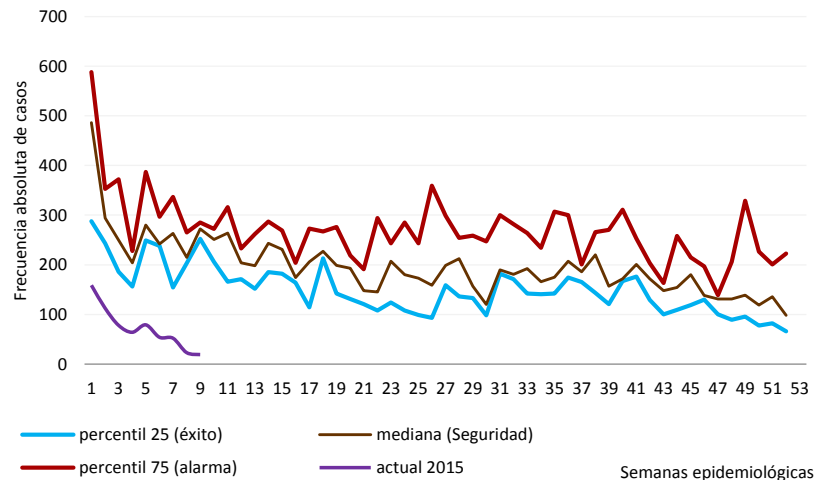
Tabla 2. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 09 de 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		641	7	5
Sexo	Femenino	19,0%	14,3%	40,0%
	Masculino	81,0%	85,7%	60,0%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,2%	0,0%	0,0%
	1 a 4 años	5,8%	0,0%	60,0%
	5 a 9 años	5,5%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	5,3%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	8,7%	0,0%	0,0%
	20 a 24 años	29,6%	42,9%	0,0%
	25 a 29 años	18,9%	14,3%	0,0%
	30 a 34 años	8,6%	14,3%	0,0%
	35 a 39 años	5,9%	14,3%	0,0%
	40 a 44 años	3,4%	0,0%	0,0%
	45 a 49 años	1,6%	0,0%	0,0%
	50 a 54 años	0,9%	14,3%	0,0%
	55 a 59 años	2,2%	0,0%	0,0%
	60 a 64 años	1,4%	0,0%	0,0%
	65 y más años	2,0%	0,0%	0,0%
Pertenencia étnica	Indígena	4,8%	0,0%	20,0%
	ROM	0,2%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,2%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	6,9%	14,3%	0,0%
	Otros	88,0%	85,7%	80,0%
Área de procedencia	Cabecera municipal	13,7%	0,0%	0,0%
	Centro poblado	16,7%	14,3%	40,0%
	Rural disperso	69,6%	85,7%	60,0%
Afilación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	3,3%	28,6%	0,0%
	No afiliado	3,4%	0,0%	0,0%
	Excepción	49,0%	42,9%	0,0%
	Subsidiado	44,3%	28,6%	100,0%
	Especial	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

Gráfica 1. Canal endémico nacional de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 09 de 2015

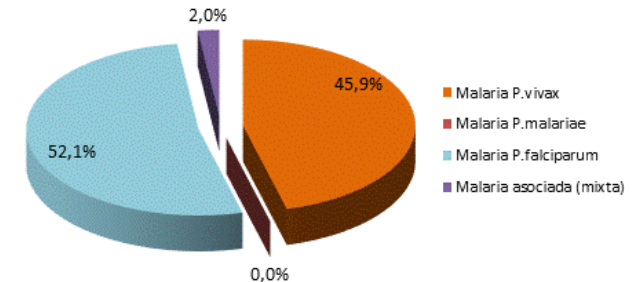


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Malaria

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron al Sivigila 5047 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 2317 casos (45,9 %) de *P. Vivax*, 2629 casos (52,1 %) de *P. falciparum* y 101 casos (2,0 %) de malaria asociada, no se notificaron casos de malaria por *P. malariae*. Se notificaron 77 casos de malaria complicada y un caso de muerte por malaria. Respecto al mismo periodo del año 2014 se evidencia una disminución en la notificación de 6348 lo que representa una variación de 20,5 % (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 28 entidades territoriales, con mayor frecuencia en los departamentos de Chocó con el 53,6 % de los casos, seguido de Antioquía con 14,3 % y Nariño con 12,9 %. Estas tres entidades territoriales concentraron el 81 % de la carga de esta enfermedad (ver tabla 1).

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

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	60	1703	0	940	2703	53,6%
Antioquia	9	125	0	589	723	14,3%
Nariño	2	628	0	19	649	12,9%
Córdoba	2	15	0	155	172	3,4%
Bolívar	12	14	0	102	128	2,5%
Valle del Cauca	1	11	0	96	108	2,1%
Exterior	1	18	0	85	104	2,1%
Vichada	8	39	0	50	97	1,9%
Amazonas	0	3	0	74	77	1,5%
Guainía	0	6	0	70	76	1,5%
Risaralda	2	6	0	63	71	1,4%
Cauca	0	42	0	7	49	1,0%
Guaviare	2	9	0	34	45	0,9%
Sucre	0	1	0	6	7	0,1%
Caquetá	0	5	0	0	5	0,1%
Desconocido	1	0	0	4	5	0,1%
Meta	0	0	0	5	5	0,1%
Quindío	0	1	0	3	4	0,1%
Vaupés	0	0	0	4	4	0,1%
Huila	0	2	0	1	3	0,1%
Norte Santander	0	0	0	2	2	0,0%
Putumayo	0	1	0	1	2	0,0%
Arauca	0	0	0	1	1	0,0%
Atlántico	1	0	0	0	1	0,0%
Cartagena	0	0	0	1	1	0,0%
Casanare	0	0	0	1	1	0,0%
Cesar	0	0	0	1	1	0,0%
Cundinamarca	0	0	0	1	1	0,0%
La Guajira	0	0	0	1	1	0,0%
Santander	0	0	0	1	1	0,0%
Total Casos	101	2629	0	2317	5047	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 50 % de los casos se presentó en 12 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó y Tadó con más de 400 casos cada uno (ver tabla 2).

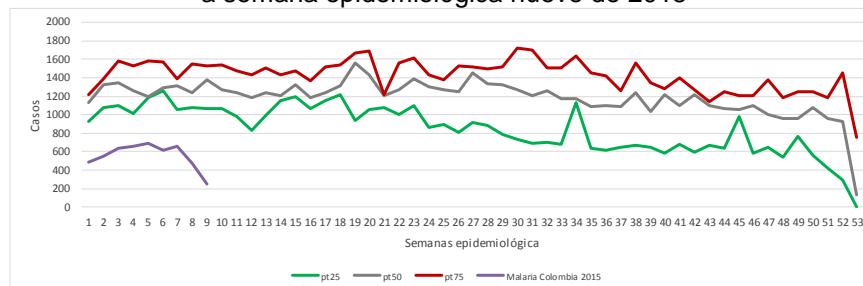
Tabla 2. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica nueve de 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	10	351	0	140	501	9,9%
Tadó	0	268	0	151	419	8,3%
Medio San Juan	30	112	0	112	254	5,0%
Bagadó	0	63	0	163	226	4,5%
Novita	2	167	0	44	213	4,2%
Tumaco	1	186	0	7	194	3,8%
El Charco	0	133	0	0	133	2,6%
El Bagre	2	41	0	86	129	2,6%
Tierralta	1	11	0	108	120	2,4%
Condoto	0	104	0	8	112	2,2%
Roberto Payan (San Jose)	0	110	0	0	110	2,2%
Rio Iró	9	64	0	35	108	2,1%
Otros Municipios	46	1019	0	1463	2528	50,1%
Colombia	101	2629	0	2317	5047	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La distribución social y demográfica evidencia que, se notificaron 3006 casos (59,6 %) en hombres. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,5 % de la notificación y una concentración del 52,9 % de los casos en los grupos de 15 a

44 años. Por pertenencia étnica el 52,7 % 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 71,7 % y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (18,8 %) (ver gráfica 3).

Tabla 3. Variables sociales y demográficas de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 09 de 2015

Variable Social y demográfica	Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria Vivax	Total
Casos	101	2629	2317	5047
Sexo	Femenino	45,5%	41,5%	39,0%
	Masculino	54,5%	58,5%	61,0%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1,0%	0,3%	1,5%
	1 a 4 años	13,9%	6,0%	9,8%
	5 a 9 años	8,9%	10,9%	10,6%
	10 a 14 años	11,9%	14,8%	12,1%
	15 a 19 años	14,9%	13,0%	13,3%
	20 a 24 años	13,9%	11,3%	11,9%
	25 a 29 años	5,9%	9,6%	9,2%
	30 a 34 años	5,0%	7,3%	6,7%
	35 a 39 años	5,9%	5,6%	7,2%
	40 a 44 años	7,9%	5,1%	5,3%
	45 a 49 años	3,0%	4,3%	3,8%
	50 a 54 años	3,0%	3,8%	3,0%
	55 a 59 años	4,0%	3,1%	2,5%
	60 a 64 años	0,0%	2,0%	1,3%
	65 y más años	1,0%	2,9%	1,9%
Pertenencia étnica	Indígena	24,8%	9,5%	25,5%
	ROM	0,0%	0,0%	0,3%
	Raizal	0,0%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,1%	0,0%
	Afrocolombiano	37,6%	77,6%	29,7%
	Otros	37,6%	12,7%	44,5%
Área de procedencia	Cabecera municipal	25,7%	45,2%	24,4%
	Centro Poblado	51,5%	29,6%	26,0%
	Rural disperso	22,8%	25,3%	49,6%
Afiliación al Sistema	Contributivo	5,9%	4,6%	5,9%
	Especial	0,0%	0,2%	0,4%
General de Seguridad	Sin afiliación	24,8%	15,9%	21,8%
	Excepción	2,0%	4,1%	3,9%
Social en Salud	Subsidiado	67,3%	75,2%	68,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron 77 casos de malaria complicada, de las cuales Chocó aportó 24 casos (31,2 %), Antioquía con 15 casos (19,5 %), Valle del Cauca con 11 casos (14,3 %), Risaralda con 6 casos, Caquetá con 5 casos (6,5 %), Córdoba con 4 casos (5,2 %), Nariño con 3 casos (3,9 %), Caldas con 2 casos (2,6 %), Cauca

Vectores

con 2 casos (2,6 %), Bolívar, Cundinamarca, Huila, Sucre con un caso cada uno. Se notificó un caso en Tolima del cual no se tiene información de la procedencia.

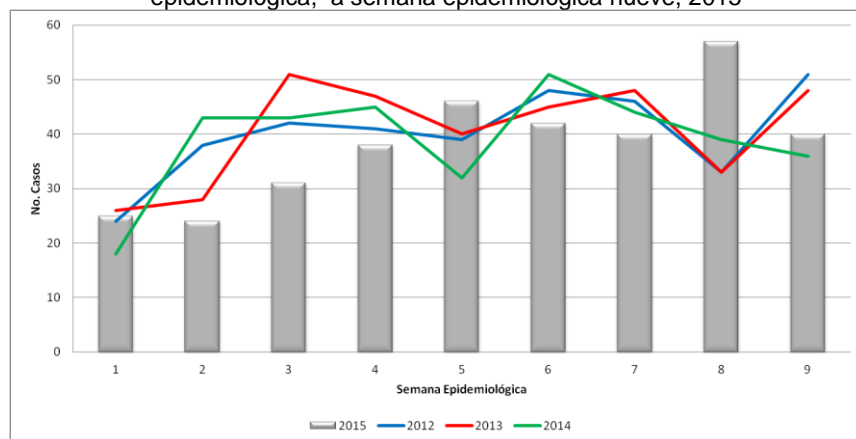
Se notificó una muerte por malaria, corresponde a menor de sexo femenino de un año, procedente del municipio Medio San Juan, Chocó, del área rural dispersa de la comunidad Unión Waunan. La especie parasitaria corresponde a malaria por *P. falciparum*, La paciente no recibió tratamiento etiológico y falleció el nueve de Enero de 2015

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica nueve se han notificado 343 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 36 casos de hepatitis C. Se observa un aumento discreto en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 7,97%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 351 casos (ver gráfica 1).

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



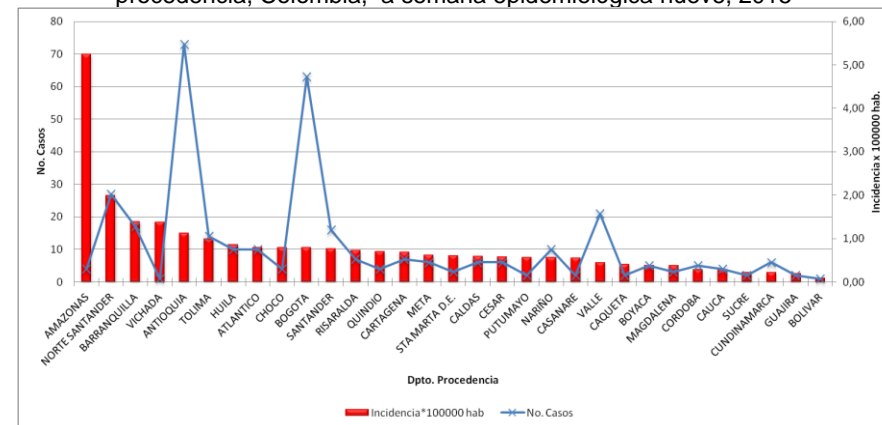
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Antioquia (21,28%), Bogotá (18,37%), Norte de Santander (7,87%), Valle (6,12%) y Barranquilla (4,96%), los cuales en conjunto representan el 58,60% de los casos notificados hasta la presente semana.

A semana epidemiológica nueve de 2015, cinco entidades territoriales presentaron silencio epidemiológico en relación con la notificación de los eventos en mención (Arauca, Guainía, Guaviare, San Andrés y Vaupés).

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 0,71 casos por cada 100 000 habitantes, las entidades territoriales con la mayor incidencia fueron Amazonas (5,25), Norte de Santander (1,99), Barranquilla (1,40), Vichada (1,69) y Antioquia (1,13) (ver gráfica 2).

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



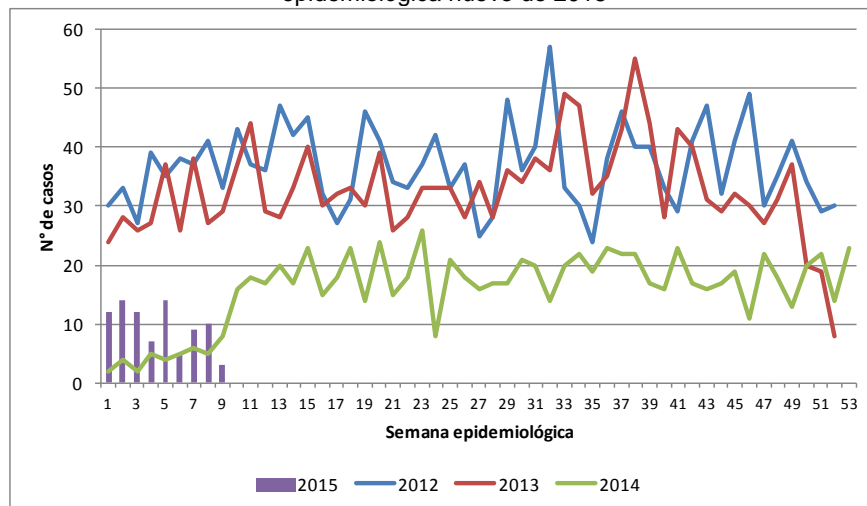
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana nueve se notificaron tres muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B en el distrito de Bogotá D.C (dos muertes) y en la entidad territorial de Antioquia (una muerte). No se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado siete muertes por hepatitis B y una muerte por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

• Sífilis Congénita

A semana epidemiológica nueve del 2015 han sido notificados 86 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 41 casos, por lo tanto se observa un incremento en la notificación (ver gráfica 1).

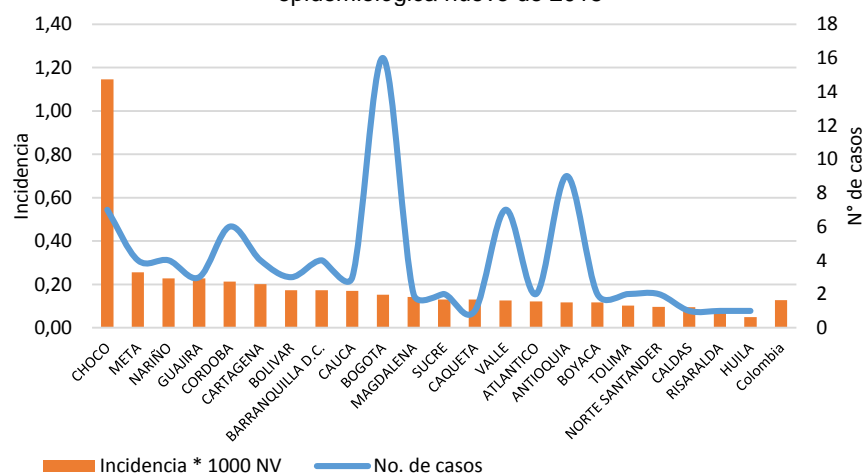
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica nueve de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Chocó, Valle y Córdoba. Por incidencia se encuentran: Chocó, Meta, Nariño, La Guajira y Córdoba (ver gráfica 2).

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



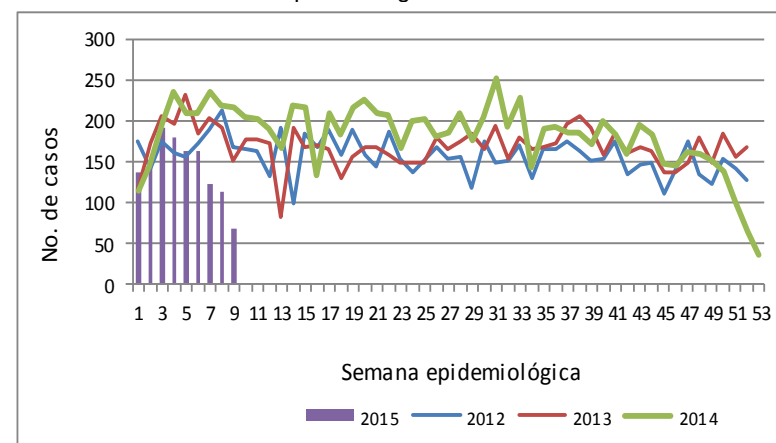
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana nueve la Incidencia para Colombia es de 0,13 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. Teniendo en cuenta que la sífilis congénita es un evento en fase de eliminación es importante la divulgación y capacitación en la nueva Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, publicada en Diciembre de 2014 y en la cual se ajustan las definiciones de caso.

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica nueve de 2013 se notificaron 1656 casos, para el 2014 se notificaron 1788 casos y para el 2015 a semana nueve se han reportado 1291 casos, lo que muestra una disminución entre el 2014 y 2015 del 27,80 % (497 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 nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

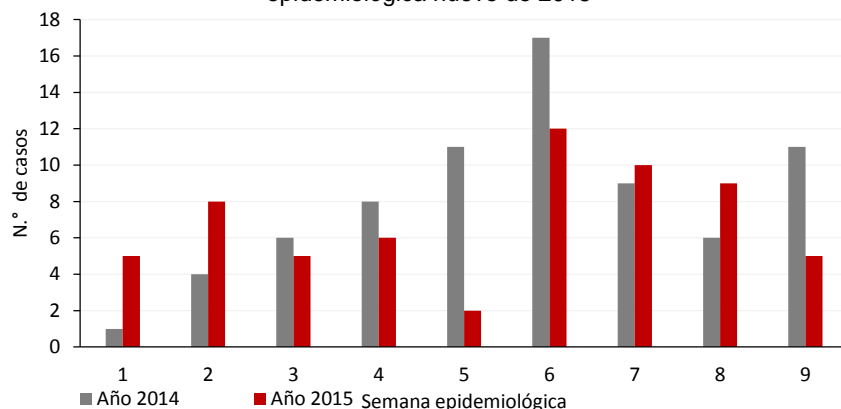
A semana epidemiológica nueve, de los 1291 casos notificados 1216 están en estadio VIH y SIDA y 75 aparecen con condición final muerto.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica nueve de 2015 se ha notificado al Sivigila 62 casos de lepra, de estos el 82,3 % de los casos fue confirmado por laboratorio; en cuanto a la clasificación inicial, el 90,3 % (56 casos) ingresaron como nuevos, cinco casos como recidiva y un caso como reingreso. Con respecto al año anterior para esta semana se observa una disminución del 15 % en la notificación (ver gráfica 1).

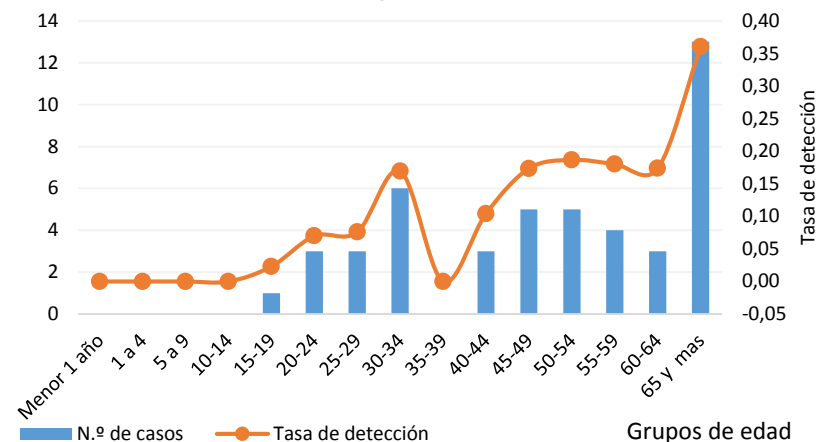
Gráfica 1. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 es de 0,12 casos por 100 000 habitantes. El 69,6 % del total de casos nuevos detectados corresponden al sexo masculino; la tasa de detección más alta se presenta en el grupo de edad de 65 y más (0,36 casos por 100 000 habitantes) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Santander presenta la tasa de detección de casos nuevos más alta con 0,53 casos por 100 000 habitantes, seguido de Cartagena con 0,50 casos por 100 000 habitantes; Santander y Huila registran el mayor número de casos. El 63,9 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento. Colombia, semana epidemiológica nueve de 2015.

Entidad territorial	N.º de casos notificados	N.º de casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Santander	11	11	11	0,53	0	0
Cartagena	6	6	5	0,50	0	1
Huila	7	7	5	0,43	2	0
Cesar	4	4	4	0,39	0	0
Arauca	1	1	1	0,38	1	0
Norte						
Santander	5	5	5	0,37	0	0
Putumayo	1	1	1	0,29	0	0
Casanare	0	1	1	0,28	0	0
Bolívar	4	5	5	0,24	0	0
Caquetá	1	1	1	0,21	0	0
Sta Marta D.E.	1	1	1	0,21	0	0
Choco	1	1	1	0,20	0	0
Risaralda	1	1	1	0,11	0	0
Caldas	1	1	1	0,10	0	0
Atlántico	1	3	2	0,08	0	0
Tolima	2	2	1	0,07	1	0
Nariño	1	1	1	0,06	0	0
Antioquia	4	4	3	0,05	1	0
Valle	2	2	2	0,04	0	0
Bogotá	4	3	3	0,04	0	0
Cundinamarca	1	1	1	0,04	0	0
Barranquilla	2	0	0	0,00	0	0
Córdoba	1	0	0	0,00	0	0
Total	62	62	56	0,12	5	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos, el 38,7 % corresponde a lepra paucibacilar, de estos se presentan tres casos con grado dos de discapacidad; el 61,3 % a lepra multibacilar presentando siete casos con grado dos de discapacidad. El 41,9 % de los casos notificados ha presentado algún grado de discapacidad (ver tabla 2).

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

Clasificación lepra	Grado de discapacidad			Total
	Grado 0	Grado I	Grado II	
Paucibacilar	17	4	3	24
Multibacilar	19	12	7	38
Total	36	16	10	62

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tuberculosis todas las formas

En la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron al Sivigila 1856 casos de tuberculosis todas las formas, de los cuales 1533 son pulmonares y 320 extrapulmonares, para esta semana epidemiológica se notificaron tres registros sin datos complementarios; por tipo de caso, el 76,6% ingresó confirmado por laboratorio, el 21,6% por clínica y el 1,6% por nexo epidemiológico (ver tabla 1).

Tabla 1. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 09 de 2015

TIPO DE CASO	TIPO DE TUBERCULOSIS		TOTAL	%
	PULMONAR	EXTRAPULMONAR		
Confirmado por laboratorio	1235	187	1422	76,6
Confirmado por clínica	272	129	401	21,6
Confirmado por nexo epidemiológico	26	4	30	1,6
Sin dato	0	0	3	0,2
TOTAL	1533	320	1856	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, acumulado a semana epidemiológica nueve el 89,3% ingresó como casos nuevos, el 4,7 % como recaída y el 4,3% como abandono (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 09 de 2015

CLASIFICACIÓN DE CASO	TIPO DE TUBERCULOSIS		TOTAL	%
	PULMONAR	EXTRAPULMONAR		
Nuevo	1356	302	1658	89,3
Recaída	79	9	88	4,7
Fracaso	4	2	6	0,3
Abandono	73	6	79	4,3
Otros pacientes previamente tratados	21	1	22	1,2
Sin dato	0	0	3	0,2
TOTAL	1533	320	1856	100

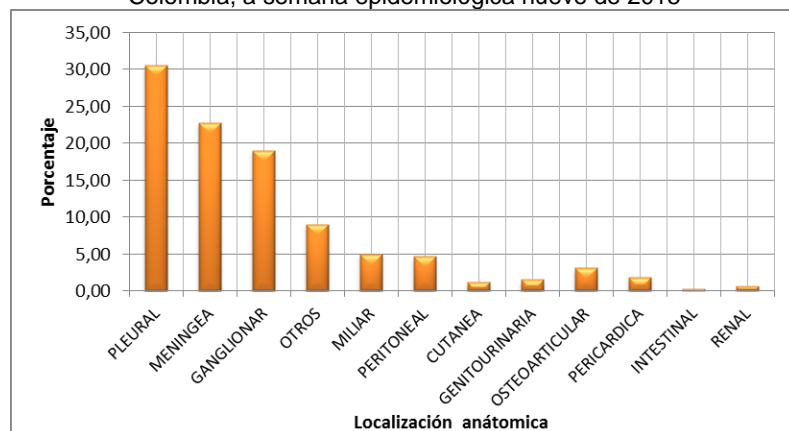
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica nueve de 2015, de los casos registrados de tuberculosis todas las formas según la pertenencia étnica los grupos de mayor proporción de casos fueron: población indígena con el 4,5%, seguido de población afrocolombiana con el 6,3% y el 88,3 % a otros grupos poblacionales, para esta semana

epidemiológica se notificó un muerto por este evento al Sivigila correspondiente al departamento del Huila.

Para esta semana epidemiológica ingresaron 320 casos de tuberculosis extrapulmonar, según localización anatómica la de mayor proporción registrada fue la pleural con el 30%, seguido de la meníngea con el 23% (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por entidad territorial de residencia, Amazonas presenta la mayor tasa de incidencia de 11,8 casos por 100 000 habitantes, seguida de Meta con 6,76 casos por 100 000 habitantes y Quindío con 6,72 casos por 100 000 habitantes; Las entidades territoriales de Antioquia, Valle de Cauca y Bogotá aportan el mayor número de casos. La incidencia acumulada para el país a semana epidemiológica nueve es de 3,85 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 nueve 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	9	11,80	0	0,00	9	11,80
Antioquia	339	5,25	75	1,16	414	6,41
Arauca	9	3,43	0	0,00	9	3,43
Atlántico	46	3,70	4	0,32	50	4,02
Barranquilla	65	5,33	11	0,90	76	6,24
Bogotá	97	1,23	48	0,61	145	1,84
Bolívar	8	0,73	2	0,18	10	0,91
Boyacá	8	0,63	3	0,24	11	0,86
Caldas	39	3,95	4	0,40	43	4,35
Cauca	16	3,35	5	1,05	21	4,40
Cartagena	39	3,89	8	0,80	47	4,69
Casanare	15	4,21	3	0,84	18	5,05
Cauca	18	1,31	11	0,80	29	2,10
Cesar	34	3,30	3	0,29	37	3,60
Chocó	14	2,80	7	1,40	21	4,20
Córdoba	28	1,64	2	0,12	30	1,75
Cundinamarca	37	1,38	10	0,37	47	1,75
Guajira	21	2,19	2	0,21	23	2,40
Guaviare	2	1,80	0	0,00	2	1,80
Guainía	1	2,41	0	0,00	1	2,41
Huila	51	4,42	8	0,69	59	5,11
Magdalena	15	1,90	0	0,00	15	1,90
Meta	56	5,83	9	0,94	65	6,76
Nariño	16	0,92	8	0,46	24	1,38
Norte santander	60	4,43	5	0,37	65	4,79
Putumayo	5	1,45	1	0,29	6	1,74
Quindío	29	5,13	9	1,59	38	6,72
Risaralda	47	4,94	10	1,05	57	5,99
San andres	1	1,31	1	1,31	2	2,62
Santander	87	4,22	19	0,92	106	5,14
Sta marta d.e.	14	2,89	2	0,41	16	3,31
Sucre	12	1,41	2	0,23	14	1,64
Tolima	53	3,76	18	1,28	71	5,04
Valle del cauca	238	5,16	28	0,61	266	5,77
Vaupés	1	2,29	1	2,29	2	4,58
Vichada	3	4,17	1	1,39	4	5,56
Sin dato	0	0	0	0	3	0
Total	1533	3,18	320	0,66	1856	3,85

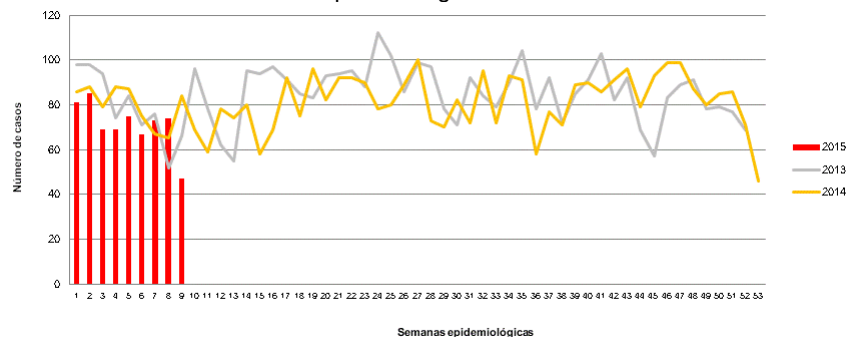
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

A semana epidemiológica nueve de 2015 se ha reportado al Sivigila 640 accidentes ofídicos en Colombia, de los cuales en esta semana se notificaron 47 casos, y 13 casos de semanas anteriores reportados en la semana nueve. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado 719 lo que implica una disminución en la notificación del 11% (ver gráfica 1).

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



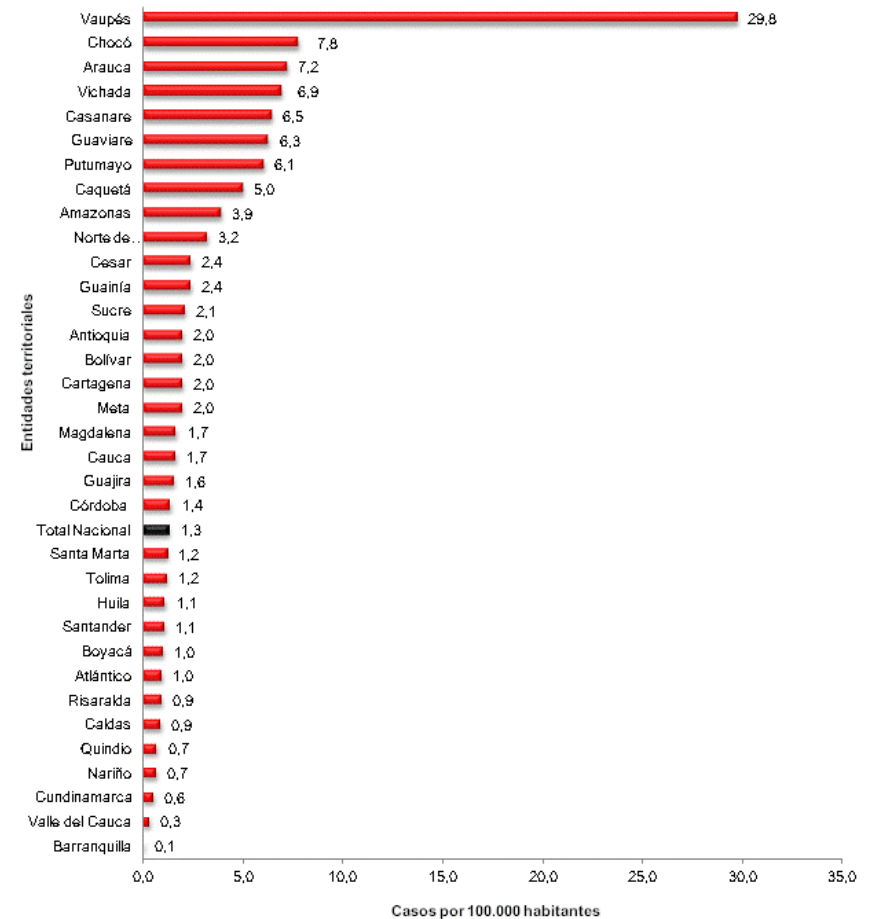
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana nueve, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (240 y 138 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (20,3%), Norte de Santander (6,9 %), Chocó (6,1 %), Cesar (3,9 %), Caquetá y Córdoba (3,8% cada uno), Cauca y Santander (3,6 cada uno), de estos 8 departamentos proceden el 51,9 % del total de los casos.

La proporción de incidencia de accidente ofídico en el país es de 1,33 casos por 100.000 habitantes; las regiones Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 5,34 y 4,54 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Las seis entidades territoriales con mayor proporción de incidencia son:

Vaupés, Chocó, Vichada, Casanare, Guaviare y Putumayo (ver gráfica 2).

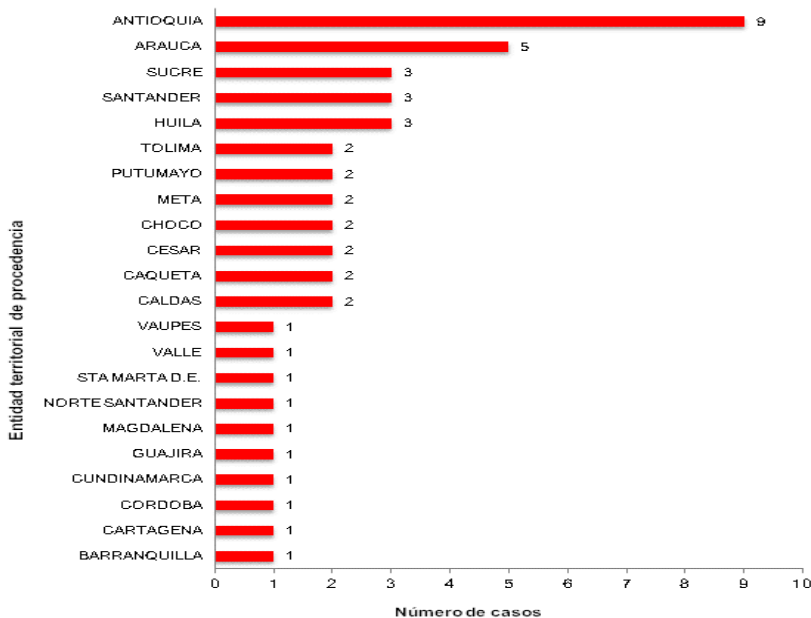
Gráfica 2. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica nueve, los 47 accidentes ofídicos fueron notificados por 22 departamentos y distritos, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (19,1 %), Arauca (10,6 %), Huila, Santander y Sucre (6,4 % cada uno), Caldas, Caquetá, Cesar, Chocó, Meta, Putumayo, y Tolima (4,3 % cada uno); estos territorios acumulan el 78,7 % de la notificación durante la semana (ver gráfica 3).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica nueve los casos fueron notificados por 42 municipios, siendo los de mayor cantidad: Fortul (tres casos), San Rafael, Acevedo, Ibagué (dos casos cada uno); acumulando así el 12,6 % de los accidentes ofídicos del país.

El 75,2 % de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 31,4 años y el 67,2 % de los pacientes proceden del área rural.

Con respecto al manejo de las personas notificadas el 53,4% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 73 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 242 casos (51,8 %), moderados 192 casos (41,1 %); 33 graves (7,1 %).

Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 2207 viales para el manejo de los accidentes, en promedio 4,7 ampollas por

paciente, mínimo uno y máximo 33 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

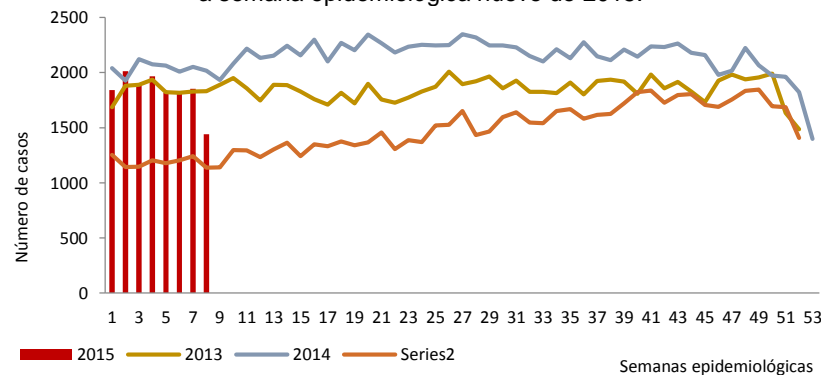
Hasta la presente semana se ha reportado tres casos de muerte procedentes de los departamentos de Antioquia y Vaupés, representando una letalidad de 0,47%.

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

• Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Con corte a semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado al Sivigila 16.496 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, de los cuales 1.438 casos correspondieron a esta semana, presentando una disminución en la notificación de casos del 25,65 % en comparación con la misma semana del año 2014 (1934) (ver gráfica 1).

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

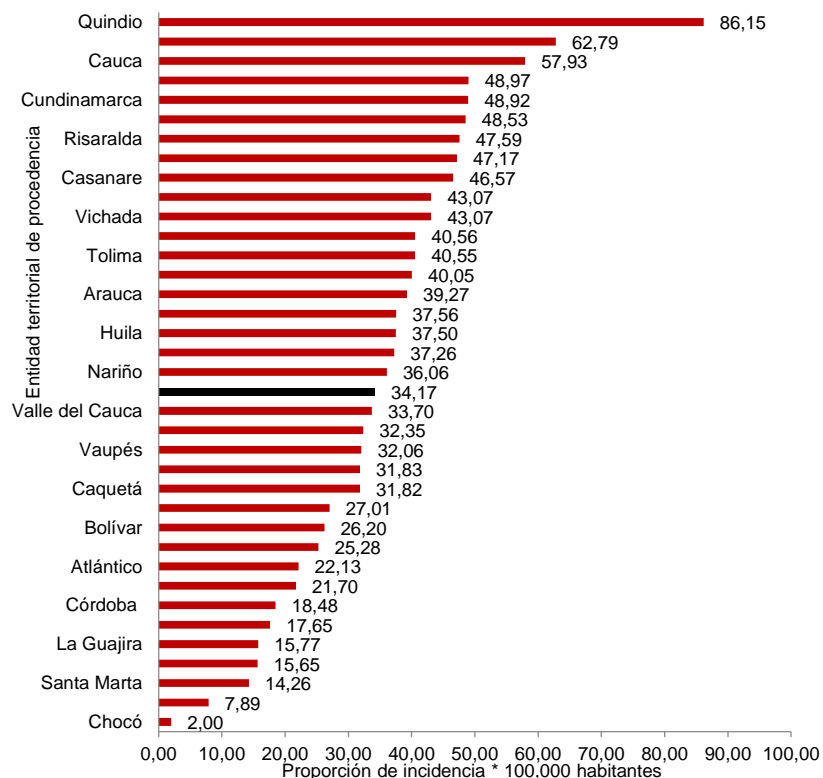


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (7.521 agresiones) y Occidente (6.031 casos). Los departamentos y distritos con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (17,96 %), Antioquia (9,91 %), Valle del Cauca (9,44 %), Cundinamarca (7,96 %), Cauca (4,85 %), Santander (4,66) y Boyacá (3,79 %), estas entidades territoriales acumulan el 58,57 % de la notificación del país.

La incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia es de 34,17 casos por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, San Andrés, Boyacá, Cundinamarca, y Risaralda (ver gráfica 2).

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

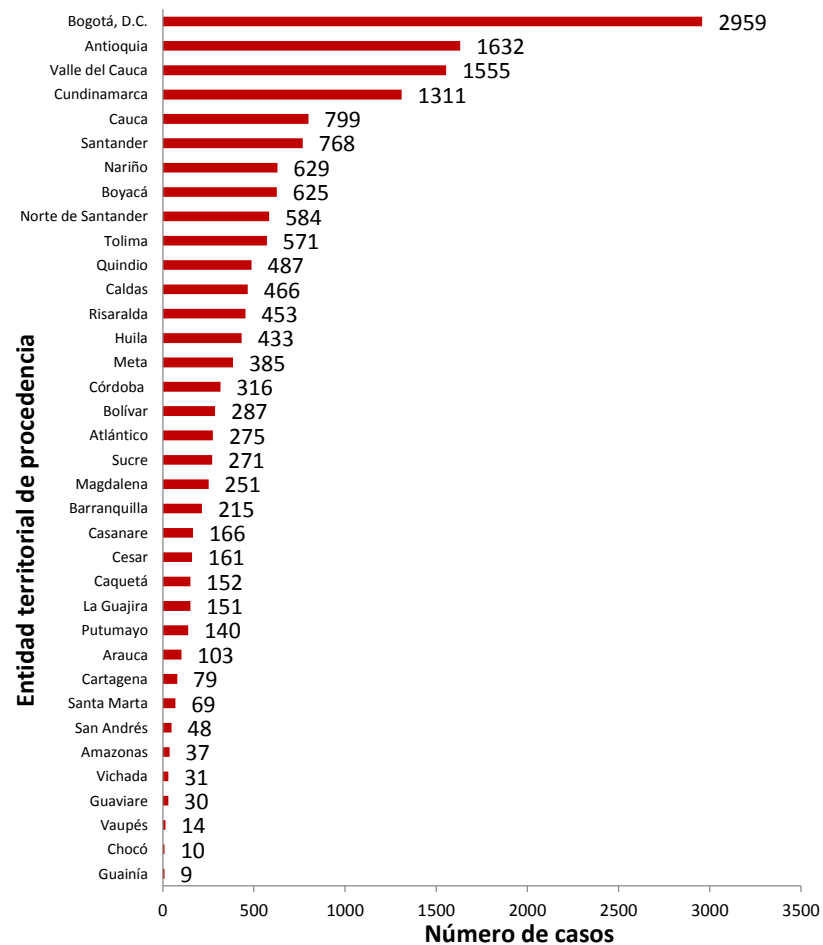


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Durante la semana epidemiológica nueve se notificaron 1.438 casos de agresiones y contactos con el virus de la rabia, 496 casos menos (25,65 %) que en la misma semana de 2014

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, 4 distritos y 837 unidades notificadoras municipales (ver gráfica 3).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La edad promedio de los pacientes afectados fue de 27,77 años y el 53,73 % de los casos ocurrieron en hombres y 394 casos requirieron hospitalización para su manejo (2,38 %).

Se clasificaron como no exposiciones 9.552 casos de agresiones (57,9 %), 5.459 casos como exposiciones leves (33,09 %) y 1271 casos como exposiciones graves (7,7 %). Con relación al tratamiento, en general se realizó lavado de la herida a 15.765 pacientes (95,57 %), sutura a 1329 pacientes (8,06 %), orden de aplicación de suero a 1213 pacientes (7,35 %) y orden de aplicación de vacuna a 5.862 pacientes (35,54 %).

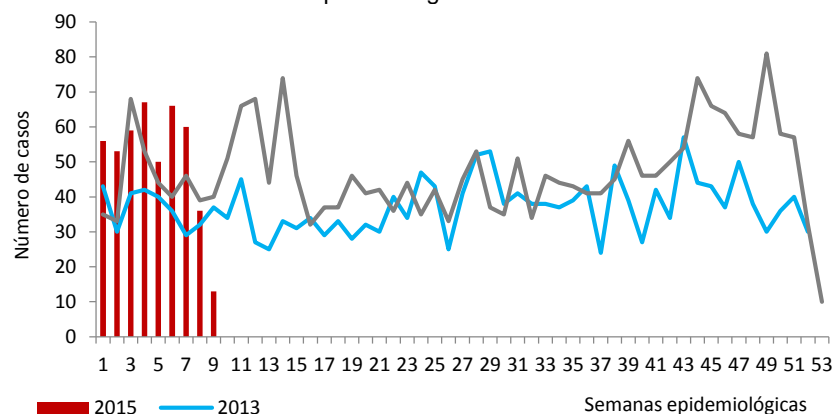
Rabia humana Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

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

• Leptospiriosis

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se han reportado al Sivigila 460 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 398 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 13,4 %, esta información está sujeta a cambios debido a la oportunidad en la notificación y a los ajustes que se dan del evento cada semana (ver gráfica 1).

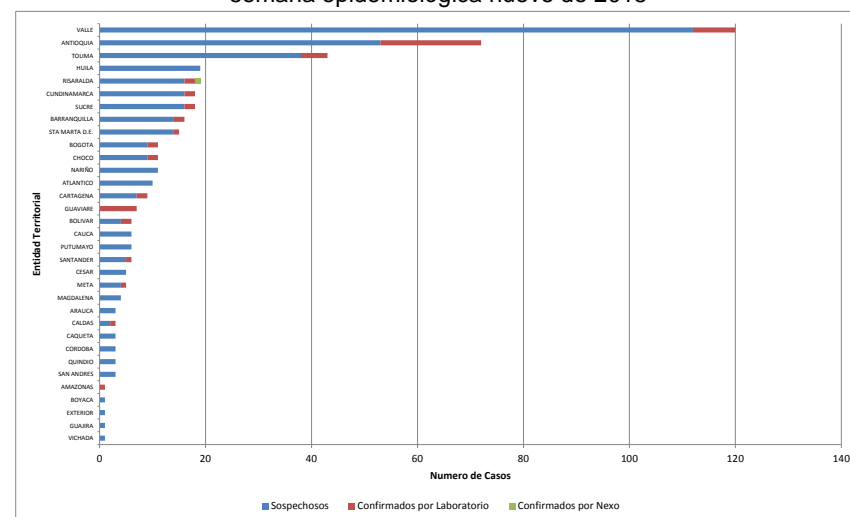
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de leptospirosis en Colombia, semana epidemiológica nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 32 entidades territoriales, el 51 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 13,04% de los casos se encuentran confirmados por laboratorio procedentes de los territorios de Amazonas, Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Choco, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. El 0,2% fueron confirmados por nexo (ver gráfica 2).

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

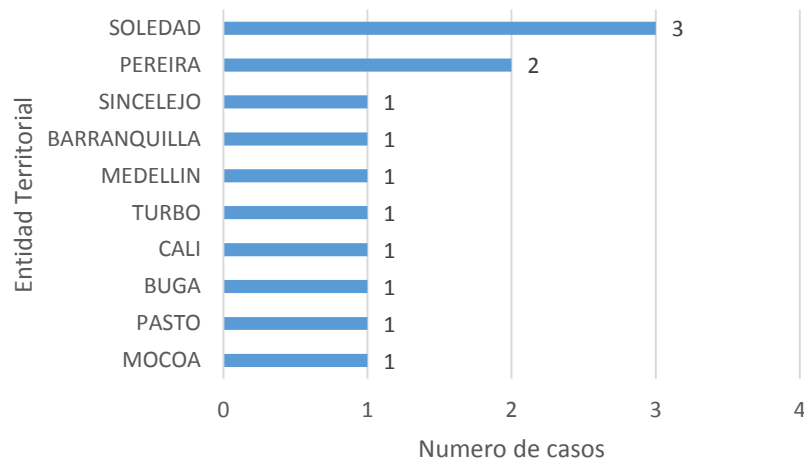


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica nueve es de 0,127 casos por cada 100.000 habitantes, las entidades territoriales de Guaviare, Amazonas, Choco y Tolima son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica nueve de 2015 se notificaron 13 casos de leptospirosis, frente a 40 casos ocurridos en la misma semana de 2014, lo que implica una disminución de casos del 32,5% para la misma semana del presente año. El 38% de los casos fueron notificados por las municipios de Soledad y Pereira (ver gráfica 3).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 69,7% de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 31 años; el 78.91 % proceden de cabecera municipal; el 46.52 % los casos están afiliados régimen subsidiados, y se reportó 75.43 % de hospitalizaciones por este evento.

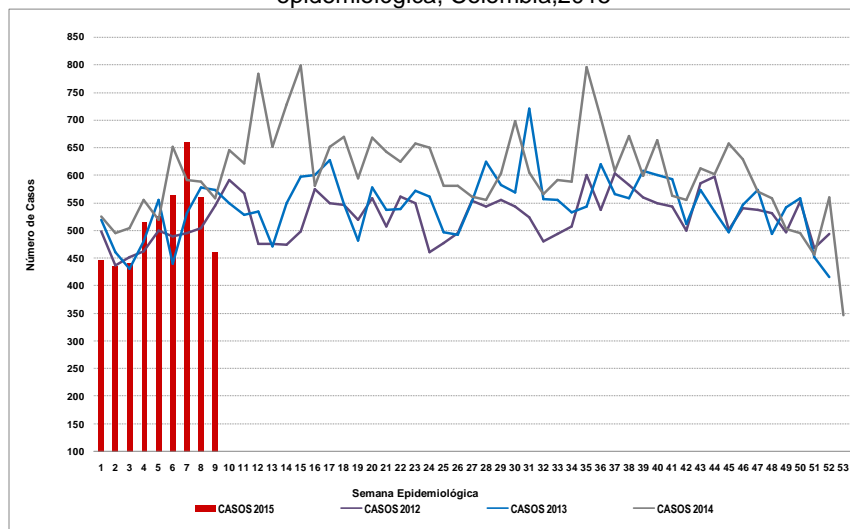
Hasta la semana nueve de 2015 se han notificado 11 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, los cuales cuatro proceden de Antioquia, dos de Sucre y de Risaralda, Tolima, Meta, Choco y Valle una muerte respectivamente.

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

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica nueve del año 2015 se han notificado 4602 casos de Intoxicaciones por sustancias químicas, al sistema de vigilancia en Salud pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud y para el año 2014 con corte a esta misma semana, se habían notificado 4992 casos, lo que representa una disminución del 8,36 % en la notificación acumulada de casos (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En promedio se han notificado 512 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica nueve se notificaron 462 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron al Sivigila 186 casos de intoxicaciones ocurridas durante las ocho semanas epidemiológicas previas.

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados hasta la semana epidemiológica nueve y solo para semana nueve, así como su respectiva incidencia por 100.000 habitantes. De forma acumulada, el mayor número de casos notificados de intoxicaciones está dado por el grupo de medicamentos (1586 casos), seguido por plaguicidas (1245 casos) y sustancias psicoactivas (861 casos) (ver tabla 1).

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

Evento	Casos a semana 9	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 9	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	1586	3,29	181	0,38
Intoxicación por plaguicidas	1245	2,58	107	0,22
Intoxicación por sustancias psicoactivas	861	1,79	97	0,20
Intoxicación por otras sustancias químicas	657	1,36	53	0,11
Intoxicación por solventes	144	0,30	17	0,04
Intoxicación por gases	64	0,13	4	0,01
Intoxicación por metanol	36	0,07	2	0,00
Intoxicación por metales	14	0,03	1	0,00
TOTAL	4607	9,56	462	0,96

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica nueve se notificaron 50 casos de reincidencias, de estos 22 casos son reincidentes en dos oportunidades, y seis son reincidentes en una sola oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencia fue de tipo suicida con 26 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad de psicoactiva o adicción con 19 casos.

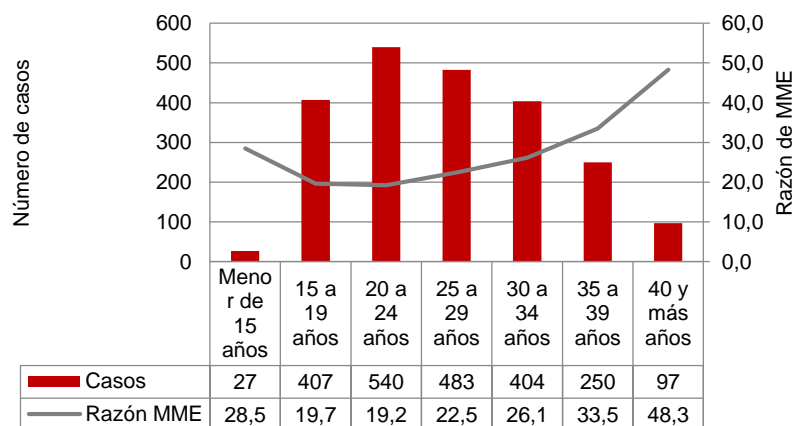
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

• Morbilidad materna extrema

En la semana epidemiológica nueve de 2015 ingresaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) 260 casos de morbilidad materna extrema. El total acumulado hasta esta semana es de 2208 casos.

De acuerdo con la edad de las madres el mayor porcentaje de casos se presenta en el grupo de edad de 20 a 24 años con un 24,5%, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 21,9%. En relación con la razón de morbilidad materna extrema, la mayor razón se presenta en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 48,3 casos por 1.000 nacidos vivos, mujeres de 35 a 39 años con 33,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 28,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 1).

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



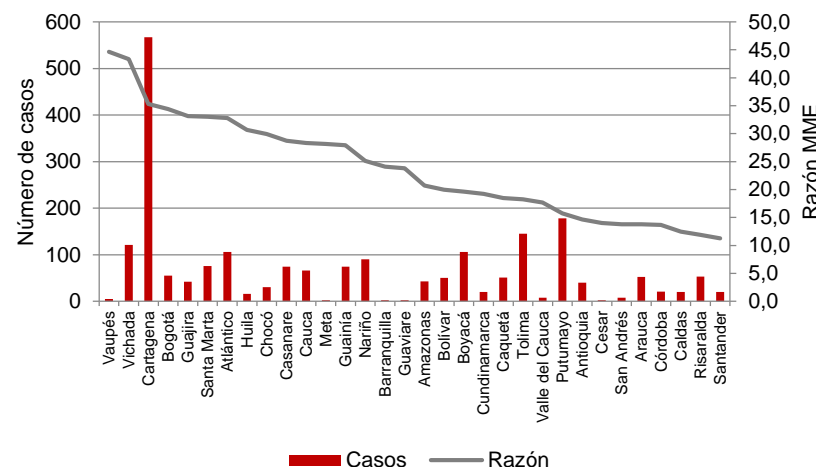
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Según el lugar de residencia, el 25,7% de los casos se ha presentado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 8,1% y Valle con el

6,6%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son Vichada que continua al igual que la semana anterior con 44,6 casos por 1.000 nacidos vivos, Cartagena con 43,3 casos por 1.000 nacidos vivos y Bogotá con 35,3 casos por 1.000 nacidos vivos.

No se incluye en la gráfica el valor extremo del departamento de Vaupés debido a que se han notificado cuatro casos de MME y reporta cuatro nacidos vivos en DANE con corte a febrero de 2014 con lo cual mantiene una relación 1:1 entre MME:NV (Razón de MME 1.000 por 1.000 nacidos vivos). El número de nacidos vivos del departamento se encuentra en proceso de verificación (ver grafica 2).

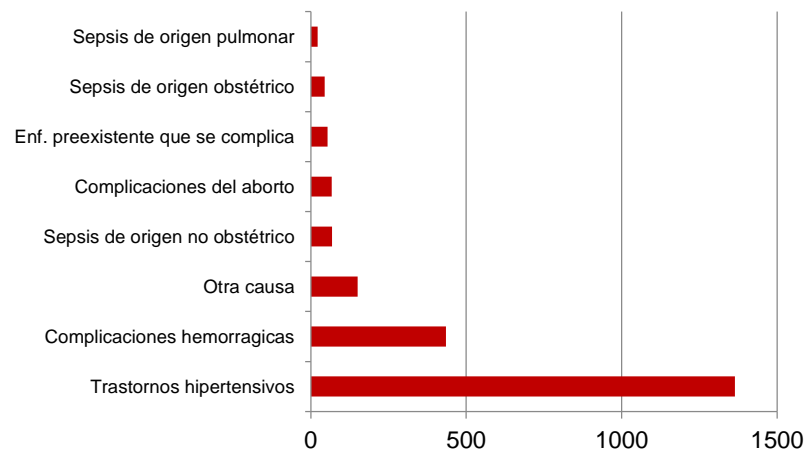
Gráfica 2. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica nueve de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica nueve de 2015, el mayor porcentaje corresponden a trastornos hipertensivos con un 61,8% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 19,7% (ver gráfica 3).

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

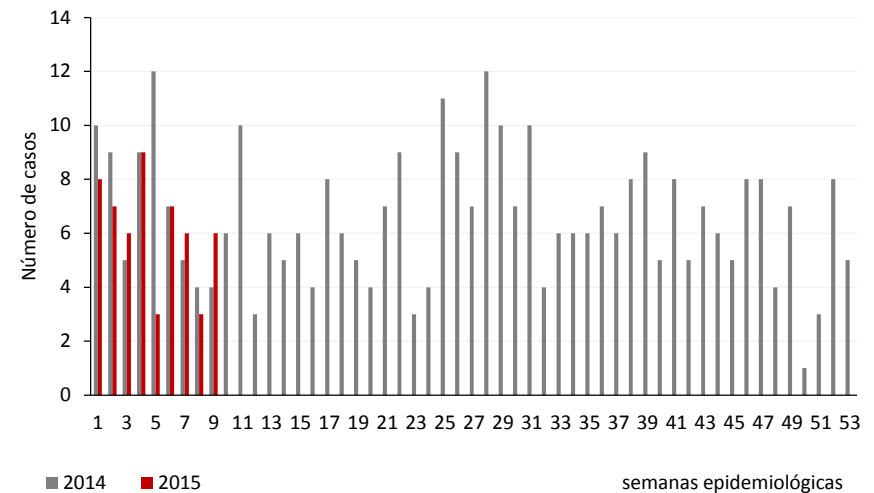


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

• **Mortalidad materna**

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado un total de 76 casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos, 55 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación, 17 casos corresponden a muertes tardías, es decir las que ocurren después de los 42 días pero antes de un año de haber terminado el embarazo y cuatro casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa (ver gráfica 1).

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica nueve de 2015, hubo un ingreso de seis casos de muertes maternas, los cuales en su totalidad corresponden a muertes maternas tempranas, durante esta semana no se presentaron casos de muertes maternas tardías ni casos de muertes por lesión de causa externa. Todos los casos de muertes maternas que ingresaron corresponden a semana epidemiológica nueve y no se presentaron casos notificados tardíamente. En concordancia con lo anterior, el promedio semanal estimado de muertes maternas tempranas en el país a la fecha es de 6,1.

La comparación con los casos notificados de muerte materna según el momento de ocurrencia del evento nos deja ver que hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se ha presentado una disminución en el número de casos de muertes maternas tempranas y lesiones de causa externa con relación al año 2014, sin embargo se reporta un discreto incremento con relación a muertes maternas tardías frente a los dos años anteriores. El promedio semanal de casos se encuentra en 6,1 con lo cual de forma preliminar se estaría alcanzando el promedio esperado teniendo en cuenta la meta planteada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el componente de Salud Materna, para nuestro país, reduciendo la mortalidad materna a 45 por 100.000 nacidos vivos, resaltando que esta información es preliminar ya

que existen casos de muerte materna notificados tardíamente que alteran este indicador (ver tabla 1).

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

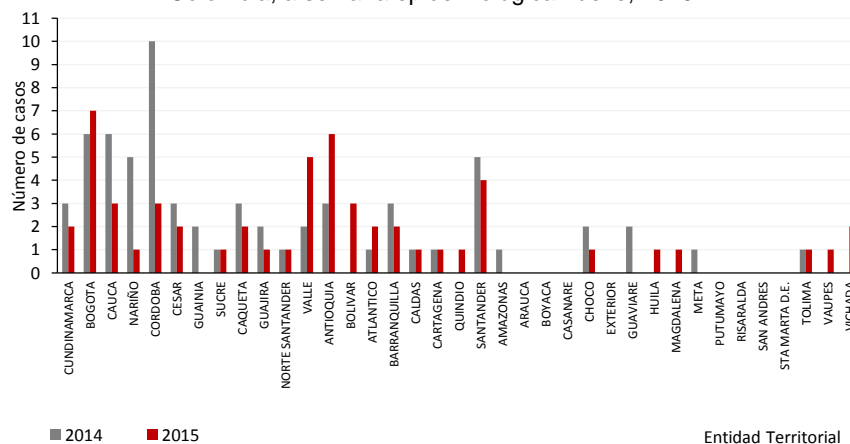
AÑO	Temprana	Tardía	LCE (Lesión de causa externa)	TOTAL CASOS	PROMEDIO SEM TEMPRANOS
2013	64	15	10	89	7,1
2014	65	14	6	85	7,2
2015	55	17	4	76	6,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 el 69,4% (25) de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana (ver gráfica 2).

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



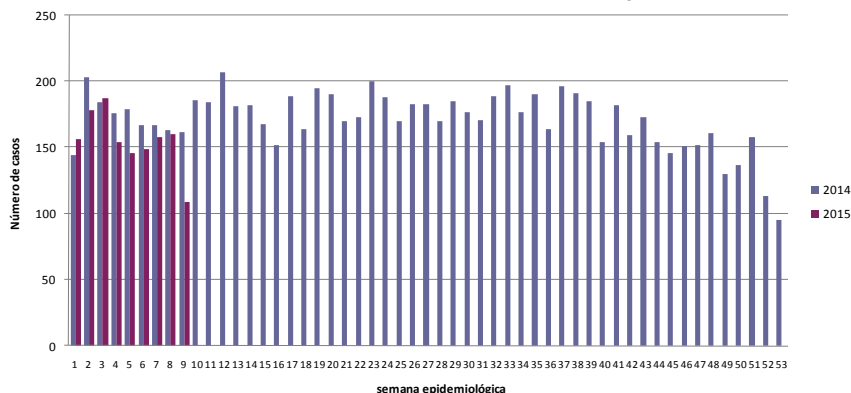
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado un total acumulado de 1397 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y en la semana nueve se notificaron 109 casos. La distribución del total de casos según momento de ocurrencia es la siguiente: 666 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 136 casos (10%) muertes fetales intraparto, 401 casos (29%) neonatales tempranas y 194 casos (14%) neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 1545 casos lo que representa un decremento del 11% (148 casos menos) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 1).

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

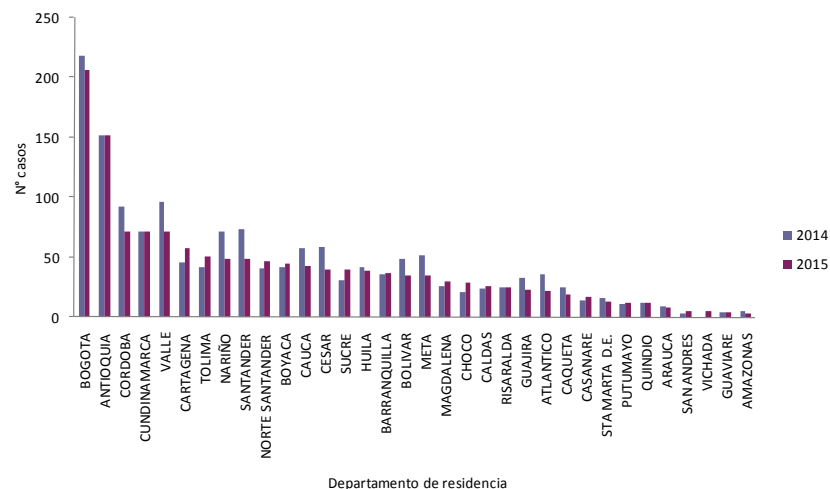


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta semana epidemiológica nueve las 36 entidades territoriales notificaron casos, Las entidades territoriales que aportan el 59,6% del total de casos reportados a nivel nacional son: Bogotá 206 casos (14,75%), Antioquia 152 casos (10,88%), Córdoba 71 casos (5,08%), Cundinamarca 71 casos (5,08%), Valle, 71 casos (5,08%); Cartagena 58 casos (4,15%), Tolima 51 casos (3,65%), Nariño 49 casos (3,51%), Santander. 49 casos (3,51%), Norte de Santander 47 casos (3,36%).

Las entidades territoriales que presentaron un incremento en el número de casos notificados según departamento de residencia hasta semana nueve de 2015 frente a 2014 fueron: Vichada (100%), San Andres (40%), Choco (27,6%), Cartagena (22,5%), Tolima (17,6%), Casanare (17,6%), Magdalena (13,3%) Norte De Santander (12,8%), Putumayo (8,3%), Caldas (7,7%), Boyacá (6,7%), Barranquilla (2,7%) (ver gráfica 2)

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

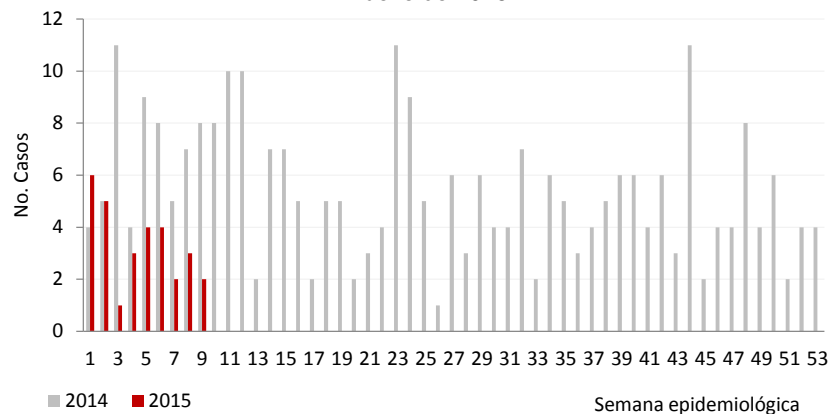


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• **Mortalidad por y asociada a desnutrición**

A la semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado un total de 30 casos de muertes en niños menores de cinco años que dentro de las causas de muerte presentaban desnutrición. De forma comparativa con el año 2014 a la misma semana epidemiológica de 2014 se encuentra una variación del 75% en la que se registraban ocho 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 nueve de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica nueve se notifican dos casos, los cuales por fecha de defunción corresponden a esta semana. Los casos se presentaron en menores de un año. Las entidades territoriales que notificaron son: Córdoba y Guajira.

La distribución de casos por lugar de residencia se encuentra principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (20%), Córdoba (13,3%), Antioquia (6,7%) y Bolívar (6,7%), Meta (6,7%) y Risaralda (6,7%). El 60 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 40% al sexo femenino. El 77 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado y el 23% no estaba afiliado al momento de la muerte. Del total de niños y niñas con aseguramiento el 13% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 53,3 % corresponde a otros, seguido de población indígena con el 40 %.

El 53% de las muertes pertenecen al grupo de edad de menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los dos meses de vida, con una mediana en peso al momento de la muerte de 4,1 kg., y talla de 55 cm. El 47% de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, con una con una mediana en peso al momento de la muerte de 6,6 kg. y talla de 67 cm.

La mayoría de las madres de los niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 90% pertenecen al estrato socioeconómico uno. El total de menores que requieren seguimiento y verificación de condiciones en el medio familiar son un total de 23 menores.

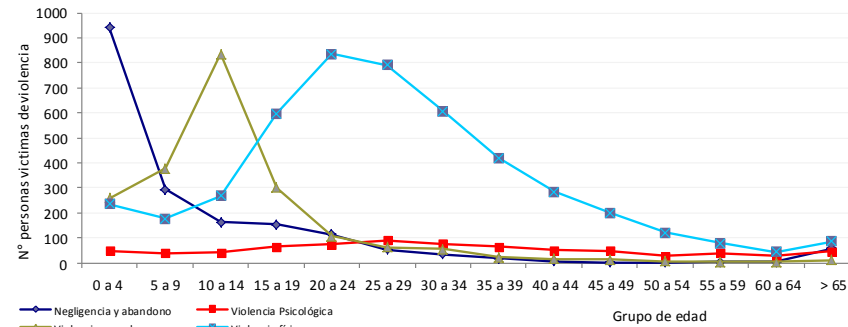
- ***Violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual.***

Hasta la semana epidemiológica nueve de 2015 se han notificado 9420 casos de violencia. De estos el 78,2% (7372/9420) se presentó en mujeres y el 21,8% (2048/9420) en hombres. El 25,2% (2377/9420) de la violencia fue contra niños y niñas, el 25,7 (2427/9420) contra adolescentes y el 49 % (4616/9420) a población adulta.

De los 9420 casos notificados de violencias de género, el 50,4 % (4752/9420) fueron por violencia física, el 22 % (2077/9420) por Violencia sexual, 19,6 % (1848/9420) por negligencia y abandono y el 7,8% (738/9420) por violencia psicológica. Cinco datos se encontraban en blanco.

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

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



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Existe diferencia estadística entre la razón de la violencia de género entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. En general se presentaron en mujeres 3,51 casos de violencia de género por cada hombre (ver tabla 1).

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

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES		RR	IC 95%	
	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)			
Niños (0 a 9)	1242	29,6	1135	25,9	1,15	1,06	1,24
Adolescentes (10 a 19)	2018	47,8	409	9,3	5,15	4,63	5,73
Adultos (> 20)	4112	25,7	504	3,4	7,66	6,98	8,4
TOTAL	7372	30,2	2048	8,6	3,51	3,34	3,69

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

A semana epidemiológica nueve se notificaron en 10 departamentos 17 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión quemadura; el 65% (11/17) de estas agresiones fueron a mujeres (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por departamento y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica nueve, 2015

Departamento de procedencia	Municipio	Femenino	Masculino	Total
Antioquia	Angostura	1	0	1
	ENVIGADO	0	1	1
	ITAGUI	0	1	1
	MEDELLIN	1	0	1
Barranquilla	Barranquilla	1	0	1
Bogota	Bogota	0	1	1
Bolivar	San estanislao	1	0	1
Cesar	Curumani	1	0	1
	PAILITAS	1	0	1
Huila	Neiva	2	0	2
Putumayo	Mocoa	0	1	1
Risaralda	Dosquebradas	0	1	1
Santander	Bucaramanga	1	0	1
	CONFINES	0	1	1
Valle	Cali	1	0	1
	RIOFRIO	1	0	1
TOTAL		11	6	17

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Se lleva acumulados 29 casos de muertes, a la semana nueve ingresaron cuatro casos de los cuales dos fueron tardíos; 16 fueron por Negligencia y abandono, nueve por violencia física, dos por violencia Psicológica y Sexual respectivamente (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos de mortalidad por Violencia de género, por tipo de violencia, Colombia, a semana epidemiológica nueve, 2015

MORTALIDADES POR VIOLENCIA DE GÉNERO					
Departamento	TIPO DE VIOLENCIA				TOTAL GENERAL
	Negligencia y abandono	Violencia física	Violencia Psicológica	Violencia sexual	
ANTIOQUIA	6	2	0	1	9
BARRANQUILLA	0	1	0	0	1
BOGOTA	1	0	0	0	1
BOYACA	2	0	0	0	2
CESAR	0	1	0	0	1
CORDOBA	0	1	0	0	1
CUNDINAMARCA	1	1	2	0	4
GUAJIRA	1	0	0	0	1
HUILA	1	0	0	0	1
RISARALDA	0	1	0	0	1
SANTANDER	2	1	0	0	3
TOLIMA	0	1	0	0	1
VALLE	2	0	0	0	2
VICHADA	0	0	0	1	1
TOTAL	16	9	2	2	29

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

• Alertas internacional

Enfermedad por el virus del Ébola

(Actualización OMS, 11 de marzo de 2015)

- El número total de casos de Enfermedad por virus del Ébola (EVE) en África Occidental es 24 282 casos con 9 976 muertes reportadas.
- Un total de 116 casos nuevos confirmados de EVE fueron reportados en la semana hasta el 8 de marzo, comparado con los 132 casos de la semana anterior.
- Liberia no reportó nuevos casos confirmados por segunda semana consecutiva.
- En los tres países con transmisión intensa, se han reportado 840 casos de EVE en trabajadores de la salud con 491 muertes.

Fuente: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-11-march-2015>

• Alertas nacionales

Caso sospechoso de sarampión

Situación: el 7 de marzo se recibe informe preliminar del CNE en referencia a un caso sospechoso de sarampión procedente de la provincia de Cotopaxi, Ecuador, quien visitó la ciudad de Ipiales, Nariño.

Menor de cinco años de edad, de sexo masculino que permaneció en Ipiales, Nariño desde el 14 hasta el 21 de febrero de 2015, y consultó al centro de salud de la región de Cotopaxi el pasado 23 de febrero de 2015.

Síntomas: erupción rojiza a nivel periauricular el 22 de febrero de 2015.

Antecedente vacunal: dosis de SRP aplicada al año de edad el 31 de marzo 2011.

Laboratorio primera muestra: IgM sarampión: 0.188, resultado indeterminado o dudoso. IgM rubéola: 0,026. Resultado negativo.

Acciones: bloqueo, BAI, BAC

Pendientes: toma de segunda muestra para IgG en sangre, muestras de orina e hisopado para PCR.

Alerta por caso confirmado por laboratorio de encefalitis equina del este

Situación: el 10 de marzo se recibe notificación por parte del CNE, sobre un caso confirmado por laboratorio de encefalitis equina del este en un equino.

Lugar: Sabanas de San Ángel-Magdalena

Laboratorio: PCR para detección de ARN para encefalitis equina

Acciones: Coordinación ICA-ERI para realización del trabajo de campo

Pendientes: Acciones articuladas ICA, zoonosis, VSP

Brote de enfermedad transmitida por alimentos en centro reclusorio

Fecha de notificación 6 marzo 2015

Fecha de Investigación: 6 marzo 2015

Fecha de ocurrencia: 5 marzo 2015

Lugar: Centro reclusorio de mujeres "El buen pastor" de Bogotá

Fecha de aparición de signos y síntomas del caso índice: 5 marzo 2015

Enfermos vs Expuestos: 42/1781

Posibles alimentos implicados: carne de cerdo, sopa de arroz y jugo de fruta.

Signos y síntomas: diarrea, náuseas, vómito, cefalea, fiebre y dolor abdominal.

Estado de pacientes: vivos: 42, muertos: 0

No de hospitalizados: 0

Tasa de ataque: 2,35 %



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