

BES



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	14
Enfermedades transmitidas por vectores.....	19
Infecciones de transmisión sexual	29
Micobacterias.....	31
Zoonosis	34
Factores de Riesgo Ambiental.....	39
Enfermedades no Transmisibles	40
Brotes y situaciones de emergencias en salud Pública.....	46

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública

INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica número 22 de 2015 (31 may. al 06 jun.)



El Día Mundial del Donante de Sangre 2015

Se llevará a cabo el 14 de junio bajo el lema "Gracias por salvar mi vida". El país anfitrión de las Américas es Brasil. Los principales objetivos de esta campaña son agradecer a los donantes por sus donaciones, que permiten salvar muchas vidas y pedir a las personas alrededor del mundo que donen sangre de forma voluntaria con regularidad, con el lema **"Dona voluntariamente, dona a menudo. Donar sangre es importante."**

La campaña está enfocada en los testimonios de personas cuyas vidas han podido salvarse gracias a una donación de sangre, con el fin de motivar a los donantes habituales a que sigan donando sangre y alentar a las personas que gozan de buena salud y nunca han donado, en especial a los jóvenes, a que empiecen a hacerlo.

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

- <http://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2015/es/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=QgfrTJsNszzg>



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

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

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

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

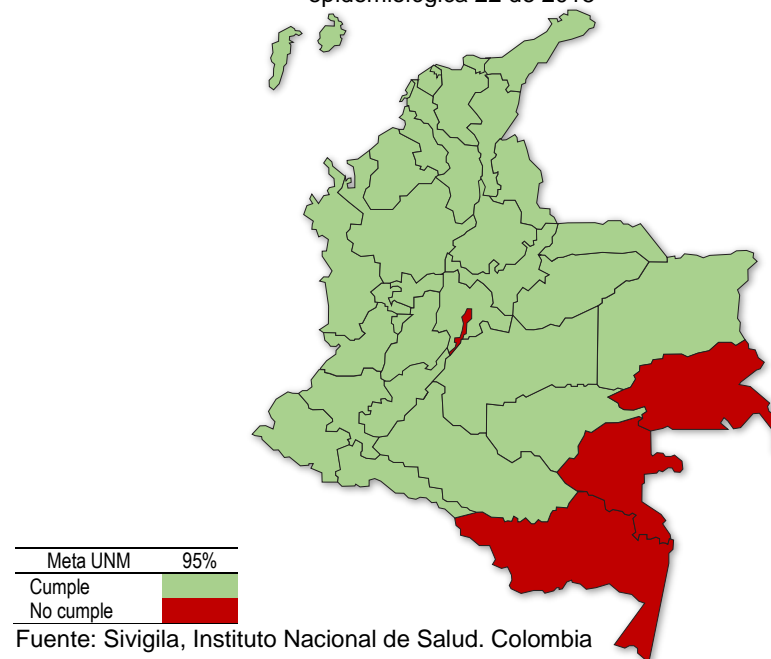
Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 22

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 22 de 2015, fue del 97 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND), debido a que Bogotá no cargó a tiempo el consolidado al aplicativo en la web.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 99 % (1110 de 1122 municipios), aumentó en 1 % con respecto a la semana anterior y disminuyó en la misma proporción con relación a la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta de 95 % en la notificación semanal por UNM.

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

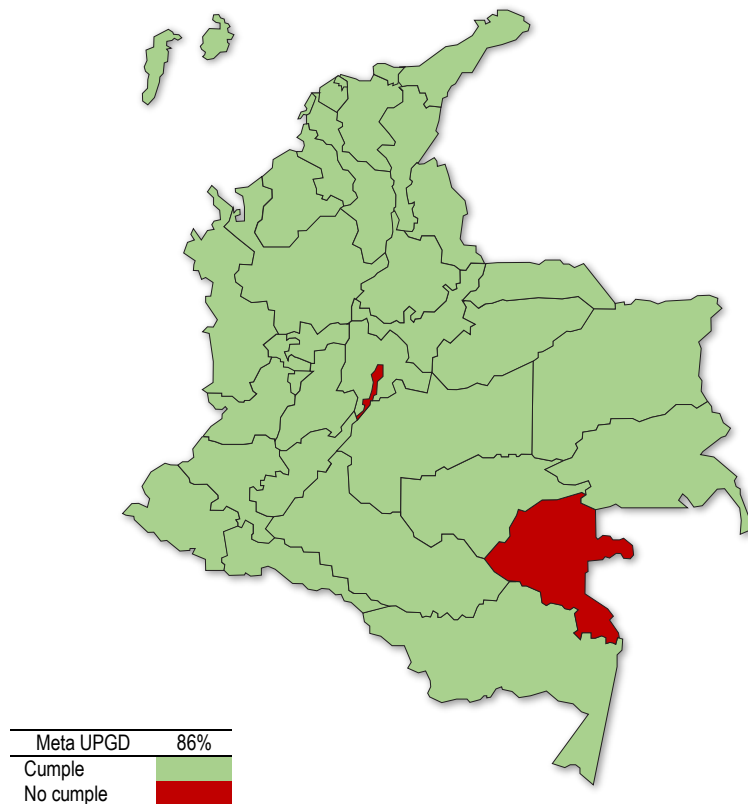
Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 83 % (4529 de 5458 UPGD); en consecuencia, no se cumplió la meta del 86 % para este nivel (El distrito de Bogotá es la entidad territorial que más UPGD aporta al país). La notificación disminuyó 12 % respecto a la semana anterior y 6 % con relación a la misma semana del año 2014.

En la semana epidemiológica 22 de 2015 el distrito de Bogotá y el departamento de Vaupés, incumplieron la meta establecida para UPGD (ver mapa 2).

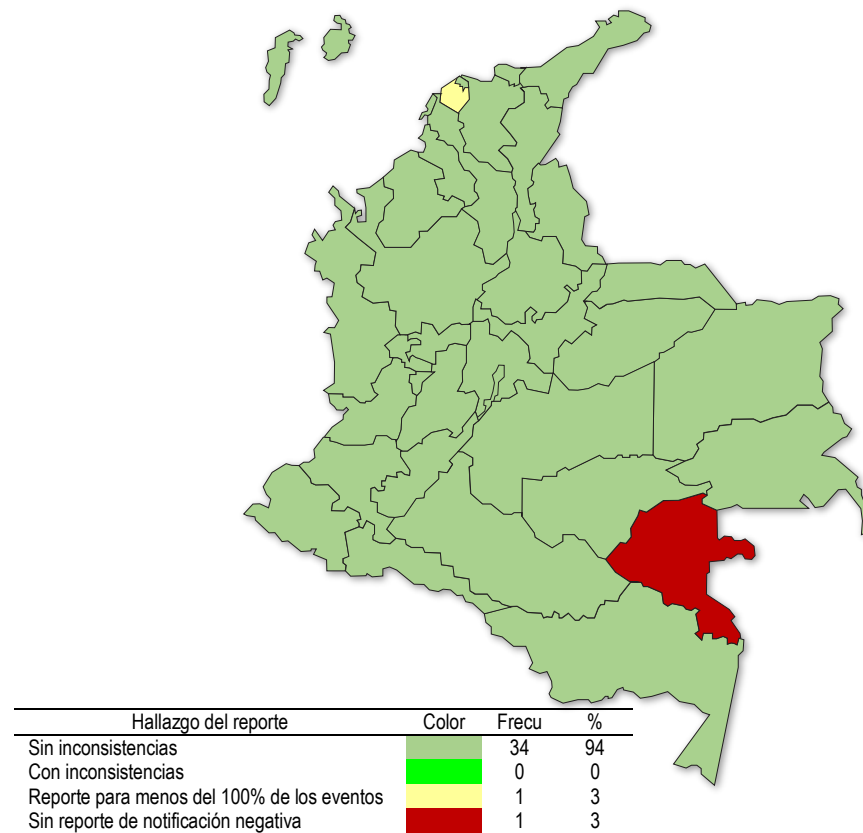
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 22 de 2015, se presentó una entidad territorial sin reporte de notificación negativa: Vaupés; adicionalmente, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 34 (94 %) emitieron el reporte correcto para todos los eventos, en concordancia con la base de datos de notificación para la semana. Por otra parte, ninguna presentó inconsistencias en el reporte y una entidad territorial; Atlántico, 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 22 de 2015

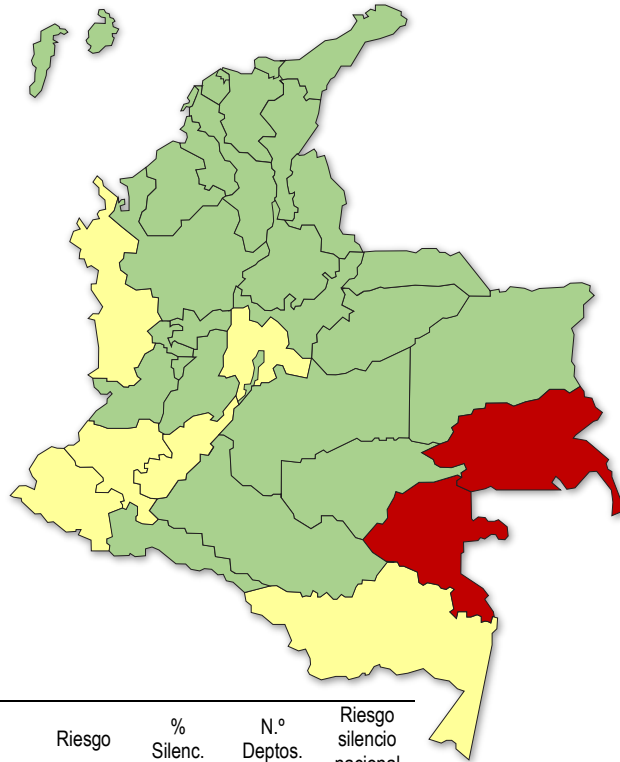


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 1 %, lo que lo clasifica como bajo riesgo. El 75 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

El 19 % (seis) de los departamentos, obtuvieron menos del 10 % de sus municipios en silencio: Amazonas, Cauca, Cundinamarca, Chocó, Huila y Nariño. En riesgo alto quedaron Vaupés y Guainía que continúan con silencio epidemiológico en tres de sus corregimientos (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

• *Difteria*

A la semana epidemiológica 22 de 2015 fueron notificados dos casos probables de difteria; un caso procedente del departamento de Atlántico el cual se descarta por error de digitación y un caso procedente del departamento del Valle del Cauca que se descarta por laboratorio.

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

A la semana epidemiológica 22 de 2015 se ha notificado 257 casos sospechosos de ESAVI, de los cuales se descartan 15 casos por error de digitación, para un total de 242 casos sospechosos, los cuales proceden de las siguientes entidades territoriales (ver tabla 1):

Tabla 1. Porcentaje de procedencia de los casos sospechosos de ESAVI, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.

Entidad territorial	Casos graves	Casos leves	Total	Porcentaje
Bogotá	31	22	53	21,9%
Antioquia	12	20	32	13,2%
Valle del Cauca	6	11	17	7,0%
Norte Santander	8	6	14	5,8%
Boyacá	5	7	12	5,0%
Santander	7	5	12	5,0%
Sucre	4	8	12	5,0%
Quindío	6	5	11	4,5%
Caldas	5	6	11	4,5%
Atlántico	4	2	6	2,5%
Huila	5	1	6	2,5%
Cundinamarca	3	3	6	2,5%
Barranquilla	3	2	5	2,1%
Cauca	1	4	5	2,1%
Tolima	3	2	5	2,1%
Magdalena	3	1	4	1,7%
Casanare	2	1	3	1,2%
Santa Marta D.E.	1	2	3	1,2%
Cartagena	1	2	3	1,2%
Cesar	2	1	3	1,2%
Caquetá	3	0	3	1,2%
Arauca	1	2	3	1,2%
Nariño	2	0	2	0,8%
Bolívar	2	0	2	0,8%
Risaralda	1	1	2	0,8%
Vichada	0	2	2	0,8%
Guaviare	1	0	1	0,4%
San Andrés	1	0	1	0,4%
Meta	0	1	1	0,4%
Chocó	0	1	1	0,4%
Córdoba	1	0	1	0,4%
Total	124	118	242	100,0%

Fuente: Sivigila INS, Colombia 2015

Del total de casos notificados el 51 % (124 casos) se clasifican inicialmente como casos graves; de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 25 casos se relacionan con la vacuna, 52 casos se relacionan con el programa de vacunación, 7 casos coinciden con la aplicación de las vacunas y 40 casos se encuentran pendientes de clasificar de acuerdo a las unidades de análisis que realicen las entidades territoriales.

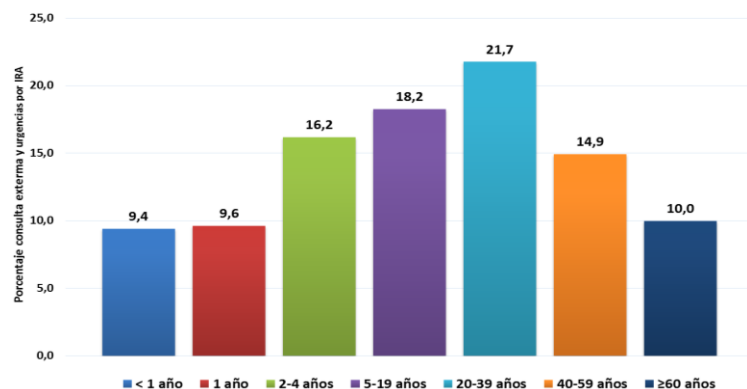
El 49 % (118 casos) de los casos notificados se clasifican inicialmente como leves, de acuerdo con los criterios de clasificación final para el evento 75 casos se relacionan con la vacuna y son reacciones esperadas posterior a la administración de vacunas que se presentan dentro de las primeras 48 a 72 horas tienen un pronóstico benigno, 16 casos se relacionan con el programa de vacunación, 14 casos coinciden con la aplicación de la vacuna y 13 casos se encuentran pendientes por clasificar de acuerdo con los ajustes que realicen las entidades territoriales.

• *Infección respiratoria aguda*

Esta semana se notificó un total de 107.113 consultas externas y urgencias por IRA de un total de 1.491.175 consultas externas y urgencias por todas las causas. La proporción de IRA a semana epidemiológica 22 del total de consultas por todas las causas es del 7,0 %.

El mayor porcentaje de consultas y urgencias por IRA se presenta en el grupo de 20 a 39 años (21,7 %) seguido del grupo de 5 a 19 años (18,2 %) (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de consultas externas y urgencias por IRA por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 22 de 2015

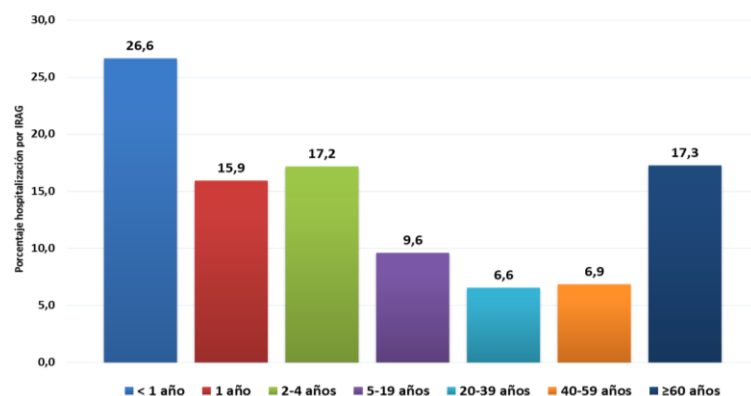


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La notificación de hospitalizaciones por IRAG correspondió esta semana a un total de 3.534 casos de un total de 42.041 hospitalizaciones por todas las causas. La proporción de IRAG a semana epidemiológica 22 del total de hospitalizaciones por todas las causas es del 7,0 %.

El mayor porcentaje de hospitalizaciones generales por IRAG se presenta en el grupo de menores de un año (26,6%) seguido del grupo de 60 y más años (17,3 %) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de hospitalizaciones generales por IRAG por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

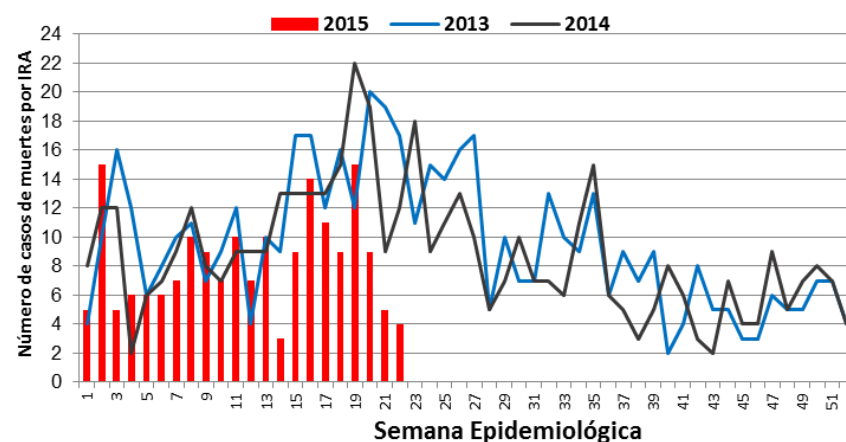
En UCI se hospitalizaron esta semana 297 casos de IRAG de un total de 2.630 hospitalizaciones en UCI por todas las causas. La proporción de IRAG a semana epidemiológica 22 del total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas es del 7,7 %.

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de 5 años

Durante la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 13 muertes por IRA en menores de 5 años, al ajustar estas muertes por fecha de defunción, nueve corresponden a notificación tardía y cuatro a la semana epidemiológica 22; durante esta semana se descartó un caso con ajuste D (error de digitación), quedando un acumulado total de 182 muertes a semana epidemiológica 22 de 2015.

La notificación de muertes por IRA en menores de 5 años a semana epidemiológica 22 de 2015 muestra una disminución del 23,8 % 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 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de 5 años notificadas durante esta semana son: Cesar

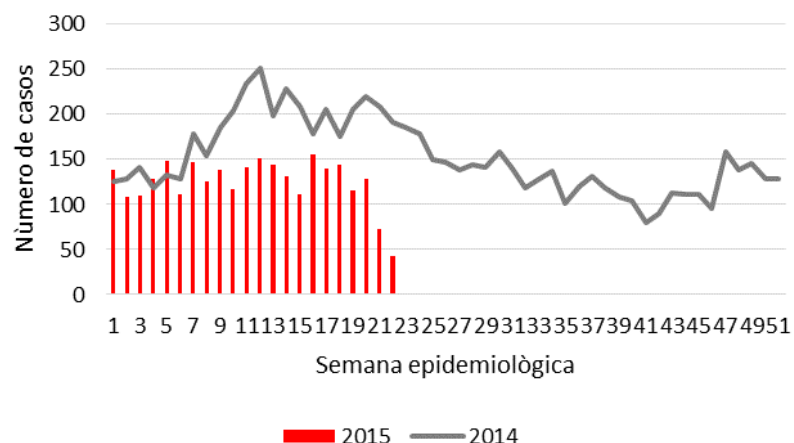
con cuatro casos, Bogotá con tres casos, Magdalena, Quindío, Bolívar, Nariño, Cauca, Santander, Sucre, Antioquia y La Guajira con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 22 la tasa de mortalidad nacional es de 3,9 por cada 100.000 menores de 5 años. Las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años son: Chocó, Vaupés y La Guajira.

Vigilancia centinela ESI – IRAG

Durante la semana epidemiológica 22 se notificaron 143 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 111 casos corresponden a pacientes con IRAG y 32 casos a pacientes con ESI. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 22 de 2015 muestra una disminución del 31 % en comparación con lo notificado en el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 de 2015 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 de notificación y UPGD centinela, Colombia semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	10
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	18
Barranquilla	Clinica General del Norte	1
	Fundación Cardio infantil	10
	Hospital el Tunal	5
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	9
	Hospital Santa Clara	3
	Hospital de Suba	1
Boyacá	E.S.E Santiago de Tunja	6
	Hospital San Rafael de Tunja	7
Caldas	Servicios Especiales de Salud	2
	El Piloto Assbasalud ESE	2
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	2
	Gestión Salud	5
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	10
Meta	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	3
	Hospital Departamental de Villavicencio	7
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	3
	Fundación Hospital San Pedro	13
Norte Santander	Policlínico Atalaya	5
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	5
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	9
Total		136

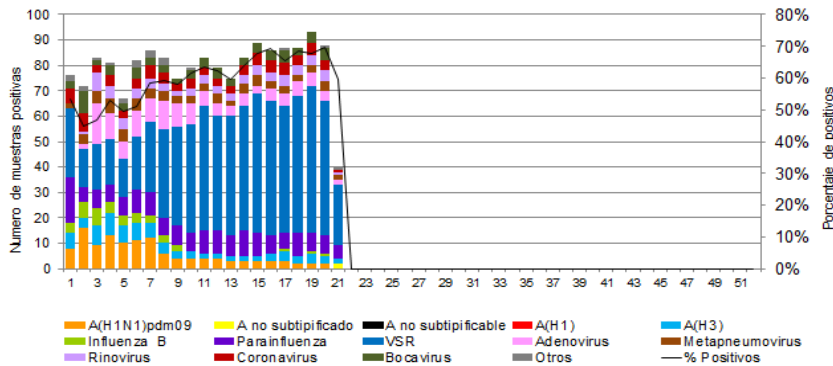
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

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 21 de 2015 se ha analizado 2.834 muestras, de las cuales el porcentaje de positividad corresponde al 59,1 %; de estas el 8,8 % fueron positivas para influenza y el 50,3 % positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral respecto al total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio (47,6 %), Influenza A (12,5 %), Parainfluenza (10,2 %), Adenovirus (7,9 %), Coronavirus (5,1 %), Metapneumo (4,5 %), Bocavirus (4,5 %), Rinovirus (4,1 %), Influenza B (2,4 %), otros virus (1,3 %)(ver gráfica 5).

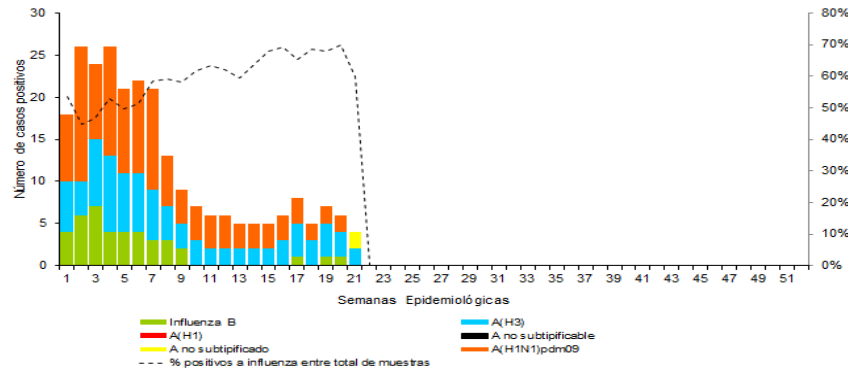
Gráfica 5. Distribución de virus respiratorios, Colombia a semana epidemiológica 21 de 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B, siendo el subtipo de influenza A(H1N1)pdm09 el de mayor proporción (58,1 %), seguido por influenza A(H3N2) con el (41,0 %) (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución de virus de influenza, Colombia a semana epidemiológica 21 de 2015



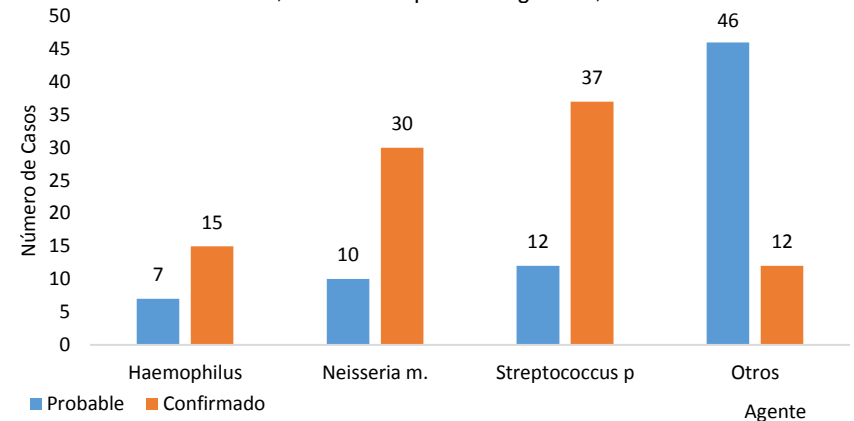
Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS

• Meningitis

A semana epidemiológica 22 de 2015 fueron notificados al Sivigila 251 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 75(29,9%) corresponden a casos probables, 95(37,8%) corresponden a casos confirmados por laboratorio, 63 (25,1%) casos descartados por laboratorio y 18 (7,2%) descartado como error de digitación. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana 22 muestra un aumento del 2,9% en la notificación con respecto al 2014, en el cual se habían reportado 244 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 22 de 2015 es: meningitis por *Neisseriameningitidis* 40 (23,5%), meningitis por *Streptococcus pneumoniae* 49 (28,8%), meningitis por *Haemophilus influenzae* 22(12,9%) y meningitis por otros agentes 58 (34,1%); Antioquia registra un caso de meningitis bacteriana sin registrar el tipo de agente bacteriano (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las Entidades territoriales de procedencia con el 81,2% de los casos de meningitis notificados como probables y confirmados son Antioquia, Bogotá, Bolívar, Valle de Cauca, Cartagena, Cundinamarca, Córdoba, Santander, Risaralda, Tolima,

Barranquilla, Huila, Cesar y Cauca; meningitis por otros agentes es el que registra el mayor número de casos, seguido por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*; Antioquia notifica un caso confirmado sin registrar el tipo de agente bacteriano (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos confirmados y probables de Meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22, 2015

Entidad territorial	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Neisseriameningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	6	9	8	8	31	18,2
Bogotá	4	5	11	2	22	12,9
Bolívar	1	6	1	5	13	7,6
Valle del Cauca	2	6	3	1	12	7,1
Cartagena	0	6	3	3	12	7,1
Cundinamarca	0	2	1	4	7	4,1
Córdoba	1	1	3	2	7	4,1
Santander	0	0	2	4	6	3,5
Risaralda	0	0	1	4	5	2,9
Tolima	0	1	2	2	5	2,9
Barranquilla	1	0	1	3	5	2,9
Huila	0	0	3	2	5	2,9
Cesar	1	0	1	2	4	2,4
Cauca	1	1	0	2	4	2,4
Guainía	1	0	2	1	4	2,4
Guajira	0	0	1	3	4	2,4
Norte Santander	1	1	1	0	3	1,8
Arauca	1	0	0	2	3	1,8
Sucre	0	0	1	2	3	1,8
Chocó	1	1	0	0	3	1,8
Nariño	0	0	2	0	2	1,2
Meta	1	0	0	1	2	1,2
Atlántico	0	0	0	1	1	0,6
Amazonas	0	0	1	0	1	0,6
Casanare	0	0	1	0	1	0,6
Putumayo	0	0	0	1	1	0,6
Caldas	0	0	0	1	1	0,6
Quindío	0	0	0	1	1	0,6
Magdalena	0	1	0	0	1	0,6
Caquetá	0	0	0	1	1	0,6
Total general	22	40	49	58	170	100

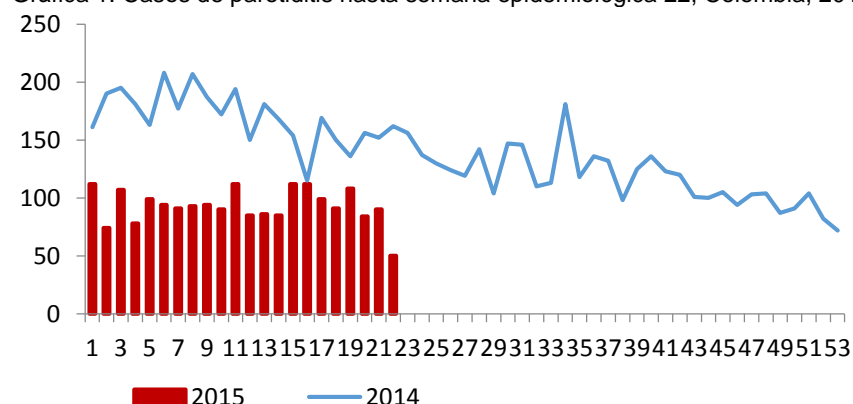
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A semana 22 se notificaron 18 muertes confirmadas: 10 muertes por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, cuatro muertes por meningitis por *Neisseriameningitidis*, tres muertes por meningitis por *Haemophilus influenzae* y una muerte notificada por Antioquia sin registrar el agente bacteriano.

• Parotiditis

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron al Sivigila 2.062 casos de parotiditis, de los cuales el 99,2 % (2 046) corresponden a casos confirmados por clínica y el 0,8 % (16) a casos descartados por error de digitación. Con relación al año 2014, se evidencia una disminución del 45,1%, ya que para la misma semana epidemiológica del año pasado se habían reportado 3.728 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos de parotiditis hasta semana epidemiológica 22, Colombia, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80,3 % de los casos fueron notificados por: Bogotá, Antioquia, Valle de Cauca, Cundinamarca, Barranquilla, Santander, Boyacá, Tolima, Norte de Santander y Guajira. Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron: Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca con el 53,4% de los casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de parotiditis notificados según departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad territorial	casos	%
Bogotá	713	34,8
Antioquia	240	11,7
Valle del Cauca	139	6,8
Cundinamarca	110	5,4
Barranquilla	89	4,3
Santander	79	3,9
Boyacá	72	3,5
Tolima	70	3,4
Norte Santander	67	3,3
Guajira	64	3,1
Atlántico	49	2,4
Caquetá	31	1,5
Risaralda	28	1,4
Cesar	26	1,3
Nariño	26	1,3
Cauca	26	1,3
Caldas	24	1,2
Meta	24	1,2
San Andrés	21	1,0
Sucre	20	1,0
Huila	20	1,0
Quindío	18	0,9
Magdalena	17	0,8
Cartagena	17	0,8
Córdoba	9	0,4
Vichada	9	0,4
Bolívar	9	0,4
Casanare	9	0,4
Arauca	8	0,4
Putumayo	6	0,3
Santa. marta D.E	3	0,1
Chocó	2	0,1
Guainía	1	0,0
Total	2046	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

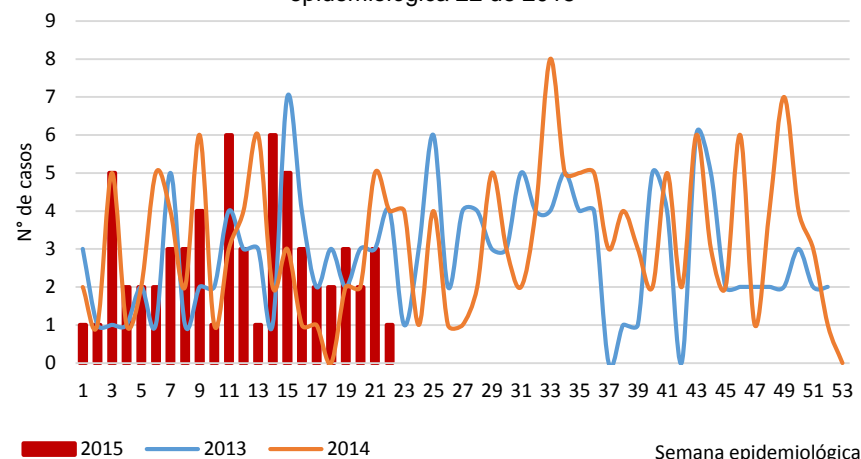
Un total de 267 municipios reportaron casos de parotiditis hasta la semana epidemiológica 22, de los cuales el 52,2% de los casos corresponden a Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Riohacha.

• **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado al Sivigila 61 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación muestra un decremento de 1.6% con respecto al año

inmediatamente anterior, año en el cual se habían notificado 62 casos a semana epidemiológica 22 de 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos probables de PFA notificados, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



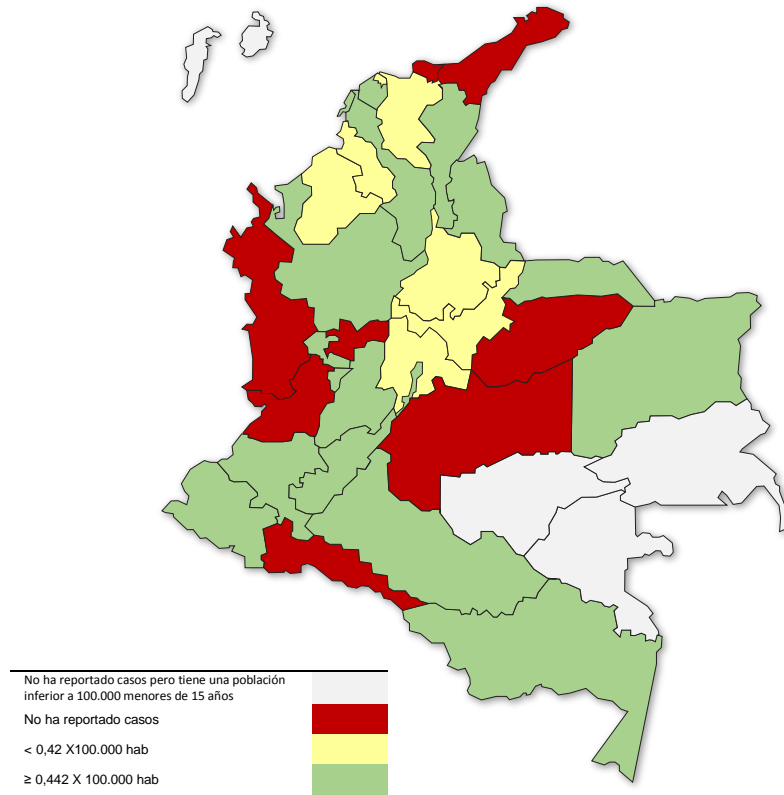
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de notificación esperada a semana epidemiológica 22 es de 0,42 casos por 100 000 menores de 15 años, las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico Bogotá, Caquetá, Cauca, Cartagena, Cesar, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Tolima y Vichada.

Esta semana Huila notifica dos casos probables de PFA. Atlántico y Cartagena notifican sendos casos probables de PFA.

Los departamentos que cambian su condición, con respecto a la semana pasada, son Santander y Sucre que esta semana ya no alcanzan a superar la tasa esperada y por ello pasan de verde a amarillo. Cartagena y Atlántico con los casos que notifican esta semana logran superar la tasa de notificación esperada, por lo que pasan de amarillo a verde. Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana pasada. (Ver mapa 1).

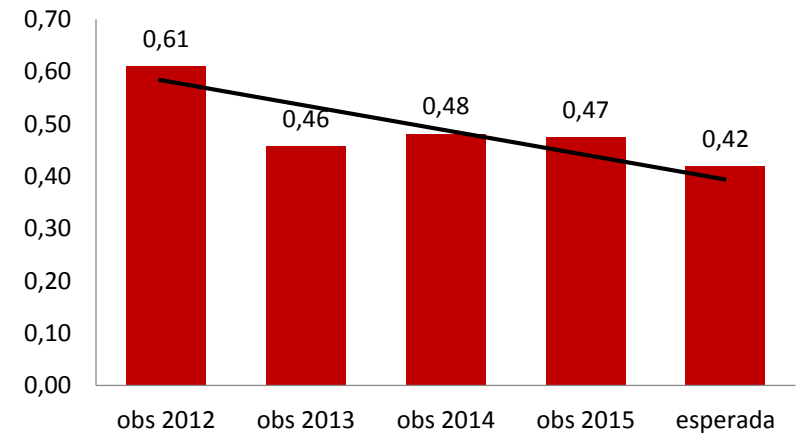
Mapa 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 22 de 2015 la tasa de notificación en el Sivigila es de 0,47 casos por 100 000 menores de 15 años, de manera que se cumple a nivel nacional con la tasa esperada (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

• **Tétanos**

Tétanos neonatal

En la semana epidemiológica 22 de 2015 se descarta caso probable por error de digitación del departamento del Cauca, Popayán. Comparado con el año anterior esto significa una disminución importante dado que a semana 22 de 2014 se tenían cinco casos notificados: tres descartados y dos confirmados.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado 24 casos de los cuales:

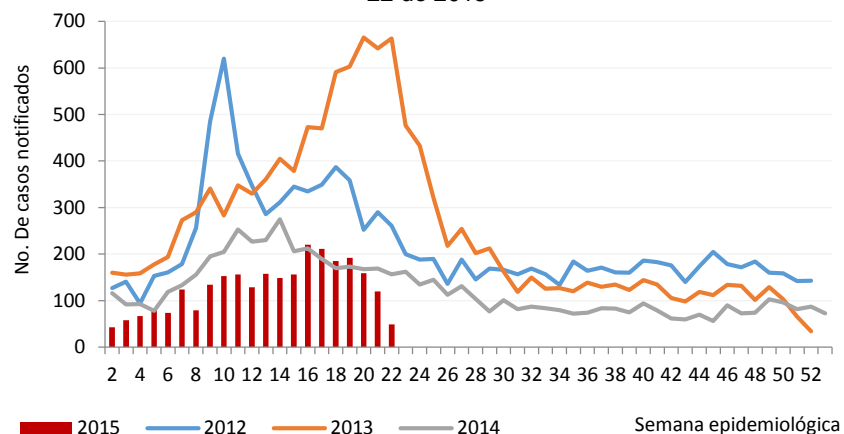
- 17 casos se encuentran confirmados de los departamentos de Antioquia, Atlántico, Caquetá, Cartagena, Cauca, Guajira, Huila, Magdalena, Nariño, Nte Santander, Sucre.
- Seis casos probables de los departamentos de Antioquia, Atlántico, Córdoba, Nariño.
- un caso descartado de Cartagena.

Comparado con el año anterior se habían notificado 35 casos y de éstos confirmados 29; esto representa una disminución del 31,4% en los casos notificados, y 12 % de casos confirmados a comparación del año 2014.

• Tos ferina

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado 2.566 casos. Se evidencia una disminución del 31,7% en la notificación con respecto al 2014, en el cual se reportó un acumulado de 3.758 casos hasta el mismo periodo epidemiológico (ver gráfica 1).

Gráfica1. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



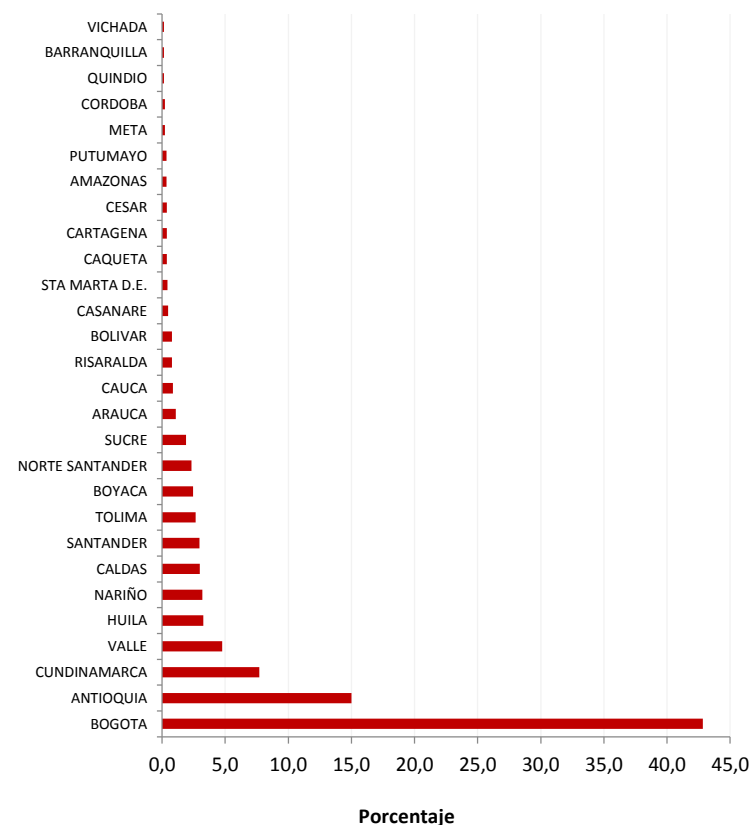
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De los casos notificados a semana 22 se han confirmado 223 casos para tos ferina: Antioquia (71), Bogotá (29), valle (21), Caldas y Nariño 11 casos cada uno, Arauca (10), Sucre (9), Santander y Huila con ocho casos cada uno, Nte Santander (7), Boyacá (6), Cundinamarca (5), Bolívar, Cauca y Amazonas con cuatro casos cada uno, Caquetá (3), Cesar y Cartagena dos casos cada uno, Córdoba, Santa Marta, Casanare, Atlántico, Barranquilla, Risaralda cada uno con un caso y dos casos del exterior, uno procedente de Venezuela y notificado por el departamento de Nte Santander y otro de origen desconocido notificado por Arauca.

De los 2.566 casos notificados para tos ferina a Sivigila, según entidad territorial notificadora, el 74% (1.888 casos) se concentra en cinco entidades territoriales: Bogotá 42,8% (1.099 casos),

Antioquia 15% (385 casos), Cundinamarca 7,7 %, (198), Valle del Cauca 4,8 % (122 casos), Huila 3,3% (84).

Gráfica 2. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



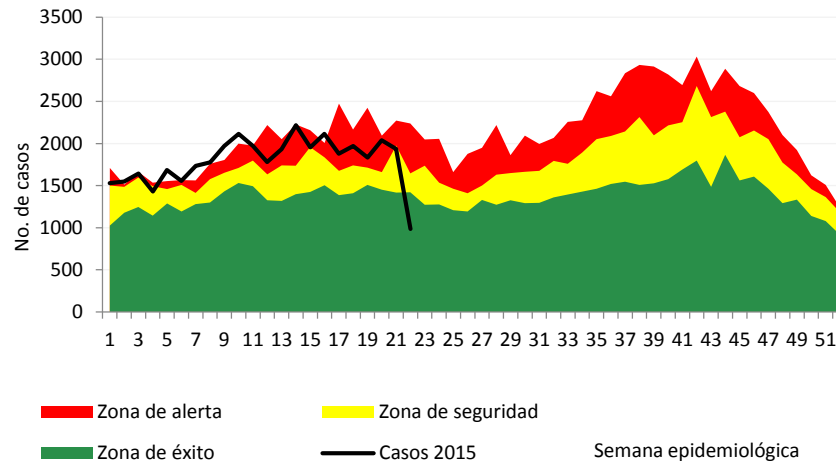
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Varicela

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado 39.592 casos de varicela, esta notificación muestra una disminución del 3,8% respecto al año anterior, en el cual se habían reportado 41.162 casos. A semana 22 la incidencia para el país es de 82,2 casos por 100.000 habitantes.

Según el comportamiento en el canal endémico, iniciamos el año en zona de seguridad; para la semana epidemiológica 22 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 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Acumulado a semana 22 se han notificado 17 muertes asociadas a varicela una procedente de Barranquilla, una de Acevedo (Huila), una de Carmen de Viboral (Antioquia), dos de San Juan de Betulia y una de Corozal (Sucre), una de Puerto Wilches (Santander), dos de Bogotá, una de Magangué (Bolívar), cuatro de Santa Marta, y cuatro muertes de Planeta Rica, Tierralta, Montelíbano y Valencia (Córdoba).

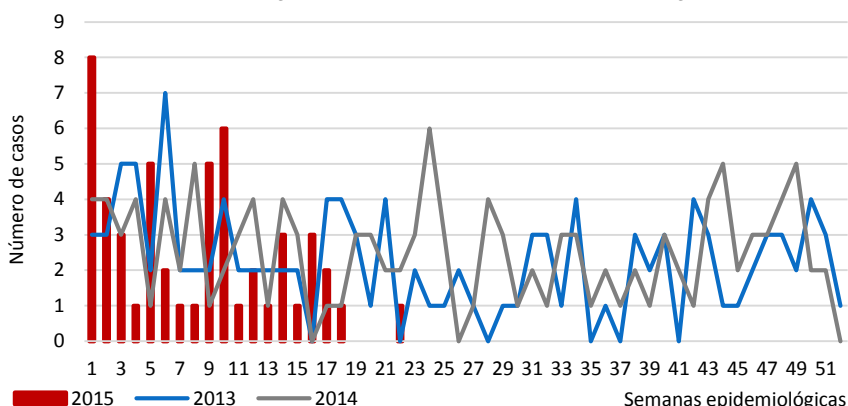
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En el análisis realizado por entidad territorial de procedencia se notificó al Sivigila en la semana epidemiológica 22 de 2015 un caso de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años; en la misma semana epidemiológica para el 2014 se notificaron dos casos; para un total acumulado para el país de 51 casos de muertes por EDA (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para el país, la tasa de mortalidad es de 11,80 x 1.000.000 de habitantes menores de 5 años por causa de EDA, con una mayor tasa en el grupo de menores de un año de edad (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 22	Tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes menores de cinco años
Menores de una año	873444	30	34,35
de 1 a 4 años	3448193	21	6,09
Total país	4321637	51	11,80

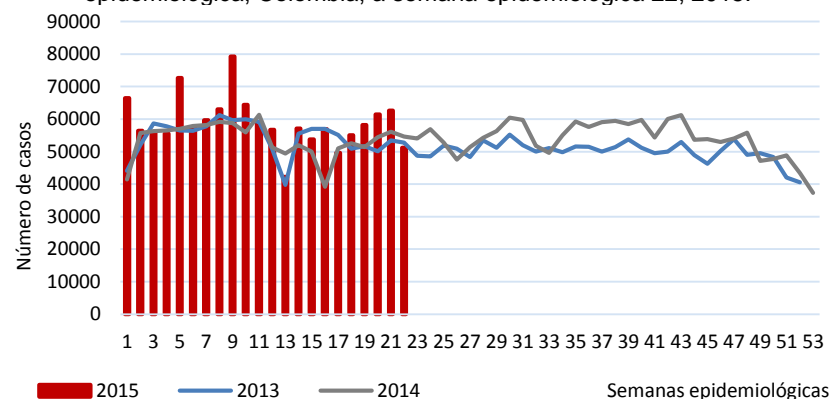
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 22 de 2015, 15 de las entidades territoriales han reportado casos de muertes por EDA en menores de 5 años.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Se aclara que semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 51.189 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia; con un total acumulado para el país de 1.294.080 casos (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, a semana epidemiológica 22, 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 disminución del 6,21% de casos con respecto al año anterior, los casos acumulados aumentan con un valor del 9,67%; 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 22 de 2015

Casos	2014	2015	Variación
Casos Notificados en SE 22	54.580	51.189	6,21%
Casos Acumulados a SE 22	1.180.004	1.294.080	9,67%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por grupos de edad, los menores de 1 año registran la incidencia más alta con 8,12 casos por 1000 habitantes, seguido de los menores entre uno y cuatro años los cuales aportan el mayor valor absoluto con 216.169 casos. (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de morbilidad por EDA de acuerdo con el grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Grupos de edad	Población estimada (DANE 2015)	Número de casos	Incidencia por 1000 habitantes
Colombia	48203405	1294080	26,85
< 1 año	873444	72600	83,12
1 a 4 años	3448193	216169	62,69
5 a 9 años	4258678	97554	22,91
10 a 14	4282708	68543	16,00
15 a 19	4345112	75318	17,33
20 a 24	4292291	134258	31,28
25 a 29	3957939	132272	33,42
30 a 34	3539724	106939	30,21
35 a 39	3205979	78330	24,43
40 a 44	2879410	60224	20,92
45 a 49	2883795	54473	18,89
50 a 54	2680490	46996	17,53
55 a 59	2218791	37995	17,12
60 a 64	1728396	32995	19,09
65 a 69	1307382	24593	18,81
70 a 74	926841	19164	20,68
75 a 79	684618	15836	23,13
80 y más años	689614	19821	28,74

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 22 de 2015 las entidades territoriales que superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 26,85 casos por 1000 habitantes fueron: Amazonas, Bogotá, Valle del Cauca y Quindío, las cuales representan el 11,11% del país (ver tabla 4).

Tabla 4. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015

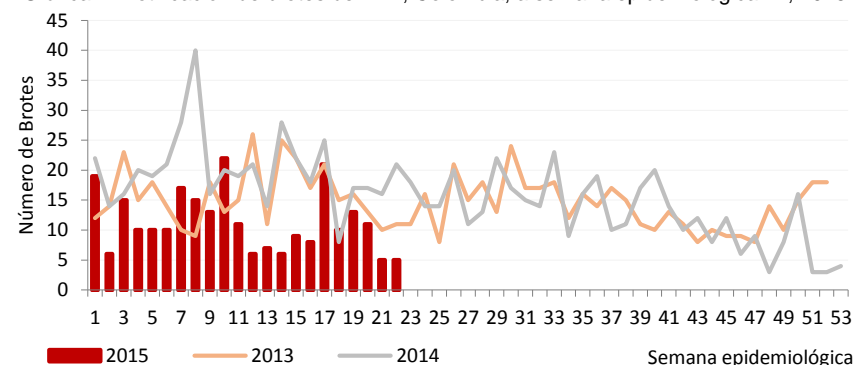
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población*	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	3589	0,3%	76.243	47,07
Bogotá	326220	25,2%	7.878.783	41,40
Valle del Cauca	169002	13,1%	4.613.684	36,63
Quindío	20342	1,6%	565.310	35,98
Colombia	1294080	100,0%	48.203.405	26,85

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

ETA

Después del proceso de depuración se tiene que hasta la semana epidemiológica 22 del 2015 se notificaron al Sivigila 3.120 casos de ETA, involucrados en 249 brotes. Respecto a los brotes de ETA por semana epidemiológica se observa una disminución en la notificación del 43,7% en relación a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana es de 11 (ver gráfica 1).

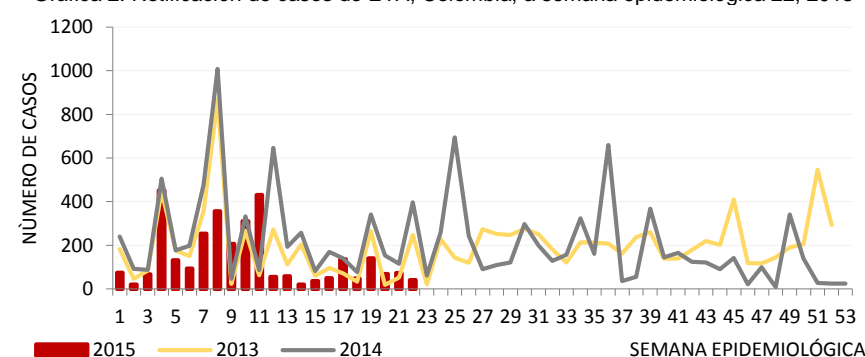
Gráfica 1. Notificación de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En cuanto a los casos involucrados en brotes de ETA por semana hubo una disminución del 46,4% con respecto a las mismas semanas del 2014. Durante el 2015 el promedio de casos por semana es de 141 (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Notificación de casos de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos notificados a semana epidemiológica 22 del 2015, los grupos de edad que presentaron mayor proporción son: 10 a 14 años (15,1%), 5 a 9 años (12,5%) y 20 a 24 años (10,6%). El 56% de los casos están como confirmados por clínica, el 24% como probables, el 18% como confirmados por laboratorio y el 2% confirmados por nexo epidemiológico.

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

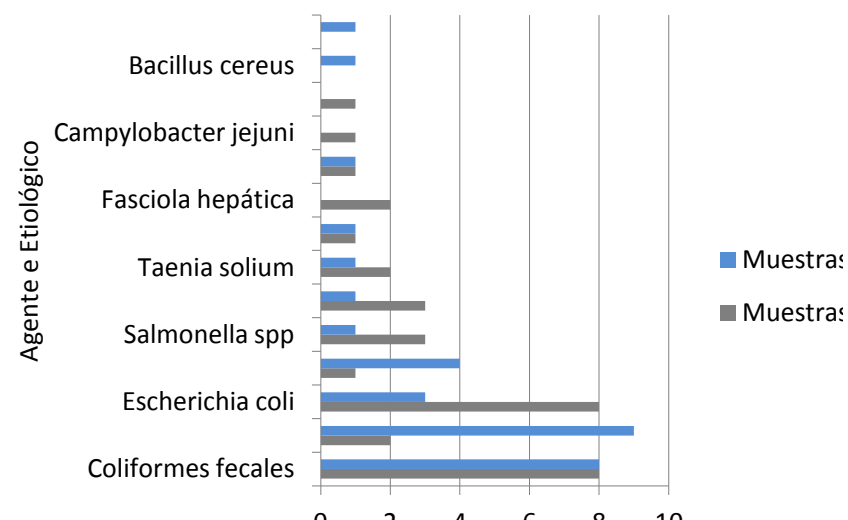
Tabla 1. Número de brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	38	15,3
Sucre	28	11,2
Antioquia	17	6,8
Atlántico	17	6,8
Nariño	17	6,8
Cartagena	15	6,0
Huila	12	4,8
Valle Del Cauca	11	4,4
Bolívar	10	4,0
Boyacá	10	4,0
Magdalena	10	4,0
Cesar	8	3,2
La Guajira	8	3,2
Arauca	7	2,8
Tolima	6	2,4
Risaralda	5	2,0
Cauca	4	1,6
Cundinamarca	4	1,6
Santander	4	1,6
Casanare	4	1,6
Barranquilla	3	1,2
Quindío	3	1,2
Putumayo	3	1,2
Chocó	2	0,8
Nte Santander	2	0,8
Meta	1	0,4
NACIONAL	249	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los agentes etiológicos detectados en muestras biológicas y muestras de alimentos procedentes de brotes de ETA fueron Coliformes fecales, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, Coliformes totales, *Salmonella* spp, *Iodamoeba butschlii*, *Taenia solium*, Complejo *Entamoeba histolytica/dispar*, *Fasciola hepática*, *uncinarias*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella* sp, *Bacillus cereus* y *Ascaris lumbricoides* (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas y de alimentos procedentes de brotes de ETA, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.



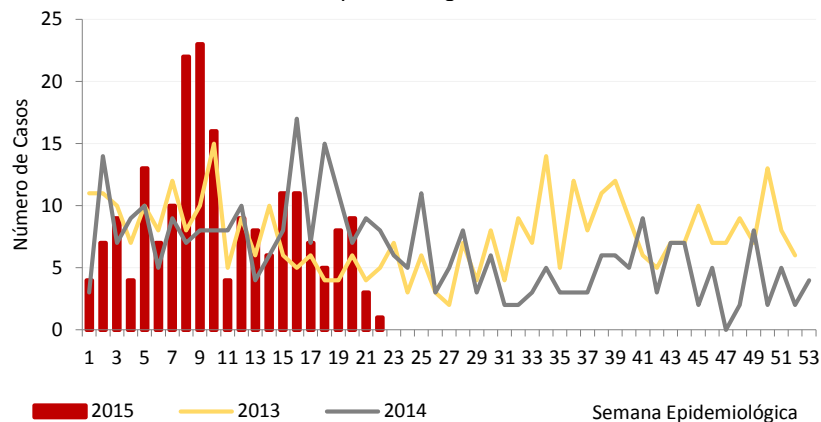
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 22 se notificaron cinco brotes de ETA que involucraron 40 casos; los departamentos de procedencia de estos brotes fueron La Guajira, Valle del Cauca, Tolima, y Bolívar; los establecimientos implicados fueron el hogar (cuatro brotes) y otros (un brote).

• Fiebre tifoidea y paratifoidea

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se ha notificado 197 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, se notificó un caso en esta semana. Se observa un aumento en la notificación del 3,7% 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 22, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 58% de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; el 61,4% de los casos fueron notificados por Nte Santander, Antioquia y Cauca (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Nte Santander	49	24,9
Antioquia	43	21,8
Huila	29	14,7
Cauca	27	13,7
Chocó	8	4,1
Bogotá	7	3,6
Valle Del Cauca	7	3,6
Bolívar	4	2,0
Caldas	3	1,5
Nariño	3	1,5
Casanare	3	1,5
Cesar	2	1,0
Meta	2	1,0
Santa Marta	2	1,0
Santander	2	1,0
Caquetá	1	0,5
Cundinamarca	1	0,5
Risaralda	1	0,5
Tolima	1	0,5
Putumayo	1	0,5
San Andrés	1	0,5
Total	197	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana epidemiológica 22 de 2015, los grupos de edad más afectados son el de 20 a 24 años (12,7%), de 0 a 4 años (12,2%) y de 5 a 9 años (12,2%) (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Grupos de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	24	12,2
5-9	24	12,2
10-14	17	8,6
15-19	20	10,2
20-24	25	12,7
25-29	23	11,7
30-34	16	8,1
35-39	8	4,1
40-44	7	3,6
45-49	5	2,5
50-54	7	3,6
55-59	4	2,0
60-64	4	2,0
65-69	4	2,0
70-74	4	2,0
75-79	1	0,5
80 Y MÁS	4	2,0
TOTAL	197	100,0

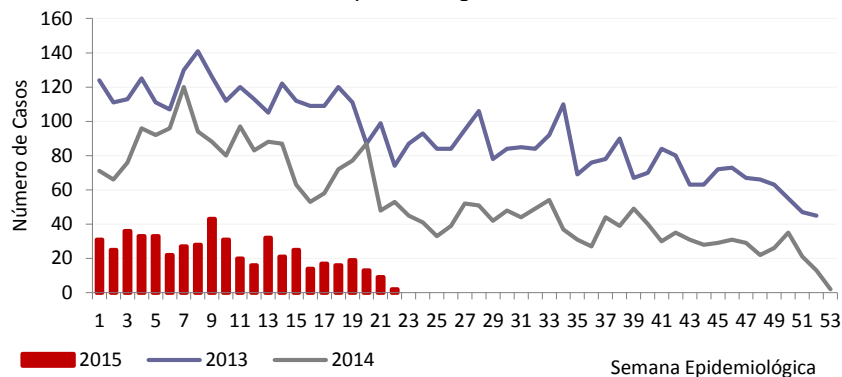
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales de procedencia de casos confirmados (serotificados en el Instituto Nacional de Salud) de fiebre tifoidea son Nte Santander (51 casos), Antioquia (31 casos), Nariño (cuatro casos), Bogotá (tres casos), Santander (dos casos), Meta (un caso), Cartagena (un caso), Cesar (un caso) y Valle del Cauca (un caso).

• Hepatitis A

Después del proceso depuración de datos, hasta la semana epidemiológica 22 se notificaron 513 casos de hepatitis A, de los cuales dos se notificaron esta semana; el 51,5% fueron confirmados por clínica, 47,5% por laboratorio y 1% por nexo epidemiológico. Hasta la semana epidemiológica 22 se presentó una disminución en la notificación del 70,6% respecto al 2014 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 22, 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 (13,5%), Valle del Cauca (11,3%), Huila (9,6%) y Bogotá (7,2%) (ver tabla 1).

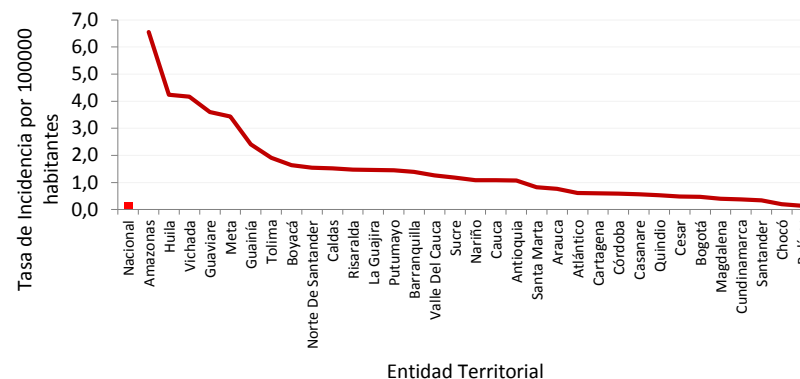
Tabla 1. Comportamiento de casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad Territorial	Nº Casos	Porcentaje
Antioquia	69	13,5
Valle Del Cauca	58	11,3
Huila	49	9,6
Bogotá	37	7,2
Meta	33	6,4
Tolima	27	5,3
Boyacá	21	4,1
Nte Santander	21	4,1
Nariño	19	3,7
Barranquilla	17	3,3
Atlántico	15	2,9
Caldas	15	2,9
Cauca	15	2,9
La Guajira	14	2,7
Risaralda	14	2,7
Córdoba	10	1,9
Cundinamarca	10	1,9
Sucre	10	1,9
Santander	7	1,4
Cartagena	6	1,2
Cesar	5	1,0
Magdalena	5	1,0
Putumayo	5	1,0
Amazonas	5	1,0
Santa Marta	4	0,8
Guaviare	4	0,8
Bolívar	3	0,6
Quindío	3	0,6
Vichada	3	0,6
Exterior	3	0,6
Arauca	2	0,4
Casanare	2	0,4
Chocó	1	0,2
Guainía	1	0,2
TOTAL	513	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 22 fue de 0,3 por 100.000 habitantes; los departamentos de procedencia con mayor proporción de incidencia fueron: Amazonas con 6,56, Huila con 4,24, Vichada con 4,17, y Guaviare con 3,6 por 100.000 habitantes (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 74% de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 14% en rural y el 12% en centro poblado. En cuanto a la población, el 94,7% pertenece a otros grupos étnicos, el 2,9% a indígenas, el 1,8% afrocolombianos y el 0,6% a ROM y gitanos.

Los grupos de edad más afectados fueron: 20 a 24 años (17%), 5 a 9 años (13,8%) y 10 a 14 años (12,7%). El 66% de los casos fueron hospitalizados.

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

• Chagas

En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron al Sivigila 40 casos de Enfermedad de Chagas, 10 agudos y 30 crónicos, de los cuales dos casos corresponden a la semana 22 y 38 casos a semanas anteriores.

El acumulado a semana epidemiológica 22 de 2015 es de 342 casos, de los cuales 86,4 % (330/382) corresponden a casos crónicos (179 confirmados y 151 probables) y 13,6% (52/382) casos agudos (cuatro confirmados y 48 probables).

Los casos crónicos fueron notificados por 20 entidades territoriales. La Guajira notifico el 26,06% de los casos seguido de Boyacá con un 17,58 %, Bogotá 15,76, Casanare 10,61% y Santander 9.0 % (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Departamento notificador	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
Guajira	85	47,49	1	0,66	86	26,06
Boyacá	4	2,23	54	35,76	58	17,58
Bogotá	20	11,17	32	21,19	52	15,76
Casanare	31	17,32	4	2,65	35	10,61
Santander	13	7,26	17	11,26	30	9,09
Norte Santander	12	6,70	1	0,66	13	3,94
Cesar	2	1,12	9	5,96	11	3,33
Arauca	7	3,91	3	1,99	10	3,03
Tolima	0	0,00	10	6,62	10	3,03
Cundinamarca	3	1,68	6	3,97	9	2,73
Huila	0	0,00	5	3,31	5	1,52
Antioquia	0	0,00	2	1,32	2	0,61
Meta	0	0,00	2	1,32	2	0,61
Bolívar	0	0,00	1	0,66	1	0,30
Cauca	1	0,56	0	0,00	1	0,30
Guaviare	0	0,00	1	0,66	1	0,30
Risaralda	0	0,00	1	1,10	1	0,30
Sta. Marta D.E.	0	0,00	1	0,66	1	0,30
Sucre	1	0,56	0	0,00	1	0,30
Valle	0	0,00	1	0,66	1	0,30
Total casos	179	100,00%	151	100,00%	330	100,00%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos agudos a nivel nacional el 7,69 %(4/52) han sido confirmado por laboratorio (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad territorial de procedencia. Colombia, Semana epidemiológica 22 de 2015.

Entidad territorial De Procedencia	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
Boyacá	9	1	10	1,92
Tolima	8	0	8	0,00
Santander	7	0	7	0,00
Casanare	5	1	6	1,92
Bogotá	3	0	3	0,00
Cesar	2	1	3	1,92
Antioquia	2	0	2	0,00
Bolívar	2	0	2	0,00
Córdoba	1	1	2	1,92
Arauca	1	0	1	0,00
Barranquilla	1	0	1	0,00
Caldas	1	0	1	0,00
Caquetá	1	0	1	0,00
Cundinamarca	1	0	1	0,00
Huila	1	0	1	0,00
Meta	1	0	1	0,00
Norte Santander	1	0	1	0,00
Quindío	1	0	1	0,00
TOTAL	48	4	52	7,69

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Chikunguña

Durante el año 2014 se presentaron un total de 106.592 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 22 se notificaron 266.993 casos, de los cuales 263.247 fueron confirmados por clínica, 538 confirmados por laboratorio y 3.208 sospechosos (ver tabla 1).

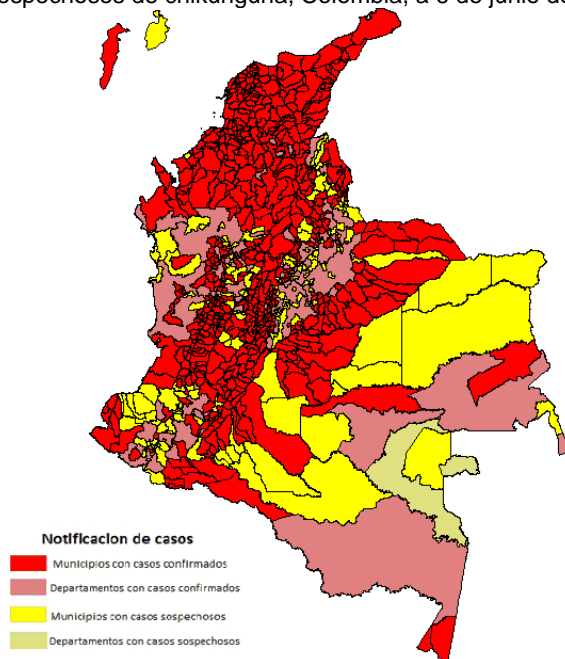
Tabla1. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia, a 6 de junio de 2015

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 22-2015	7.918	0	62	7.980
Acumulado 2015	263.247	538	3.208	266.993
Acumulado 2014	104.389	1.410	793	106.592

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

Se ha demostrado circulación viral en 33 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, Nte Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Guainía, Guaviare 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 6 de junio 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 30 casos confirmados por laboratorio procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare y Putumayo (ver tabla 2).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	Amazonas	7	2	4	13
	Caquetá	4.769	18	479	5.266
	Guainía	31	5	1	37
	Guaviare	801	2	4	807
	Vaupés	0	0	1	1
	Putumayo	269	3	4	276
Total		5.877	30	493	6.400

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

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

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	Antioquia	11.654	32	110	11.796
	Bogotá*	0	1	191	192
	Caldas	2.499	8	42	2.549
	Cundinamarca	14.771	81	142	14.994
	Huila	26.073	76	122	26.271
	Quindío	1.370	0	2	1.372
	Risaralda	1.306	5	1	1.312
	Tolima	33.484	105	861	34.450
Total		91.157	308	1.471	92.936

*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, Nte Santander y Santander (ver tabla 4).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	Boyacá	541	18	40	599
	Norte Santander	5.775	25	64	5.864
	Santander	5.890	7	57	5.954
	Total	12.206	50	161	12.417

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

La región Orinoquía ha notificado 51 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 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	Arauca	4.186	1	4	4.191
	Casanare	11.284	17	42	11.343
	Meta	12.532	33	354	12.919
	Vichada	0	0	119	119
	Total	28.002	51	519	28.572

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

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

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	Cauca	2.621	7	196	2.824
	Chocó	367	8	224	599
	Nariño	1.022	13	45	1.080
	Valle	85.070	44	33	85.147
	Total	89.080	72	498	89.650

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

En la región Caribe se ha presentado casos confirmados por clínica reportados por las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés, Sucre y Santa Marta (ver tabla 7).

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

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	Atlántico	1.595	0	14	1.609
	Barranquilla	4.431	0	0	4.431
	Bolívar	475	1	0	476
	Cartagena	370	0	0	370
	Cesar	3.090	9	11	3.110
	Córdoba	12.173	3	11	12.187
	Guajira	4.429	7	19	4.455
	Magdalena	1.749	1	8	1.758
	San Andrés	555	0	3	558
	Sta. marta D.E.	1.550	4	0	1.554
	Sucre	6.508	2	0	6.510
	Total	36.925	27	66	37.018

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

Muertes

Hasta la semana epidemiológica 22 acumulado 2014-2015 después de efectuar la unidad de análisis se han confirmado 35 muertes por chikunguña en el país, para una letalidad de 0.0094% (35/369.584). La distribución de la muertes por departamento de procedencia y notificación se presentan en la siguiente tabla (tabla 8).

Tabla 8. Distribución de casos de muertes por chikungunya, Colombia acumulado 2014-2015

Dep procedencia	Mun procedencia	Mun notificación	Dep notificación	Edad	Resultado unidad de análisis
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	75 años	Confirmado
Tolima	Armero (guayabal)	Armero (guayabal)	Tolima	69 años	Confirmado
Tolima	Armero (guayabal)	Ibagué	Tolima	48 años	Confirmado
Cartagena	Cartagena	Cartagena	Cartagena	64 años	Confirmado
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	66 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	75 años	Confirmado
Atlántico	Baranoa	Barranquilla	Barranquilla	64 años	Confirmado
Cundinamarca	Viota	Bogotá	Cundinamarca	64 años	Confirmado
Huila	Neiva	Neiva	Huila	74 años	Confirmado
Huila	Aipe	Neiva	Huila	67 años	Confirmado
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	54 años	Confirmado
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	30 años	Confirmado
Nte Santander	Villa del rosario	Cúcuta	Nte Santander	30 años	Confirmado
Venezuela	Ureña	Cúcuta	Nte Santander	62 años	Confirmado
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	79 años	Confirmado
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	72 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	77 años	Confirmado
Tolima	Melgar	Melgar	Tolima	3 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	77 años	Confirmado
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Cundinamarca	64 años	Confirmado
Huila	Campoalegre	Neiva	Huila	17 días	Confirmado
Nte Santander	Cúcuta	Cúcuta	Nte Santander	23 años	Confirmado
Nte Santander	Los patios	Cúcuta	Nte Santander	21 días	Confirmado
Nte Santander	Villa del rosario	Cúcuta	Nte Santander	1 mes	Confirmado
Sucre	Corozal	Corozal	Sucre	2 mes	Confirmado
Bolívar	Magangué	Sincelejo	Sucre	11 mes	Confirmado
Tolima	Carmen de apicala	Girardot	Cundinamarca	5 meses	Confirmado
Tolima	Guamo	Espinal	Tolima	88 años	Confirmado
Tolima	Chaparral	Espinal	Tolima	75 años	Confirmado
Tolima	Chaparral	Neiva	Huila	45 años	Confirmado
Tolima	Chaparral	Ibagué	Tolima	2 años	Confirmado
Cundinamarca	Viani	Bogotá	Cundinamarca	41 años	Confirmado
Huila	Garzón	Neiva	Huila	89 años	Confirmado
Nte Santander	Los patios	Cúcuta	Nte Santander	58 años	Confirmado
Exterior	Venezuela	Cúcuta	Nte Santander	67 años	Confirmado

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

Recomendaciones en vigilancia

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

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

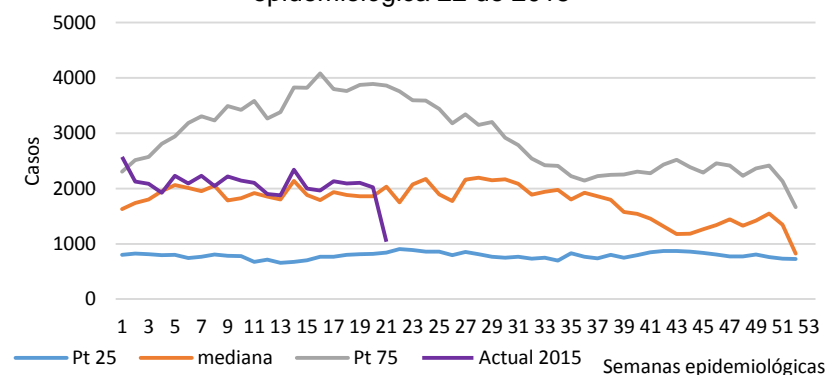
Información por departamento y municipio.

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

• Dengue

El canal endémico de dengue se ubicó en la zona de éxito en la semana epidemiológica 22, se mantuvo en la zona de alarma desde las semanas dos a la veintiuna 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 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 44.045 casos totales de dengue, de los cuales 43.457 (98,6 %) corresponden a dengue y 588 (1,4%) a dengue grave.

A la semana epidemiológica 22 de 2014 se habían notificado 44.411 casos de dengue, que comparados con el mismo periodo del año 2015, presentó una disminución de 0.8 %, es decir 366 casos más. Se están notificando en promedio 2.002 casos semanales.

El 29.8 % (12 933/43 457) de los casos de dengue y el 43,7 % (257/588) de los casos de dengue grave se concentra en los menores de 14 años. Por aseguramiento, se observa un predominio en el régimen contributivo (52,5 %), seguido del régimen subsidiado (38,8 %). El 53,9 % (314/588) 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 22 de 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%
Sexo	Femenino	21450	49,50%	274	46,06%	21724	49,3%
	Masculino	22007	50,50%	314	53,94%	22321	50,7%
Tipo de régimen	Contributivo	22874	52,78%	247	41,86%	23121	52,5%
	Especial	1335	3,03%	17	2,98%	1352	3,1%
	No afiliado	1377	3,16%	25	4,38%	1402	3,2%
	excepción	1055	2,35%	10	1,75%	1065	2,4%
	Subsidiado	16816	38,67%	289	49,04%	17105	38,8%
Pertenencia étnica	Indígena	436	1,03%	9	1,58%	445	1,0%
	ROM, Gitano	221	0,50%	3	0,53%	224	0,5%
	Raizal	42	0,09%	1	0,18%	43	0,1%
	Palenquero	2	0,00%	0	0,00%	2	0,0%
	Negro, Mulato, afro colombiano	1052	2,42%	18	2,98%	1070	2,4%
	Otro	41704	95,95%	557	94,75%	42261	95,9%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1326	3,03%	41	7,01%	1367	3,1%
	1 a 4 años	2705	6,10%	42	6,83%	2747	6,2%
	5 a 9 años	4014	9,12%	89	14,71%	4103	9,3%
	10 a 14 años	4888	11,11%	85	14,71%	4973	11,3%
	15 a 19 años	4575	10,55%	66	11,03%	4641	10,5%
	20 a 24 años	4249	9,76%	53	8,93%	4302	9,8%
	25 a 29 años	3924	9,08%	22	3,85%	3946	9,0%
	30 a 34 años	3488	7,99%	19	3,33%	3507	8,0%
	35 a 39 años	2668	6,22%	17	2,80%	2685	6,1%
	40 a 44 años	2217	5,18%	18	3,15%	2235	5,1%
	45 a 49 años	2010	4,69%	21	3,33%	2031	4,6%
	50 a 54 años	1944	4,49%	29	5,08%	1973	4,5%
	55 a 59 años	1447	3,39%	17	2,98%	1464	3,3%
	60 a 64 años	1104	2,53%	9	1,58%	1113	2,5%
	65 y más años	2898	6,75%	60	10,68%	2958	6,7%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 80 % de los casos de dengue proceden de diez entidades territoriales: Valle del Cauca con 10.759 casos, Tolima con 4.467 casos, Santander con 4.373 casos, Meta con 4.169 casos, Antioquia con 2.161 casos, Huila con 1.964 casos, Cundinamarca con 1.916 casos, Quindío 1.923 casos, Norte de Santander 1.348 casos y Casanare con 1.285 casos. Para dengue grave el 80 % de los casos se concentró en 11 entidades territoriales: Tolima con 151 casos, Valle del Cauca con 71 casos, Huila con 49 casos, Antioquia con 28 casos, Cundinamarca con 29 casos, Meta con 26 casos, Santander con 26 casos, Barranquilla con 24 casos, Cesar con 23 casos, Norte de Santander con 22 casos y Sucre con 20 casos

El 50 % de los casos de dengue procede de 22 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos: Cali, Ibagué, Bucaramanga, Villavicencio, Medellín, Armenia, Cúcuta, Yopal, Neiva, Floridablanca y Girón, que a su vez han notificado más de 500 casos durante las 20 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, 23 municipios aportan el 50% de los casos, donde los más afectados son: Ibagué, Cali, Purificación y Barranquilla, con más de 20 casos.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 21 de 2015 es de 164,9 casos x 100.000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. 15 entidades territoriales superaron la incidencia nacional y los departamentos del Meta, Arauca, Casanare, Tolima, Cundinamarca, Quindío, Putumayo, Boyacá y Amazonas, presentaron proporciones de incidencia superiores a 300 casos por 100.000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue, los municipios de Acacias, Yopal, Melgar, Espinal, Ibagué, Garzón, Calarcá, Aguazul y San José del Guaviare presentan incidencias superiores a 350 casos por 100.000 habitantes. Para dengue grave los municipios de Espinal, Melgar, Ibagué, Calarcá, Aguazul y San Gil presentan incidencias superiores a 6 casos por 100.000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 52,07 (6 964/13 226). La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 87,8% (516/588), donde Santander, Tolima, Cesar, Bogotá, Valle del Cauca, Bolívar, Quindío, La Guajira, Santa Marta, Cundinamarca, Antioquia, Magdalena, Boyacá y Arauca están por debajo del 90 % de hospitalización.

Hasta la semana epidemiológica 22 se han notificado 159 muertes probables por dengue, a la fecha se encuentran confirmadas 28, procedentes de Amazonas, Bolívar, Caldas, Córdoba, Guajira, Huila, Santander y Santa Marta, con una muerte cada uno; Meta y Valle del Cauca con dos muertes cada uno; Cesar con tres muertes, Cundinamarca con cinco y Tolima con ocho muertes.

• Fiebre amarilla

En la semana epidemiológica 22 de 2015 no se notificaron casos probables de fiebre amarilla.

En el transcurso del año se han notificado 12 casos probables de fiebre amarilla, de los cuales se han descartan 11 por resultados de laboratorio negativo y uno se encuentra en estudio (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015.

Departamento procedencia	Casos confirmados	Frecuencia relativa	Casos probables	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
Antioquia	0	0,00	2	16,6	2	16,6
Guaviare	0	0,0	2	16,6	2	16,6
Arauca	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Caquetá	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Guainía	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Huila	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Meta	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Nariño	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Vichada	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Exterior*	0	0,00	1	8,3	1	8,3
Total casos	0	0,00%	12	100,00%	12	100,00%

*El caso fue notificado por el departamento de Antioquia.

Fuente Sivigila Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Leishmaniasis

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado al Sivigila 3.060 casos confirmados de leishmaniasis distribuidos así: 3.017 casos (98,6 %) de leishmaniasis cutánea, 30 casos (1,0 %) de leishmaniasis mucosa y 13 casos (0,4 %) de leishmaniasis visceral. Comparado con el mismo periodo de 2015, se presentó una reducción de 2.779 casos notificados, lo que representa 47,6 % de variación.

Los casos proceden de 31 entidades territoriales, con una mayor carga en los departamentos de Antioquia, Meta, Tolima, Santander, Nariño, Chocó, Bolívar y Norte de Santander, que a su vez concentraron el 71,3 % de la notificación (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	683	7	0	690	22,5%	22,5%
Meta	402	5	0	407	13,3%	35,8%
Tolima	256	0	0	256	8,4%	44,2%
Santander	241	1	0	242	7,9%	52,1%
Nariño	177	0	0	177	5,8%	57,9%
Choco	148	1	0	149	4,9%	62,8%
Bolívar	123	2	9	134	4,4%	67,2%
Norte Santander	128	0	0	128	4,2%	71,3%
Guaviare	120	5	0	125	4,1%	75,4%
Risaralda	114	0	0	114	3,7%	79,2%
Córdoba	107	1	2	110	3,6%	82,7%
Putumayo	91	0	0	91	3,0%	85,7%
Caquetá	89	1	0	90	2,9%	88,7%
Cundinamarca	69	4	0	73	2,4%	91,0%
Cauca	41	0	0	41	1,3%	92,4%
Vichada	33	0	0	33	1,1%	93,5%
Caldas	32	0	0	32	1,0%	94,5%
Boyacá	31	0	0	31	1,0%	95,5%
Valle del Cauca	26	1	0	27	0,9%	96,4%
Sucre	18	0	2	20	0,7%	97,1%
Guainía	18	0	0	18	0,6%	97,6%
Amazonas	16	0	0	16	0,5%	98,2%
Vaupés	13	0	0	13	0,4%	98,6%
Exterior	8	0	0	8	0,3%	98,9%
Huila	7	1	0	8	0,3%	99,1%
Cesar	6	1	0	7	0,2%	99,3%
Arauca	6	0	0	6	0,2%	99,5%
Casanare	5	0	0	5	0,2%	99,7%
Desconocido	4	0	0	4	0,1%	99,8%
La Guajira	2	0	0	2	0,1%	99,9%
Cartagena	1	0	0	1	0,0%	99,9%
Magdalena	1	0	0	1	0,0%	100,0%
Quindío	1	0	0	1	0,0%	100,0%
Total Colombia	3017	30	13	3060	100,0 %	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 25 % de los casos se concentró en los municipios de Tumaco (Nariño) con 106 casos (3,5 %), Pueblo Rico (Risaralda) con 103 casos (3,4 %), Rio Blanco (Tolima) con 85 casos (2,8 %), Rovira (Tolima) con 77 casos (2,5 %), Tierra Alta (Córdoba) con 73 casos (2,4 %), San José del Guaviare con 69 casos (2,3 %), Arboledas (Norte de Santander) con 61 casos (2,0 %), Vista Hermosa (Meta) con 58 casos (1,9 %), Tarazá (Antioquía) con 57 casos (1,9 %), Santa Rosa del Sur (Bolívar) con 55 casos (1,8 %), y Dabeiba (Antioquía) con 54 casos (1,8 %). Para el caso de leishmaniasis visceral, los casos se concentraron en el municipio de El Carmen de Bolívar con 8 casos (61,5 %).

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

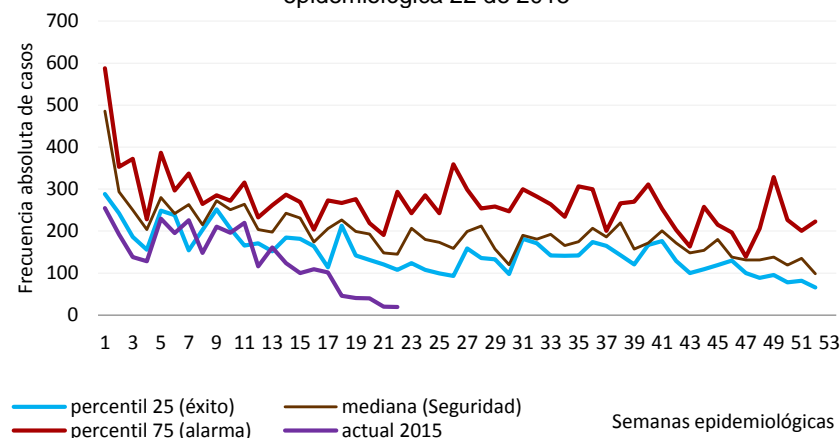
Tabla 2. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 22 de 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		3017	30	13
Sexo	Femenino	21,1%	6,7%	53,8%
	Masculino	78,9%	93,3%	46,2%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,3%	0,0%	38,5%
	1 a 4 años	4,4%	0,0%	53,8%
	5 a 9 años	6,4%	3,3%	0,0%
	10 a 14 años	7,5%	3,3%	7,7%
	15 a 19 años	11,2%	6,7%	0,0%
	20 a 24 años	26,8%	20,0%	0,0%
	25 a 29 años	15,3%	13,3%	0,0%
	30 a 34 años	8,4%	10,0%	0,0%
	35 a 39 años	5,2%	10,0%	0,0%
	40 a 44 años	3,3%	10,0%	0,0%
	45 a 49 años	2,4%	3,3%	0,0%
	50 a 54 años	2,3%	3,3%	0,0%
	55 a 59 años	2,4%	3,3%	0,0%
	60 a 64 años	1,4%	6,7%	0,0%
	65 y más años	2,7%	6,7%	0,0%
Pertenencia étnica	Indígena	4,8%	0,0%	7,7%
	ROM	0,2%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,2%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	4,8%	6,7%	0,0%
	Otros	90,0%	93,3%	92,3%
Área de procedencia	Cabecera municipal	14,0%	10,0%	0,0%
	Centro poblado	17,4%	40,0%	53,8%
	Rural disperso	68,7%	50,0%	46,2%
Afilación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,2%	30,0%	0,0%
	Especial	0,5%	0,0%	0,0%
General de Seguridad Social en Salud	No afiliado	5,2%	3,3%	0,0%
	Excepción	40,1%	36,7%	0,0%
Social en Salud	Subsidiado	49,0%	30,0%	100,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado entre las zonas de éxito y seguridad durante las 22 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Canal endémico nacional de leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 22 de 2015

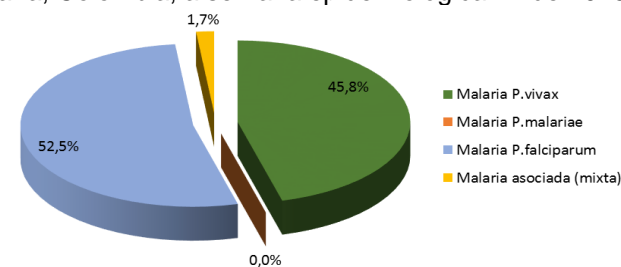


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

• Malaria

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron al Sivigila 14.237 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 6.526 casos (45,8 %) por *P. vivax*, 7.473 casos (52,5 %) por *P. falciparum* y 238 casos (1,7 %) por malaria asociada. Se notificaron 287 casos de malaria complicada y cuatro casos de muerte por malaria (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 30 entidades territoriales y 230 municipios. El 80 % de los casos se concentró tres departamentos: Chocó con un 49,9 % de los casos, seguido de Antioquía con 15,2 % y Nariño con 14,4 % (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015

Departamento de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	120	4527	0	2457	7104	49,90%	49,9%
Antioquia	14	423	0	1724	2161	15,18%	65,1%
Nariño	3	1991	0	55	2049	14,39%	79,5%
Córdoba	3	75	0	418	496	3,48%	83,0%
Valle del Cauca	6	49	0	438	493	3,46%	86,4%
Amazonas	15	39	0	351	405	2,84%	89,3%
Bolívar	35	36	0	211	282	1,98%	91,2%
Guainía	8	27	0	227	262	1,84%	93,1%
Exterior	4	47	0	197	248	1,74%	94,8%
Risaralda	5	28	0	179	212	1,49%	96,3%
Vichada	20	70	0	120	210	1,48%	97,8%
Cauca	0	118	0	11	129	0,91%	98,7%
Guaviare	1	21	0	67	89	0,63%	99,3%
Meta	0	4	0	13	17	0,12%	99,4%
Caquetá	0	11	0	0	11	0,08%	99,5%
Sucre	0	1	0	10	11	0,08%	99,6%
Norte Santander	0	0	0	9	9	0,06%	99,7%
Putumayo	1	1	0	6	8	0,06%	99,7%
Vaupés	0	0	0	7	7	0,05%	99,8%
Desconocido	1	1	0	4	6	0,04%	99,8%
La Guajira	1	1	0	3	5	0,04%	99,8%
Huila	0	1	0	4	5	0,04%	99,9%
Santander	0	0	0	4	4	0,03%	99,9%
Casanare	0	0	0	3	3	0,02%	99,9%
Arauca	0	0	0	2	2	0,01%	99,9%
Cesar	0	0	0	2	2	0,01%	100,0%
Cundinamarca	0	1	0	1	2	0,01%	100,0%
Atlántico	1	0	0	0	1	0,01%	100,0%
Caldas	0	0	0	1	1	0,01%	100,0%
Cartagena	0	0	0	1	1	0,01%	100,0%
Magdalena	0	0	0	1	1	0,01%	100,0%
Santa Marta	0	1	0	0	1	0,01%	100,0%
D.E.	0	1	0	0	1	0,01%	100,0%
Total Colombia	238	7472	0	6526	14237	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Por municipio de procedencia, el 50,3 % de los casos se presentó en 12 municipios, con mayor frecuencia en Quibdó, Tadó, Tumaco, El Charco, Bagadó, Novita, y Medio San Juan. Los anteriores con una notificación superior a los 480 casos (ver tabla 2).

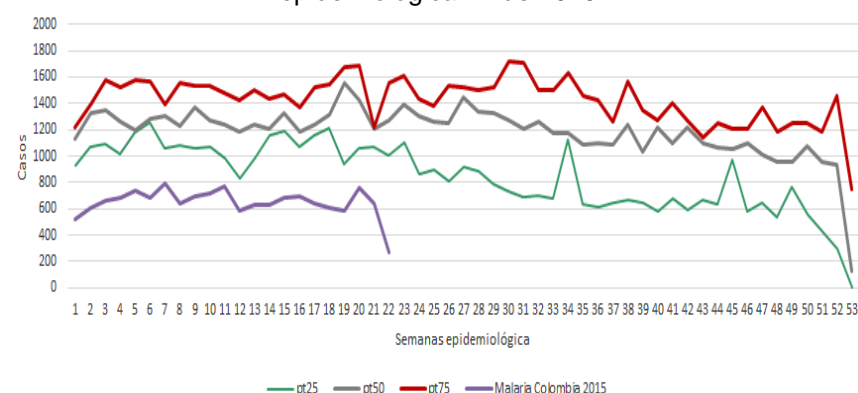
Tabla 2. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malarie	Malaria vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	37	1167	0	560	1764	12,4%	12,4%
Tadó	1	648	0	377	1026	7,2%	19,6%
Tumaco	2	544	0	23	569	4,0%	23,6%
El Charco	0	519	0	4	523	3,7%	27,3%
Bagadó	4	148	0	337	489	3,4%	30,7%
Novita	7	370	0	106	483	3,4%	34,1%
Medio San Juan	43	255	0	184	482	3,4%	37,5%
Buenaventura	2	35	0	385	422	3,0%	40,4%
El Bagre	3	160	0	243	406	2,9%	43,3%
Tierralta	2	60	0	296	358	2,5%	45,8%
Roberto Payan (San Jose)	0	339	0	0	339	2,4%	48,2%
Lloro	1	151	0	149	301	2,1%	50,3%
Otros Municipios	136	3077	0	3862	7075	49,7%	100,0%
Total Colombia	238	7473	0	6526	14237	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria se ha ubicado en la zona de éxito durante las 22 semanas epidemiológicas del año 2015 (ver grafica 2).

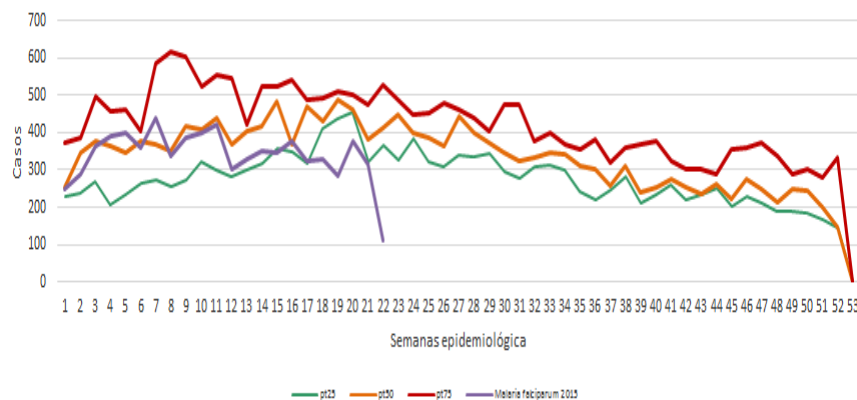
Gráfica 2. Canal endémico nacional de malaria, Colombia a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El canal endémico de malaria por P. falciparum se ha ubicado en zona de alarma durante el 18,2 % de las semanas epidemiológicas del año (4/22) (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Canal endémico nacional de malaria por *P. falciparum*, Colombia a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la distribución social y demográfica, se notificaron 8.448 casos (59,3 %) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,3 % de la notificación y una concentración del 49,5 % de los casos en los grupos de 5 a 24 años. Por pertenencia étnica el 54,2 % de los casos se presentó en población afrocolombiana, 18,9 % en indígenas y 26,6% en otros. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 71,5 %, y un porcentaje considerable de casos sin afiliación (19,2 %) (Ver tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Variable Social y demográfica		Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria Vivax	Total
Casos		238	7473	6526	14237
Sexo	Femenino	36,6%	42,3%	38,9%	40,7%
	Masculino	63,4%	57,7%	61,1%	59,3%
Grupos de edad	Menor de 1 año	0,4%	0,4%	1,4%	0,9%
	1 a 4 años	10,9%	5,9%	10,1%	7,9%
	5 a 9 años	10,1%	11,6%	11,5%	11,5%
	10 a 14 años	9,7%	14,4%	12,1%	13,3%
	15 a 19 años	13,0%	13,1%	12,8%	13,0%
	20 a 24 años	15,5%	11,5%	11,6%	11,6%
	25 a 29 años	8,8%	10,0%	8,9%	9,5%
	30 a 34 años	7,6%	7,6%	7,5%	7,5%
	35 a 39 años	5,5%	6,0%	6,5%	6,2%
	40 a 44 años	5,5%	4,9%	4,9%	4,9%
	45 a 49 años	2,9%	4,1%	3,8%	3,9%
	50 a 54 años	5,0%	3,7%	3,4%	3,6%
	55 a 59 años	4,6%	2,5%	2,4%	2,5%
	60 a 64 años	0,4%	1,8%	1,3%	1,5%
	65 y más años	0,0%	2,5%	1,9%	2,2%
Pertenencia étnica	Indígena	31,1%	9,8%	28,9%	18,9%
	ROM	0,0%	0,2%	0,4%	0,3%
	Raizal	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Palenquero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	31,1%	77,7%	28,1%	54,2%
Área de procedencia	Otros	37,8%	12,2%	42,5%	26,6%
	Cabecera municipal	26,9%	41,8%	24,1%	33,5%
	Centro Poblado	51,3%	28,6%	22,5%	26,2%
Afiliación al Sistema	Rural disperso	21,8%	29,6%	53,4%	40,4%
	Contributivo	5,5%	4,8%	5,1%	4,9%
	Especial	0,4%	0,4%	0,8%	0,6%
General de Seguridad Social en Salud	Sin afiliación	24,4%	17,9%	20,5%	19,2%
	Excepción	2,9%	3,4%	4,1%	3,7%
	Subsidiado	66,8%	73,5%	69,5%	71,5%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se notificaron 287 casos de malaria complicada con mayor distribución en los departamentos de Chocó (40,1 %), Valle del Cauca (17,4 %) y Antioquía (14,6 %), que a su vez, concentraron el 72,1 % de la notificación. Los municipios con mayor notificación de casos fueron: Quibdó (Chocó) con 31 casos, Buenaventura (Valle del Cauca) con 27 casos, Itsmina (Chocó) con 16 casos y Tumaco (Nariño) con 13 casos (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015

Departamento de procedencia	Número de casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia relativa acumulada de casos
Choco	115	40,1%	40,1%
Valle del Cauca	50	17,4%	57,5%
Antioquia	42	14,6%	72,1%
Nariño	21	7,3%	79,4%
Caquetá	10	3,5%	82,9%
Amazonas	8	2,8%	85,7%
Córdoba	6	2,1%	87,8%
Risaralda	5	1,7%	89,5%
Bolívar	4	1,4%	90,9%
Cauca	4	1,4%	92,3%
Vichada	4	1,4%	93,7%
Exterior	3	1,0%	94,8%
Caldas	2	0,7%	95,5%
Desconocido	2	0,7%	96,2%
Guainía	2	0,7%	96,9%
Santander	2	0,7%	97,6%
Atlántico	1	0,3%	97,9%
Cundinamarca	1	0,3%	98,3%
Huila	1	0,3%	98,6%
Norte Santander	1	0,3%	99,0%
Putumayo	1	0,3%	99,3%
Quindío	1	0,3%	99,7%
Sucre	1	0,3%	100,0%
Total Colombia	287	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Chocó, la especie parasitaria infectante fue *Plasmodium falciparum*, se refiere haber recibido tratamiento etiológico.

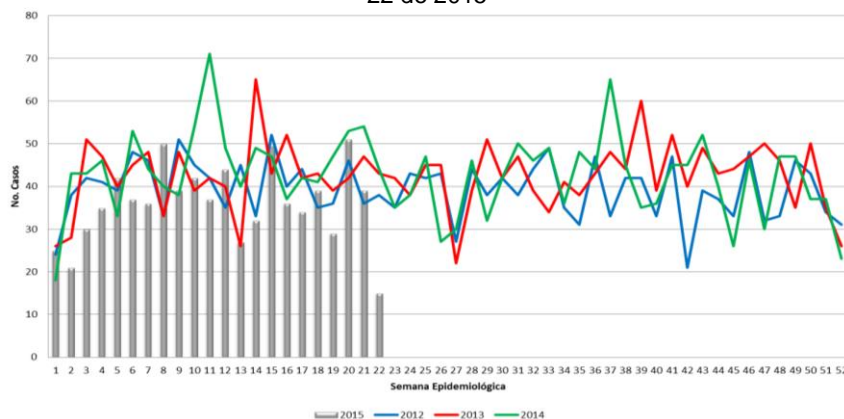
Se han notificado cuatro muertes por malaria. La primera mortalidad corresponde a la semana epidemiológica uno, en una menor de sexo femenino de un año procedente del municipio Medio San Juan, Chocó, del área rural dispersa de la comunidad Unión Waunan. La especie parasitaria corresponde a malaria por *P. falciparum*, La paciente no recibió tratamiento etiológico y falleció el 9 de Enero de 2015. El segundo caso corresponde la semana epidemiológica 10 en un paciente de sexo masculino de 42 años, se refiere como procedencia el municipio de Palmira en el Valle del Cauca, no se refiere tratamiento etiológico. El tercer caso corresponde a la semana epidemiológica 14 en un paciente n.n de sexo masculino de 35 años, con procedencia de Norte de Santander, sin información por municipio. La especie parasitaria de infección corresponde a la asociación malaria por *P.falciparum-P.vivax*, se refiere tratamiento etiológico. La cuarta muerte corresponde a la semana epidemiológica 21 en una paciente de sexo femenino, 27 años, procedente del municipio de Itzmina,

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

• Hepatitis B y C

Para el 2015 a semana epidemiológica 22 se han notificado 790 casos compatibles con la definición de caso para hepatitis B y 88 casos de hepatitis C. Se observa una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 18,10%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior donde fueron notificados 1037 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



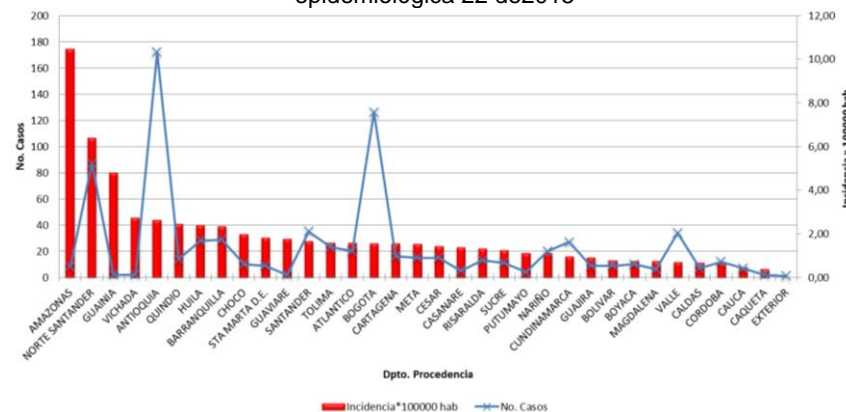
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que mayor número de casos de hepatitis B notificaron fueron en su orden: Antioquia (21,77%), Bogotá (15,95%), Norte de Santander (11,1%), Santander (4,43%) y Valle del Cauca (4,30%), los cuales en conjunto representan el 57,47% de los casos notificados hasta la presente semana.

A semana epidemiológica 22 de 2015, tres entidades territoriales persisten en silencio epidemiológico en relación con la notificación de los eventos en mención (Arauca, San Andrés y Vaupés). La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 1,64 casos por cada 100.000 habitantes. Las entidades

territoriales con la mayor incidencia fueron Amazonas (10,49), Norte de Santander (6,42), Guainía (4,82), Vichada (2,78) y Antioquia (2,66) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Durante la semana 22 no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B. Tampoco se notificaron muertes secundarias a la infección por Hepatitis C. En lo que va corrido del año se han notificado 11 muertes por hepatitis B y dos muertes por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

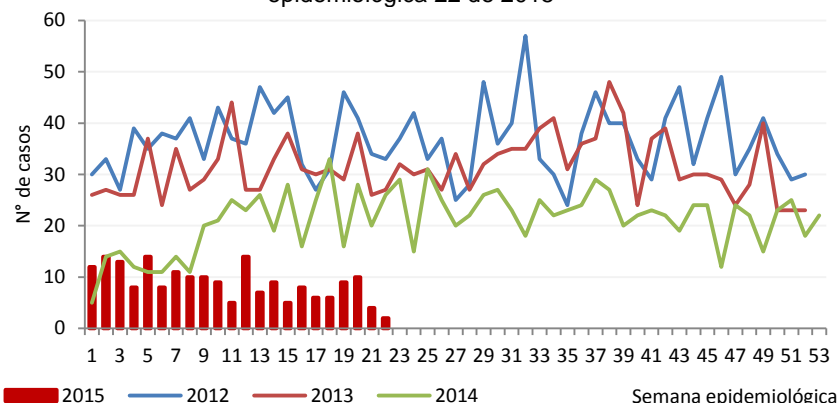
Como posible causa de la disminución en la notificación de los eventos, se postula el cumplimiento estricto de las definiciones de casos de Hepatitis B y C, lo cual implica el proceso completo de confirmación por laboratorio y la exclusión de casos sospechosos por criterios clínicos.

• Sífilis Congénita

A semana epidemiológica 22 del 2015 han sido notificados 194 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso y a la misma fecha en 2014 se había notificado 419 casos, por lo tanto se observa una disminución del 53,70 % en la notificación. Esta

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

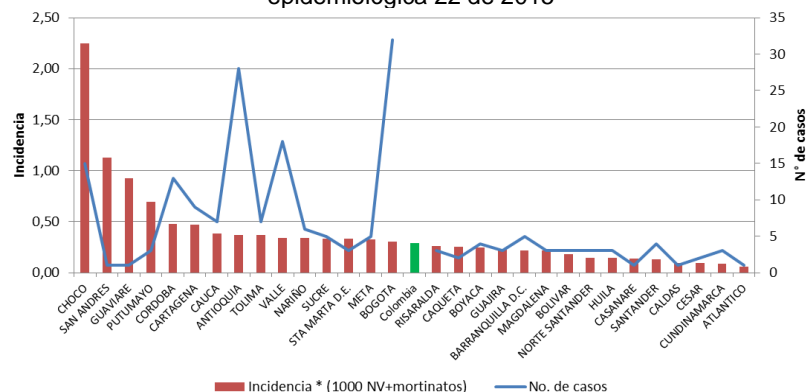
Gráfica 1. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 22 de 2015 son: Bogotá, Antioquia, Valle, Chocó y Córdoba. Por incidencia se encuentran: Chocó, San Andrés, Guaviare, Putumayo y Córdoba (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



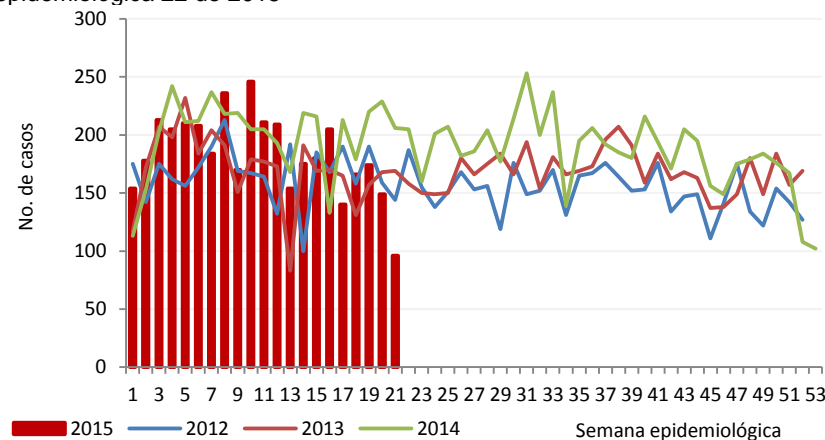
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

A semana 22 la incidencia para Colombia es de 0,29 casos por 1000 nacidos vivos y la meta para 2015 es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos.

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 22 de 2013 se notificaron 3.746 casos, para el 2014 se notificaron 4.399 casos y para el 2015 a semana 22 se han reportado 4.060 casos, lo que muestra una disminución entre el 2014 y 2015 del 7,71 % (339 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 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

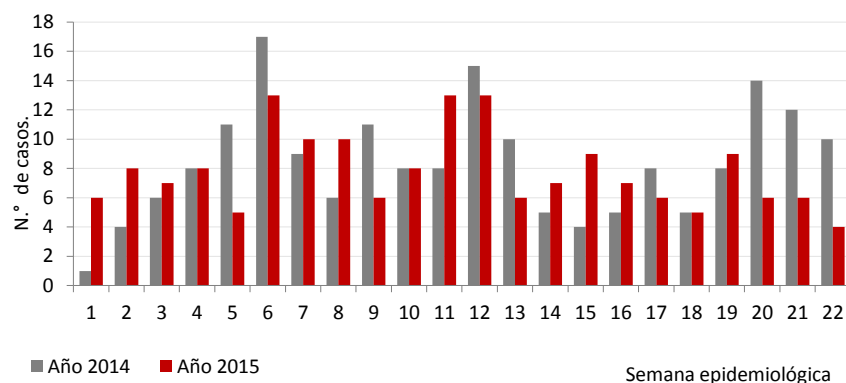
A semana epidemiológica 22 de los 4.060 casos notificados 3.801 están en estadio VIH y SIDA y 259 aparecen con condición final muerte.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica 22 de 2015 se ha notificado al Sivigila 172 casos de lepra, de éstos el 78,5 % (135 casos) fueron confirmados por laboratorio y el 21,5 % (37 casos) confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 87,8 % (151 casos) ingresaron como nuevos, el 10,5 % como recidiva (18 casos) y tres casos como reingreso abandono. Con respecto al año anterior (185 casos hasta SE 22) para esta semana se observa un aumento del 7 % en la notificación (ver gráfica 1).

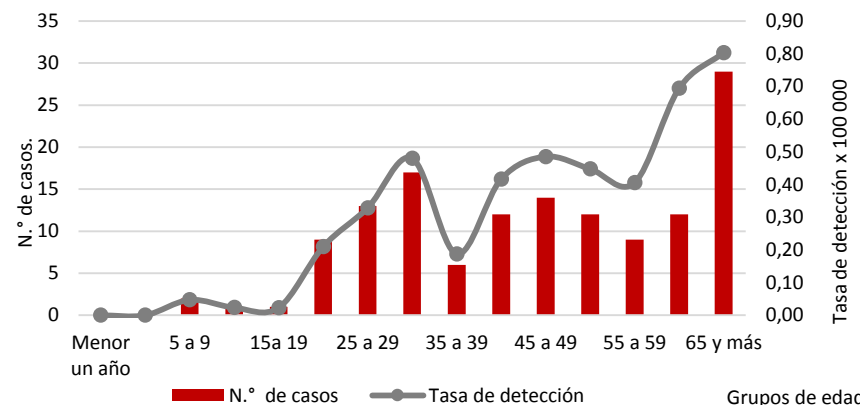
Gráfica 1. Tendencia de la notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 es de 0,31 casos por 100.000 habitantes. El 68,9 % (104 casos) del total de casos nuevos detectados corresponden al sexo masculino; la tasa de detección más alta se presenta en el grupo de edad de 65 y más (0,86 casos por 100.000 habitantes) (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El departamento de Arauca presenta la tasa de detección de casos nuevos más alta para el país con 2,67 casos por 100.000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 1,48 casos por 100.000 habitantes. El departamento de Norte de Santander ha notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 12,8 % (22 casos). El 80,5 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, llama la atención el departamento de Casanare que registra un caso el cual fue diagnosticado por otro departamento, información necesaria para realizar las acciones de vigilancia alrededor del caso y de sus convivientes (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento. Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015.

Entidad territorial	N.º de casos notificados	N.º de casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Arauca	8	8	7	2,67	1	0
Nte Santander	22	22	20	1,48	2	0
Cesar	12	12	11	1,07	1	0
Cartagena	11	11	10	1,00	0	1
Santander	19	19	19	0,92	0	0
Guaviare	1	1	1	0,90	0	0
Huila	11	13	9	0,78	4	0
Magdalena	10	11	8	0,64	2	1
Caquetá	3	3	3	0,63	0	0
Tolima	7	8	7	0,50	1	0
Meta	4	4	4	0,42	0	0
Sta Marta D.E.	1	2	2	0,41	0	0
Barranquilla	9	6	5	0,41	1	0
Choco	1	2	2	0,40	0	0
Bolívar	7	7	7	0,33	0	0
Cauca	4	4	4	0,29	0	0
Putumayo	1	1	1	0,29	0	0
Casanare	0	2	1	0,28	1	0
Caldas	2	2	2	0,20	0	0
Quindío	1	1	1	0,18	0	0
Atlántico	2	5	4	0,16	1	0
Valle Del Cauca	8	8	7	0,15	1	0
Risaralda	2	2	1	0,11	1	0
Guajira	1	1	1	0,10	0	0
Bogotá	16	9	8	0,10	1	0
Cundinamarca	1	2	2	0,07	0	0
Nariño	1	1	1	0,06	0	0
Antioquia	5	4	3	0,05	1	0
Córdoba	1	0	0	0,00	0	0
Sucre	1	1	0	0,00	0	1
Total	172	172	151	0,31	18	3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos (172), el 35,5 % corresponde a lepra paucibacilar de estos se presentan nueve casos con grado dos de discapacidad y el 64,5 % a lepra multibacilar presentando 15 casos con grado dos de discapacidad. Es muy preocupante que al momento de la notificación 66 casos (38,4 %) presentan algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío. (ver tabla 2).

Tabla 2. Número de casos de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

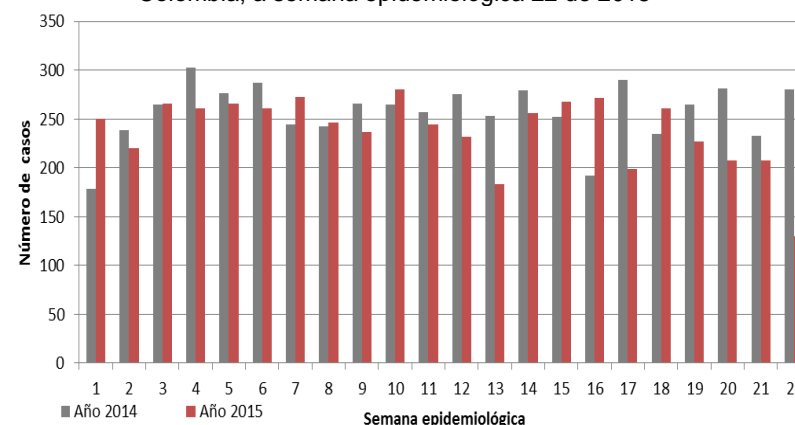
Clasificación lepra	Grado de discapacidad				%
	Grado 0	Grado I	Grado II	Total	
Paucibacilar	39	13	9	61	35,5
Multibacilar	67	29	15	111	64,5
Total	106	42	24	172	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado al Sivigila 5.249 casos de tuberculosis todas las formas, el 81,1 % (4.257 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,8 % (983 casos) a formas extrapulmonares, de éstos se presentan 191 casos con localización meníngea. Se registran nueve casos sin información de datos complementarios. Con respecto al año anterior para esta semana se observa una disminución del 7,3 % en la notificación (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo a la distribución por tipo de caso, el 74,2% (3893 casos) ingresaron como confirmado por laboratorio, el 24,4 % (1.280 casos) por clínica y el 1,4 % (76 casos) por nexo epidemiológico (ver tabla 1).

Tabla 1. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	3345	542	6	3893	74,2
Confirmado por clínica	851	427	2	1280	24,4
Confirmado por nexo epidemiológico	61	14	1	76	1,4
TOTAL	4257	983	9	5249	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En relación con la clasificación de caso, a semana epidemiológica 22, el 89,5 % (4.700 casos) ingresaron como casos nuevos, el 4,1 % (217 casos) como recaída, el 3,5% (185 casos) como pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, el 2,2 % (116 casos) como otros pacientes previamente tratados y 0,4 % (22 casos) como fracaso (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	3778	922	4700	89,5
Recaída	193	24	217	4,1
Fracaso	19	3	22	0,4
Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento	166	19	185	3,5
Otros pacientes previamente tratados	101	15	116	2,2
Sin dato	0	0	9	0,2
TOTAL	4257	983	5249	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Según la pertenencia étnica los grupos de mayor porcentaje de casos son: otros grupos poblacionales con el 87,3 %, seguido de afrocolombianos con el 7,0 %; y población indígena con el 4,9 %. Hasta esta semana epidemiológica se han notificado 295 casos con condición final muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (954 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 36,2 %, meníngea con el 20,0 % y la ganglionar con el 16,6% (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	345	36,2
MENINGEA	191	20,0
GANGLIONAR	158	16,6
OTRO	79	8,3
OSTEOARTICULAR	48	5,0
PERITONEAL	38	4,0
INTESTINAL	22	2,3
GENITOURINARIA	20	2,1
PERICARDICA	24	2,5
RENAL	17	1,8
CUTANEA	12	1,3
TOTAL	954	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Del total de casos nuevos (4.700 casos) distribuidos por entidad territorial de residencia; el departamento del Amazonas presenta la mayor incidencia (30,2 casos por 100. 000 habitantes), seguido de Risaralda (18,5 casos por 100.000 habitantes). La incidencia para el país para esta semana epidemiológica es de 9,7 casos por 100.000 habitantes (ver tabla 3).

Tabla 3. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

Entidad territorial de residencia	N.º de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB pulmonar	N.º de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
Amazonas	22	28,9	1	1,3	23	30,2
Antioquia	701	10,9	177	2,7	878	13,6
Arauca	30	11,4	10	3,8	40	15,2
Atlántico	135	10,9	13	1,0	148	11,9
Barranquilla	173	14,2	22	1,8	195	16,0
Bogotá	246	3,1	154	2,0	400	5,1
Bolívar	28	2,6	8	0,7	36	3,3
Boyacá	27	2,1	13	1,0	40	3,1
Caldas	89	9,0	17	1,7	106	10,7
Caquetá	41	8,6	12	2,5	53	11,1
Cartagena	79	7,9	15	1,5	94	9,4
Casanare	32	9,0	9	2,5	41	11,5
Cauca	62	4,5	33	2,4	95	6,9
Cesar	88	8,6	14	1,4	102	9,9
Choco	66	13,2	15	3,0	81	16,2
Córdoba	72	4,2	14	0,8	86	5,0
Cundinamarca	98	3,7	33	1,2	131	4,9
Guajira	68	7,1	9	0,9	77	8,0
Guaviare	10	9,0	2	1,8	12	10,8
Guainía	2	4,8	1	2,4	3	7,2
Huila	110	9,5	23	2,0	133	11,5
Magdalena	48	6,1	2	0,3	50	6,3
Meta	120	12,5	16	1,7	136	14,1
Nariño	53	3,0	20	1,1	73	4,2
Norte Santander	147	10,8	30	2,2	177	13,1
Putumayo	23	6,7	4	1,2	27	7,8
Quindío	66	11,7	12	2,1	78	13,8
Risaralda	141	14,8	35	3,7	176	18,5
San Andrés	3	3,9	1	1,3	4	5,2
Santander	178	8,6	55	2,7	233	11,3
Sta. Marta D.E.	51	10,5	4	0,8	55	11,4
Sucre	25	2,9	5	0,6	30	3,5
Tolima	156	11,1	35	2,5	191	13,6
Valle del cauca	573	12,4	106	2,3	679	14,7
Vaupés	4	9,2	1	2,3	5	11,5
Vichada	6	8,3	1	1,4	7	9,7
Exterior	5	0,0	0	0,0	5	0,0
TOTAL	3778	---	922	---	4700	---
TASA INCIDENCIA POR 100 000 HABITANTES	---	7,8	---	1,9	---	9,7

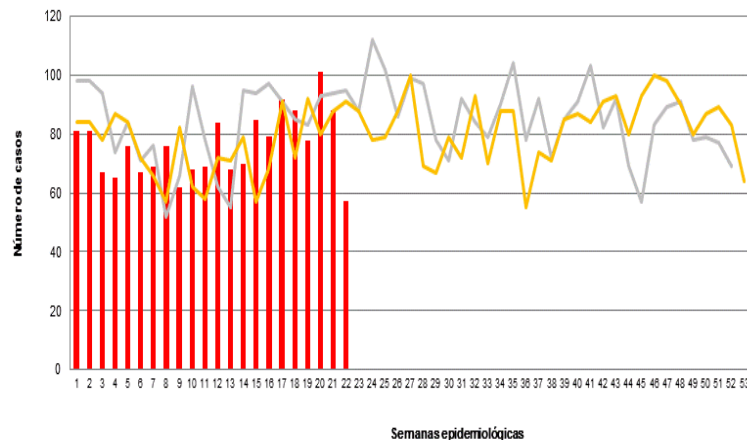
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 22 de 2015 se ha reportado al Sivigila 1.671 accidentes ofídicos por serpientes venosas en Colombia, de los cuales de la semana 22 se notificaron 57 casos, de semanas anteriores reportados en la semana 22, dos casos. En el año 2014 a la misma semana se habían reportado acumulados 1.675 casos lo que implica una disminución en la notificación del 0,2 % (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de accidente ofídico, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015

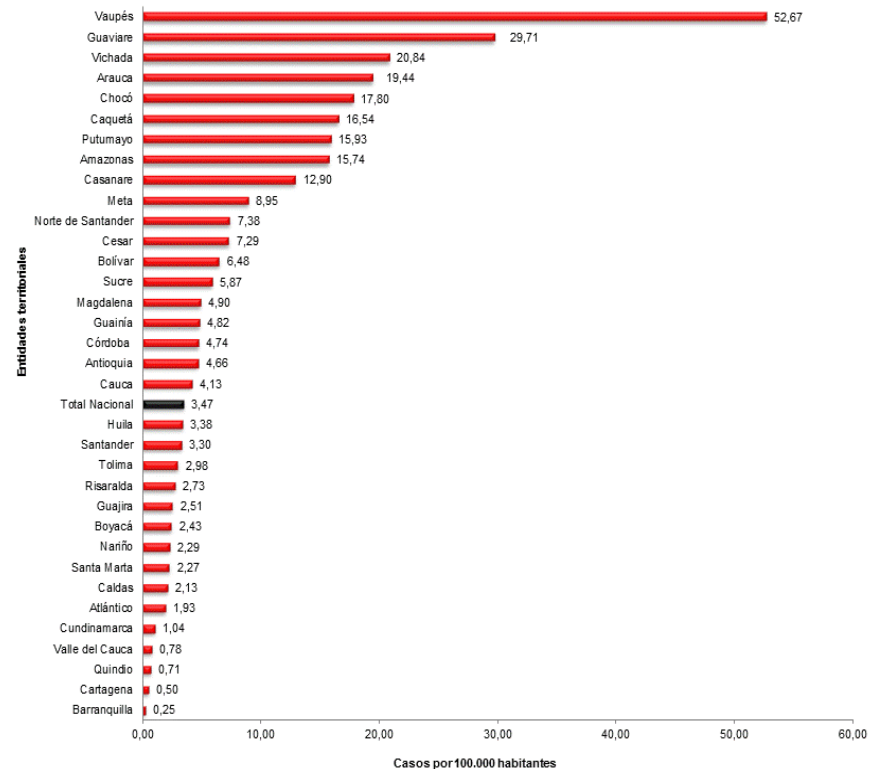


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 22, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (574 y 382 casos respectivamente). Las entidades territoriales con mayor proporción de casos son: Antioquia (18,0 %), Norte de Santander (6,0 %), Chocó (5,3 %), Meta (5,1 %), Córdoba (4,8%), Caquetá (4,7%), Cesar (4,5 %), Bolívar (4,2%), Santander (4,1%), y Cauca (3,4 %), de estos 10 departamentos proceden el 60,2 % del total de los casos.

La proporción de incidencia de accidente ofídico en el país es de 3,47 casos por 100.000 habitantes (IC 95% 3,3 – 3,6); las regiones Amazonía y Orinoquía presentan mayor proporción de incidencia con 16,2 y 13,9 casos por 100.000 habitantes respectivamente. De las entidades territoriales con mayor incidencia que la incidencia nacional las cinco más altas son: Vaupés, Guaviare, Vichada, Arauca, y Chocó, en orden descendente (ver gráfica 2).

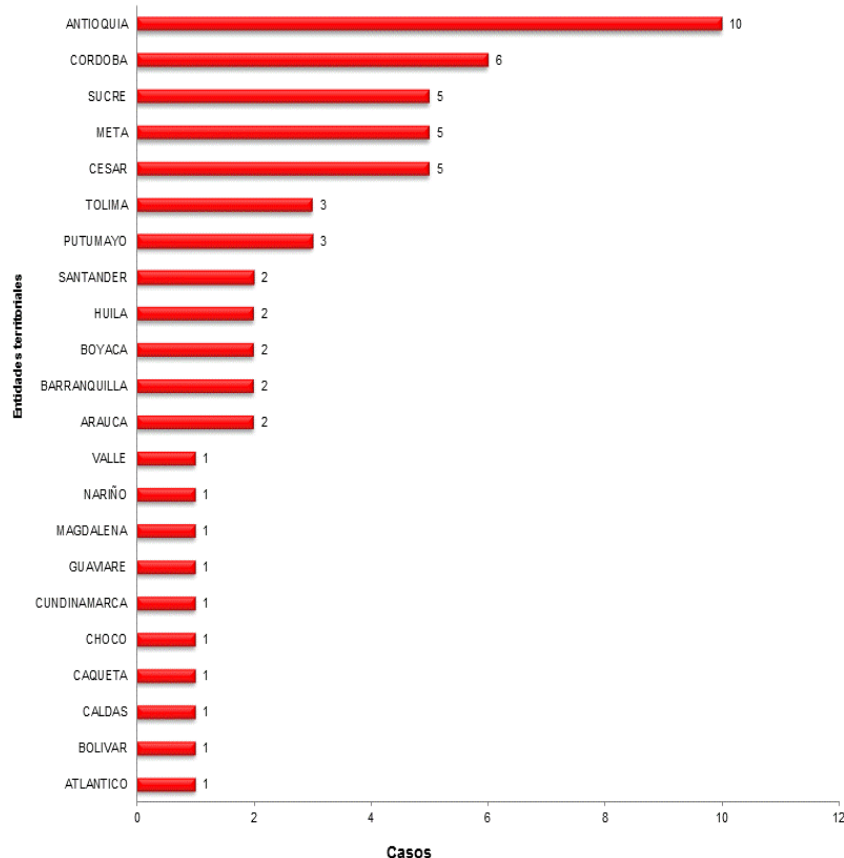
Gráfica 2. Proporción de incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 22 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 22, los 57 accidentes ofídicos fueron notificados por 22 entidades territoriales, siendo los de mayor frecuencia relativa: Antioquia (17,5%), Córdoba (10,5%), Sucre (8,8 %), Meta y Cesar (8,8 % cada uno), Tolima y Putumayo (5,3% cada uno); estas entidades acumulan el 64,9% 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 22 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la semana epidemiológica 22 los casos fueron notificados por 48 municipios, siendo los de mayor cantidad de casos: Montería (4 casos), Sincelejo (3 casos), Apartado, Barranquilla, Puerto Leguizamó y Valledupar (2 casos cada uno); acumulando así el 26,3 % de los accidentes ofídicos del país.

El 73,2% de los afectados fueron hombres, la media de la edad es 32,9 años y el 65,9% de los pacientes proceden del área rural. El 49,0 % de los casos son hombres de la zona rural.

Con respecto al manejo de las personas notificadas el 58,4% fueron hospitalizadas, porcentaje que está por debajo de la meta establecida (100%). El 74,3 % de las personas recibieron suero antiofídico con la siguiente distribución de acuerdo con la severidad del accidente: leves 676 casos (54,4 %), moderados 489 casos (39,4 %); 77 graves (6,2%).

Analizando el uso del suero antiofídico se emplearon 5.949 ampollas para el manejo de los accidentes, en promedio 4,8 ampollas por paciente, mínimo uno y máximo 60.

Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico

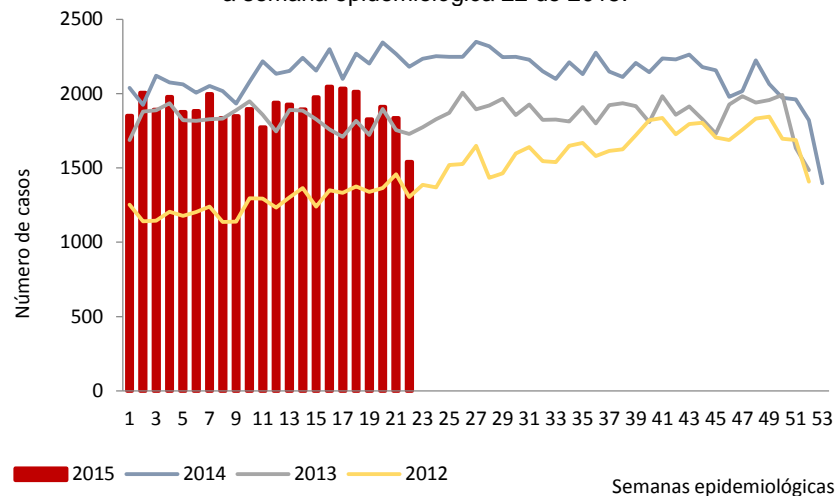
Hasta la semana 22 se han reportado nueve defunciones, presentándose en las siguientes entidades territoriales; Antioquia (tres casos), Boyacá (dos casos), Chocó (un caso), Córdoba (un caso), Norte de Santander (un caso) y Vaupés (un caso), representando una letalidad de 0,54%.

Alertas En la semana veintidós se presentó una defunción en Antioquia. No se reportaron alertas.

• Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Con corte a la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado al SIVIGILA 41.796 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, presentando una disminución del 10,85% en la notificación de los casos para este año (ver gráfica 1).

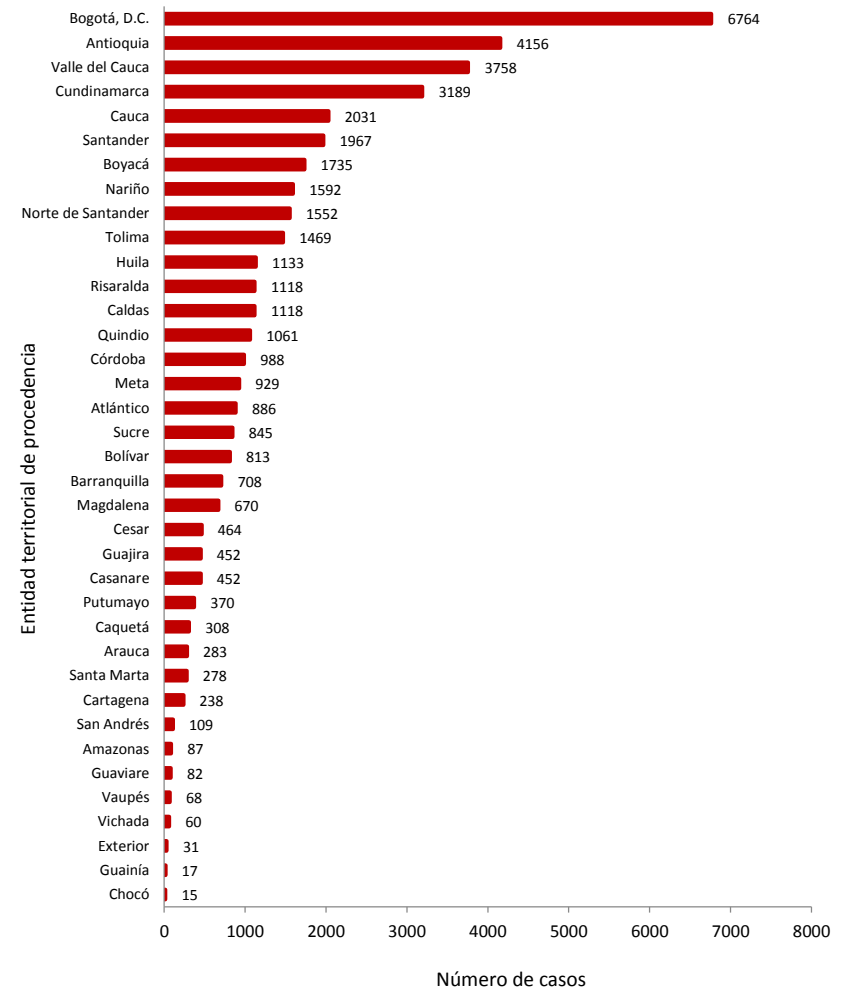
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente (17.809 agresiones) y Occidente (14.849 casos). Los departamentos y distritos con mayor proporción de casos por procedencia son Bogotá (16,18%), Antioquia (9,94%), Valle del Cauca (8,99 %), Cundinamarca (7,63 %), Cauca (4,86 %) y Santander (4,71), estas entidades territoriales acumulan el 52,32% de la notificación del país (ver gráfica 2).

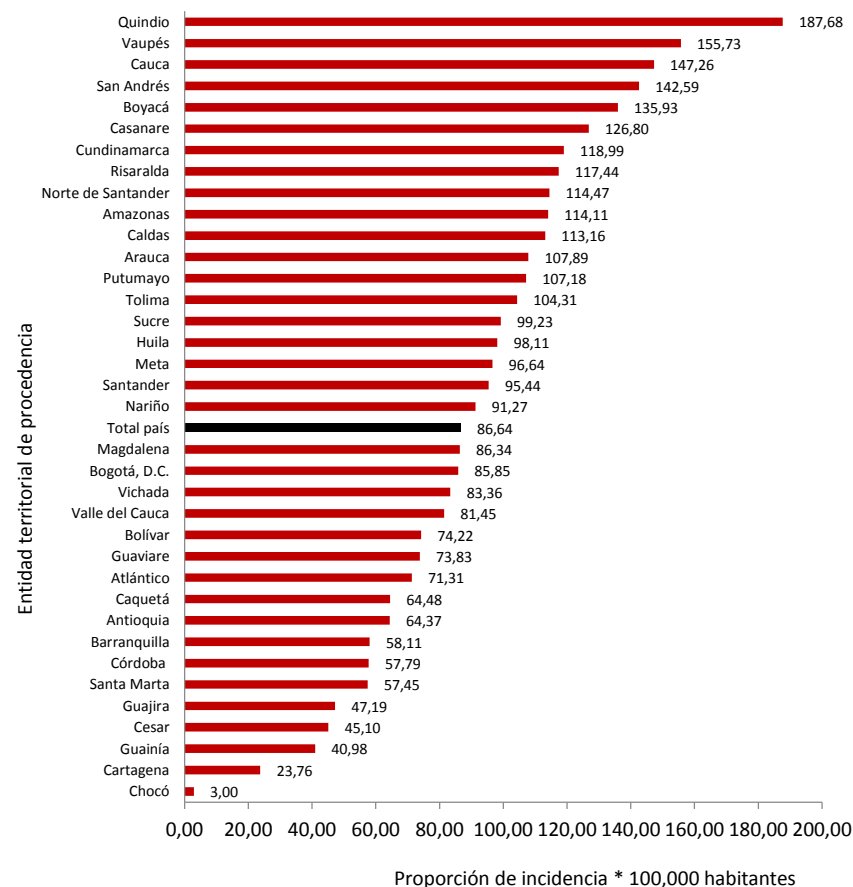
Gráfica 2. Frecuencia absoluta de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia es de 86,64 casos por 100.000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Vaupés, Cauca, San Andrés y Boyacá (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

Durante esta semana se notificaron 1.542 casos de agresiones y de contactos con el virus de la rabia, 640 casos (29,33 %) menos que en la misma semana de 2014 (2.182 casos).

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 921 unidades notificadoras municipales. La edad promedio de los pacientes afectados fue de 28,35 años, el 53,29% de los casos ocurrieron en hombres y el 2,21 % (923 casos) requirieron hospitalización para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones 24.624 casos (58,91%), como exposiciones leves 13.848 casos (33,13%) y como exposiciones graves 3.259 casos de agresiones (7,80%). Con relación al manejo de los casos, se realizó lavado de la herida a 40.534 pacientes (96,98%) y sutura a 3.244 pacientes (7,76%), se ordenó aplicación de suero a 3.125 pacientes (7,48 %) y de vacuna a 15.156 pacientes (36,26%).

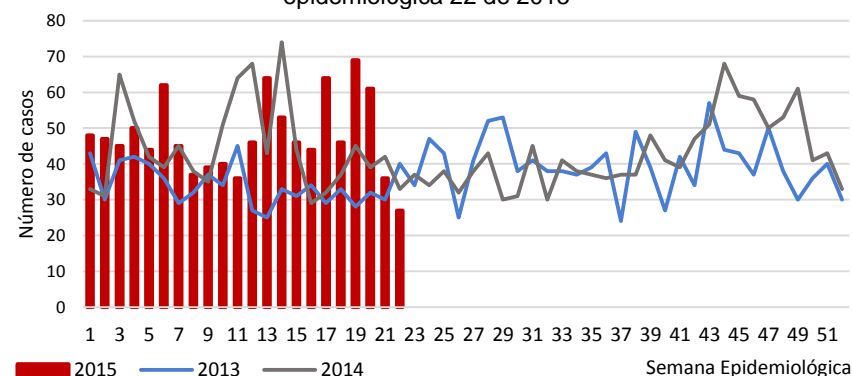
Rabia humana. Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

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

• Leptospirosis

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han reportado al Sivigila 1.049 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 981 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 6,48 %, 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, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015

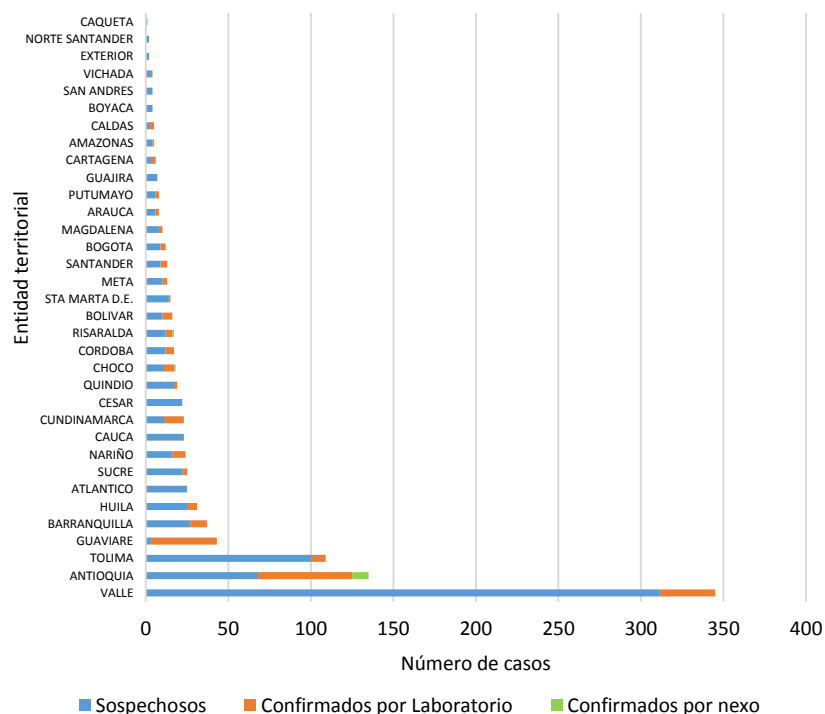


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Los casos proceden de 34 entidades territoriales, el 60,1 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 21,64% de los casos se encuentran confirmados por laboratorio

procedentes de los territorios de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. El 1,14% fueron confirmados por nexos procedentes de Antioquia, Choco y Risaralda (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



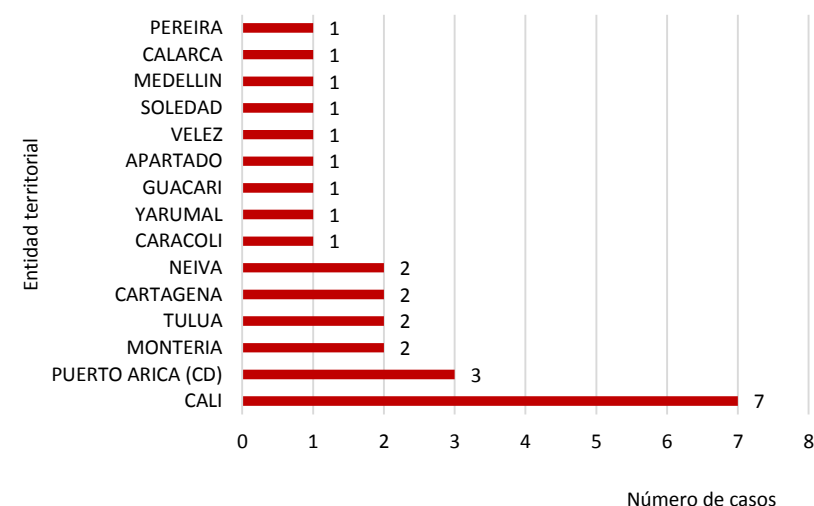
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 22 es de 0,496 casos por cada 100.000 habitantes, las entidades territoriales de Guaviare, Vichada, Amazonas, y Choco son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica 22 de 2015 se notificaron 27 casos de leptospirosis, frente a 33 casos ocurridos en la misma semana

de 2014, lo que implica una disminución de casos del 18,18% para la misma semana del presente año. El 37,04% de los casos fueron notificados por el municipio de Cali y Puerto Arica (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Número de casos de leptospirosis por municipio de notificación, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

El 58,82% de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 76,36 % proceden de cabecera municipal; el 52,43 % los casos están afiliados al régimen subsidiados, y se reportó 78,46% de hospitalizaciones por este evento.

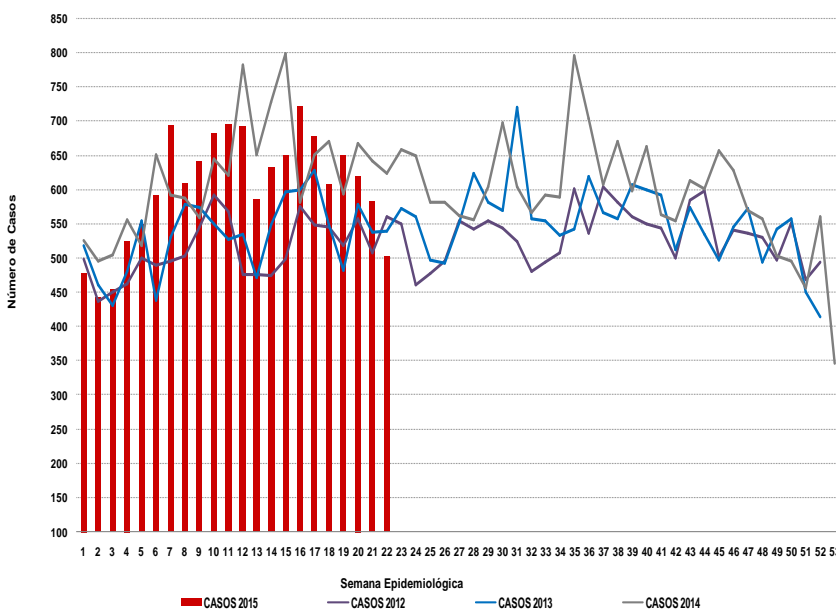
Hasta la semana 22 de 2015 se han notificado 44 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de los cuales cuatro han sido descartadas y dos están confirmadas. Las 40 (confirmadas y probables) muertes proceden de Antioquia (siete), Tolima (cinco), Valle de Cauca (cinco), Bolívar (dos), Sucre (dos), Meta (dos), Córdoba (dos), Nariño (dos), Arauca (una), Bogotá (una), Boyacá (una), Casanare (una), Cauca (una), Cesar (una), Choco (una), Magdalena (una), Norte de Santander (una), Quindío (una), San Andrés (una), Santander (una) y Vichada (una).

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

• Intoxicaciones por sustancias químicas

Hasta la semana epidemiológica 22 del año 2015 se han notificado 13.285 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 13.649 casos, lo que representa una disminución del 2,74 % 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 604 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica 22 se notificaron 503 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron al Sivigila 133 casos

de intoxicaciones ocurridas durante las 21 semanas epidemiológicas previas.

A continuación se presenta el número de casos acumulados notificados hasta la semana epidemiológica 22 y solo para semana 22, 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 (4.557 casos), seguido por plaguicidas (3.532 casos) y sustancias psicoactivas (2.491 casos) (Ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2015.

Evento	Casos a semana 22	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 22	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	4557	9,45	160	0,33
Intoxicación por plaguicidas	3532	7,33	136	0,28
Intoxicación por sustancias psicoactivas	2491	5,17	102	0,21
Intoxicación por otras sustancias químicas	1896	3,93	60	0,12
Intoxicación por solventes	378	0,78	11	0,02
Intoxicación por gases	279	0,58	27	0,06
Intoxicación por metanol	119	0,25	7	0,01
Intoxicación por metales	33	0,07	0	0,00
TOTAL	13285	27,56	503	1,04

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Reincidencias

Hasta la semana epidemiológica 22 se notificaron 196 casos de reincidencias, de estos dos casos son reincidentes en cuatro oportunidades, dos casos en tres oportunidades, 77 casos son reincidentes en dos oportunidades y 25 son reincidentes en una sola oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencia fue de tipo suicida con 95 eventos, seguidas de aquellas con intencionalidad de psicoactiva o adicción con 50 casos.

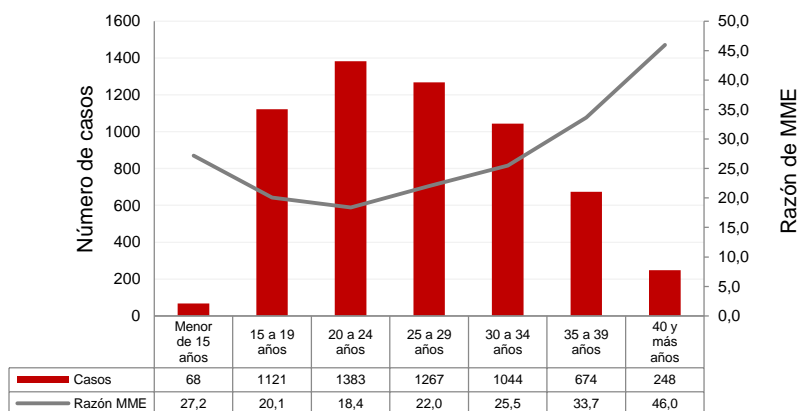
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles

• Morbilidad materna extrema

En la semana epidemiológica 22 de 2015 ingresaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) 249 casos de morbilidad materna extrema, dentro de los que se incluye un caso de reingreso. El total acumulado hasta esta semana es de 5.805 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 23,8%, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 21,8%. 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 46 casos por 1.000 nacidos vivos, mujeres de 35 a 39 años con 33,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos y adolescentes menores de 15 años con 27,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos (ver gráfica 1).

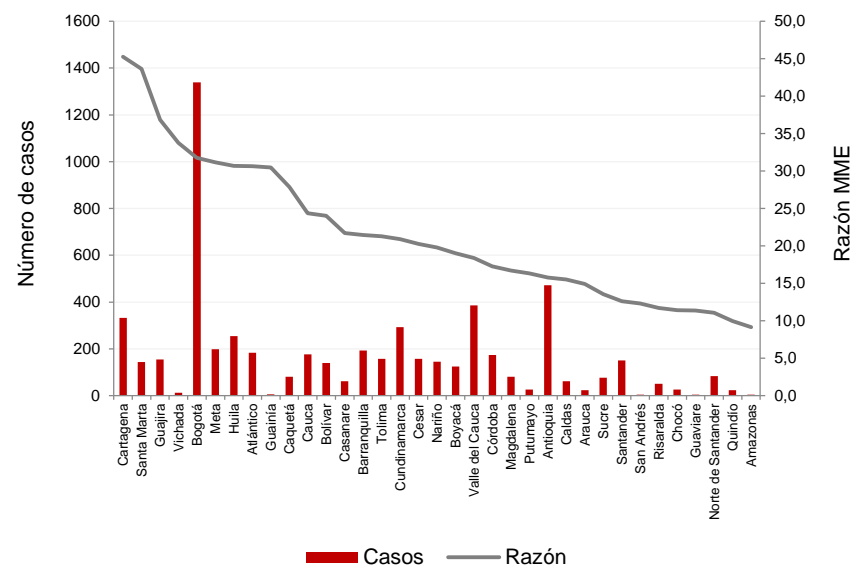
Gráfica 1. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.



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

Según el lugar de residencia, el 23,1% 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 Vaupés con 500 casos por 1.000 nacidos vivos, Cartagena con 45,3, Santa Marta con 43,7 y Guajira con 36,8 casos por 1.000 nacidos vivos (ver grafica2).

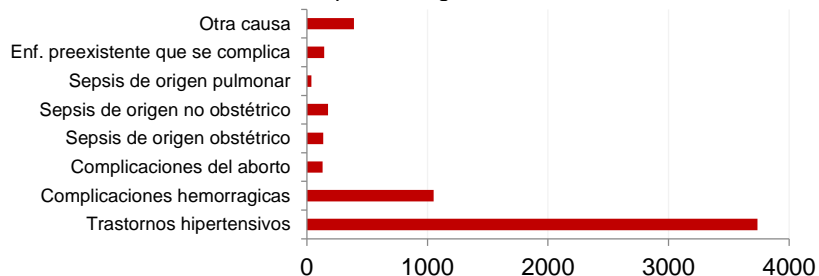
Gráfica 2. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.



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

De acuerdo con las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 22 de 2015, el mayor porcentaje corresponden a trastornos hipertensivos con un 64,4% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,1% (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2015.

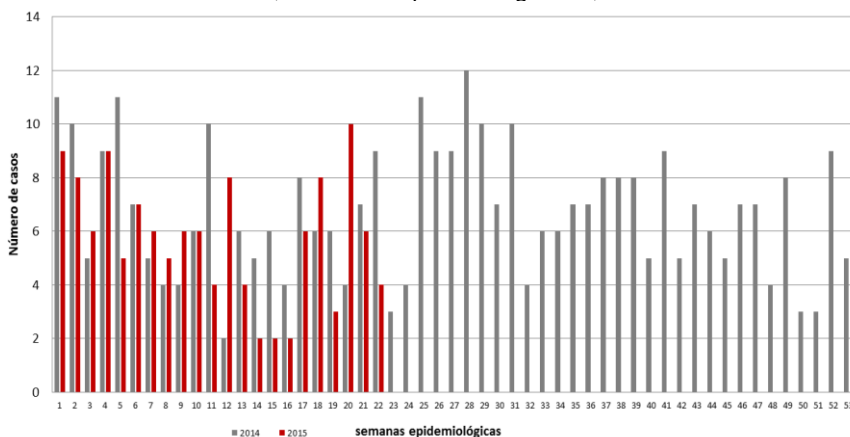


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

• Mortalidad materna

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado un total de 177 casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos, 126 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación, 33 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 18 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 22, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 22 de 2015, hubo un ingreso de seis casos de muertes maternas, los cuales cinco corresponden a muertes maternas tempranas y una muerte por lesión de causa externa durante esta semana. Cinco de los casos de muertes maternas que fueron notificados corresponden a semana epidemiológica 22 (cuatro casos corresponden a muertes maternas tempranas y un caso por lesión de causa externa) y un caso pertenecía a otra semana epidemiológica, notificado tardíamente. En concordancia con lo anterior, el promedio semanal estimado de muertes maternas tempranas en el país a la fecha es de 5,7.

La comparación con los casos notificados de muerte materna según el momento de ocurrencia del evento nos deja ver que hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se ha presentado una disminución en el número de casos de muertes maternas tempranas y tardías con relación al año 2014. El promedio semanal de casos se encuentra en 5,7 con lo cual de forma preliminar se estaría alcanzando el promedio esperado teniendo en cuenta la meta planteada dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el componente de Salud Materna, para nuestro país, reduciendo la mortalidad materna a 45 por 100.000 nacidos vivos, resaltando que esta información es preliminar ya que existen casos de muerte materna notificados tardíamente que alteran este indicador (ver tabla 1).

Tabla 1. Muertes maternas tempranas, tardías y lesiones de causa externa, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015.

AÑO	Temprana	Tardía	LCE (Lesión de causa externa)	TOTAL CASOS	PROMEDIO SEM TEMPRANOS
2013	150	34	17	201	6,8
2014	145	42	25	212	6,6
2015	126	33	18	177	5,7

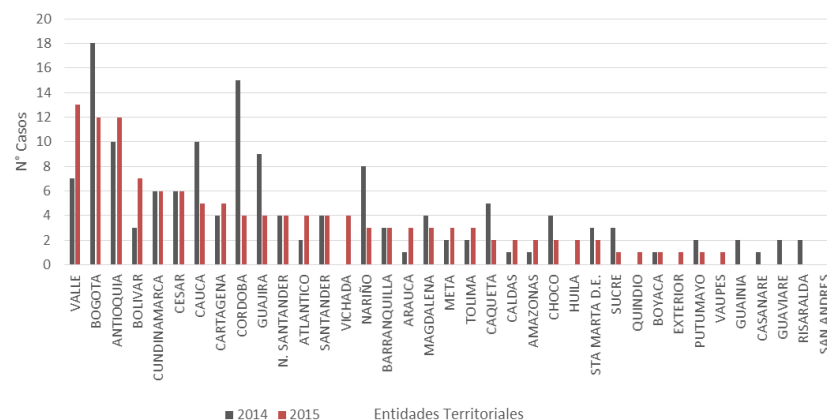
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Al comparar los casos de muertes maternas tempranas según el lugar de residencia se encuentra que, las muertes maternas notificadas han aumentado con respecto al año anterior, en las entidades territoriales de Valle, Antioquia, Cesar, Bolívar, Cartagena, Atlántico, Vichada, Arauca, Meta, Tolima, Caldas, Amazonas, Huila, Quindío, Vaupés y Exterior; en contraste los las

entidades territoriales de Bogotá, Cauca, Córdoba, Guajira, Nariño, Magdalena, Caquetá, Chocó, Santa Marta, Sucre, Putumayo, Guainía, Casanare, Guaviare y Risaralda han presentado disminución en el número de casos, frente al año anterior; la entidad territorial de San Andrés no notificó casos de muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 22 en los años 2014 y 2015.

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 el 86,1% (31) de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana (ver gráfica 2).

Gráfica2. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22,2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

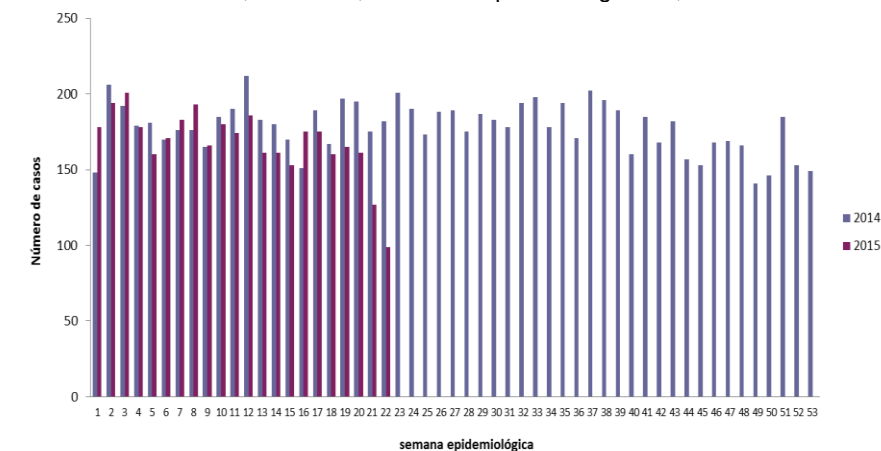
• Mortalidad Perinatal y Neonatal

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado un total acumulado de 3.701 casos de muertes perinatales y neonatales tardías y en la semana 22 se notificaron 99 casos. La distribución del total de casos según momento de ocurrencia es la siguiente: 1780 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 379 casos (10%) muertes fetales intraparto, 1.018

casos (28%) neonatales tempranas y 524 casos (14%) neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se habían notificado 3.969 casos lo que representa un decremento del 7% (268 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 22, 2015

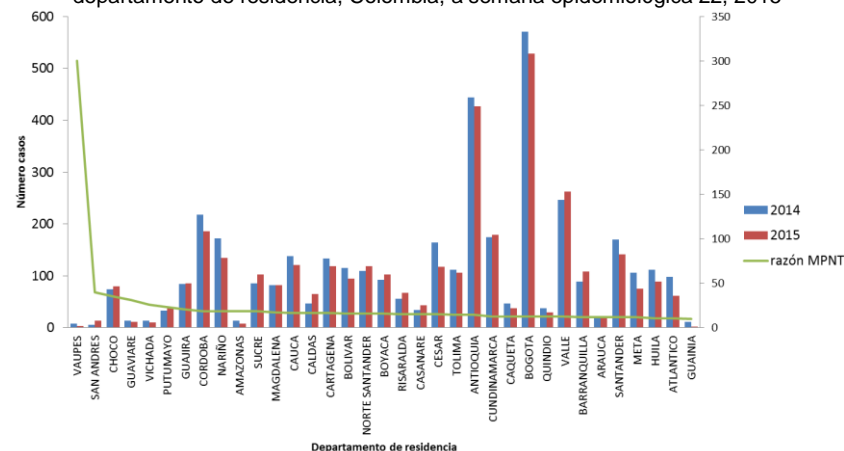


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Hasta semana epidemiológica 22, las 36 entidades territoriales notificaron casos. Las entidades territoriales que aportan el 50% del total de casos reportados a nivel nacional son: Bogotá 529 casos (14,29%), Antioquia 427 casos (11,54%), Valle 262 casos (7,08%); Córdoba 186 casos (5,03%), Cundinamarca 179 casos (4,84%), Santander 141 casos (3,81%), Nariño 135 casos (3,65%).

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía nacional se estimó para semana 22 en 14,4 por 1000 nacidos vivos, 21 entidades presentaron razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía por encima de la media nacional, las entidades territoriales que hasta esta semana presentaron razones que duplican la nacional son: Guaviare con 31 muertes por cada 1000 nacidos vivos, Chocó 35 por 1000 nacidos vivos, San Andrés 40 por mil nacidos vivos, la razón del departamento de Vaupés es 20 veces más alta que la nacional con 300 por cada 1000 nacidos vivos (ver gráfica 2)

Gráfica 2. Comparativo en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardíasegún departamento de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015

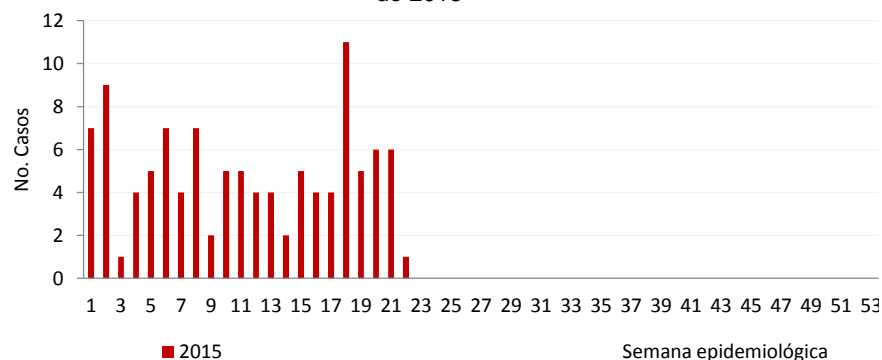


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

A la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado un total de 108 casos de muertes en niños menores de cinco años que dentro de las causas de muerte presentaban desnutrición junto con otras patologías; es decir que el total de casos notificados a la fecha se encuentran en estudio para determinar si la desnutrición fue o no la causa de muerte (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 22 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la semana epidemiológica 22 se notifican 15 casos, de los cuales uno por fecha de defunción corresponde a esta semana y 15 corresponden a las semanas dos, tres, cuatro, seis, ocho, 16,17, 18, 19 y 21. De los 15 casos, 11 se presentaron en menores de un año y cuatro en menores de uno a cuatro años. Las entidades territoriales que notificaron fueron: Tolima, Cartagena, Barranquilla, Cesar y Atlántico.

La distribución de casos por lugar de residencia se encuentra principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (12,0%), Cesar (11,1%), Chocó (7,4%) y Bolívar (5,6%). El 64,8 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 35,2% al sexo femenino. El 79,6 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado, el 14,8% no estaba afiliado al momento de la muerte y el 3,7% se encontraba afiliado al régimen contributivo. Del total de niños y niñas con aseguramiento el 27% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 56,5% corresponde a otros, seguido de población indígena con el 37 % y afrocolombianos con el 5,6%.

El 58% (n= 63) 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 nacer de 2.755 gramos y talla de 47 cms con una mediana en peso al momento de la muerte de 5 kg. y talla de 56 cms. El 42% (n=45) de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 14 meses de vida; con una con una mediana en peso al momento de la muerte de 7 kg. y talla de 70 cms.

La mayoría de las madres de los niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 91% pertenecen al estrato socioeconómico uno. El total de menores que requieren seguimiento y verificación de condiciones en el medio familiar son un total de 80 menores.

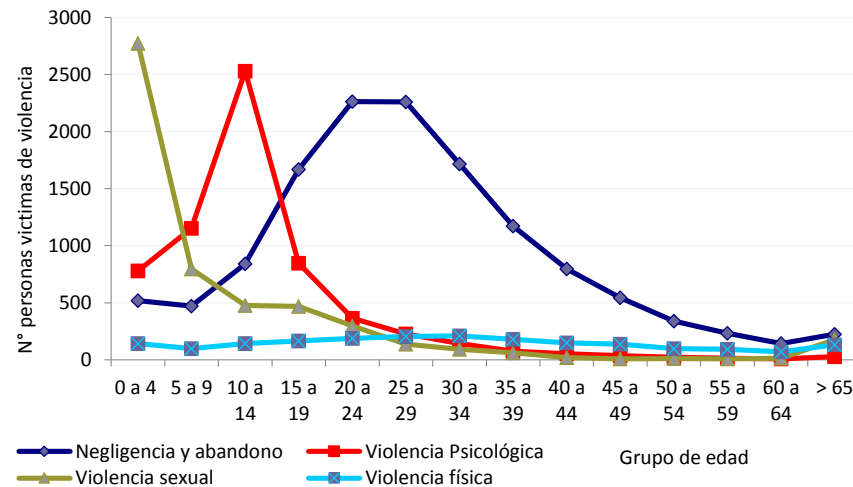
• Violencia de género

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2015 se han notificado 26.804 casos de violencia. De éstos el 77,9% (20886/26804) se presentó en mujeres y el 22,1% (5918/26804) en hombres. El 25,11% (6731/26804) de la violencia fue contra niños y niñas, el 26,63% (7137/26804) contra adolescentes y el 48,26% (12936/26804) a población adulta.

De los 26.804 casos notificados de violencias de género, el 49,2 % (13184/26804) fueron por violencia física, el 23,4% (6282/26804) por violencia sexual, 19,9% (5340/26804) por negligencia y abandono y el 7,5% (1998/26804) por violencia psicológica.

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

Gráfica 1. Distribución de los tipos de violencia de género según grupo de edad a semana epidemiológica 22, 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 3,44 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 22, Colombia, 2015

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES				
	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)	N	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)	RR	IC 95%	
Niños (0 a 9)	3578	85,35	3153	71,85	1,19	1,13	1,25
Adolescentes (10 a 19)	5908	139,95	1229	27,89	5,02	4,72	5,34
Adultos (> 20)	11400	71,29	1536	10,24	6,96	6,6	7,35
TOTAL	20886	85,59	5918	24,87	3,44	3,34	3,54

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

A semana epidemiológica 22 se notificaron en 15 entidades territoriales, 34 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión quemadura; el 58,8% (20/34) de estas agresiones fueron a mujeres (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por entidad territorial, municipio de procedencia, sexo, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015

Entidad territorial de procedencia	Municipio	Femenino	Masculino	Total
Antioquia	Amaga	1	0	1
	Armenia	1	0	1
	Medellín	3	0	3
Bogotá	Bogotá	0	2	2
Bolívar	San Estanislao	1	0	1
	San pablo	1	0	1
	Santa rosa	0	1	1
Caldas	Riosucio	0	1	1
Cesar	Curumani	1	0	1
	San Alberto	1	0	1
	Valledupar	1	0	1
Choco	Quibdó	2	0	2
Cundinamarca	Cajicá	1	0	1
	Mosquera	1	0	1
	Acevedo	0	1	1
Huila	Tumaco	1	1	2
Nariño	Cúcuta	0	1	1
Norte Santander	Ocaña	2	0	2
	Mocoa	0	1	1
	Armenia	0	1	1
Putumayo	Calarcá	0	1	1
Santander	Bucaramanga	2	0	2
	Corozal	0	1	1
	Tolú	0	1	1
Valle del cauca	Cali	1	1	2
	El cerrito	0	1	1
TOTAL		20	14	34

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Se lleva acumulados 60 casos sospechosos de muertes, de los cuales 35 fueron por negligencia y abandono, 21 por violencia física, tres por violencia sexual y uno por violencia psicológica (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos sospechosos de muerte por Violencia de género, por tipo de violencia y entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2015

MUERTES POR VIOLENCIA DE GÉNERO					
Entidad territorial	TIPO DE VIOLENCIA				TOTAL GENERAL
	Negligencia y abandono	Violencia física	Violencia sexual	Violencia Psicológica	
Antioquia	0	3	1	0	4
Atlántico	1	1	0	0	2
Barranquilla	0	1	0	0	1
Bogotá	1	0	0	1	2
Bolívar	0	1	0	0	1
Boyacá	1	0	0	0	1
Caldas	0	5	0	0	5
Casanare	4	0	0	0	4
Cauca	1	0	0	0	1
Choco	1	0	0	0	1
Cundinamarca	1	1	0	0	2
Huila	5	1	0	0	6
Magdalena	1	1	0	0	2
Meta	3	0	0	0	3
Nariño	1	0	1	0	2
Norte Santander	3	0	0	0	3
Quindío	1	0	0	0	1
Risaralda	2	1	0	0	3
Santander	6	1	1	0	8
Sucre	1	0	0	0	1
Tolima	2	1	0	0	3
Valle del cauca	0	4	0	0	4
TOTAL	35	21	3	1	60

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, 10 de junio de 2015)

- El reporte de la OMS se realiza el 10 de junio, con fecha de corte el 7 de junio.
- El número total de casos en África Occidental es 27.237 casos con 11.158 muertes reportadas. En los últimos 21 días se notificaron 68 casos nuevos.
- Un total de 16 casos nuevos fueron notificados en Guinea y 15 casos nuevos en Sierra Leona.
- Liberia fue declarado libre de la enfermedad por Virus del Ébola el 9 de mayo de 2015.
- En total se reportan 869 casos en personal de la salud con 507 muertes durante toda la epidemia.

Fuente: <http://apps.who.int/ebola/en/current-situation/ebola-situation-report-10-june-2015>

➤ Actualización casos de Sarampión en Chile

- El brote de Sarampión se inicia el 12 de mayo de 2015 y reporta 5 casos a la fecha (10 de junio). Afecta principalmente a hombres, sus comunas de residencia se encuentran en la Región Metropolitana.
- Se identificó genotipo H1 (circulante en Asia y China).
- Se han vacunado alrededor de 1500 contactos. Búsqueda activa de 37.000 registros de 9 establecimientos prestadores de salud.
- Se han detectado 16 casos que actualmente se encuentran en investigación y pendiente muestras de laboratorio.

Fuente: reporte de casos de Sarampión. Gobierno de Chile. Actualizado al 10 de junio

➤ Actualización Situación MERS-Coronavirus

- El síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) detectado por primera vez en Arabia Saudita en 2012.
- Hasta el 7 de junio de 2015, confirmado por laboratorio 1.219 casos; muertes 449.
- Se han notificado casos en 25 países de 5 continentes, más del 85% se registraron en Arabia Saudita.
- La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que, el personal de salud debe acceder a información actualizada sobre esta enfermedad y estar familiarizado con los principios y procedimientos para el manejo de infecciones por el MERS – CoV, así como capacitado para indagar sobre la historia de viaje del paciente.

➤ Brote de Coronavirus en Corea

- Es el brote más grande ocurrido fuera de Arabia Saudita.
- El 20 de mayo se registró el primer caso con antecedente de viajes a Arabia Saudita, Qatar, Emiratos Árabes Unidos, Bahréin.
- Con fecha de corte del 11 de junio de 2015 se han confirmado 122 casos, incluidos 9 muertes, por el punto focal de la República de Corea.

Fuente: Actualización Epidemiológica Síndrome Respiratorio por coronavirus del Medio Oriente (MERS-CoV) 11 de junio de 2015

- **Alertas nacionales**

- **ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA)**

Fecha de notificación y ocurrencia: 09-06-2015

Lugar: institución educativa en Bogotá

Enfermos/expuestos: 14/989

Acciones realizadas: atención de los casos, seguimiento telefónico, recomendaciones a padres y docentes.

Pendiente: informe de brote.

Estado: abierto

- **DERRAME DE PETRÓLEO, PUTUMAYO**

Fecha de ocurrencia: 8-06-2015

Derrame de petróleo crudo en la vereda La Cabaña, en el municipio Puerto Asís de Putumayo, se estima vertimiento de aproximadamente 200.000 galones de crudo, presentando afectación al ambiente, contaminación de fuentes de agua, cultivos, entre otras.



www.ins.gov.co



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

Mancel Enrique Martínez Duran
Director General (E)

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

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

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

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

Elisabeth Rozo – erozo@ins.gov.co
Corrección de estilo

Giovanni Sanabria – ysanabria@ins.gov.co
Diagramación

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

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015