

BES



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Semana epidemiológica | número 18 de 2017 | 30 Abril - 06 Mayo

Instituto Nacional de Salud – Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

El BES, es un boletín con información epidemiológica priorizada sobre los eventos de interés en salud pública del país, notificada semanalmente al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos en el BES, puede variar después de que las entidades territoriales realizan unidades de análisis para el ajuste y la clasificación de caso, en cada evento.

Inicio.....	1
Cumplimiento en la notificación.....	2
Inmunoprevenibles	5
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	24
Infecciones de transmisión sexual.....	30
Micobacterias	¡Error! Marcador no definido.
Zoonosis.....	35
Enfermedades no Transmisibles	45
Salud Mental.....	50
Enfermedades transmitidas por vectores	55
Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública.....	76



ACUERDO DE VOLUNTADES PONIENDO FIN A LA EPIDEMIA DEL SIDA.



El Instituto Nacional de Salud liderará el fin de la epidemia del sida y logrará las “Metas 90-90-90” para el 2020.



Este documento tiene como propósito generar un acuerdo de voluntades entre El Instituto Nacional de Salud y ONUSIDA, en el marco de desarrollo para las estrategia del FAST -TRACK y la Declaración Política de las Naciones Unidas que fueron firmadas por Colombia en Nueva York en junio de 2016.

La declaración política de las naciones unidas 2016 para poner fin al sida tiene como objetivo: reducir las nuevas infecciones por VIH a menos de 500,000 a nivel mundial, reducir las muertes relacionadas con el SIDA a menos de 500,000 a nivel mundial, eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

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

- [Acuerdo de voluntades INS ONU SIDA](#)



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2017* 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 sivigila@ins.gov.co y ins.sivigila@gmail.com.

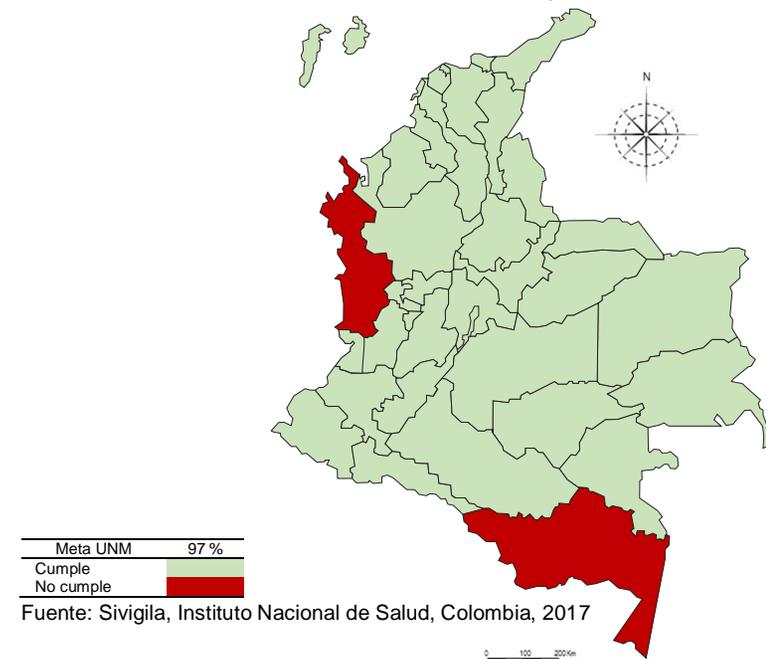
El resultado del procesamiento y análisis de los datos recibidos semanalmente es expuesto en el presente boletín. La información aquí contenida está sujeta a los ajustes que se presenten en cada semana epidemiológica.

Cumplimiento en la notificación

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 18 de 2017, fue del 100 % para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) permaneciendo igual con respecto de la semana anterior y a la misma semana de 2016. El país cumplió con la meta del 100 % en la notificación semanal por UND.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue de 99,8 % (1 115 de 1 117 municipios), aumentando 0,1 % con respecto a la semana anterior y 0,4 % con respecto a la misma semana de 2016. El país cumplió con la meta de 97 % en la notificación semanal por UNM, sin embargo, los departamentos de Amazonas y Chocó no cumplieron con la meta establecida para este nivel del flujo de información (mapa 1).

Mapa 1
Cumplimiento de la notificación por UNM,
Colombia, semana epidemiológica 18, 2017



El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue de 95,8 % (4 994 de 5 212 UPGD); se cumplió la meta del 90, 0 % para este nivel. La notificación aumento en relación con la semana anterior y a la misma semana epidemiológica del año 2016 en 1,0 %; las entidades territoriales de Guanía y San Andrés incumplieron la meta establecida (mapa 2).

Mapa 2
Cumplimiento de la notificación por UPGD,
Colombia, semana epidemiológica 18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el reporte de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 18 de 2017, el 97,3% de las 37 entidades territoriales departamentales y distritales, emitieron el reporte correcto para todos los eventos, sin embargo el departamento de Vichada presentó inconsistencias (mapa 3).

Mapa 3
Notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación, control
internacional y priorizados por el Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana
epidemiológica 18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para esta semana el *porcentaje de silencio* en Colombia fue de 0,2 %, clasificándose como riesgo bajo; disminuyendo 0,1 % con respecto a la semana anterior y 0,4 % con respecto de la misma semana de 2016 (0,6 %).

El 93,8 % de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico, sin embargo, los departamentos de Amazonas y Chocó presentaron riesgo bajo (mapa 4).

Mapa 4

Riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 18, 2017



% de UNM en silencio	Riesgo	% Silencio	Departamentos	% Silencio nacional
0 %	Ninguno	93,8 %	30	0.2
De 0,1 % a 9,9 %	Bajo	6,3 %	2	
10,0 % a 20,9 %	Medio	0,0 %	0	
21,0 % a 100 %	Alto	0,0 %	0	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos inmunoprevenibles, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

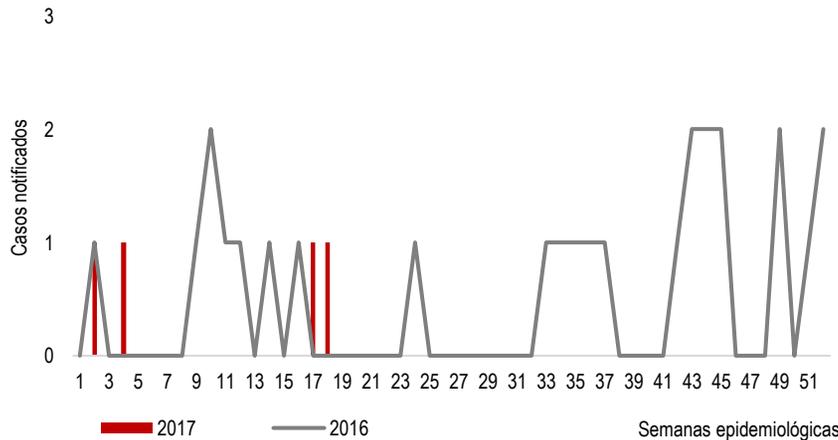
- Difteria**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron dos casos probables de difteria, uno de esta semana y uno de notificación tardía semana 17; se eliminó un caso de la semana 17 de Antioquia no cumplir con la definición de caso probable; en la semana 18 de 2016 no se notificaron casos probables. A la fecha, han ingresado al Sivigila cuatro casos probables de Difteria (gráfica 1).

Los casos notificados corresponden uno de la semana 02, mujer de 19 años, procedente de Santa Rosa, Bolívar, caso descartado, el segundo caso es de la semana 04, hombre de 39 años, procedente de Villa del Rosario, Norte de Santander, caso descartado, el tercer caso es de la semana 17, mujer de 62 años, procedente y residente en el municipio de Medellín, Antioquia, caso en estudio y el cuarto caso es un niño de un año de edad, semana 18, del municipio de Valledupar, caso en estudio.

El 100 % de los casos es de cabecera municipal, el 50 % de sexo masculino y régimen contributivo y el 75 % de grupo étnico "otros".

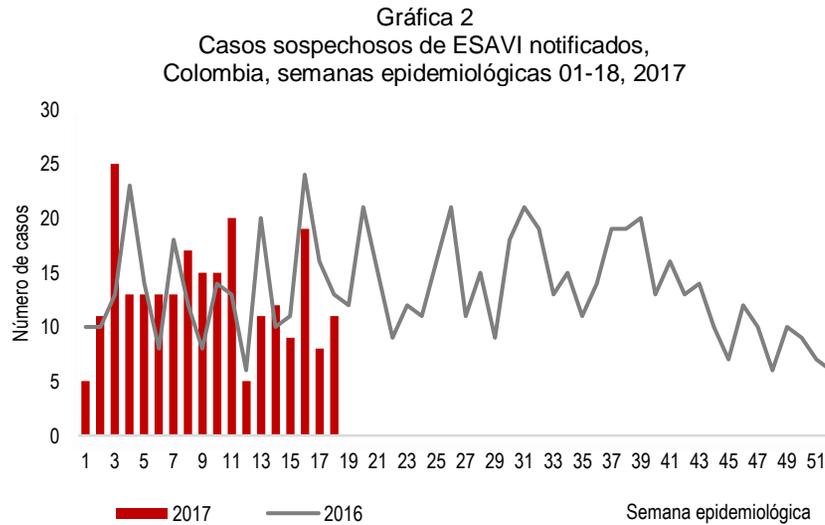
Gráfica 1
 Casos de Difteria notificados,
 Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

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

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 15 casos de ESAVI, once de esta semana y cuatro casos notificado de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 13 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 235 casos que se encuentran en estudio para su clasificación final (gráfica 2).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Huila, Santander, Cauca, Nariño, Barranquilla y Tolima notificaron el 74,5 % de los casos (tabla 1).

Tabla 1
Casos sospechosos de ESAVI notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

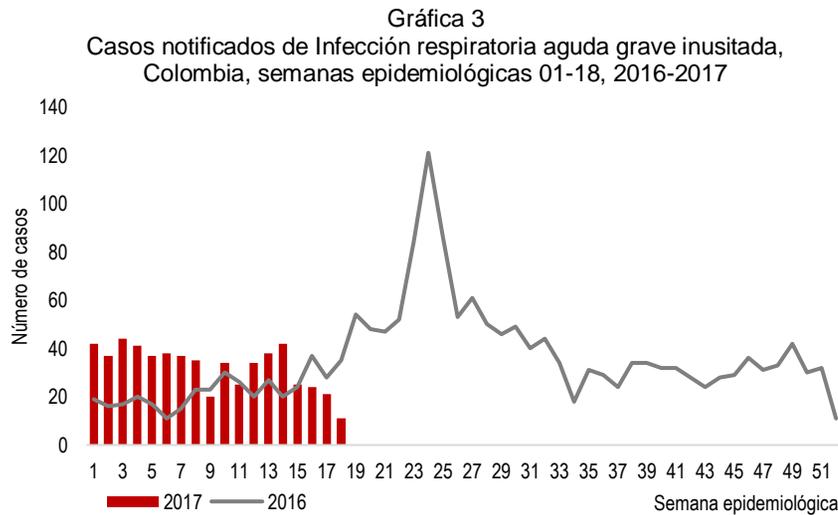
Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	60	25,5
Antioquia	25	10,6
Cundinamarca	15	6,4
Valle del Cauca	14	6,0
Huila	13	5,5
Santander	11	4,7
Cauca	10	4,3
Nariño	10	4,3
Barranquilla	9	3,8
Tolima	8	3,4
Córdoba	8	3,4
Boyacá	7	3,0
Atlántico	7	3,0
Norte de Santander	6	2,6
Meta	6	2,6
Magdalena	3	1,3
Amazonas	3	1,3
Cesar	2	0,9
Sucre	2	0,9
Santa Marta	2	0,9
Quindío	2	0,9
Guainia	2	0,9
Bolívar	2	0,9
La Guajira	2	0,9
Putumayo	1	0,4
Exterior	1	0,4
Caldas	1	0,4
Arauca	1	0,4
Risaralda	1	0,4
Cartagena	1	0,4
Total	235	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Infección respiratoria aguda**

Vigilancia de infección respiratoria aguda grave inusitada

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 34 casos de infección respiratoria aguda grave inusitada, 11 de esta semana y 23 de semanas anteriores; esta semana se descartaron dos casos por no cumplir con la definición del evento; en la misma semana de 2016 se notificaron 35 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 585 casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada; no se han identificado virus nuevos o de alta patogenicidad en los casos de infección respiratoria aguda grave inusitada notificados (gráfica 3).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2017

Según los criterios de clasificación el 73,5% de los casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada notificados durante esta semana, corresponden a pacientes con deterioro clínico registrados en unidad de cuidados intensivos (tabla 2).

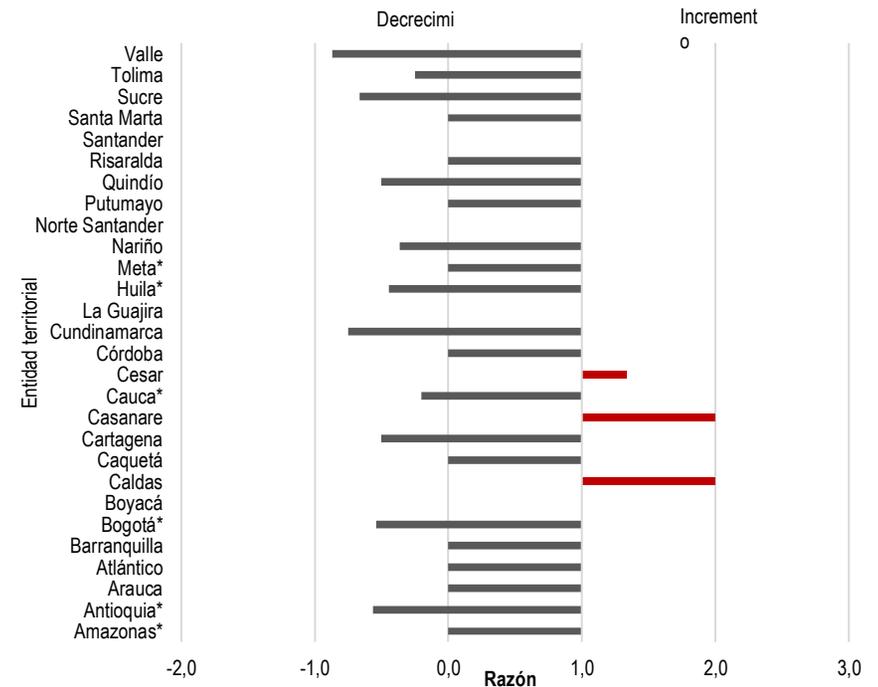
Tabla 2
 Casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 18, 2017

Criterios de clasificación	Casos	%
Gravedad paciente en UCI	25	73,5
Defunción por IRA sin etiología establecida	8	23,5
Trabajador de la salud	1	2,9
Total	34	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se presenta un incremento el cual no es significativamente diferente en la notificación de casos de IRAG inusitado en comparación con lo esperado en Casanare, Cesar y Caldas (gráfica 3).

Gráfica 3
 Casos de Infección respiratoria aguda grave inusitada por entidad territorial de notificación, Colombia, semanas epidemiológicas 10-16, 2017



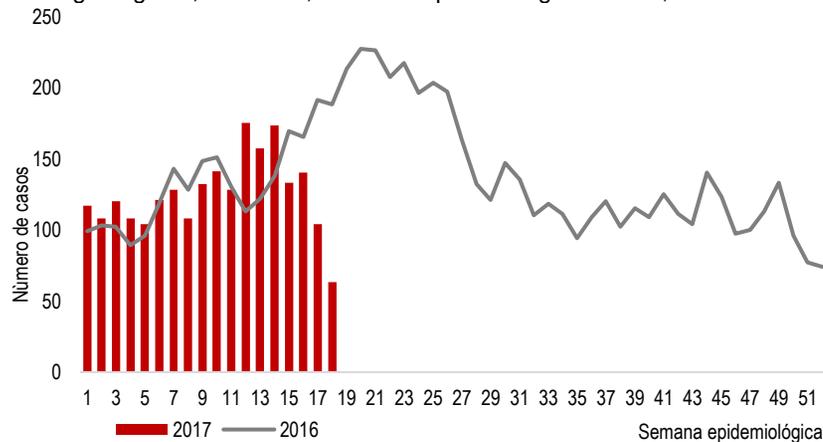
*Variación significativamente diferente en comparación con lo esperado
 Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 155 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, 63 de esta semana y 92 de semanas anteriores, de los cuales 127 (el 81,9%) corresponden a pacientes con infección respiratoria aguda grave y 28 (el 18,1%) a pacientes con enfermedad similar a la influenza; esta semana se descartó un caso por no cumplir con la definición del evento; en la misma semana de 2016 se notificaron 188 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 2260 casos de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave mediante la estrategia de vigilancia centinela (gráfica 4).

Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caldas, Cartagena, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander Tolima y Valle del Cauca notificaron casos durante la semana epidemiológica 18; las UPGD centinelas que aparecen sin casos no cumplieron el indicador de notificación para esta semana (tabla 4).

Gráfica 4
Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

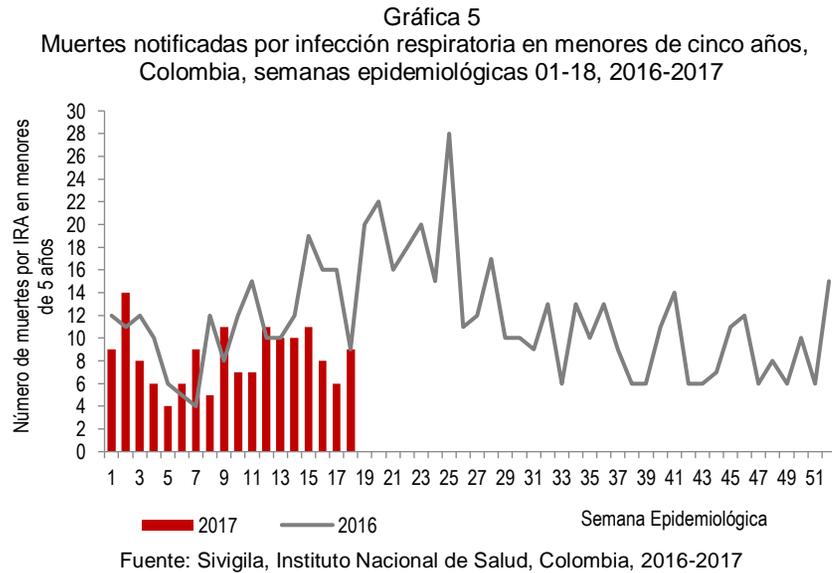
Tabla 4
Casos notificados de enfermedad similar a la influenza e infección respiratoria aguda grave por entidad territorial y UPGD centinela, Colombia, semana epidemiológica 18, 2017

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	7
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	9
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	8
Barranquilla	Clínica General del Norte	5
	Hospital el Tunal	29
Bogotá	Hospital Occidente de Kennedy	5
	Hospital Santa Clara	3
	Fundación Cardioinfantil	12
Boyacá	Hospital de Suba	3
	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	19
Caldas	La Enea Assbasalud	4
Cartagena	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	3
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	9
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	1
Nariño	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	0
	Fundación Hospital San Pedro	7
Norte Santander	Policlínico Atalaya	4
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	4
Valle del Cauca	Fundación Valle del Lili	13
	Red de Salud de Ladera	10
Total		155

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años

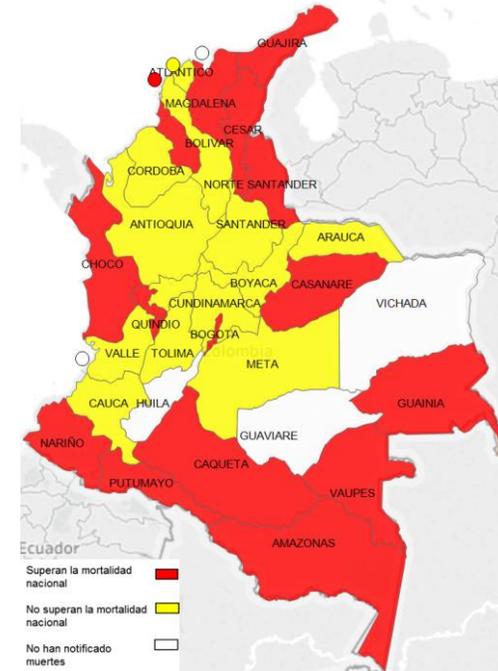
En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron 14 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años nueve de esta semana y cinco de semanas anteriores notificadas tardiamente; en la misma semana de 2016 se notificaron nueve muertes. A la fecha, han ingresado al Sivigila 151 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, las cuales se encuentran en estudio (gráfica 5).



Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de cinco años notificadas durante esta semana son: Chocó y Bogotá con cuatro casos, Valle del Cauca, Quindío, Magdalena, Boyacá, Guainía y Cundinamarca con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 18 de 2017 la mortalidad nacional es de 3,5 muertes por cada 100 000 menores de cinco años; Guainía, Chocó y Vaupés presentan la mayor mortalidad por IRA en menores de cinco años con 56,6, 19,9 y 16,6 muertes respectivamente (mapa 5).

Mapa 5
 Mortalidad por infección respiratoria aguda grave en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

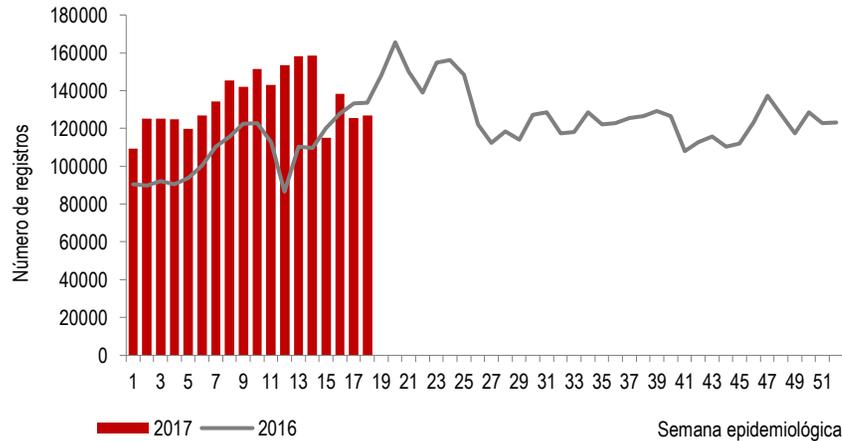


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia de morbilidad por infección respiratoria aguda

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 139 764 registros de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda; 126 814 de esta semana y 12 950 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 133 639 registros. A la fecha, se han notificado 2 422 757 registros de consulta externa y urgencias por infección respiratoria aguda (gráfica 6).

Gráfica 6
Consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



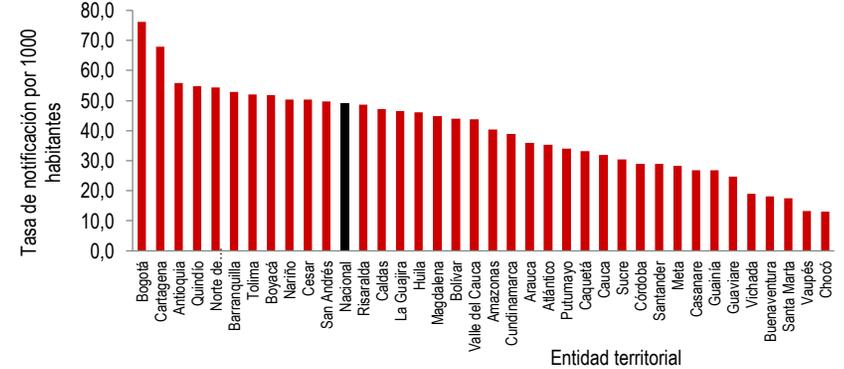
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Para esta semana la proporción de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda del total de consultas externas y urgencias por todas las causas es 7,1 % la semana anterior 6,4 %.

Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca notificaron el 50,1 % de los registros de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda.

La tasa de notificación nacional de consulta externa y urgencias por infección respiratoria aguda a semana epidemiológica 18 de 2017, es de 49,2 casos por cada 1 000 habitantes; las entidades territoriales de Bogotá, Cartagena, Antioquia, Quindío, Norte de Santander, Barranquilla, Tolima, Boyacá, Nariño, Cesar y San Andrés superan la incidencia nacional (gráfica 7).

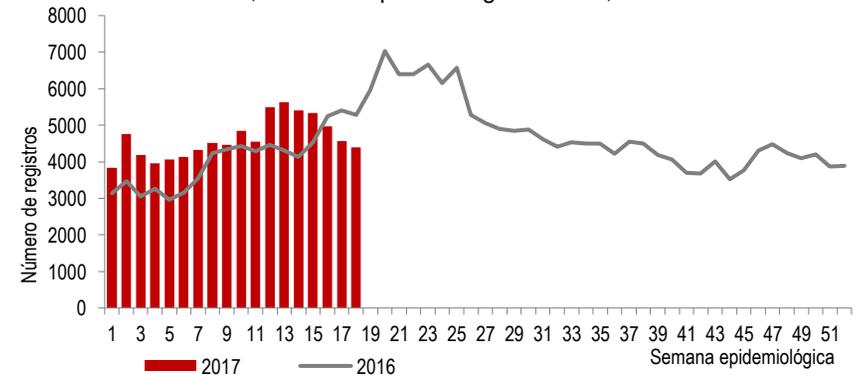
Gráfica 7
Tasa de notificación de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 5 164 registros de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave; 4 395 registros de esta semana y 769 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 5 291. A la fecha, se han notificado 83 475 registros de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave (gráfica 8).

Gráfica 8
Hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017

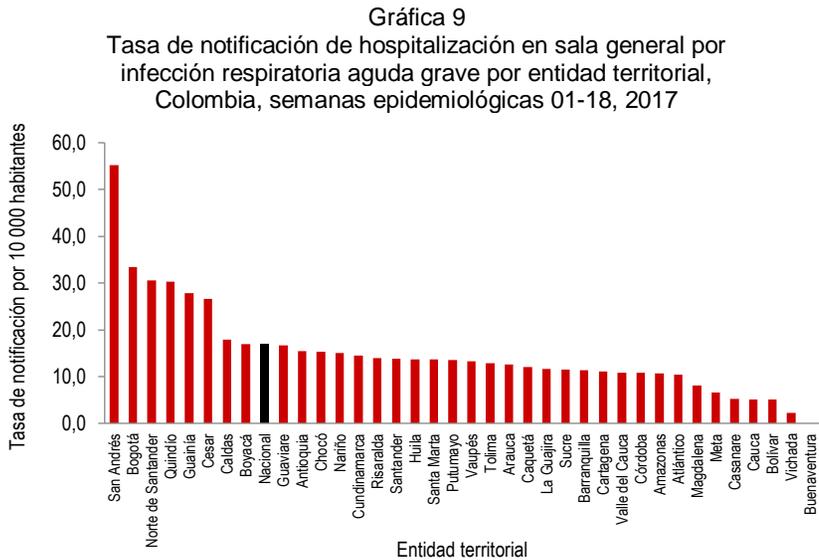


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para esta semana la proporción de hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave del total de hospitalizaciones en sala general por todas las causas es 7,0 % la semana anterior 7,5 %.

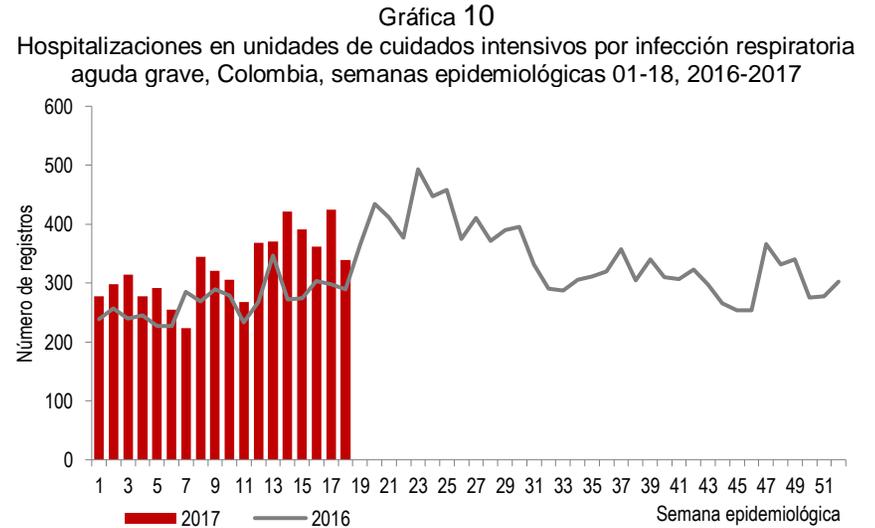
Bogotá, Antioquia y Cundinamarca notificaron el 50,2 % de las hospitalizaciones en sala general por infección respiratoria aguda grave.

La tasa de notificación nacional de hospitalización en sala general por infección respiratoria aguda grave a semana epidemiológica 18 de 2017, es de 16,9 casos por cada 10 000 habitantes; las entidades territoriales de San Andrés, Bogotá, Norte de Santander, Quindío, Guainía, Cesar, Caldas y Boyacá superan la incidencia nacional (gráfica 9).



En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 400 registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave; 339 registros de esta semana y 61 de semanas anteriores; en la misma semana de

2016 se notificaron 289. A la fecha, se han notificado 5 850 registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave (gráfica 10).



Para esta semana la proporción de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave del total de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por todas las causas es 8,9 % la semana anterior 9,2 %.

Bogotá, Santander y La Guajira notificaron el 59,3 % de los registros de hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave.

El 20,1 % de las consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda se registraron en el grupo de 20 a 39 años. El 26,6 % de las hospitalizaciones en sala general y el 45,1 % de las hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos por infección respiratoria aguda grave se registraron en el grupo de menores de un año (tabla 6).

Tabla 6
Comportamiento demográfico de los registros de morbilidad por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Registros consultas externas y urgencias		Registros hospitalizaciones en sala general		Registros hospitalizaciones en UCI	
			%		%		%
Grupos de edad	Menores de un año	12 295	9,7	1167	26,6	153	45,1
	1 año	12 009	9,5	643	14,6	15	4,4
	2 a 4 años	21 978	17,3	799	18,2	26	7,7
	5 a 19 años	23 540	18,6	394	9,0	4	1,2
	20 a 39 años	25 521	20,1	272	6,2	18	5,3
	40 a 59 años	17 930	14,1	262	6,0	27	8,0
	60 y más años	13 541	10,7	858	19,5	96	28,3
Total		126 814	100	4 395	100	339	100

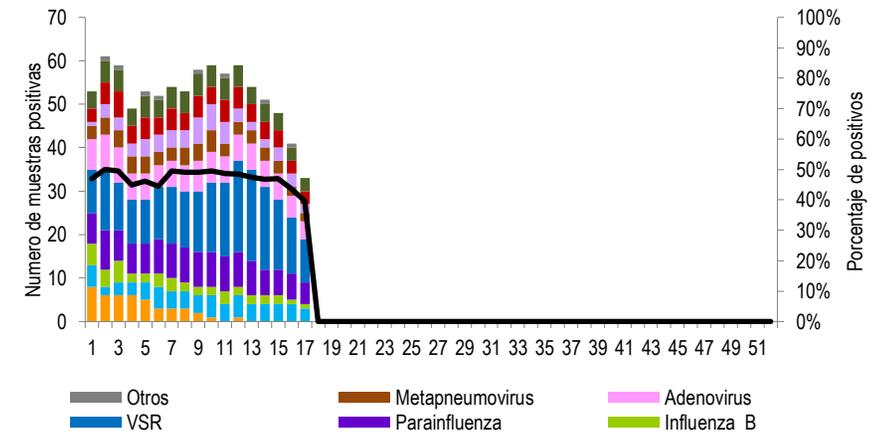
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

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 Laboratorios de Salud Pública Departamentales y el Laboratorio de Virología del INS, a semana epidemiológica 17 de 2017 se han analizado 1 890 muestras, el 47,3% de las muestras han sido positivas para virus respiratorios; de estas, el 17,3% positivas para Influenza y el 82,7% para otros virus respiratorios.

A semana epidemiológica 17 de 2017, el Virus Sincitial Respiratorio corresponde al 27,0% del total de muestras positivas, seguido del virus Parainfluenza con el 14,0%, Adenovirus con el 12,0%, Bocavirus con el 8,0%, Coronavirus con el 8,4%, subtipo de influenza A/H3 con el 7,3%, Metapneumovirus con el 6,3%, Rinovirus con el 6,0%, influenza A(H1N1)pdm09 con el 5,0%, influenza B con el 5,0%, Enterovirus con el 1,0% y (gráfica 11).

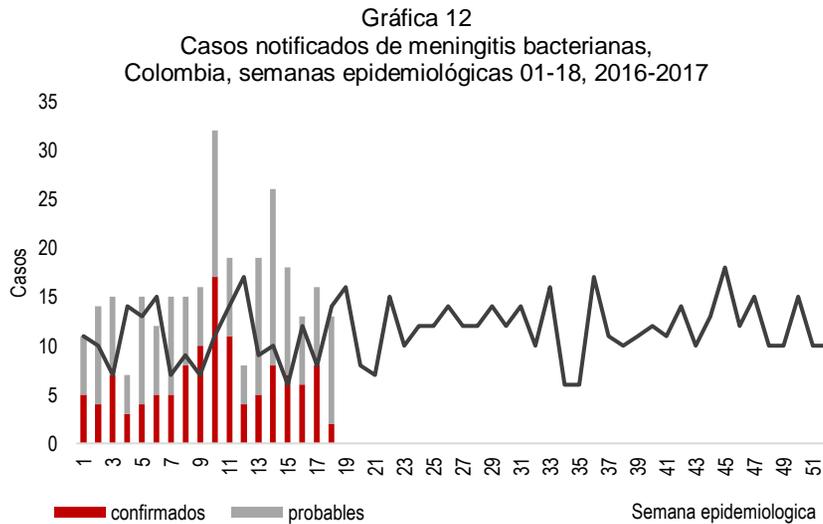
Gráfica 11
Virus respiratorios identificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-17, 2017



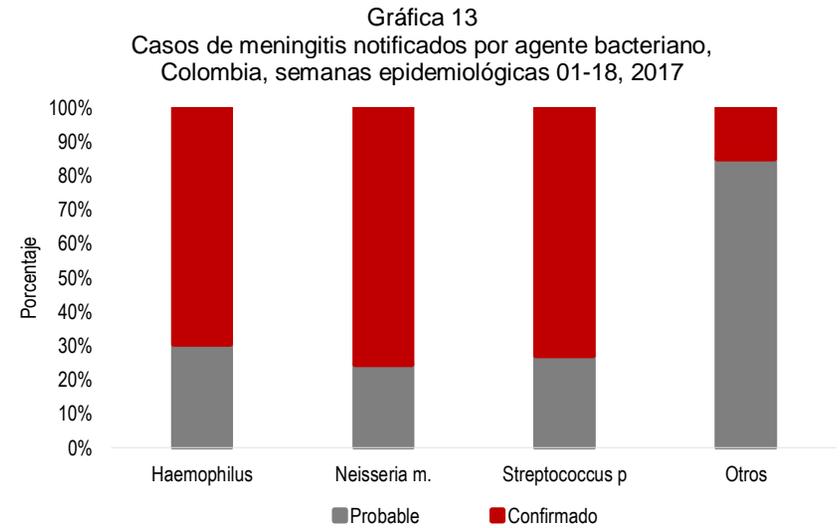
Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Meningitis bacteriana aguda**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 22 casos de meningitis bacteriana aguda; 13 de esta semana y nueve notificados de manera tardía; durante esta semana se descartaron tres casos por laboratorio de semanas anteriores. En la misma semana de 2016 se notificaron 14 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 284 casos probables de meningitis bacteriana aguda, 119 casos confirmados y 165 probables en estudio para su clasificación final (gráfica 12).



Según la clasificación inicial del agente causal en los casos notificados, el 8,1 % corresponde a meningitis por *Haemophilus influenzae*, el 15,8 % de las meningitis bacterianas notificadas corresponde a meningitis por *Neisseria meningitidis*, el 22,2 % a meningitis por *Streptococcus pneumoniae* y el 53,9 % a meningitis por otros agentes (gráfica 13).



El 75,6 % de las entidades territoriales cuenta con casos confirmados para el evento (tabla 7).

Tabla 7

Casos notificados de meningitis por entidad territorial de procedencia de acuerdo a clasificación inicial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de procedencia	Probable	Confirmado	Total
Bogotá	12	25	37
Antioquia	19	12	31
Santander	21	4	25
Cundinamarca	15	6	21
Valle del Cauca	7	11	18
Huila	13	3	16
Norte Santander	2	10	12
Bolívar	5	7	12
Nariño	3	6	9
Atlántico	8	1	9
Buenaventura	7	2	9
Barranquilla	5	3	8
Risaralda	4	3	7
Magdalena	6	1	7
Cesar	6	1	7
Cordoba	4	3	7
Caquetá	2	4	6
Cartagena	2	4	6
Putumayo	3	1	4
Sucre	3	1	4
Meta	3	1	4
Tolima	1	2	3
Arauca	2	1	3
La Guajira	3	0	3
Cauca	1	1	2
Boyacá	0	2	2
Vichada	1	1	2
Guainía	1	1	2
Exterior	2	0	2
Casanare	2	0	2
Amazonas	1	0	1
Choco	0	1	1
Quindío	1	0	1
Caldas	0	1	1
Total	165	119	284

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Hasta semana epidemiológica 17 de 2017, el 51,3 % de las entidades territoriales notificaron muertes atribuidas al evento (tabla 8).

Tabla 8

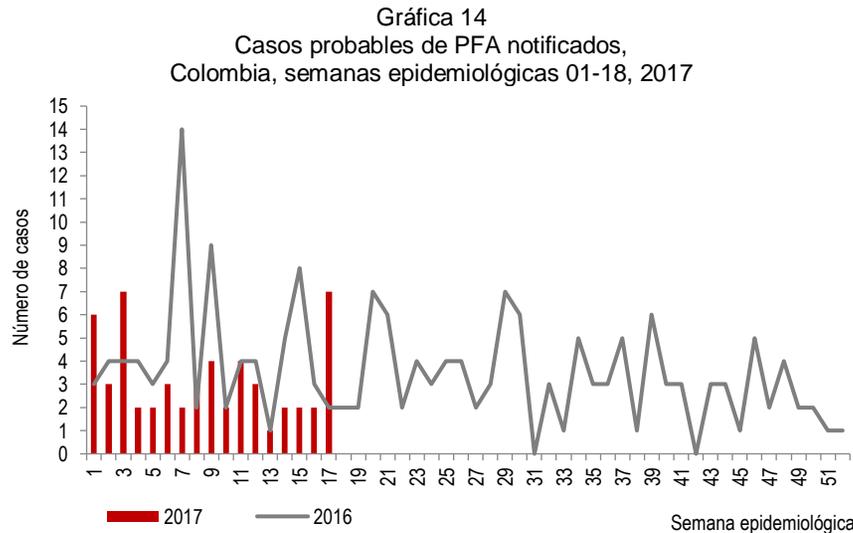
Muertes notificadas por meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de procedencia	Probable	Confirmado	Total
Bogotá	0	7	7
Santander	5	2	7
Bolívar	3	3	6
Antioquia	3	2	5
Valle del Cauca	3	0	3
Cartagena	0	2	2
Risaralda	1	1	2
Guainía	0	1	1
Putumayo	1	0	1
Magdalena	1	0	1
Meta	1	0	1
Norte de Santander	0	1	1
Barranquilla	0	1	1
Caquetá	0	1	1
Boyacá	0	1	1
Cauca	0	1	1
Vichada	0	1	1
Cesar	1	0	1
Cundinamarca	0	1	1
Total	19	25	44

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Parálisis flácida aguda (PFA)**

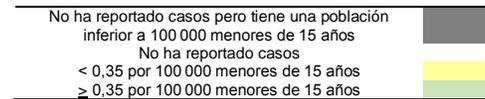
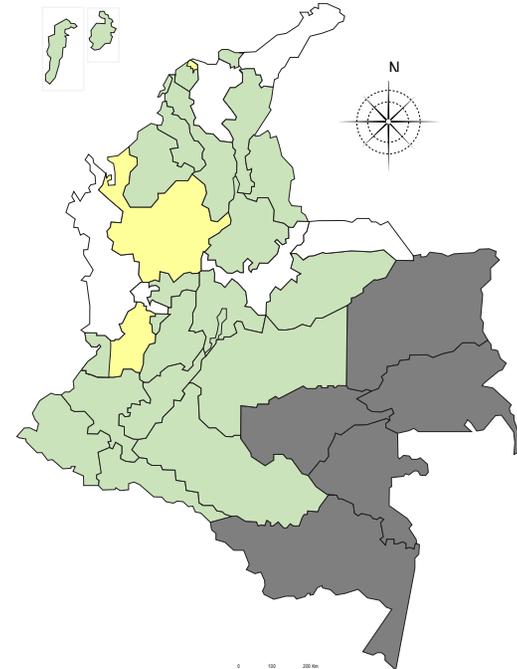
En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron cuatro casos probables al Sivigila de semanas anteriores por notificación tardía: se eliminó uno de la semana 17 de Antioquia por no cumplir la definición de caso; en la misma semana de 2016 se notificaron dos casos probables. A la fecha, han ingresado al Sivigila 55 casos probables de parálisis flácida aguda (gráfica 14).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

La tasa de notificación hasta la semana 18 de 2017 es de 0,43 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 18 es de 0,35). Las entidades territoriales que para esta semana alcanzan la tasa de notificación esperada son Atlántico, Bogotá, Bolívar, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre y Tolima; las entidades que notifican casos pero no alcanzan la tasa esperada son Antioquia, Barranquilla y Valle del Cauca. No han reportado casos probables de parálisis flácida aguda 11 entidades territoriales (mapa 5).

Mapa 5
Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

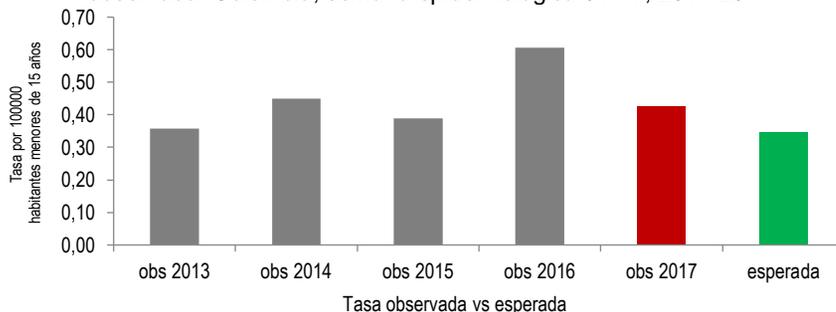


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017, la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 0,43 casos por 100 000 menores de 15 años, la cual es inferior a la observada el año 2016 y 2014 y superior a la tasa del mismo periodo para el año 2013 y 2015 (gráfica 15).

Gráfica 15

Tasa de notificación esperada de casos probables de PFA frente a la tasa observada Colombia, semana epidemiológica 01-17, 2014-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013 – 2017

Según el área de procedencia el 67,3 % es de cabecera municipal, el 70,9 % de los casos notificados son de sexo masculino, el 67,3 % pertenecen régimen de salud subsidiado, el 98,2 % tienen pertenencia étnica “otros” y 38,2 % son de cinco a nueve años de edad (tabla 9).

Tabla 9

Comportamiento demográfico y social de casos probables de parálisis flácida aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01-17, 2017

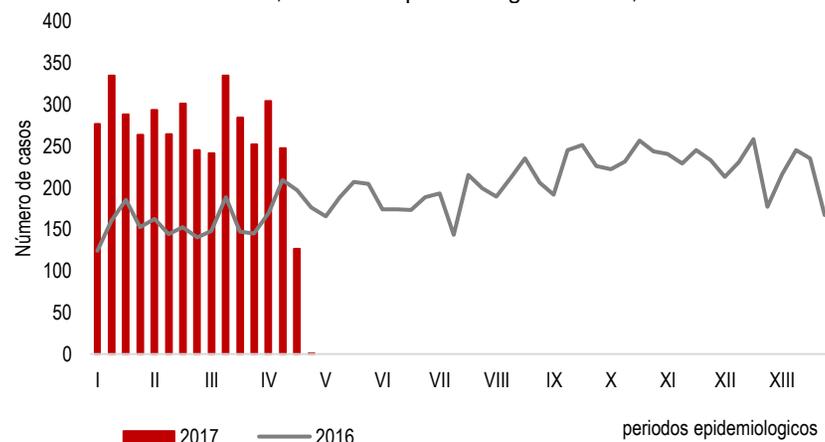
Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	37	67,3
	Centro poblado	0	0
	Rural disperso	18	32,7
Sexo	Femenino	16	29,1
	Masculino	39	70,9
Tipo de régimen	Contributivo	14	25,5
	Subsidiado	37	67,3
	Excepción	0	0
	Especial	3	5,5
	Indeterminado	0	0
	No Afiliado	1	1,8
Pertenencia étnica	Indígena	0	0
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	1	1,8
Grupo de edad	Otros	54	98,2
	menores de un año	0	0
	1-4 años	18	32,7
	5-9 años	21	38,2
	10-14 años	16	29,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• Parotiditis

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 309 casos de parotiditis, 159 de esta semana, 146 notificados de manera tardía y cuatro de notificación inmediata correspondientes a la semana epidemiológica 19; en la misma semana de 2016 se notificaron 188 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 5055 casos de parotiditis (gráfica 16).

Gráfica 16
Casos de Parotiditis notificados, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por procedencia Bogotá, Barranquilla, Antioquia, Sucre, Atlántico y Cundinamarca notificaron el 71,8 % de los casos de parotiditis del país (tabla 10).

Tabla 10

Casos notificados de Parotiditis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de procedencia	Total	%
Bogotá	1 589	31,4
Barranquilla	592	11,7
Antioquia	539	10,7
Sucre	372	7,4
Atlántico	283	5,6
Cundinamarca	254	5,0
Valle	217	4,3
Boyacá	158	3,1
Norte de Santander	134	2,7
Córdoba	116	2,3
Huila	87	1,7
Cartagena	67	1,3
Bolívar	65	1,3
Santander	59	1,2
Tolima	59	1,2
Cauca	57	1,1
Cesar	53	1,0
Nariño	50	1,0
Meta	49	1,0
Magdalena	38	0,8
Caldas	36	0,7
Risaralda	35	0,7
Caquetá	35	0,7
Quindío	22	0,4
Santa Marta D.E.	18	0,4
Guajira	18	0,4
Arauca	14	0,3
Casanare	14	0,3
San Andrés	11	0,2
Putumayo	10	0,2
Choco	2	0,0
Amazonas	1	0,0
Exterior	1	0,0
Total	5 055	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 52,9 % de los casos de Parotiditis se registró en el sexo masculino; el 61,6 % pertenecen al régimen contributivo; el 21,1 % en el grupo de edad de 20 a 24 años, el 95,6 % tienen pertenencia étnica “otros” y el lugar de residencia cabecera municipal en el 89,7 % (tabla 11).

Tabla 11

Comportamiento demográfico y social de los casos de Parotiditis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

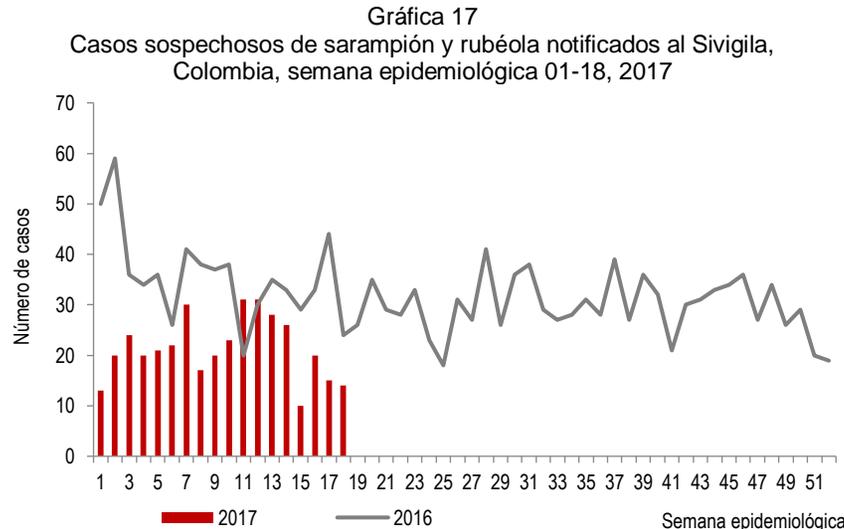
Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	4 535	89,7
	Centro poblado	240	4,7
	Rural disperso	280	5,5
Sexo	Femenino	2 382	47,1
	Masculino	2 673	52,9
Tipo de régimen	Contributivo	3 113	61,6
	Subsidiado	1 410	27,9
	Excepción	169	3,3
	Especial	182	3,6
	Indeterminado	40	0,8
Pertenencia étnica	No Afiliado	141	2,8
	Indígena	29	0,6
	ROM (gitano)	19	0,4
	Raizal	27	0,5
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	148	2,9
Grupo de edad	Otros	4 832	95,6
	Menores de un año	18	0,4
	1-4 años	482	9,5
	5-9 años	431	8,5
	10-14 años	329	6,5
	15-19 años	710	14,0
	20-24 años	1 065	21,1
	25-29 años	755	14,9
	30-34 años	321	6,4
	35-39 años	254	5,0
40-44 años	182	3,6	
45-49 años	151	3,0	
50-54 años	106	2,1	
55-59 años	86	1,7	
60 y más años	165	3,3	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017, no se han notificado muertes atribuidas al evento.

Sarampión y rubéola

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 24 casos de sarampión y rubéola, 14 de esta semana y 10 notificados de manera tardía; en la misma semana 18 de 2016 se notificaron 24 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 385 casos sospechosos de sarampión y rubéola (gráfica 17).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, los casos sospechosos fueron reportados por 24 entidades territoriales: el 85,7 % son notificados por Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Caldas y Barranquilla.

La tasa de notificación nacional es de 0,78 casos por 100 000 habitantes (tasa esperada a semana 18 de 0,69 casos por 100 000 habitantes). Cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola para esta semana cuatro de 24 entidades territoriales que notificaron casos; no han notificado casos sospechosos 13 entidades territoriales (tabla 12).

Tabla 12
Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad de territorial	Casos	Población 2017	Tasa de notificación por 100 000 habitantes
Bogotá	254	8 080 734	3,14
Caldas	13	991 860	1,31
Barranquilla	12	1 228 271	0,98
Sucre	7	868 438	0,81
Antioquia	36	6 613 118	0,54
Cundinamarca	15	2 762 784	0,54
Casanare	2	368 989	0,54
Risaralda	4	962 529	0,42
Santa Marta	2	499 391	0,40
Nariño	6	1 787 545	0,34
Putumayo	1	354 094	0,28
Huila	3	1 182 944	0,25
Atlántico	3	1 289 626	0,23
Norte de Santander	3	1 379 533	0,22
Tolima	3	1 416 124	0,21
Santander	4	2 080 938	0,19
Cesar	2	1 053 475	0,19
Quindío	1	571 733	0,17
Boyacá	2	1 279 955	0,16
Meta	1	998 162	0,10
Bolívar	1	1 121 814	0,09
Cauca	1	1 404 205	0,07
Valle del Cauca	3	4 292 492	0,07
Córdoba	1	1 762 530	0,06
Amazonas	0	77 948	0
Arauca	0	267 992	0
Buenaventura	0	415 770	0
Caquetá	0	490 056	0
Cartagena	0	1 024 882	0
Chocó	0	510 047	0
Guainía	0	42 777	0
Guaviare	0	114 207	0
La Guajira	0	1 012 926	0
Magdalena	0	785 993	0
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	77 759	0
Vaupés	0	44 500	0
Vichada	0	75 468	0
Exterior	5	NA	NA
Total	385	49 291 609	0,78

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

Según el área de procedencia el 96,1 % son de cabecera municipal, el 53,2 % de los casos notificados son de sexo masculino, el 79,2 % pertenecen régimen de salud contributivo, el 98,7 % tienen pertenencia étnica “otros” y 80 % son menores de cinco años (tabla 13).

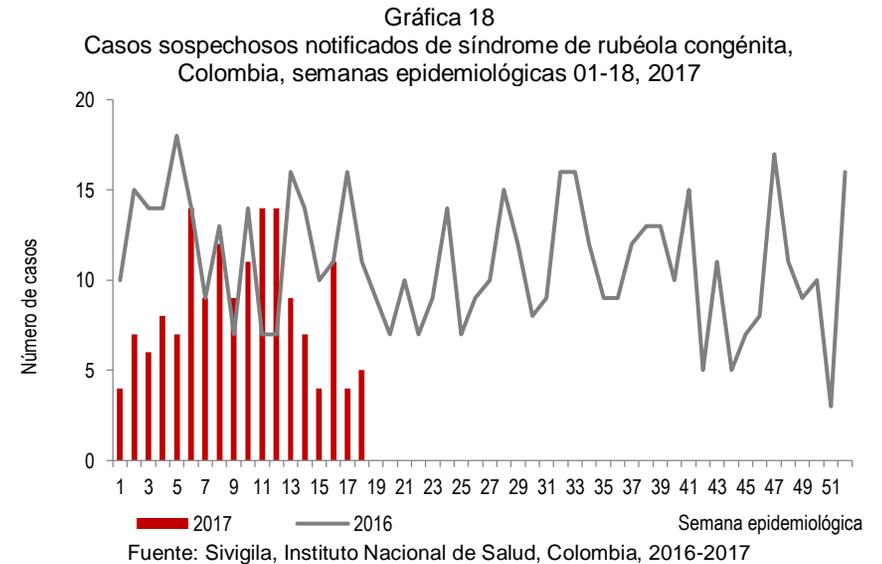
Tabla 13
Comportamiento demográfico y social de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	370	96,1
	Centro poblado	5	1,3
	Rural disperso	10	2,6
Sexo	Femenino	180	46,8
	Masculino	205	53,2
Tipo de régimen	Contributivo	305	79,2
	Subsidiado	66	17,1
	Excepción	2	0,5
	Especial	5	1,3
	Indeterminado	0	0
	No Afiliado	7	1,8
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,3
	ROM (gitano)	1	0,3
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
	Afrocolombiano	3	0,8
	Otros	380	98,7
Grupo de edad	Menores de un año	139	36,1
	1-4 años	169	43,9
	5-9 años	30	7,8
	10-14 años	11	2,9
	15-19 años	9	2,3
	20-24 años	4	1,0
	25-29 años	7	1,8
	30-34 años	6	1,6
	35-39 años	5	1,3
	40-44 años	2	0,5
45-49 años	1	0,3	
50-54 años	2	0,5	
55-59 años	0	0	
60 y más años	0	0	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• **Síndrome de rubéola congénita**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila nueve casos de síndrome de rubéola congénita, cinco de esta semana y cuatro notificados de manera tardía; en la misma semana 18 de 2016 se notificaron 11 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 155 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (gráfica 18).



La tasa de notificación nacional de casos sospechosos de rubéola congénita es de 2,33 casos por 10 000 nacidos vivos (tasa esperada a semana 18 de 0,35 casos por 10 000 nacidos vivos). Cumplen con la tasa de notificación esperada 14 de 16 entidades territoriales que reportan casos; no cumplen la tasa esperada el departamento Santander y el Valle del Cauca y no han notificado casos sospechosos 21 entidades territoriales (tabla 14).

Tabla 14
Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-17, 2017

Entidad Territorial	Casos	Población Nacidos Vivos	Tasa por 10 000 Nacidos Vivos
Guainía	1	601	16,64
Antioquia	67	75 922	8,82
Bogotá	60	103 900	5,77
Quindío	2	5 862	3,41
Norte de Santander	6	20 271	2,96
Caquetá	2	7 497	2,67
Arauca	1	3 977	2,51
Boyacá	3	15 826	1,90
Huila	3	20 167	1,49
Chocó	1	6 911	1,45
Cundinamarca	4	34 823	1,15
Risaralda	1	11 121	0,90
Meta	1	15 663	0,64
Tolima	1	18 296	0,55
Santander	1	30 933	0,32
Valle del Cauca	1	47 834	0,21
Amazonas	0	1 516	0
Atlántico	0	16 460	0
Barranquilla	0	24 521	0
Bolívar	0	16 232	0
Buenaventura	0	5 538	0
Caldas	0	10 030	0
Cartagena	0	19 969	0
Casanare	0	6 987	0
Cauca	0	18 309	0
Cesar	0	21 457	0
Córdoba	0	26 834	0
Guaviare	0	1 127	0
La Guajira	0	13 832	0
Magdalena	0	13 588	0
Nariño	0	18 348	0
Putumayo	0	4 339	0
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	868	0
Santa Marta	0	8 994	0
Sucre	0	14 879	0
Vaupés	0	426	0
Vichada	0	1 111	0
Exterior	0		NA
Total	155	66 969	2,33

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Población Nacidos Vivos DANE 2015. Tasa esperada a semana 18=0,35 casos por 10 000 nacidos vivos

Según el área de procedencia el 92,3 % son de cabecera municipal, el 52,9 % de los casos notificados son de sexo masculino, el 75,5 % pertenecen régimen de salud contributivo, el 96,8 % tienen pertenencia étnica "otros" y 94,2 % son menores de un día de nacidos (tabla 15).

Tabla 15
Comportamiento demográfico y social de casos sospechosos de rubéola congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

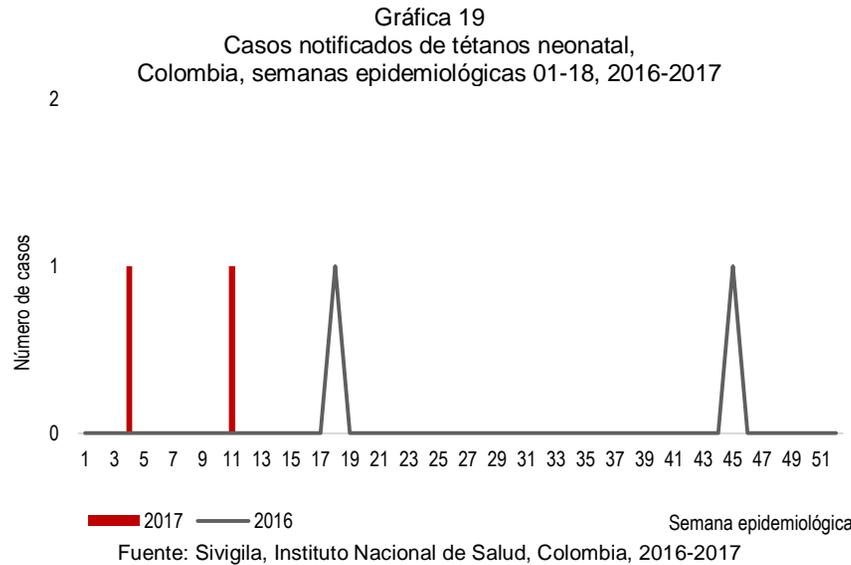
Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	143	92,3
	Centro poblado	2	1,3
	Rural disperso	10	6,5
Sexo	Femenino	73	47,1
	Masculino	82	52,9
Tipo de régimen	Contributivo	117	75,5
	Subsidiado	32	20,6
	Excepción	0	0
	Especial	4	2,6
	Indeterminado	2	1,3
Pertenenencia étnica	No Afiliado	0	0
	Indígena	5	3,2
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Grupo de edad	Afrocolombiano	0	0
	Otros	150	96,8
	0-1 día	146	94,2
	2-7 días	5	3,2
	8-29 días	3	1,9
	1-6 meses	1	0,6
	6-11 meses	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• **Tétanos**

Tétanos neonatal

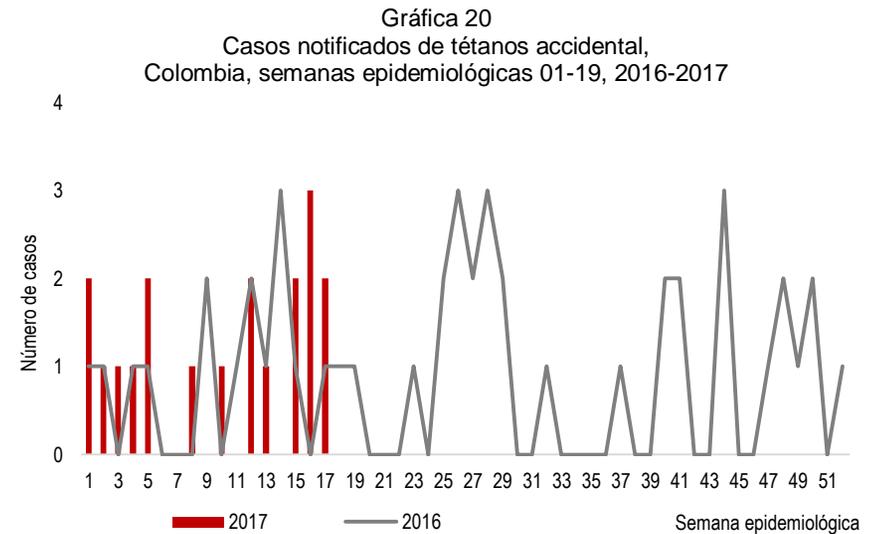
En la semana epidemiológica 18 de 2017, no se notificaron casos probables al Sivigila; en la misma semana de 2016 se notificó un caso confirmado. A la fecha, han ingresado dos casos al Sivigila, ambos confirmados por clínica (gráfica 19).



El primer caso es residente y procedente de Alto Baudó, Chocó, cuatro días de nacido, sexo masculino, de área rural, del régimen subsidiado y grupo étnico indígena, caso confirmado por clínica. El segundo caso es un caso residente en el municipio de Manaure, La Guajira, de tres días de nacido, sexo masculino, área rural, régimen subsidiado y pertenencia étnica indígena, confirmado por clínica.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron dos casos probables de tétanos accidental al Sivigila de notificación tardía; en la misma semana 18 de 2016 se notificó un caso. A la fecha, han ingresado al Sivigila 19 casos de tétanos accidental: seis probables y 13 confirmados por clínica (gráfica 20).



El 84,2 % de los casos viven en cabecera municipal y el 78,9 % pertenecen al régimen subsidiado de salud. El 68,4 % son de sexo masculino y el 84,2 % de pertenencia étnica el grupo de “otros”. El 52,6 % son mayores de 55 años (tabla 16).

Tabla 16
Comportamiento demográfico y social de casos probables de tétanos accidental, Colombia, semanas epidemiológicas 01-17, 2017

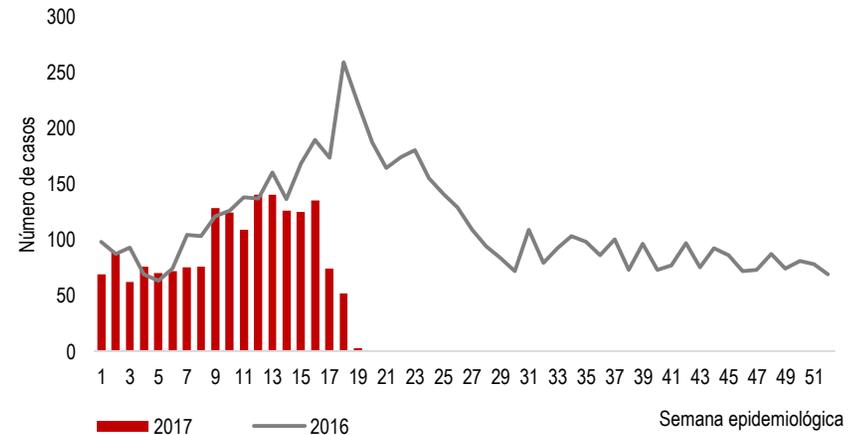
Variable	Categoría	Casos	%
Área	Cabecera	16	84,2
	Centro poblado	0	0
	Rural disperso	3	15,8
Sexo	Femenino	6	31,6
	Masculino	13	68,4
Tipo de régimen	Contributivo	2	10,5
	Subsidiado	15	78,9
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	Indeterminado	0	0
Pertenencia étnica	No Afiliado	2	10,5
	Indígena	1	5
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	2	10,5
Grupo de edad	Otros	16	84,2
	Menores de un año	0	0
	1-4 años	0	0,0
	5-9 años	1	5,3
	10-14 años	0	0
	15-19 años	3	15,8
	20-24 años	0	0
	25-29 años	0	0
	30-34 años	4	21,1
	35-39 años	0	0
40-44 años	0	0	
45-49 años	1	5,3	
50-54 años	0	0	
55-59 años	3	15,8	
60 y más años	7	36,8	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

• **Tos ferina**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 138 casos de tos ferina, 52 de esta semana, tres casos de notificación inmediata de la semana epidemiológica 19 y 83 notificados de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron 259 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1744 casos probables de tos ferina, de los cuales se han confirmado 37 y 676 se han descartado por laboratorio (gráfica 21).

Gráfica 21
Casos notificados de tos ferina, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Norte de Santander, Cundinamarca, Valle del Cauca, Santander, Huila, Nariño y Sucre notificaron el 85,7 % de los casos y tres del exterior.

Los casos confirmados por procedencia corresponden a Bogotá (10 casos), Antioquia (seis casos), Valle del Cauca (cuatro casos), Nariño, Cundinamarca con tres casos respectivamente, Boyacá, Cauca con dos casos respectivamente, Norte de Santander,

Santander, Bolívar, Risaralda, Córdoba, Barranquilla y La Guajira con un caso respectivamente (tabla 17).

Tabla 17

Casos probables y casos confirmados de tos ferina notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos probables	Casos confirmados	Porcentaje de casos confirmados
Amazonas	2	0	0
Antioquia	161	6	16,2
Arauca	10	0	0
Atlántico	2	0	0
Barranquilla	2	1	2,7
Bogotá	304	10	27,0
Bolívar	8	1	2,7
Boyacá	9	2	5,4
Caldas	22	0	0
Caquetá	7	0	0
Cartagena	6	0	0
Casanare	1	0	0
Cauca	24	2	5,4
Cesar	12	0	0
Choco	3	0	0
Córdoba	4	1	2,7
Cundinamarca	45	3	8,1
Exterior	2	0	0
Guainía	1	0	0
La Guajira	2	1	2,7
Guaviare	0	0	0
Huila	65	0	0
Magdalena	1	0	0
Meta	16	0	0
Nariño	40	3	8,1
Norte de Santander	86	1	2,7
Putumayo	5	0	0
Quindío	4	0	0
Risaralda	4	1	2,7
San Andres	3	0	0
Santander	54	1	2,7
Santa Marta.	3	0	0
Sucre	47	0	0
Tolima	36	0	0
Valle del Cauca	31	4	10,8
Vaupés	8	0	0
Vichada	1	0	0
Total	1 031	37	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

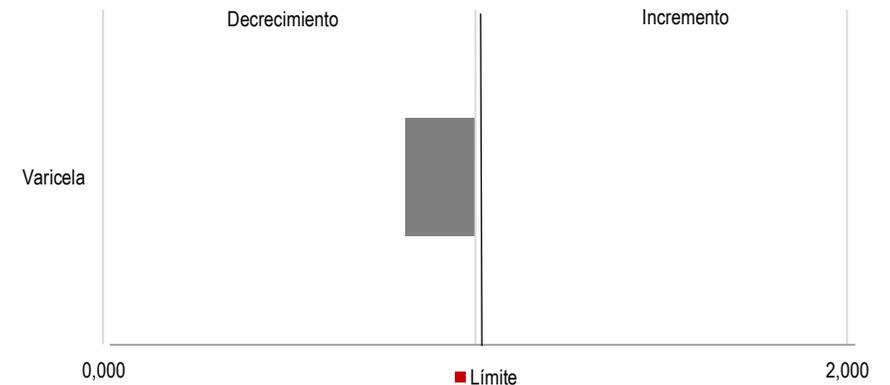
• Varicela

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 2 286 casos de varicela, 1 274 de esta semana y 1 012 notificados de manera tardía; en esta semana de descartaron 52 casos por error de digitación; en la misma semana de 2016 se notificaron 2 513 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 30 134 casos confirmados por clínica de varicela.

Para la semana 17, la razón entre lo observado y lo esperado de casos de varicela presenta un decrecimiento de 0,8 que no supera el límite inferior histórico notificado entre 2012 a 2016 (gráfica 22).

Gráfica 22

Comparación de notificación de varicela entre la semana epidemiológica 17 de 2017 y su comportamiento histórico, Colombia



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Hasta la semana epidemiológica 17 de 2017, se han notificado cinco muertes por varicela, las cuales se encuentran en estudio.

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

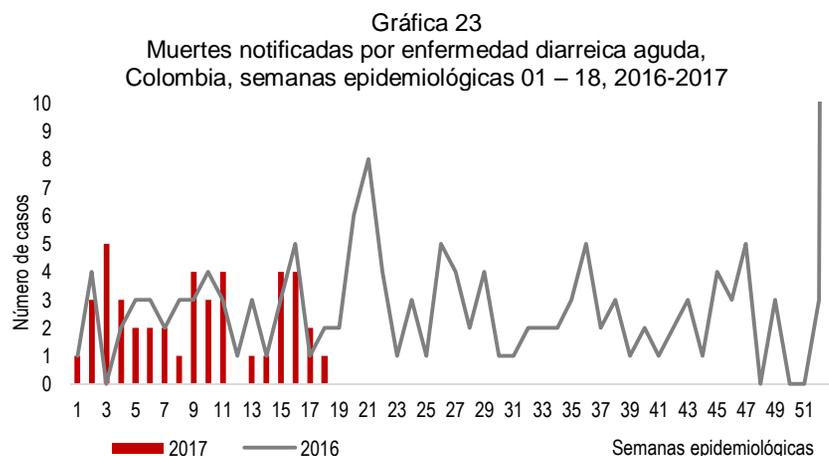
El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos transmitidos por alimentos, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificó al Sivigila dos muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años una de esta semana y una de semanas anteriores notificada de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron dos casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 43 casos probables de muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, se encuentran en estudio para su clasificación final y definir la causa de muerte (gráfica 23).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, Cesar y Meta registran el 41,8 % de las muertes probables (tabla 18).

Tabla 18
Muertes probables notificadas por enfermedad diarreica aguda, por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 18, 2017

Entidad Territorial	Casos	%
Chocó	6	13,9
La Guajira	6	13,9
Cesar	3	7,0
Meta	3	7,0
Nariño	3	7,0
Norte de Santander	3	7,0
Risaralda	3	7,0
Antioquia	2	4,7
Arauca	2	4,7
Bolívar	2	4,7
Cauca	2	4,7
Valle Del Cauca	2	4,7
Amazonas	1	2,3
Cartagena	1	2,3
Guainía	1	2,3
Putumayo	1	2,3
Vaupés	1	2,3
Vichada	1	2,3
Colombia	43	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2017

El 55,8 % de las muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años se registró en el sexo masculino; el 60,5 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, 19 casos (44,2 %) se notificaron en indígenas; el 44,2 % de las muertes ocurrieron en cabecera municipal; el 67,4 % en afiliados al régimen subsidiado (tabla 19).

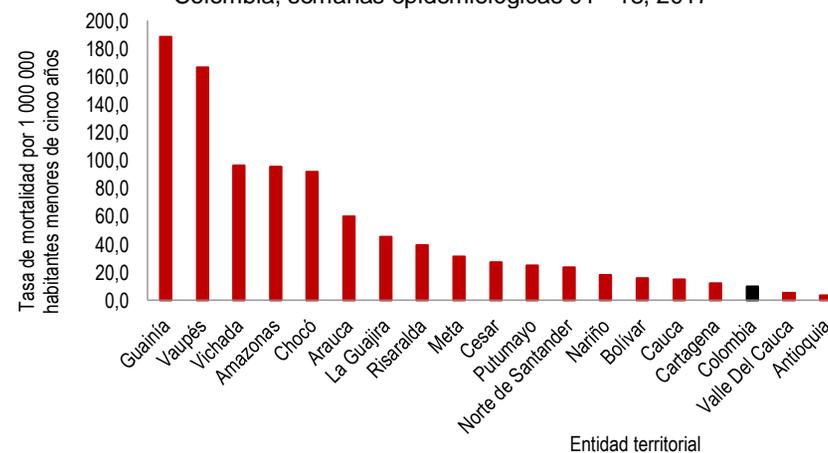
Tabla 19
Comportamiento demográfico y social de las muertes probables por enfermedad diarreica aguda notificadas en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	19	44,2
	Masculino	24	55,8
Grupo de edad	Menores de un año	26	60,5
	1 - 4 años	17	39,5
Pertenencia étnica	Indígena	19	44,2
	Otros	19	44,2
	Afrocolombiano	5	11,6
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Área	Cabecera municipal	19	44,2
	Centro poblado	7	16,3
	Rural disperso	17	39,5
Tipo de régimen	Contributivo	2	4,7
	Subsidiado	29	67,4
	Excepción	0	0
	Especial	0	0
	No asegurado	9	20,9
	Indeterminado	3	7,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La tasa de mortalidad nacional por enfermedad diarreica aguda es de 9,9 casos por 1 000 000 de menores de cinco años; los departamentos de Guainía, Vaupés, Vichada, Amazonas, Chocó, Arauca, La Guajira, Risaralda, Meta, Cesar, Putumayo, Norte de Santander, Nariño, Bolívar, Cauca y Cartagena, registran una tasa de mortalidad mayor a la nacional (gráfica 24).

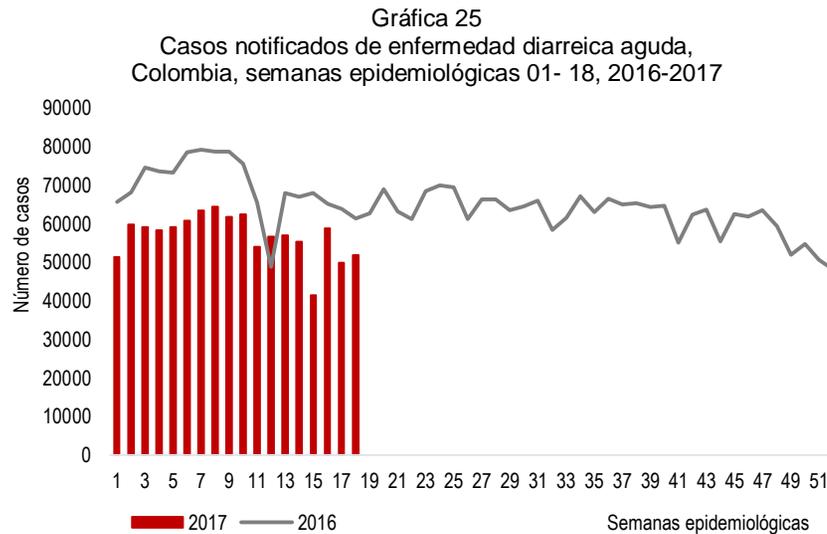
Gráfica 24
Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 57 448 casos de enfermedad diarreica aguda, 51 851 de esta semana y 5 597 de semanas anteriores notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 61 298 casos del evento. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1 024 927 casos de enfermedad diarreica aguda (gráfica 25).



Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca registran el 50,4 % de los casos del país (tabla 20).

Tabla 20
Casos de enfermedad diarreica aguda notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 – 18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	255 399	24,9
Antioquia	152 891	14,9
Valle del Cauca	108 189	10,6
Cundinamarca	48 837	4,8
Santander	35 802	3,5
Nariño	31 750	3,1
Tolima	27 529	2,7
Norte de Santander	25 018	2,4
Barranquilla	24 893	2,4
Boyacá	22 818	2,2
Cesar	22 134	2,2
Huila	21 647	2,1
Córdoba	20 729	2,0
Cauca	20 603	2,0
Risaralda	20 443	2,0
Atlántico	19 820	1,9
La Guajira	18 932	1,8
Meta	18 110	1,8
Magdalena	16 069	1,6
Quindío	15 420	1,5
Cartagena	14 977	1,5
Sucre	14 254	1,4
Caldas	13 378	1,3
Bolívar	13 041	1,3
Caquetá	8 815	0,9
Putumayo	5 886	0,6
Santa Marta	4 972	0,5
Buenaventura	4 362	0,4
Casanare	4 246	0,4
Chocó	4 039	0,4
Arauca	3 195	0,3
Amazonas	2 359	0,2
San Andrés	1 376	0,1
Guaviare	1 318	0,1
Vichada	745	0,1
Guainía	606	0,1
Vaupés	325	0,0
Colombia	1 024 927	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Notificaron casos de enfermedad diarreica aguda 1 015 municipios y los cinco distritos; Bogotá con el 24,9 %, Medellín con el 8,0 %, Cali con el 7,3 %, Barranquilla con el 2,4 %, Bucaramanga con el 1,9 %, Ibagué con el 1,6 % y Cúcuta con el 1,6 %, registran el 47,7 % de los casos.

La incidencia más alta de enfermedad diarreica aguda se registró en el sexo femenino con 21,6 por 1 000 habitantes y en menores de un año con 65,8 por 1 000 habitantes (tabla 21).

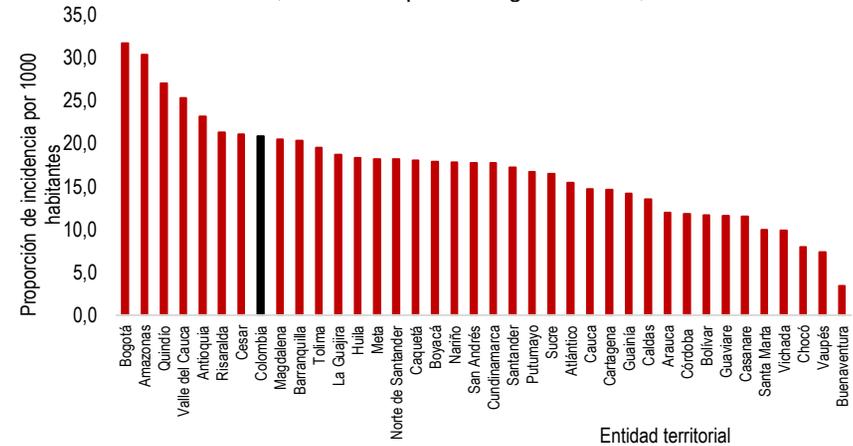
Tabla 21
 Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de enfermedad diarreica aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2017.

Variable	Categoría	Población estimada (DANE 2017)	Casos	Incidencia por 1 000 habitantes
Sexo	Femenino	24 953 862	539 153	21,6
	Masculino	24 337 747	485 774	20,0
Grupos de edad	Menores de un año	878 602	57 853	65,8
	1 a 4 años	3 469 474	184 475	53,2
	5 a 9 años	4 270 908	76 476	17,9
	10 a 14	4 256 204	50 834	11,9
	15 a 19	4 299 236	54 958	12,8
	20 a 24	4 307 133	104 524	24,3
	25 a 29	4 083 624	104 501	25,6
	30 a 34	3 676 508	83 171	22,6
	35 a 39	3 318 380	64 029	19,3
	40 a 44	2 961 657	45 808	15,5
	45 a 49	2 856 190	39 378	13,8
	50 a 54	2 773 926	35 920	12,9
	55 a 59	2 386 809	29 990	12,6
	60 a 64	1 876 548	25 295	13,5
65 a 69	1 420 127	19 575	13,8	
70 a 74	1 013 539	15 493	15,3	
75 a 79	711 175	13 637	19,2	
80 y más años	731 569	19 010	26,0	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2017

La incidencia nacional de enfermedad diarreica aguda es de 20,8 casos por 1 000 habitantes. Las entidades territoriales con incidencia mayor a la nacional son Bogotá, Amazonas, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia, Risaralda y Cesar (gráfica 26).

Gráfica 26
 Incidencia de enfermedad diarreica aguda por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2017.

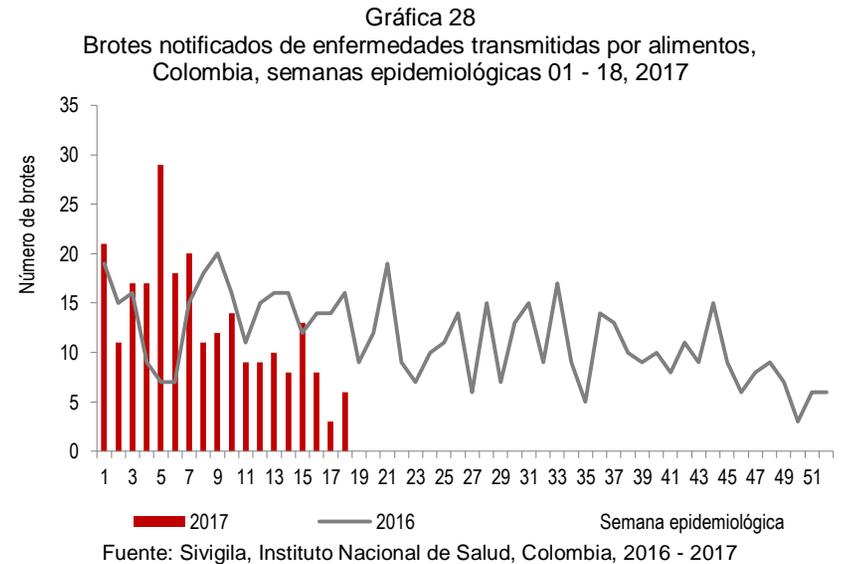
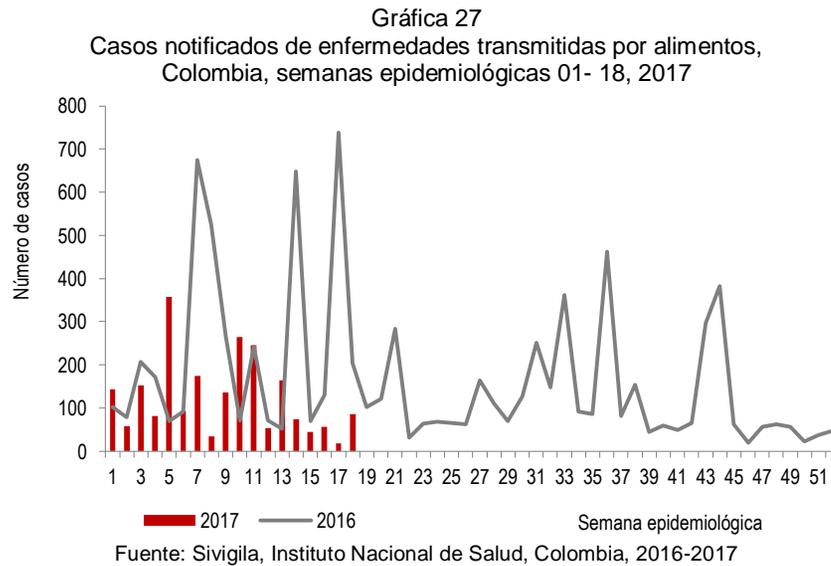


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2017.

• **Enfermedades Transmitidas por Alimentos**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 173 casos de enfermedades transmitidas por alimentos, 86 de esta semana y 87 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 204 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 2 237 casos de enfermedades transmitidas por alimentos; 1 438 confirmados por clínica, 258 relacionados con algún agente etiológico y 541 que se encuentran en estudio (gráfica 27).

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 16 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, seis de esta semana y 10 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 16 brotes. A la fecha, han ingresado al Sivigila 236 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (gráfica 28).



Por procedencia Bogotá, Santander, Barranquilla, Boyacá, Antioquia, Cesar, Sucre y Nariño registran el 68,7 % de los casos (tabla 22).

Tabla 22

Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 18, 2017

Entidad Territorial de Procedencia	Brotos	%	Casos	%
Bogotá	35	14,8	293	13,1
Santander	1	0,4	218	9,7
Barranquilla	3	1,3	205	9,2
Boyacá	5	2,1	197	8,8
Antioquia	17	7,2	184	8,2
Cesar	42	17,8	181	8,1
Sucre	21	8,9	145	6,5
Nariño	11	4,7	113	5,1
Valle del Cauca	7	3,0	103	4,6
Cuaca	2	0,8	60	2,7
Cartagena	4	1,7	59	2,6
Santa Marta	20	8,5	54	2,4
Huila	5	2,1	53	2,4
Guaviare	3	1,3	52	2,3
Arauca	6	2,5	50	2,2
Norte de Santander	7	3,0	43	1,9
Atlántico	10	4,2	41	1,8
Magdalena	8	3,4	39	1,7
La Guajira	2	0,8	29	1,3
Caquetá	8	3,4	22	1,0
Putumayo	2	0,8	21	0,9
Córdoba	1	0,4	17	0,8
Bolívar	4	1,7	12	0,5
chocó	2	0,8	11	0,5
Casanare	3	1,3	10	0,4
Meta	3	1,3	10	0,4
Quindío	3	1,3	10	0,4
Cundinamarca	1	0,4	5	0,2
Colombia	236	100	2 237	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 50,4 % de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos se registró en el sexo masculino; el 23,2 % de los casos se registraron en el grupo de 10 a 14 años (tabla 23).

Tabla 23

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1 128	50,4
	Femenino	1 109	49,6
Grupos de edad	Menores de un año	4	0,2
	1 a 4 años	119	5,3
	5 a 9 años	231	10,3
	10 a 14 años	518	23,2
	15 a 19 años	351	15,7
	20 a 24 años	225	10,1
	25 a 29 años	165	7,4
	30 a 34 años	136	6,1
	35 a 39 años	104	4,6
	40 a 44 años	103	4,6
45 a 49 años	69	3,1	
50 a 54 años	76	3,4	
55 a 59 años	39	1,7	
60 a 64 años	32	1,4	
65 y más años	65	2,9	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

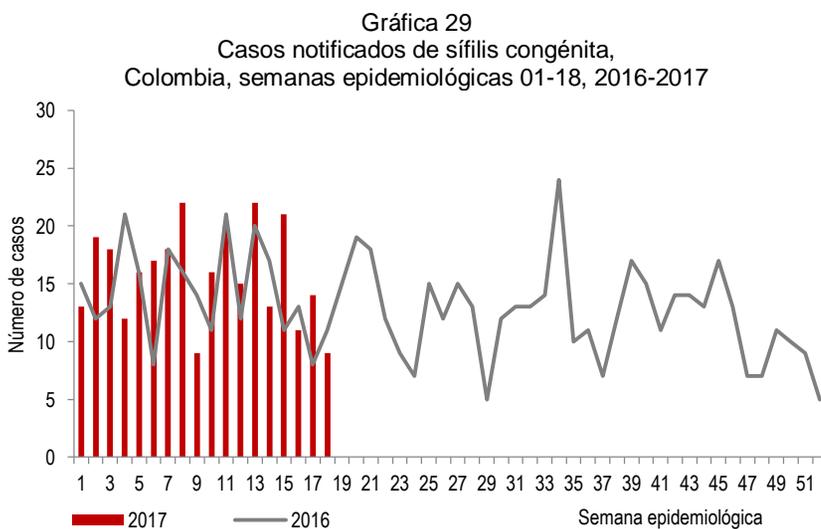
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Infecciones de transmisión sexual

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de transmisión sexual, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Sífilis Congénita

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 24 casos de sífilis congénita, nueve de esta semana y 15 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 11 casos. A la fecha, han ingresado a Sivigila 285 casos confirmados, 269 confirmados por nexos epidemiológico y 16 por laboratorio (gráfica 29).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por residencia, Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Buenaventura y Chocó notificaron el 48,8 % de los casos (tabla 24).

Tabla 24
Casos notificados de sífilis congénita por entidad territorial de residencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	37	13,0
Bogotá	37	13,0
Valle del Cauca	28	9,8
Buenaventura	22	7,7
Chocó	15	5,3
Nariño	14	4,9
Cundinamarca	11	3,9
Tolima	11	3,9
Cesar	10	3,5
Córdoba	10	3,5
Magdalena	9	3,2
Risaralda	9	3,2
Caldas	8	2,8
La Guajira	7	2,5
Meta	7	2,5
Arauca	6	2,1
Norte de Santander	6	2,1
Cartagena	5	1,8
Bolívar	4	1,4
Atlántico	3	1,1
Boyacá	3	1,1
Cauca	3	1,1
Huila	3	1,1
Quindío	3	1,1
Santander	3	1,1
Santa Marta	3	1,1
Sucre	3	1,1
Putumayo	2	0,7
Barranquilla	1	0,4
Caquetá	1	0,4
Casanare	1	0,4
Total	285	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 51,6 % de los casos de sífilis congénita se registró en el sexo femenino; el 65,6 % pertenecen al régimen subsidiado. Por pertenencia étnica, 34 casos (el 11,9 %) se notificaron en afrocolombianos, nueve (el 3,2 %) en indígenas y dos (el 0,7 %) en ROM (gitano); por área de ocurrencia 229 casos (el 80,4 %) se notificaron en cabeceras municipales (tabla 25).

Tabla 25

Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

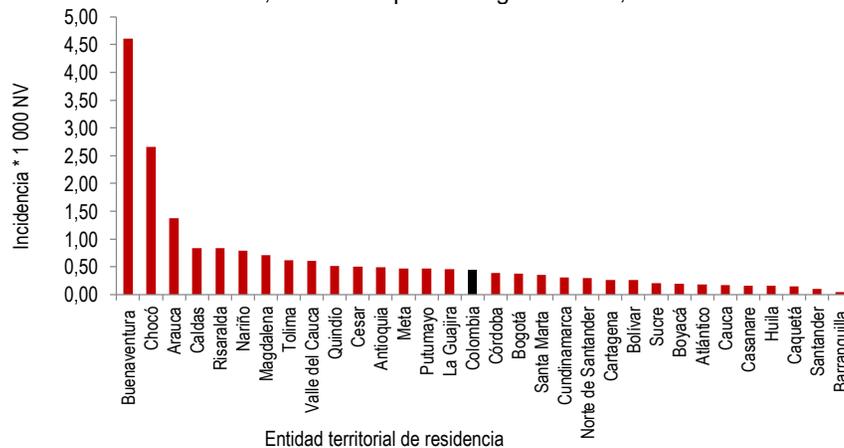
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	147	51,6
	Masculino	138	48,4
Tipo de régimen	Contributivo	55	19,3
	Especial	5	1,8
	Indeterminado	9	3,2
	No asegurado	29	10,2
	Excepción	0	0
Pertenenencia étnica	Subsidiado	187	65,6
	Indígena	9	3,2
	ROM (gitano)	2	0,7
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Área de ocurrencia	Afrocolombiano	34	11,9
	Otro	240	84,2
	Cabecera municipal	229	80,4
	Centro poblado	30	10,5
	Rural disperso	26	9,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de sífilis congénita es de 0,44 casos por 1000 nacidos vivos. Buenaventura, Chocó, Arauca, Caldas y Risaralda registran las mayores incidencias (gráfica 30).

Gráfica 30

Incidencia de sífilis congénita por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

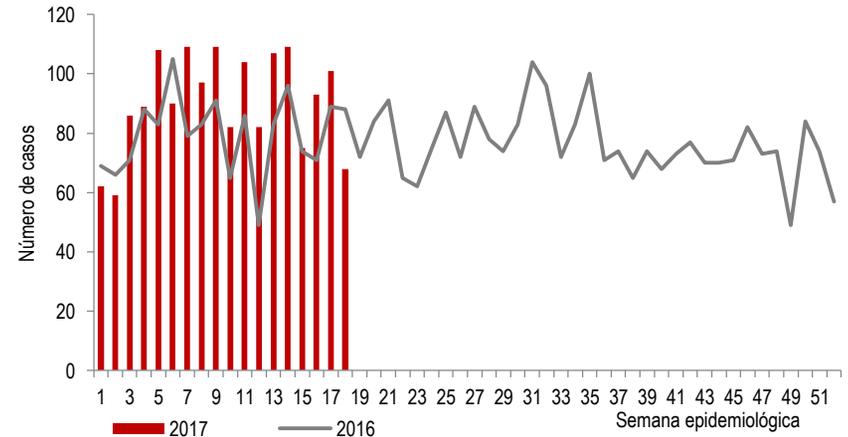


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Sífilis Gestacional

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 94 casos de sífilis gestacional, 68 de esta semana y 26 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 88 casos. A la fecha, han ingresado a Sivigila 1 630 casos confirmados por laboratorio (gráfica 31).

Gráfica 31
Casos notificados de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por residencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cesar y Magdalena notificaron el 42,2 % de los casos (tabla 26).

Tabla 26

Casos notificados de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Bogotá	211	12,9
Antioquia	170	10,4
Valle del Cauca	162	9,9
Cesar	74	4,5
Magdalena	71	4,4
Córdoba	59	3,6
Cundinamarca	59	3,6
Cartagena	56	3,4
Nariño	55	3,4
Santander	54	3,3
Risaralda	53	3,3
Sucre	48	2,9
Atlántico	47	2,9
Buenaventura	43	2,6
Bolívar	42	2,6
La Guajira	42	2,6
Huila	42	2,6
Meta	38	2,3
Tolima	37	2,3
Norte de Santander	34	2,1
Chocó	31	1,9
Quindío	31	1,9
Arauca	24	1,5
Cauca	23	1,4
Caldas	21	1,3
Boyacá	18	1,1
Barranquilla	15	0,9
Caquetá	14	0,9
Casanare	14	0,9
Putumayo	14	0,9
Santa Marta	12	0,7
Exterior	5	0,3
Guaviare	5	0,3
Amazonas	2	0,1
San Andrés	2	0,1
Guainía	1	0,1
Vichada	1	0,1
Total	1 630	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 66,5 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado; el grupo de edad que registró la mayor proporción de casos fue el de 20 a 24 con el 28,2 %. Por pertenencia étnica, 202 casos (el 12,4 %) se notificaron en afrocolombianos, 55 casos (el 3,4 %) en indígenas, 10 (el 0,6 %) en ROM (gitano), siete (el 0,4 %) en raizales y dos (el 0,1 %) en palenqueros; por área de ocurrencia 1 295 casos (el 79,4 %) se notificaron en cabeceras municipales (tabla 27).

Tabla 27

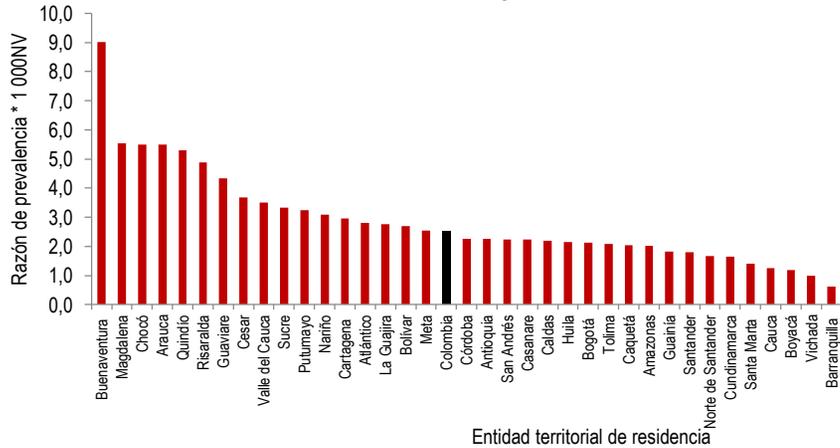
Comportamiento demográfico y social de los casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen	Contributivo	389	23,9
	Especial	13	0,8
	Indeterminado	10	0,6
	No asegurado	124	7,6
	Excepción	10	0,6
	Subsidiado	1 084	66,5
Pertenencia étnica	Indígena	55	3,4
	ROM (gitano)	10	0,6
	Raizal	7	0,4
	Palenquero	2	0,1
	Afrocolombiano	202	12,4
	Otro	1 354	83,1
Grupos de edad	Menores de 14 años	2	0,1
	14 a 19 años	371	22,8
	20 a 24 años	459	28,2
	25 a 29 años	343	21,0
	30 a 34 años	265	16,3
	35 a 39 años	141	8,7
	40 a 44 años	42	2,6
	45 y más años	7	0,4
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	1 295	79,4
	Centro poblado	154	9,4
	Rural disperso	181	11,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La razón de prevalencia nacional de sífilis gestacional es de 2,5 casos por 1 000 nacidos vivos. Buenaventura, Magdalena, Chocó, Arauca y Quindío registran las mayores razones de prevalencia del país, sin embargo a semana 18 se han notificado cinco casos de residentes en el exterior, para una razón de prevalencia de 15,1 casos por 1 000 nacidos vivos de gestantes residentes fuera del país (gráfica 32).

Gráfica 32
Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

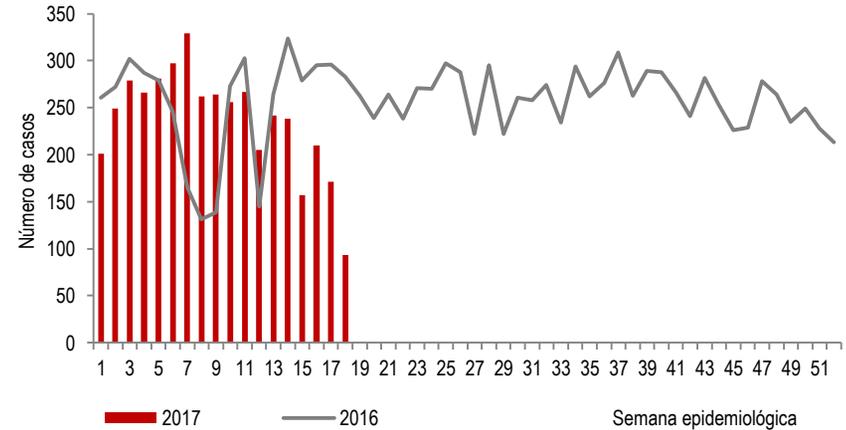


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

En la semana epidemiológica 19 de 2017, se notificaron al Sivigila 280 casos de VIH/Sida, 93 de esta semana y 187 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 283 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 4 267 casos confirmados por laboratorio (gráfica 33).

Gráfica 33
Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Inicio

Notificación

Inmunoprevenibles

Alimentos y agua

Transmisión sexual

Zoonosis

No transmisibles

Salud mental

Transmisión por vector

Brotos y emergencias

Por procedencia, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Córdoba, Barranquilla, Norte de Santander, Santander, Cartagena, Cundinamarca y Atlántico, notificaron el 71,6 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida (tabla 28).

Tabla 28

Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	VIH	%	Sida	%	Muertes	%
Bogotá	609	17,7	135	22,9	37	15,7
Antioquia	618	18,0	67	11,4	11	4,7
Valle del Cauca	402	11,7	56	9,5	34	14,4
Córdoba	175	5,1	46	7,8	8	3,4
Barranquilla	146	4,2	13	2,2	9	3,8
Norte de Santander	128	3,7	16	2,7	10	4,2
Santander	121	3,5	27	4,6	5	2,1
Cartagena	96	2,8	37	6,3	8	3,4
Cundinamarca	113	3,3	13	2,2	9	3,8
Atlántico	87	2,5	13	2,2	7	3,0
Caldas	95	2,8	3	0,5	3	1,3
Quindío	61	1,8	27	4,6	13	5,5
Nariño	68	2,0	14	2,4	17	7,2
Risaralda	71	2,1	10	1,7	16	6,8
Bolívar	49	1,4	18	3,1	4	1,7
Cesar	64	1,9	3	0,5	4	1,7
Tolima	57	1,7	9	1,5	5	2,1
Magdalena	53	1,5	13	2,2	2	0,8
Huila	50	1,5	10	1,7	4	1,7
Cauca	48	1,4	9	1,5	4	1,7
Sucre	47	1,4	9	1,5	4	1,7
La Guajira	43	1,2	6	1,0	2	0,8
Meta	38	1,1	4	0,7	4	1,7
Santa Marta	36	1,0	6	1,0	3	1,3
Boyacá	36	1,0	4	0,7	0	0
Buenaventura	20	0,6	1	0,2	4	1,7
Casanare	18	0,5	3	0,5	4	1,7
Exterior	16	0,5	5	0,8	1	0,4
Chocó	16	0,5	3	0,5	1	0,4
Putumayo	17	0,5	1	0	1	0,4
Arauca	14	0,4	2	0,3	1	0,4
Guaviare	11	0,3	1	0,2	0	0
Caquetá	8	0,2	3	0,5	0	0
Amazonas	6	0,2	1	0,2	1	0,4
San Andrés	4	0,1	0	0	0	0
Vichada	1	0,03	1	0,2	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Total	3 442	100	589	100	236	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 79,6 % de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida se registraron en el sexo masculino; el 46,6 % pertenecen al régimen contributivo; el 20,3 % fueron registrados en el grupo de edad entre 25 y 29 años. Por pertenencia étnica, 209 casos (el 4,9 %) se notificaron en afrocolombianos, 53 (el 1,2 %) en población indígena, 20 (el 0,5 %) en ROM (gitano) y 6 (el 0,1 %) en raizales y por área de ocurrencia el 88,0 % son de la cabecera municipal (tabla 29).

Tabla 29

Comportamiento demográfico y social de los casos de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	872	20,4
	Masculino	3 395	79,6
Tipo de régimen	Contributivo	1 989	46,6
	Especial	88	2,1
	Indeterminado	29	0,7
	No asegurado	270	6,3
	Excepción	74	1,7
Pertenencia étnica	Subsidiado	1 817	42,6
	Indígena	53	1,2
Pertenencia étnica	ROM (gitano)	20	0,5
	Raizal	6	0,1
	Palenquero	1	0,02
	Afrocolombiano	209	4,9
	Otro	3 978	93,2
Grupos de edad	Menores de un año	3	0,1
	1 a 4 años	10	0,2
	5 a 9 años	7	0,2
	10 a 14 años	12	0,3
	15 a 19 años	244	5,7
	20 a 24 años	761	17,8
	25 a 29 años	865	20,3
	30 a 34 años	655	15,4
	35 a 39 años	444	10,4
Área de ocurrencia	40 a 44 años	361	8,5
	45 a 49 años	304	7,1
	50 a 54 años	222	5,2
	55 a 59 años	159	3,7
	60 a 64 años	99	2,3
	65 y más años	121	2,8
	Cabecera municipal	3 755	88,0
Centro poblado	298	7,0	
Rural disperso	214	5,0	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

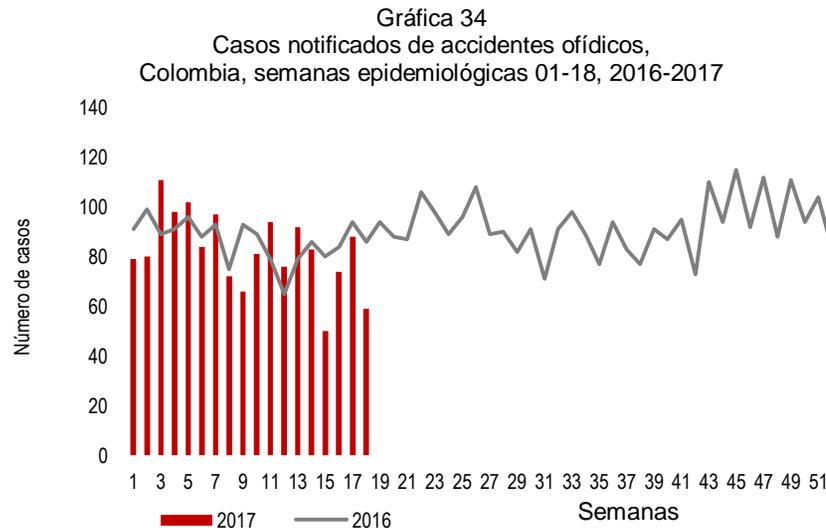
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de zoonosis que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Accidente Ofídico

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 89 casos, 59 de esta semana y 30 de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 86 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 1 486 casos de accidente ofídico (gráfica 34).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, Antioquia, Chocó, Norte de Santander, Meta y Córdoba, notificaron el 42,6% de los casos; San Andrés, Providencia y Santa Catalina no notificaron casos (tabla 30).

Tabla 30 Casos notificados de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-17, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	256	17,2
Chocó	107	7,2
Norte de Santander	105	7,1
Meta	89	6,0
Córdoba	76	5,1
Caquetá	70	4,7
Cesar	63	4,2
Bolívar	61	4,1
Cauca	57	3,8
Arauca	55	3,7
Santander	53	3,6
Huila	46	3,1
Casanare	40	2,7
Putumayo	37	2,5
Magdalena	34	2,3
La Guajira	31	2,1
Nariño	31	2,1
Tolima	29	2,0
Guaviare	28	1,9
Boyacá	27	1,8
Caldas	23	1,5
Cundinamarca	19	1,3
Sucre	19	1,3
Vaupés	19	1,3
Atlántico	18	1,2
Risaralda	16	1,1
Amazonas	13	0,9
Santa Marta	11	0,7
Valle del Cauca	10	0,7
Buenaventura	8	0,5
Vichada	8	0,5
Guainía	7	0,5
Barranquilla	6	0,4
Cartagena	5	0,3
Exterior	5	0,3
Quindío	3	0,2
Bogotá	1	0,1
Total	1 486	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Han notificado accidentes ofídicos 402 municipios y cinco distritos; Montería, Quibdó, Florencia, Valledupar y Popayán notificaron el 12,0 % de los casos del país.

El 75,1 % de los accidentes ofídicos se registraron en el sexo masculino; el 77,7 % pertenecen al régimen subsidiado; el 77,3 % se notificó con procedencia rural; el 10,5 % se registró en el grupo de edad entre 15 y 19 años. Por pertenencia étnica, 186 (el 13,3 %) se notificaron en indígenas, 100 casos (el 7,2) en afrocolombianos (tabla 31).

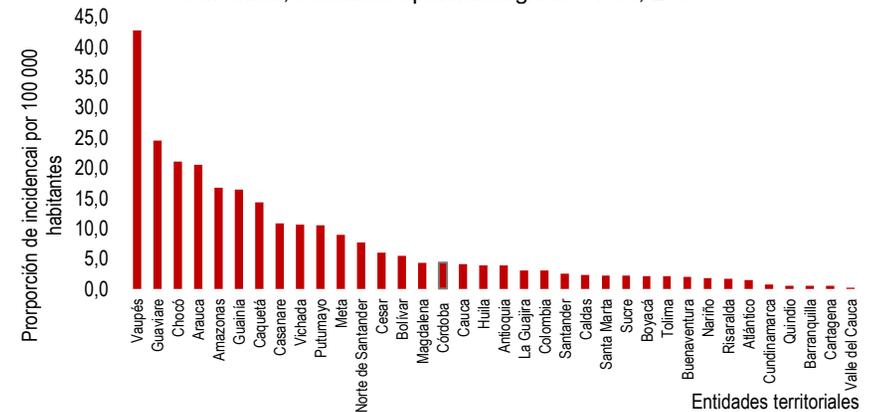
Tabla 31
Comportamiento demográfico y social de los casos de accidente ofídico,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-17, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1 123	75,6
	Femenino	363	24,4
Área de procedencia	Rural	1 149	77,3
	Cabecera municipal	337	22,7
tipo de régimen	Subsidiado	1 150	77,4
	Contributivo	155	10,4
	No asegurado	133	9,0
	Especial	24	1,6
	Indeterminado	18	1,2
	Excepción	6	0,4
	Otros	1 182	79,5
Pertenencia étnica	Indígena	192	12,9
	Afrocolombiano	105	7,1
	ROM (gitano)	3	0,2
	Raizal	2	0,1
	Palenquero	2	0
Grupos de edad	Menores de un año	1	0,1
	1 a 4 años	108	7,3
	5 a 9 años	164	11,0
	10 a 14 años	147	9,9
	15 a 19 años	115	7,7
	20 a 24 años	98	6,6
	25 a 29 años	96	6,5
	30 a 34 años	68	4,6
	35 a 39 años	92	6,2
	40 a 44 años	75	5,0
	45 a 49 años	117	7,9
	50 a 54 años	82	5,5
	55 a 59 años	75	5,0
60 a 64 años	71	4,8	
65 y más años	177	11,9	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de accidente ofídico es de 3,0 casos por 100 000 habitantes. Las regiones Amazonia y Orinoquía registraron mayor proporción de incidencia con 15,5 y 11,2 casos por 100 000 habitantes respectivamente. Las mayores incidencias se registran en Vaupés, Guaviare, Arauca, Chocó y Amazonas (gráfica 35).

Gráfica 35
Incidencia de accidentes ofídicos por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



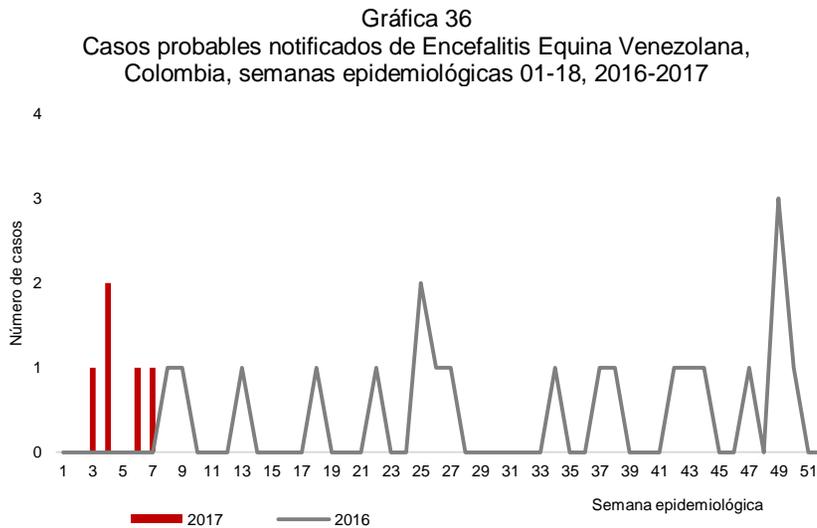
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las personas notificadas, el 59,7 % fueron reportadas como hospitalizadas (la meta establecida es del 100 %); el 79,9 % recibieron suero antiofídico; se registraron 89 casos de no envenenamiento y a 11 se les aplicó suero antiofídico. Por la clasificación de severidad y la aplicación de suero antiofídico, 609 casos (el 78,9 %) de los casos leves recibieron suero antiofídico, de los casos moderados 446 casos (el 91,0 %) y de los casos graves 116 casos (el 90,6 %). Hasta esta semana se han utilizado 5 019 ampollas en el manejo de los accidentes, 4,4 ampollas en promedio por paciente, con un mínimo de una y un máximo de 23 ampollas aplicadas.

Comportamiento de la notificación de muertes por accidente ofídico Hasta la semana epidemiológica 17 de 2017, se han notificado seis defunciones, un caso en cada uno de los siguientes departamentos Nariño, Chocó, Atlántico, Meta, Antioquia y Bolívar.

• **Encefalitis Equina**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, no se notificaron al Sivigila casos probables de Encefalitis Equinas; en la misma semana de 2016 se notificó un caso. A la fecha, han ingresado al Sivigila cinco casos probables de Encefalitis Equina que se encuentran en estudio (gráfica 36).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Los cinco casos probables corresponden a Encefalitis Equina Venezolana: uno notificado por el municipio de Floridablanca (Santander), dos notificados por el municipio de Saravena (Arauca) y dos notificados por el municipio de Cúcuta (Norte de Santander).

La vigilancia de los casos en équidos en áreas con poblaciones susceptibles, provee información práctica y sensible para el reconocimiento del riesgo para la salud pública, especialmente en áreas donde no hay registro de actividad viral en animales silvestres o en mosquitos. El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) realiza vigilancia pasiva y a su vez recibe todas las notificaciones de síndrome neurológico en équidos, que mediante el procesamiento

de las muestras en el Laboratorio Nacional de Diagnóstico Veterinario se confirman. Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017, se ha notificado siete focos; dos en el departamento de Arauca, dos en el departamento de Meta y un foco en los departamentos de Vichada, Guaviare y Bolívar (tabla 32).

Tabla 32
Focos de Encefalitis Equinas notificados por Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de procedencia	Municipio de procedencia	Focos	Équidos positivos
Arauca	Fortul	1 EEE	1 Equino
Arauca	Arauca	1 EEE	2 Equinos
Vichada	La Primavera	1 EEE	1 Equino
Meta	Puerto Rico	1 EEE	1 Equino
Meta	Puerto Lleras	1 EEE	1 Equino
Guaviare	San José de Guaviare	1 EEE	1 Equino
Bolívar	Pinillos	1 EEE	1 Equino

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2017

Para cada uno de los focos, se realizan las acciones de prevención, vigilancia y control de acuerdo con la circular 030 de 2014 y el protocolo de vigilancia para el evento emitido por el INS; hasta la fecha no se han encontrado personas que cumplan con la definición de caso en los focos mencionados anteriormente.

• **Leptospirosis**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 32 casos de leptospirosis, ocho de esta semana y 24 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 33 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 764 casos de leptospirosis; 177 casos confirmados por laboratorio, siete por nexa epidemiológico y 580 casos sospechosos (gráfica 37).

Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron Antioquia, Valle del Cauca, Tolima y Buenaventura con el 55 % de los casos (tabla 33).

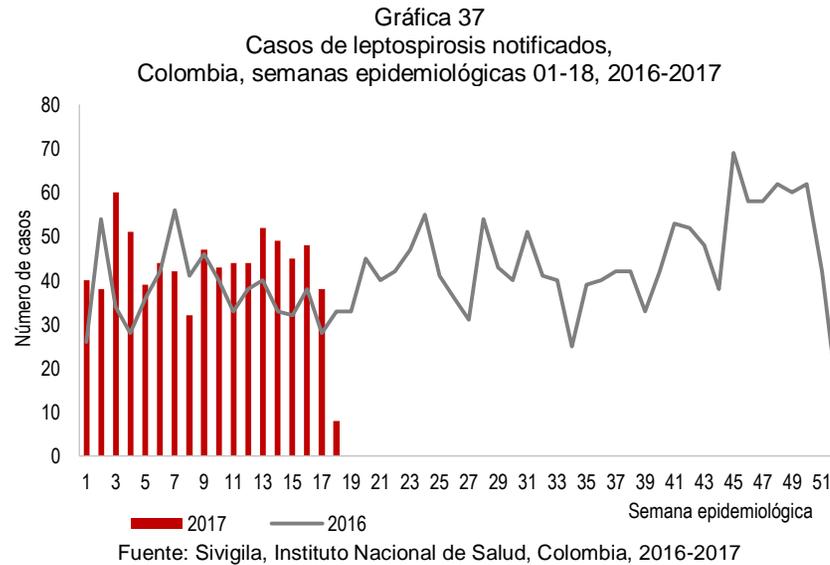


Tabla 33
Casos de leptospirosis notificados por entidad territorial de procedencia,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	179	23,6
Valle del Cauca	120	15,7
Tolima	91	11,9
Buenaventura	29	3,8
Risaralda	29	3,8
Bolívar	27	3,5
Chocó	27	3,5
Barranquilla	24	3,1
Atlántico	24	3,1
Córdoba	22	2,9
Cundinamarca	18	2,4
Santander	17	2,2
Bogotá	16	2,1
Nariño	14	1,8
Cesar	14	1,8
Quindío	11	1,4
Sucre	11	1,4
Casanare	11	1,4
Cartagena	10	1,3
Caldas	10	1,3
Meta	10	1,3
La Guajira	7	0,9
Guaviare	7	0,9
Norte de Santander	7	0,9
Cauca	5	0,7
Huila	5	0,7
Boyacá	5	0,7
Caquetá	3	0,4
Amazonas	3	0,4
Putumayo	3	0,4
Santa Marta	2	0,3
Magdalena	1	0,1
Exterior	2	0,3
Total	764	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Notificaron casos 203 municipios y cinco distritos, el 32,1 % de los casos fue notificado por siete entidades territoriales. Apartado con el 5,9 %, Cali con el 5,6 %, Medellín con 5,1 %, Ibagué con el 4,7 %, Buenaventura con el 3,8 %, Tuluá con el 3,8 %, y Barranquilla con el 3,1 %

El 67,5 % de los casos de leptospirosis se registró en el sexo masculino; el 48 % pertenecen al régimen contributivo; el 11,3 % se notificó en el grupo de 20 a 24 años. Por pertenencia étnica, 656 casos (el 85,9 %) se notificaron en otros grupos poblacionales y 84 casos (el 11 %) se notificaron en afrocolombianos (tabla 34).

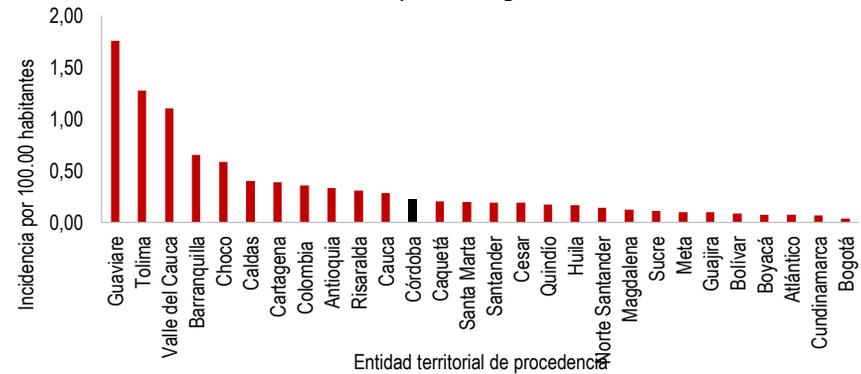
Tabla 34
Comportamiento demográfico y social de los casos de leptospirosis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	248	32,5
	Masculino	516	67,5
Tipo de régimen	Contributivo	367	48,0
	Especial	35	4,6
	No afiliado	38	5,0
	Indeterminado	12	1,6
	Excepción	18	2,4
Pertenencia étnica	Subsidiado	294	38,5
	Indígena	20	2,6
	ROM (gitano)	2	0,3
	Raizal	2	0,3
	Palenquero	0	0,00
Grupos de edad	Afrocolombiano	84	11,0
	Otros	656	85,9
	Menores de un año	5	0,7
	1 a 4 años	43	5,6
	5 a 9 años	50	6,5
	10 a 14 años	55	7,2
	15 a 19 años	61	8,0
20 a 24 años	86	11,3	
Área de procedencia	25 a 29 años	82	10,7
	30 a 34 años	58	7,6
	35 a 39 años	54	7,1
	40 a 44 años	45	5,9
	45 a 49 años	47	6,2
	50 a 54 años	44	5,8
	55 a 59 años	41	5,4
	60 a 64 años	30	3,9
	65 y más años	63	8,2
	Área de procedencia	Cabecera municipal	552
Centro poblado		99	13,0
Rural disperso		113	14,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de leptospirosis es de 0,36 casos por 100 000 habitantes. Las dos entidades territoriales con la mayor incidencia de casos son Guaviare y Tolima (gráfica 38).

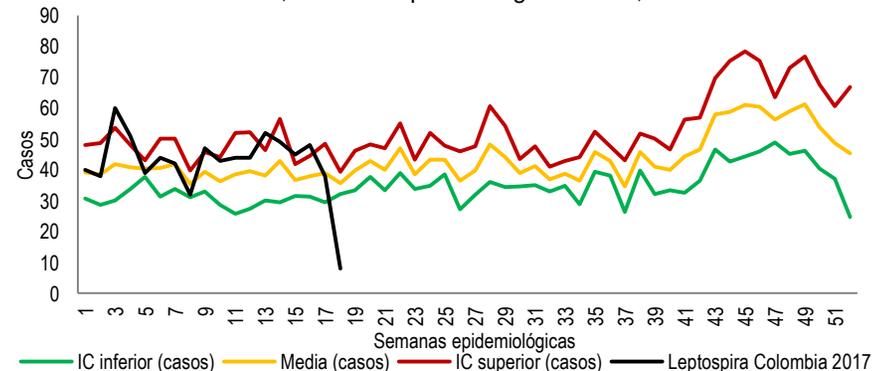
Gráfica 38
Incidencia de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El canal endémico de leptospirosis ha estado en situación de brote en seis semanas, siete semanas en situación de alarma, en seguridad cuatro semanas y en éxito una semana epidemiológica (gráfica 39).

Gráfica 39
Canal endémico nacional de leptospirosis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

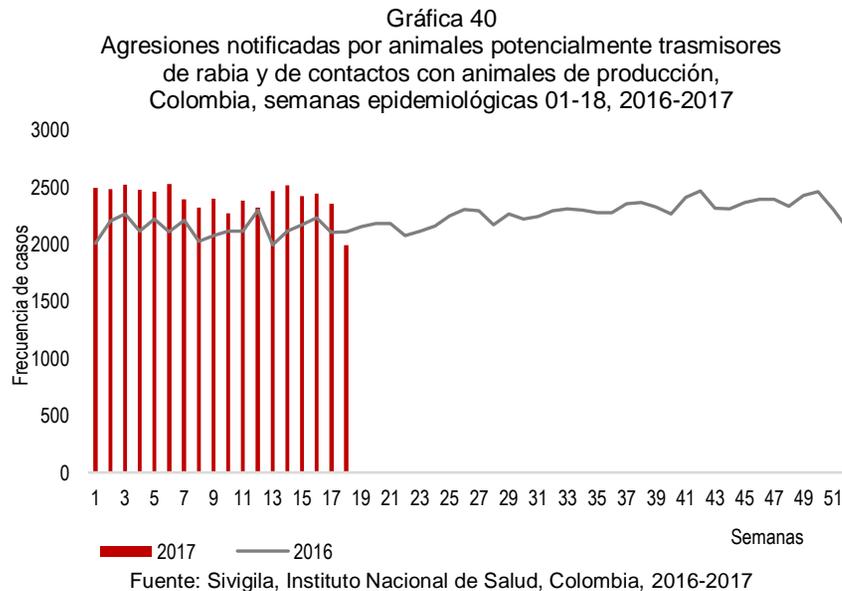


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Vigilancia Integrada de la Rabia**

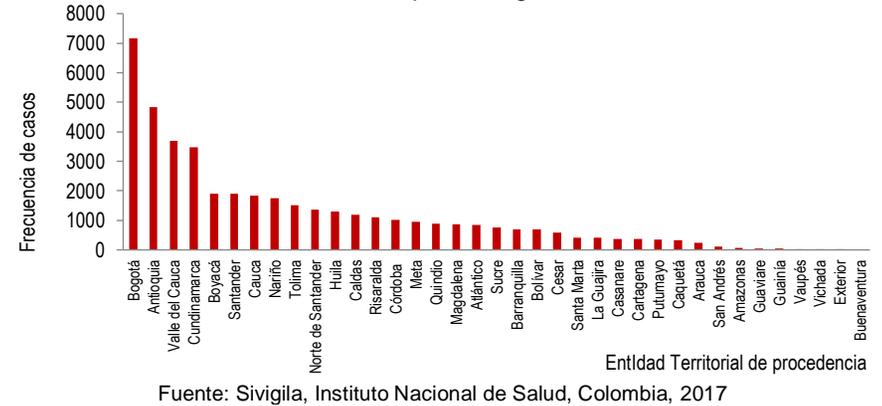
Agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 2 659 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, incluidos los contactos con animales de producción, 1 992 de esta semana y 667 notificados de manera tardía; en la semana epidemiológica 18 de 2016 se notificaron 2 108 casos de agresiones. A la fecha, han ingresado al Sivigila 43 241 casos de agresiones por animales transmisores de rabia (gráfica 40).



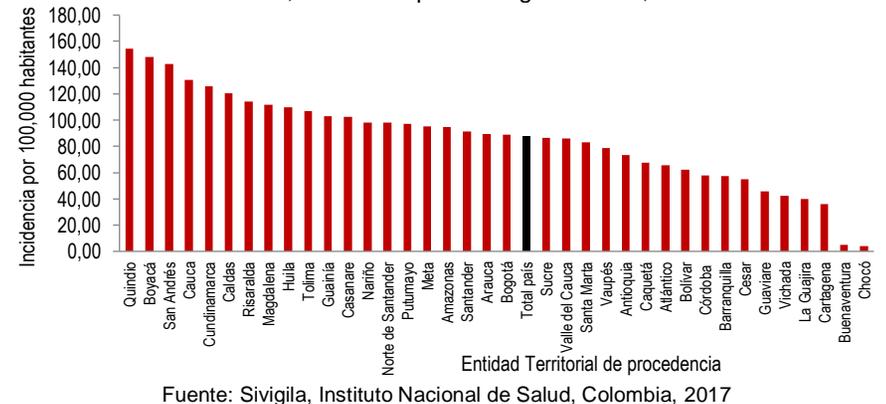
Por procedencia, Bogotá presentó el 16,6 % de las agresiones, Antioquia el 11,2 %, Valle del Cauca el 8,5 %, Cundinamarca el 8,0 %, Boyacá el 4,4 %, Santander el 4,4 %, Cauca el 4,2 % y Nariño el 4,1 % notificando el 57,2 % del total de casos del país (gráfica 41).

Gráfica 41
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y contactos con el virus de la rabia fue de 87,7 casos por 100 000 habitantes. Las mayores incidencias se registraron en Quindío, Boyacá, San Andrés, Cauca, Cundinamarca, Caldas, Risaralda, Magdalena, Huila y Tolima (gráfica 42).

Gráfica 42
Incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y de contactos con animales de producción por entidades territoriales de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Los casos fueron notificados por 1 004 municipios de los 32 departamentos y por los cinco distritos.

El 53,7 % de los casos de agresiones se registraron en el sexo masculino; el 13,9 % en el grupo de 5 a 9 años de edad y la edad promedio es de 30 años; el 45,3 % pertenecen al régimen contributivo; según pertenencia étnica el 95,6 % se registró en “otros” y por área de ocurrencia el 76,5 % procedían de la cabecera municipal (tabla 42).

Tabla 42

Agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia según características sociodemográficas de las personas agredidas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	23 210	53,7
	Femenino	20 031	46,3
Edad	0-4	3 904	9,0
	5-9	5 989	13,9
	10-14	4 771	11,0
	15-19	3 457	8,0
	20-24	3 645	8,4
	25-29	3 125	7,2
	30-34	2 625	6,1
	35-39	2 285	5,3
	40-44	1 958	4,5
	45-49	2 081	4,8
	50-54	2 112	4,9
55-59	1 878	4,3	
60-64	1 616	3,7	
	65 y más	3 795	8,8
Tipo régimen de salud	Contributivo	19 595	45,3
	Subsidiado	19 289	44,6
	No asegurado	1 882	4,4
	Especial	1 295	3,0
	Excepción	730	1,7
	Indeterminado	450	1,0
Pertenencia étnica	Otros	41 344	95,6
	Afrocolombianos	1 011	2,3
	Indígenas	638	1,5
	ROM (gitanos)	143	0,3
	Raizales	63	0,1
	Palenqueros	42	0,1
Área	Cabecera municipal	33 080	76,5
	Rural dispersa	6 376	14,7
	Centro poblado	3 785	8,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De las personas agredidas, 24 707 casos (57,1 %) se clasificaron como no exposiciones, 14 044 casos (32,5 %) como exposiciones leves, 4 390 casos (10,2 %) como exposiciones graves y de 100 casos no se reportó el tipo de exposición.

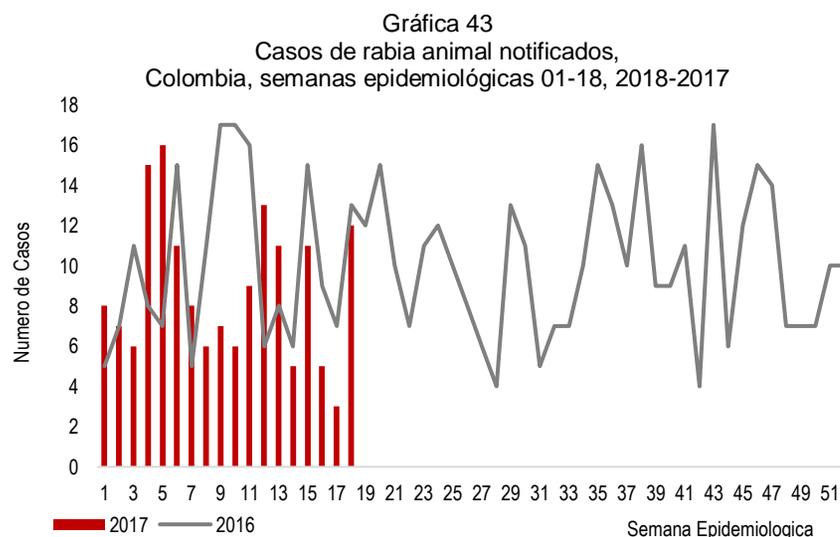
En relación con el manejo de los casos, 1 174 casos (2,7 %) requirieron hospitalización para su manejo; en 41 832 casos (96,7 %) se realizó lavado de la herida y en 3 683 casos (8,5 %) sutura; se ordenó aplicación de suero a 4 349 casos (el 10,1 %) y de vacuna a 17 090 casos (el 39,5 %).

Rabia humana

El Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, en la semana epidemiológica 04 confirmó un caso de rabia humana procedente de la vereda Guesimal, municipio de Tena, departamento de Cundinamarca, mediante prueba positiva de inmunofluorescencia directa; en la semana epidemiológica 05, mediante estudio histopatológico, reportó encefalitis aguda Diencefalo Mesencefalo y Bulbar con numerosos cuerpos de Negri en neuronas de Purkinje del cerebelo y por prueba biológica positiva para variante atípica 1, procedente de murciélago hematófago; y en la semana 06 de 2017 por inmunohistoquímica para antígeno rábico fuertemente positiva con numerosos cuerpos de Negri en neuronas de Purkinje del cerebelo.

Rabia animal

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 12 casos probables de rabia animal, 12 de esta semana y ninguno de semanas anteriores; en la misma semana de 2016 se notificaron 13 casos. A la fecha, se han notificado 159 casos de rabia animal que se encuentran en estudio (gráfica 43).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

La notificación corresponde a 144 perros (el 90,6 %) y 15 gatos (9,4 %). La entidad territorial que notificó la mayor proporción de casos fue Barranquilla con el 20,1 % de los casos (tabla 35).

Tabla 35
Casos de rabia animal notificados por entidad territorial,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Barranquilla	32	20,1
Antioquia	27	17,0
Cundinamarca	11	6,9
Sucre	11	6,9
Cesar	10	6,3
Santander	9	5,7
La Guajira	8	5,0
Risaralda	7	4,4
Cartagena	5	3,1
Chocó	5	3,1
Bolívar	4	2,5
Córdoba	4	2,5
Valle del Cauca	4	2,5
Magdalena	3	1,9
Meta	3	1,9
Atlántico	2	1,3
Bogotá	2	1,3
Boyacá	2	1,3
Cauca	2	1,3
Guainía	2	1,3
Santa Marta	2	1,3
Caquetá	1	0,6
Huila	1	0,6
Tolima	1	0,6
Vichada	1	0,6
Total	159	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Los casos fueron notificados por 63 municipios de 21 departamentos y por cuatro distritos.

El 40,3% de los casos probables de rabia animal registran antecedentes vacunales desconocidos; el 62,3% proceden de cabecera municipal y del 79,2% se desconoce el tipo de muerte (tabla 36).

Tabla 36
Comportamiento de los casos de rabia animal, Colombia, semana epidemiológica 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Antecedente Vacunal	Si	39	24,5
	No	55	34,6
	Desconocido	64	40,3
	Sin dato	1	0,6
Área de Procedencia	Cabecera municipal	99	62,3
	Rural disperso	31	19,5
	Centro poblado	19	11,9
	Sin dato	10	6,3
Tipo de Muerte	Espontánea	13	8,2
	Sacrificado	18	11,3
	Accidentado	2	1,3
	Desconocido	126	79,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

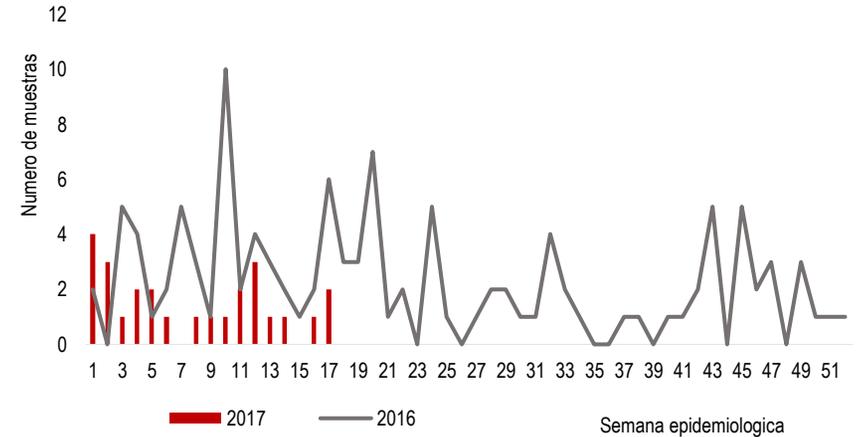
Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017 se han presentado tres casos de rabia canina en el departamento del Magdalena, dos procedentes del municipio El Reten y otro del municipio de Fundación, todos confirmados por Inmunofluorescencia directa (IFD) por el laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud.

Vigilancia de la rabia por laboratorio

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila el envío de cuatro muestras de tejido nervioso, ninguna de esta semana y 4 de semanas anteriores notificadas de manera tardíamente; en la misma semana de 2016 se registraron tres muestras. A la fecha, se ha notificado el envío de 26 muestras de tejido nervioso para vigilancia y estudio de la rabia por laboratorio (gráfica 44).

Gráfica 44

Muestras de animales enviadas al INS para vigilancia de rabia por laboratorio notificadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017

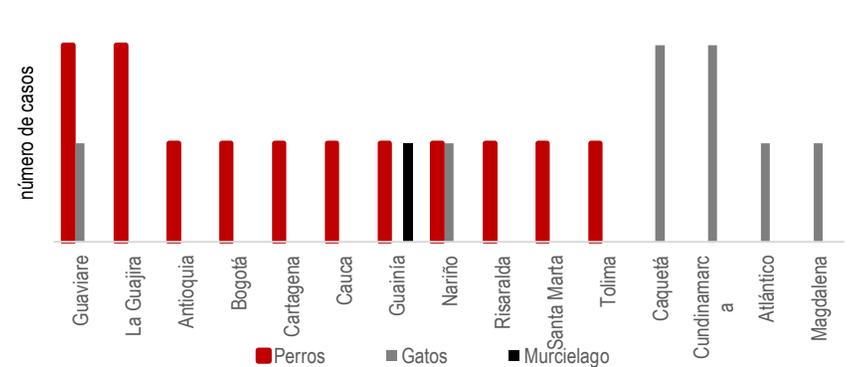


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Caquetá, Cundinamarca, Guaviare, Guainía, La Guajira y Nariño han enviado el 61,5% de las muestras. Los tejidos nerviosos enviados, corresponden a 16 perros, nueve gatos y un murciélago (gráfica 45).

Gráfica 45

Muestras de animales para vigilancia de la rabia por laboratorio notificadas por entidad territorial, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Rabia silvestre

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017, se ha recibido del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) la notificación de 37 focos de rabia silvestre, que han ocasionado muertes en bovinos y equinos, con riesgo de infección rábica a otros animales y a humanos por contacto de saliva del animal rabioso con piel lesionada o mucosas de humanos expuestos (tabla 37).

Se realiza seguimiento a todos los focos registrados, identificando perros y gatos contactos o con signos de rabia y pacientes expuestos a animales potencialmente transmisores de rabia, para su adecuado manejo. Las entidades territoriales fueron asesoradas sobre investigación de campo, control de foco y perifoco y la atención integral de personas agredidas y expuestas al virus rábico.

Tabla 37
Focos de rabia silvestre notificados por Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Municipio de procedencia	Focos	Especie animal afectado
Antioquia	Caucasia	1	Bovina
Arauca	Tame	1	Equina
	Saravena	1	Bovina
Caquetá	Valparaiso	1	Bovina
		1	Equina
Casanare	Paz de Ariporo	2	Bovina
		1	Equina
	Hato-Corozal	1	Equina
Cesar	Rio de Oro	1	Bovina
	Becerril	1	Bovina
	El Paso	1	Bovina
	Pijiño del Carmen	2	Bovina
Magdalena		2	Equina
	Santa Ana	2	Bovina
		1	Equina
	Plato	2	Equina
	Santa Bárbara de Pinto	1	Bovina
	Arboledas	1	Bovina
	Toledo	1	Bovina y equina
		4	Bovina
Norte de Santander	Ragonvalia	1	Bovina
	Toluviejo	1	Bovina
Sucre	San Onofre	1	Bovina
	Puerto Asís	1	Bovina
	Puerto Caicedo	1	Bovina
	San Miguel	1	Bovina
Putumayo		1	Equino
Vichada	Cumaribo	1	Bovina
	La Primavera 14521	1	Bovina
		37	

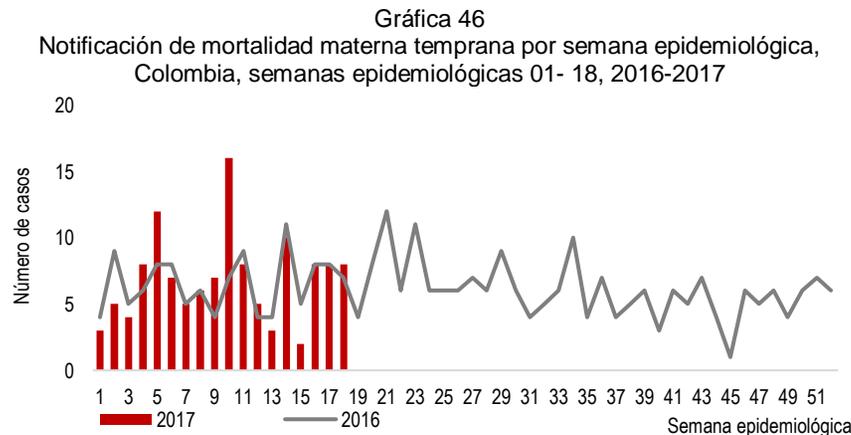
Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2016

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

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de enfermedades no transmisibles, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales. Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 11 casos de muerte materna, nueve de esta semana y dos notificados de manera tardía. De los casos notificados esta semana, ocho corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación) y tres corresponden a mortalidad materna tardía (ocurrida desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación); se descartó un caso por error de digitación en la misma semana de 2016 se notificaron siete casos de muerte materna temprana. A la fecha, han ingresado al Sivigila 163 casos confirmados de muerte materna, 125 corresponden a muertes maternas tempranas, 33 corresponden a muertes maternas tardías y cinco casos corresponden a muertes maternas producidas por causas coincidentes (gráfica 46).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por residencia, se han notificado muertes maternas tempranas en el 78,4 % (29/37) de las entidades territoriales, ingresando para esta semana el departamento de Putumayo que hasta semana epidemiológica 17 no había registrado casos de muerte materna temprana; el mayor número de casos se ha notificado en La Guajira, Bogotá, Chocó, Antioquia, Nariño, Atlántico, Córdoba, Cesar, Cauca, Norte de Santander, Cundinamarca y Valle del Cauca en donde se concentran el 66,4 % de los casos (tabla 38).

Tabla 38
Notificación de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
La Guajira	11	8,8
Chocó	8	6,4
Nariño	8	6,4
Antioquia	8	6,4
Bogotá	8	6,4
Atlántico	7	5,6
Córdoba	7	5,6
Cesar	6	4,8
Cauca	5	4,0
Norte de Santander	5	4,0
Cundinamarca	5	4,0
Valle del Cauca	5	4,0
Magdalena	4	3,2
Tolima	4	3,2
Huila	4	3,2
Santander	4	3,2
Risaralda	3	2,4
Meta	3	2,4
Boyacá	3	2,4
Santa Marta	2	1,6
Sucre	2	1,6
Bolívar	2	1,6
Cartagena	2	1,6
Barranquilla	2	1,6
Vichada	1	0,8
Amazonas	1	0,8
Putumayo	1	0,8
Casanare	1	0,8
Putumayo	1	0,8
Exterior	2	1,6
Colombia	125	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se han notificado muertes maternas tempranas en residentes de 82 municipios de 25 departamentos y cuatro distritos del país. El mayor número de casos se ha notificado en Bogotá con ocho casos, Quibdó (Chocó) y Medellín (Antioquia) con cinco casos, Riohacha (La Guajira) con cuatro casos, Tumaco (Nariño), Cúcuta (Norte de Santander), Pereira (Risaralda) y Cali (Valle del Cauca) con tres casos cada uno.

La mayor proporción de casos de mortalidad materna se ha notificado en residentes en el área urbana con 71,2 %; la razón de mortalidad materna más alta se registró en residentes en el área rural con 58,3 casos por 100 000 nacidos vivos. De acuerdo al régimen de afiliación, el mayor porcentaje de casos se ha notificado en el régimen subsidiado con 67,2 %; la razón de mortalidad materna más alta se registra en no afiliadas con 85,9 casos por 100 000 nacidos vivos. Por pertenencia étnica, el 76 % de los casos se registró en mujeres con pertenencia étnica “otros”; la mayor razón de mortalidad materna se registró en mujeres de pertenencia étnica indígena con 233,5 casos por 100 000 nacidos vivos. Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se notificó en el grupo de edad 20 a 24 años con 24,8 %; la mayor razón de mortalidad materna se registró en mujeres de 35 a 39 años con 95,4 casos por 100 000 nacidos vivos (tabla 39).

Tabla 39
Comportamiento demográfico y social de los casos de mortalidad materna temprana, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

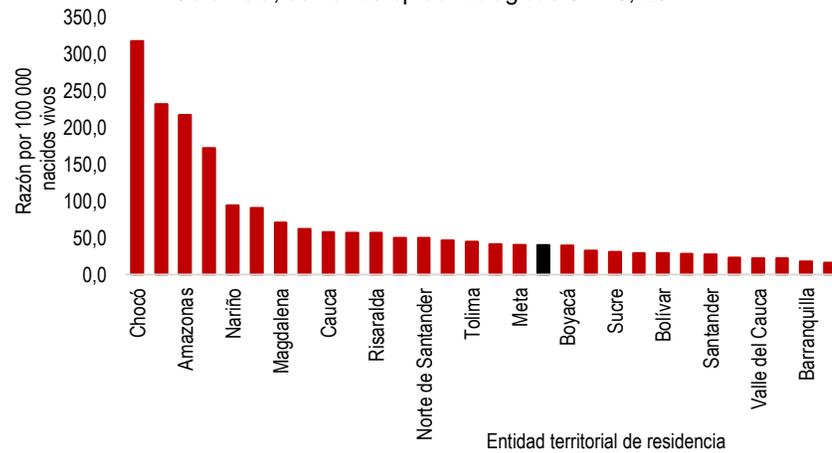
Variable	Categoría	Casos	%	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Área de residencia	Urbano	89	71,2	35,7
	Rural	36	28,8	58,3
Tipo de régimen	Contributivo	34	27,2	24,4
	Subsidiado	84	67,2	53,7
	Excepción	0	0,0	Sin dato
	Especial	1	0,8	Sin dato
	No afiliado	6	4,8	85,9
Pertenencia étnica	Indígena	15	12,0	233,5
	ROM (gitano)	0	0,0	Sin dato
	Raizal	0	0,0	Sin dato
	Palenquero	0	0,0	Sin dato
	Afrocolombiana	15	12,0	103,8
	Otro	95	76,0	32,8
Grupos de edad	10 a 14 años	1	0,8	38,6
	15 a 19 años	19	15,2	30,7
	20 a 24 años	31	24,8	34,4
	25 a 29 años	22	17,6	30,3
	30 a 34 años	21	16,8	41,4
	35 a 39 años	25	20,0	95,4
	40 y más años	6	4,8	88,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.
DANE, Estadísticas Vitales, **cifras con corte a 30 de junio de 2016 (publicadas el 30 de octubre de 2016).**

La razón de mortalidad materna nacional preliminar es de 40,2 casos por 100 000 nacidos vivos, siendo superior en 17 entidades territoriales. Las razones más altas, con más de 100 casos por cada 100 000 nacidos vivos se registran en Chocó con 318,3, Vichada con 232,6, Amazonas con 217,4 y La Guajira con 172,0 casos por cada 100 000 nacidos vivos (gráfica 47).

De acuerdo al tipo y causa agrupada de muerte materna, el 47,2 % de los casos corresponden a muertes maternas por causas directas debidas en mayor proporción a trastorno hipertensivo asociado al embarazo en un 19,2 % y hemorragia obstétrica en un 15,2 %; el 32,8 % corresponden a muertes maternas por causas no obstétricas, debidas en mayor proporción a sepsis no obstétrica y sepsis de origen pulmonar en un 7,2 % cada uno; el 20 % de los casos se encuentran en estudio (tabla 40).

Gráfica 47
 Razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.
 DANE, Estadísticas Vitales, cifras con corte a 30 de junio de 2016 (publicadas el 30 de octubre de 2016).

Tabla 40
 Mortalidad materna por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

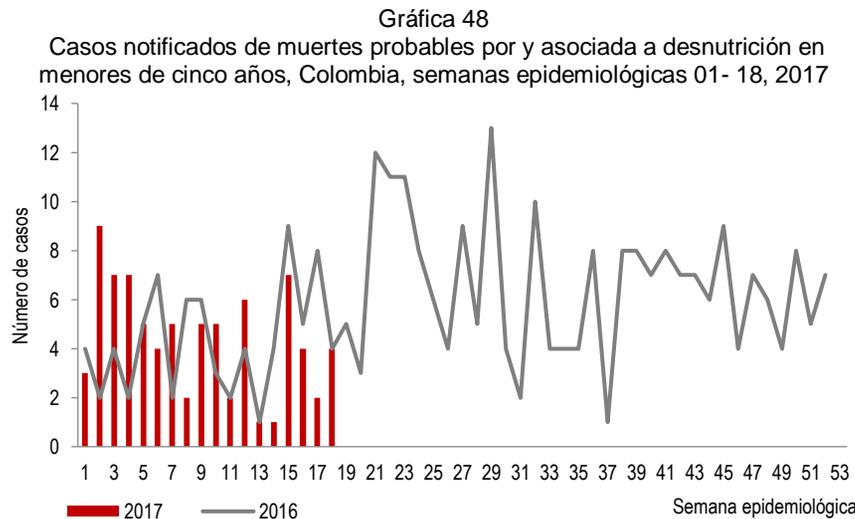
Tipo	Causa agrupada	Casos	%
Directa	Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	24	19,2
	Hemorragia obstétrica	19	15,2
	Sepsis obstétrica	9	7,2
	Embolia de líquido amniótico	4	3,2
	Complicaciones del aborto	3	2,4
Indirecta	Sepsis no obstétrica	9	7,2
	Sepsis de origen pulmonar	9	7,2
	Oncológica	6	4,8
	Otras causas indirectas	4	3,2
	Lupus eritematoso sistémico	4	3,2
	Evento tromboembólico	3	2,4
	Cardiovascular	2	1,6
	VIH / Sida	1	0,8
	Meningitis por N. meningitidis	1	0,8
	Malaria	1	0,8
	Varicela	1	0,8
En estudio		25	20,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Mortalidad por y asociada a desnutrición**

El INS, consolida y genera información epidemiológica con los casos notificados semanalmente al Sivigila, no maneja programas de seguridad alimentaria, es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales cumplir con las acciones de prevención y control de este evento.

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notifican al Sivigila cuatro casos de muertes probables por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, los cuales corresponden a esta semana y a muertes por diferentes patologías que registran desnutrición como uno de los diagnósticos; esta semana se descartó un caso por no cumplir con la definición del evento; en la misma semana de 2016 se notificaron cuatro casos. A la fecha, se encuentran en estudio 79 casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición, para su clasificación final y para definir la causa de muerte (gráfica 48).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

En esta semana ingresa una muerte probable por desnutrición. A la fecha, quedan en estudio 14 muertes probables por desnutrición para su clasificación final y para definir la causa de muerte; por residencia, La Guajira, Chocó, Córdoba y Nariño han notificado el 64 % de estas muertes (tabla 41).

Tabla 41
Casos notificados de muertes probables por desnutrición en menores de cinco años por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Guajira	3	21,4
Choco	2	14,3
Córdoba	2	14,3
Nariño	2	14,3
Antioquia	1	7,1
Atlántico	1	7,1
Bolívar	1	7,1
Boyacá	1	7,1
Meta	1	7,1
Colombia	14	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 50,0 % de los casos se registró en el sexo femenino y masculino; el 71,4 % en menores de un año. Por pertenencia étnica, tres casos (el 21,4 %) eran indígenas, tres casos (el 21,4 %) eran afrocolombiano y ocho casos (57,1 %) pertenecían a otros grupos; el 50,0 % eran residentes en la cabecera municipal, el 78,5 % pertenecían al régimen subsidiado, el 21,4 % no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (tabla 42).

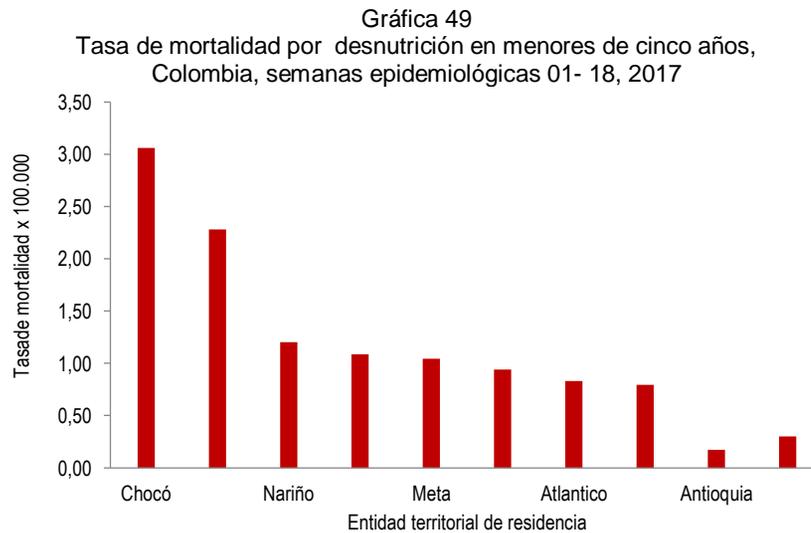
Tabla 42
Comportamiento demográfico y social de muertes notificadas como probables por desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	7	50,0
	Masculino	7	50,0
Grupos de edad	Menores de un año	10	71,4
	1 a 4 años	4	28,5
Pertenencia étnica	Indígena	3	21,4
	Afrocolombiano	3	21,4
	Otros	8	57,1
Área	Cabecera municipal	7	50,0
	Rural disperso	7	50,0
Tipo de régimen	No afiliado	3	21,4
	Subsidiado	11	78,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En los menores de un año la mediana de peso al nacer fue de 2 244 gramos y la de talla de 47 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 6 250 gramos y de talla de 61cm; en el grupo de edad de uno a cuatro años la mediana de peso al momento de la muerte fue de 7 400 gramos y talla de 71 cm. El 28,5 % de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 85,7 % pertenecen al estrato socioeconómico uno.

La tasa de mortalidad por desnutrición nacional es de 0,3 muertes por 100 000 menores de cinco años; todas las entidades territoriales superan la tasa nacional, excepto Antioquia (gráfica 49).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De acuerdo con lo establecido en los lineamientos de 2017, las entidades territoriales deben realizar las unidades de análisis a los casos notificados por este evento para la clasificación final del caso con un plazo máximo de cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso.

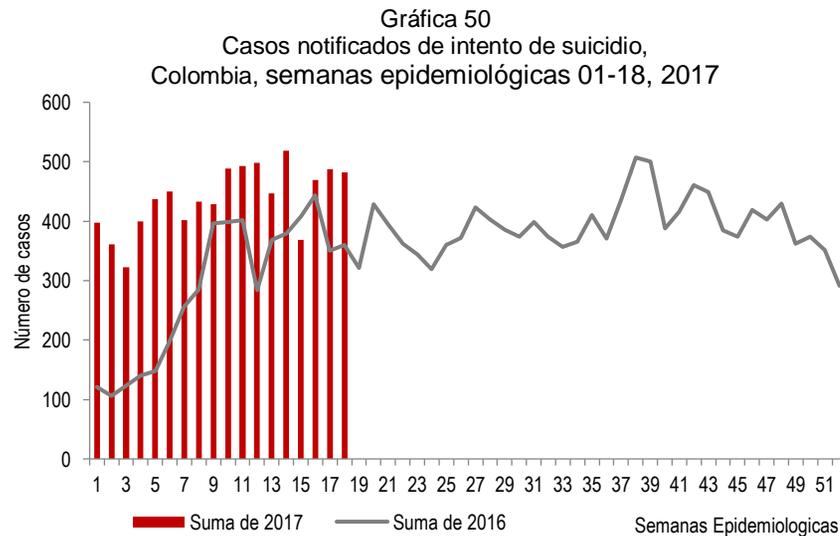
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Salud Mental

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de salud mental, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

- Intento de suicidio**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 569 casos de esta semana; en la misma semana del 2016 se notificaron 360 casos confirmados de intento de suicidio. A la fecha, han ingresado al Sivigila 7 883 casos de intento de suicidio (gráfica 50).



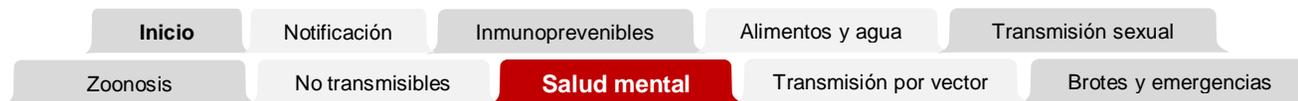
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016- 2017

Notificaron casos 793 municipios de 32 departamentos y cinco distritos. Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá Cundinamarca y Nariño son las entidades con mayor número de casos y concentran el 47,2 % de los eventos notificados (gráfica 51).

Tabla 51
Casos notificados de intento de suicidio por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	1 518	19,3
Valle del Cauca	753	9,6
Bogotá	664	8,4
Cundinamarca	419	5,3
Nariño	359	4,6
Huila	326	4,1
Caldas	275	3,5
Santander	272	3,5
Cauca	255	3,2
Tolima	231	2,9
Norte de Santander	227	2,9
Boyacá	209	2,7
Risaralda	202	2,6
Atlántico	200	2,5
Córdoba	196	2,5
Barranquilla	187	2,4
Cesar	181	2,3
Meta	171	2,2
Quindío	157	2,0
Cartagena	138	1,8
Bolívar	127	1,6
Sucre	112	1,4
Magdalena	109	1,4
Putumayo	108	1,4
Caquetá	100	1,3
Santa Marta	80	1,0
Casanare	75	1,0
Arauca	73	0,9
La Guajira	59	0,7
Chocó	27	0,3
Buenaventura	20	0,3
Amazonas	14	0,2
Guaviare	11	0,1
Vaupés	10	0,1
Exterior	6	0,08
Guainía	6	0,08
San Andrés	3	0,04
Vichada	3	0,04
Total	7 883	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017



El 62,3 % de los casos de intento de suicidio se registró en el sexo femenino; el 79,6 % proceden de las cabeceras municipales, el 29,1 % se registraron en el grupo de 15 a 19 años. Por pertenencia étnica, 158 casos (el 2,0 %) se notificó en indígenas, 280 casos (el 3,6 %) en afrocolombianos, 38 (el 0,5 %) en ROM (gitanos) y 11 casos (el 0,1 %) en raizales (tabla 43).

Tabla 43
Comportamiento demográfico y social de los casos de intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	4 914	62,3
	Masculino	2 969	37,7
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	6 275	79,6
	Centro Poblado	598	7,6
	Rural Disperso	1 010	12,8
Pertenencia Étnica	Indígena	158	2,0
	ROM (gitano)	38	0,5
	Raizal	11	0,1
	Palanquero	10	0,1
	Afrocolombiano	280	3,6
Grupo de Edad	Otros	7 386	93,7
	1 a 4	0	0,0
	5 a 9	20	0,3
	10 a 14	975	12,4
	15 a 19	2 296	29,1
	20 a 24	1 527	19,4
	25 a 29	996	12,6
	30 a 34	661	8,4
	35 a 39	435	5,5
	40 a 44	295	3,7
45 a 49	227	2,9	
50 a 54	149	1,9	
55 a 59	118	1,5	
60 a 64	76	1,0	
65 y mas	108	1,4	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

En el 57 % de los casos de intento de suicidio notificados a Sivigila, se reportaron conflictos recientes con la pareja, otros factores comúnmente identificados fueron los síntomas depresivos, problemas económicos y pérdida de lazos afectivos (los pacientes pueden tener más de un factor relacionado) (tabla 44).

Tabla 44
Factores relacionados al intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Factores Desencadenantes	Casos	%
Conflicto con pareja o expareja	3 210	57,0
Problemas Económicos	646	11,5
Problemas Jurídicos	597	10,6
Enfermedad Crónica dolorosa o discapacitante	362	6,4
Maltrato físico psicológico o sexual	269	4,8
Escolar/Educativa	265	4,7
Muerte de un familiar o amigo	132	2,3
Problemas laborales	108	1,9
Suicidio de un familiar o amigo	44	0,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los casos reportados a Sivigila por intento de suicidio, 2 418 casos (el 31 %) reportan intentos previos de suicidio. Se recibió notificación de 3 013 casos (el 38,2 %) con diagnósticos previos de enfermedad mental, siendo el más común el trastorno depresivo con el 43,3 % (los pacientes pueden tener más de un diagnóstico psiquiátrico) (tabla 45).

Tabla 45
Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	2 341	43,3
Otros trastornos psiquiátrico	1 460	27,0
Abuso de SPA	880	16,3
Otros trastornos afectivos	308	5,7
Trastornos bipolares	254	4,7
Esquizofrenia	158	2,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 65,4 %, seguido de las lesiones con elementos corto punzantes con el 20,2 %. En 235 de los casos notificados al Sivigila, se utilizó simultáneamente más de un método para el intento de suicidio. Entre los casos reportados como otro mecanismo, se registraron casos de inmolación, lanzamiento a cuerpos de agua, ingesta de elementos extraños y exposición a corriente eléctrica (tabla 46).

Tabla 46
Intentos de suicidio por método utilizado y sexo,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

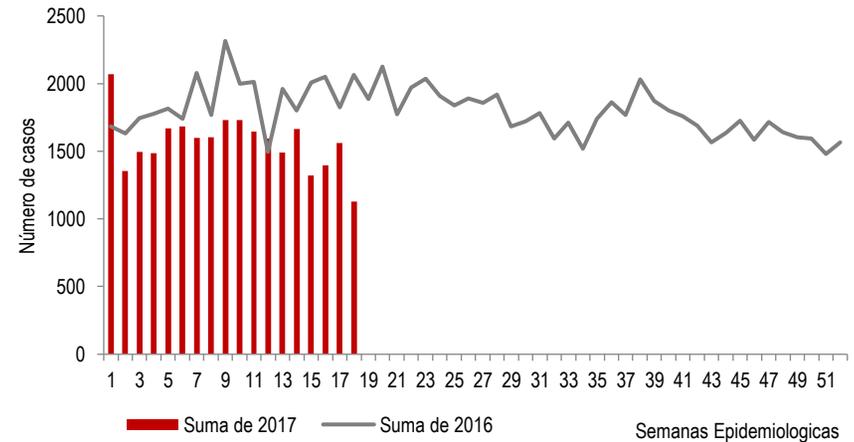
	Femenino	Masculino	Total	%
Intoxicaciones	3 482	1 755	5 237	65,4
Arma Corto punzante	922	692	1 614	20,2
Ahorcamiento	135	290	425	5,3
Arma de fuego	143	93	236	2,9
Lanzamiento al vacío	101	100	201	2,5
Otro mecanismo	161	0	161	2,0
Lanzamiento a vehículo	43	32	75	0,9
Inmolación	12	13	25	0,3
Sin Dato	12	13	25	0,3
Lanzamiento a cuerpos de agua	2	4	6	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Violencia de género

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 1 989 casos sospechosos de violencia de género, 1 127 de esta semana y 862 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 2 066 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 28 223 casos sospechosos (gráfica 52).

Gráfica 52
Casos notificados de violencia de género,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017.

Por procedencia, Antioquia, Valle del Cauca, Santander, Cundinamarca y Bogotá han notificado el 45,3 % de los casos (tabla 47).

Tabla 47

Casos notificados de violencia de género por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	3 827	13,6
Valle del Cauca	3 278	11,6
Santander	1 943	6,9
Cundinamarca	1 894	6,7
Bogotá	1 839	6,5
Huila	1 627	5,8
Norte de Santander	1 179	4,2
Nariño	1 102	3,9
Boyacá	907	3,2
Cauca	841	3,0
Cesar	778	2,8
Risaralda	757	2,7
Caldas	750	2,7
Córdoba	724	2,6
Bolívar	637	2,3
Meta	623	2,2
Quindío	602	2,1
Atlántico	586	2,1
Casanare	543	1,9
Sucre	504	1,8
Tolima	503	1,8
Magdalena	445	1,6
La Guajira	350	1,2
Caquetá	332	1,2
Barranquilla	321	1,1
Cartagena	298	1,1
Putumayo	198	0,7
Santa Marta	198	0,7
Arauca	194	0,7
Buenaventura	86	0,3
Amazonas	79	0,3
Chocó	77	0,3
Exterior	53	0,2
Guaviare	48	0,2
Vichada	34	0,1
Guainía	28	0,1
San Andrés	25	0,1
Vaupés	13	0,0
Colombia	28 223	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Registraron casos de violencia de género 957 municipios de 32 departamentos y cinco distritos; Bogotá con el 6,5 %, Cali con el 5,8 %, Medellín con el 5,7 %, Neiva con el 2,6 % y Bucaramanga con el 2,0 % notificaron el 22,6 % de los casos.

El 76,3 % de los casos de violencia se registró en el sexo femenino; el 57,1 % en el régimen subsidiado; el 14,5 % de los casos se registró en el grupo de 10 a 14 años. Por pertenencia étnica, 1 106 casos (el 3,9 %) fueron notificados en afrocolombianos, 694 (el 2,5 %) en indígenas y 121 (el 0,4 %) en ROM (gitano); el 77,2 % de los casos ocurrieron en área de cabecera municipal (tabla 48).

Tabla 48

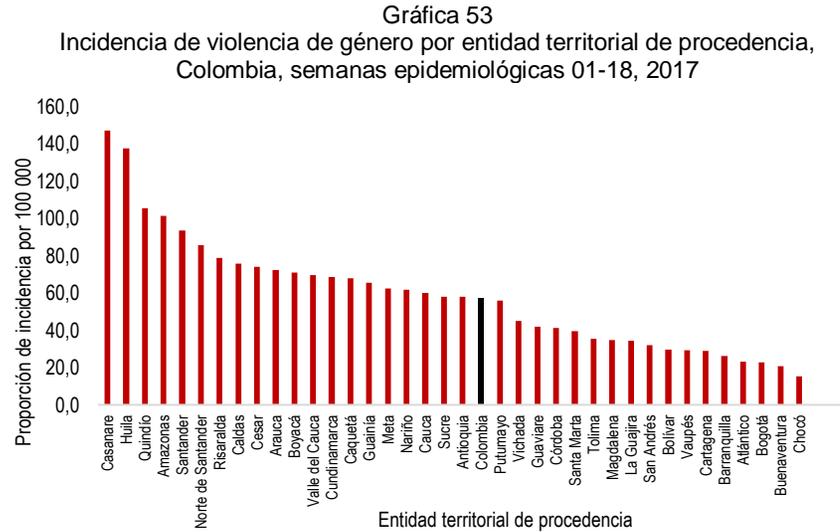
Comportamiento demográfico y social de los casos de violencia de género, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	21 545	76,3
	Masculino	6 678	23,7
Tipo de régimen	Subsidiado	16 116	57,1
	Contributivo	9 180	32,5
	No afiliado	1 813	6,4
	Especial	457	1,6
	Indeterminado	340	1,2
Pertenencia étnica	Excepción	317	1,1
	Indígena	694	2,5
	ROM (gitano)	121	0,4
	Raizal	40	0,1
	Palanquero	22	0,1
	Afrocolombiano	1 106	3,9
Grupos de edad	Otros	26 240	93,0
	Menores de un año	1 076	3,8
	1 a 4 años	2 823	10,0
	5 a 9 años	2 366	8,4
	10 a 14 años	4 090	14,5
	15 a 19 años	3 307	11,7
	20 a 24 años	3 264	11,6
	25 a 29 años	2 985	10,6
	30 a 34 años	2 429	8,6
	35 a 39 años	1 925	6,8
	40 a 44 años	1 143	4,0
	45 a 49 años	837	3,0
	50 a 54 años	648	2,3
55 a 59 años	367	1,3	
60 a 64 años	273	1,0	
65 y más años	690	2,4	
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	21 802	77,2
	Centro poblado	2 439	8,6
	Rural disperso	3 982	14,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.

La incidencia nacional de violencia de género es de 57,1 casos por 100000 habitantes; Casanare, Huila, Quindío, Amazonas y Santander, registraron las mayores incidencias (gráfica 53).

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 1 053 casos sospechosos de violencia física; 641 de esta semana y 412 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 781 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 15 186 casos sospechosos de violencia física (tabla 49).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Tabla 49
 Distribución de los tipos de violencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Tipo de violencia	Casos	%
Violencia física	15 186	53,8
Violencia psicológica	2 106	7,5
Negligencia y abandono	4 824	17,1
Abuso sexual	4 800	17,0
Acoso sexual	232	0,8
Violación	545	1,9
Explotación sexual en niños niñas y adolescentes	6	0,0
Trata de personas para explotación sexual	3	0,0
Violencia sexual en conflicto armado	9	0,0
Actos sexuales violentos	402	1,4
Otros actos sexuales	110	0,4
Total	28 223	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.

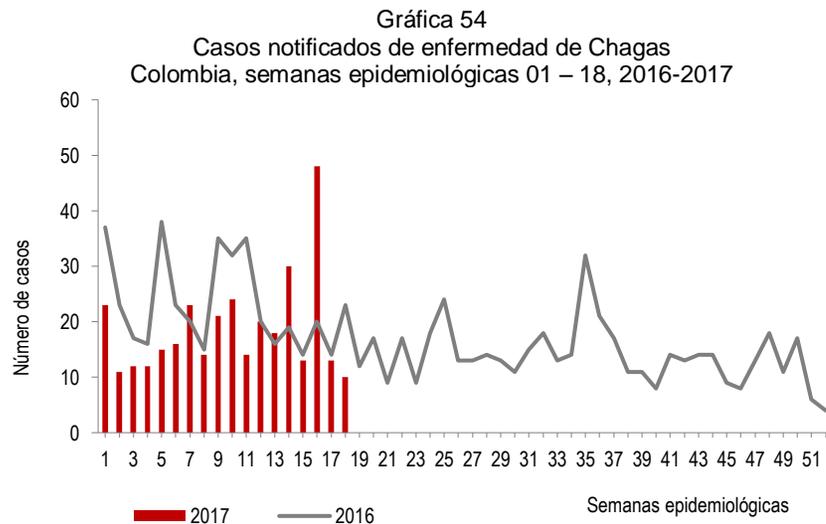
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por vectores

El Instituto Nacional de Salud registra los casos notificados semanalmente por las entidades territoriales y no es responsable de las acciones de los programas de prevención y control de los eventos de enfermedades transmitidas por vectores, que son responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Semanalmente el número de casos se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y depuración por calidad del dato.

• **Chagas**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila diez casos de enfermedad de Chagas de esta semana; en la misma semana de 2016 se notificaron 23 casos; se eliminaron 47 casos de semanas anteriores por no cumplir con la definición de caso. A la fecha, han ingresado al Sivigila 338 casos, 22 en fase aguda (seis probables y 16 confirmados) y 316 casos en fase crónica (242 probables y 74 confirmados) (gráfica 54).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

De los casos agudos Casanare y Cesar han notificado la mayoría de los casos, esto debido al brote que se presentó en Valledupar en una sola familia de la cual todos los casos fueron hospitalizados, tratados y están vivos, en Casanare se identificó un brote en Paz de Ariporo con la defunción de una persona y se han presentado dos casos en San Luis de Palenque de los cuales uno falleció, el departamento de Casanare está en proceso de intervención y caracterización de las dos situaciones (tabla 50).

Tabla 50
 Casos de enfermedad de Chagas en fase aguda notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 - 18, 2017

Entidad territorial procedencia	Probables	Confirmados	Total	%
Cesar	0	11	11	11,0
Casanare	2	4	6	2,0
Boyacá	2	0	2	6,0
Sucre	1	0	1	1,0
Meta	0	1	1	1,0
Córdoba	1	0	1	1
Total	6	16	22	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Del total de casos notificados de enfermedad de Chagas en fase aguda, el 57,1 % de los casos se registró en el sexo masculino; el 50,0 %, se registró en el régimen subsanado, el 59,1 % notificados como procedentes del área cabecera municipal; el 31,8 % corresponde a 65 y más años. Por pertenencia étnica el 100 % otros (tabla 51).

Tabla 51

Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de enfermedad de Chagas en fase aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01- 18 2017

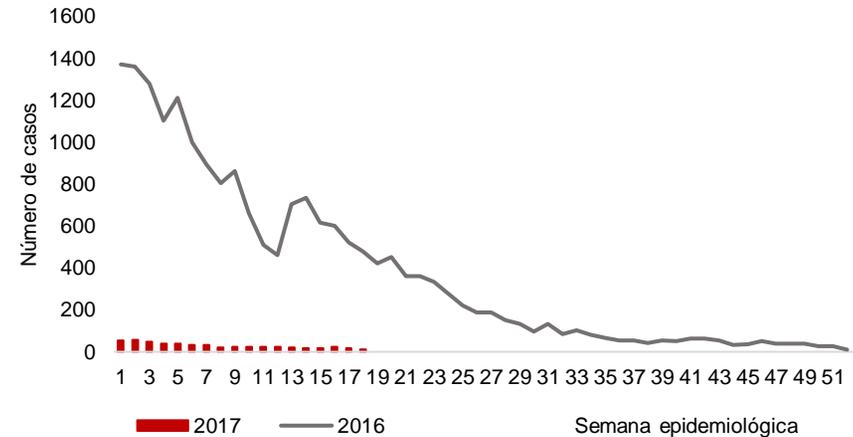
Variables	Categorías	Casos	%
Sexo	Masculino	12	57,1
	Femenino	9	42,9
Tipo de régimen	Subsidiado	11	50,0
	Contributivo	8	36,4
	Especial	2	9,1
	Indeterminado	1	4,5
	No asegurado	0	0
	Excepción	0	0
Pertenenencia étnica	Otros	22	100
	Indígena	0	0
	ROM (gitano)	0	0
	Raizal	0	0
	Palenquero	0	0
Área de procedencia	Afro colombiano	0	0
	Cabecera municipal	13	59,1
	Rural disperso	8	36,4
	Centro poblado	1	4,5
Grupos de edad	Menores de un año	0	0
	1 a 4 años	1	4,5
	5 a 9 años	1	4,5
	10 a 14 años	0	0
	15 a 19 años	0	0
	20 a 24 años	2	9,1
	25 a 29 años	2	9,1
	30 a 34 años	0	0
	35 a 39 años	1	4,5
	40 a 44 años	3	13,6
	45 a 49 años	1	4,5
	50 a 54 años	1	4,5
	55 a 59 años	1	4,5
60 a 64 años	2	9,1	
65 y más años	7	31,8	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• Chikunguña

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 25 casos de chikunguña; 10 casos de esta semana y 15 notificados de manera tardía, en la misma semana de 2016 se notificaron 480 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 529 casos de chikunguña, siete casos (1,3 %) confirmados por laboratorio, 495 casos (93,6 %) confirmados por clínica y 27 casos (5,1 %) sospechosos (gráfica 55).

Gráfica 55
 Casos notificados de chikunguña,
 Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017, se han confirmado dos defunciones por Chagas agudo y dos están en estudio.

Por procedencia, Valle del Cauca, Santander, Tolima, Cundinamarca y Huila notificaron el 53,5 % de los casos (tabla 52).

Tabla 52

Casos notificados de chikunguña por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados por clínica	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total
Valle del Cauca	107	1	0	108
Santander	49	0	1	50
Tolima	47	1	1	49
Cundinamarca	38	2	4	44
Huila	32	0	0	32
Meta	32	0	0	32
Antioquia	24	1	3	28
Putumayo	25	1	0	26
Risaralda	23	0	0	23
Guaviare	17	0	0	17
Casanare	13	0	0	13
Caquetá	8	1	1	10
Quindío	9	0	0	9
Sucre	7	0	0	7
Barranquilla	6	0	0	6
Boyacá	1	0	5	6
Cesar	6	0	0	6
Caldas	5	0	0	5
Cartagena	5	0	0	5
Arauca	5	0	0	5
Atlántico	5	0	0	5
Norte de Santander	4	0	0	4
Amazonas	4	0	0	4
Santa Marta	4	0	0	4
Nariño	4	0	0	4
Cauca	3	0	0	3
Bolívar	3	0	0	3
Córdoba	3	0	0	3
Desconocido	0	0	3	3
San Andrés, Providencia	2	0	0	2
Vaupés	0	0	1	1
Choco	0	0	1	1
Magdalena	1	0	0	1
Vichada	1	0	0	1
Buenaventura	1	0	0	1
Guajira	1	0	0	1
Guainia	0	0	0	0
Exterior	0	0	7	7
Total	495	7	27	529

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Notificaron casos 136 municipios y cuatro distritos; el 25,3 % de los casos fue notificado por cuatro entidades territoriales; Cali con el 16,7%; Bucaramanga con el 3%; Villavicencio con el 2,8 % y Dosquebradas con el 2,6 %.

El 55,6 % de los casos de chikunguña se registró en el sexo femenino; el 67,5 % pertenecen al régimen contributivo; el 13,8 % se notificó en el grupo de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, el 95,1 % se notificaron en el grupo otros; el 72,6 % de los casos proceden del área urbana (tabla 53).

Tabla 53

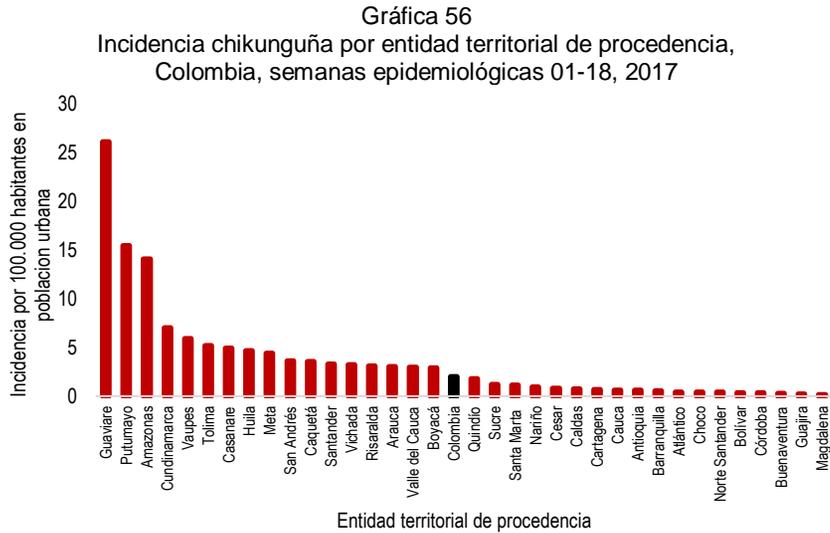
Comportamiento demográfico y social de los casos de chikunguña, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	294	55,6
	Masculino	235	44,4
Tipo de régimen	Contributivo	357	67,5
	Especial	9	1,7
	No afiliado	15	2,8
	Indeterminado	2	0,4
	Excepción	4	0,8
Pertenencia étnica	Subsidiado	142	26,8
	Indígena	13	2,5
	ROM (gitano)	5	0,9
	Raizal	0	0
	Palenquero	1	0,2
	Afrocolombiano	7	1,3
Grupos de edad	Otros	503	95,1
	Menores de un año	18	3,4
	1 a 4 años	18	3,4
	5 a 9 años	27	5,1
	10 a 14 años	32	6
	15 a 19 años	36	6,8
	20 a 24 años	63	11,9
	25 a 29 años	73	13,8
	30 a 34 años	60	11,3
	35 a 39 años	50	9,5
	40 a 44 años	39	7,4
Area de Ocurrencia	45 a 49 años	39	7,4
	50 a 54 años	24	4,5
	55 a 59 años	19	3,6
	60 a 64 años	11	2,1
	65 y más años	20	3,8
	Cabecera Municipal	384	72,6
	Centro Poblado	73	13,8
Rural disperso	72	13,6	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

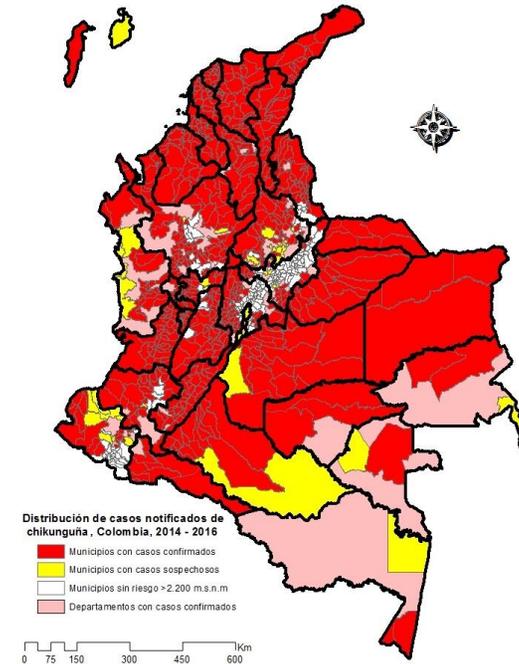
La incidencia nacional de chikunguña es de 1,99 caso por 100 000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Guaviare, Putumayo, Amazonas, Cundinamarca y Vaupés (gráfica 56).

Se ha confirmado la circulación virológica en 758 municipios y cuatro distritos del territorio nacional desde el inicio de la epidemia; a semana epidemiológica 08 de 2017, Valle del cauca es la entidad territorial con el mayor número casos confirmados por clínica (mapa 6).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Mapa 6
Distribución de casos de chikunguña, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2017

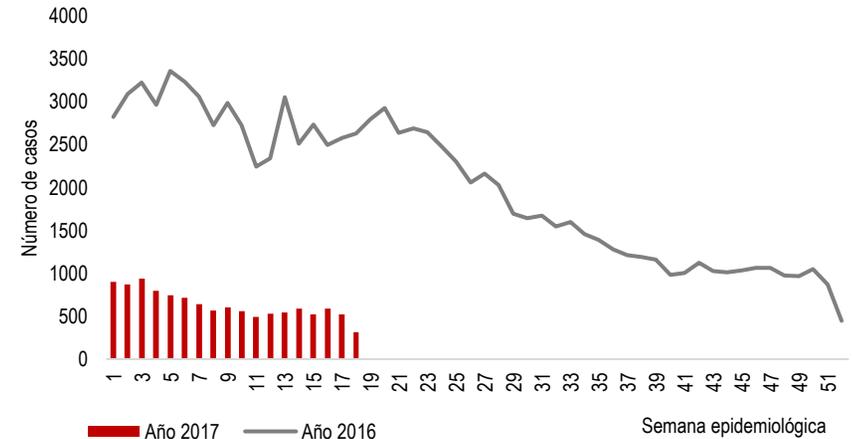
Recomendaciones en vigilancia

- Todo caso sospechoso de chikunguña debe ser notificado de forma individual bajo el código 217
- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920.
- Es importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios en un radio de 30 km a un municipio con casos confirmados por laboratorio.
- 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, adultos mayores de 65 y más años y personas con comorbilidades, 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

• Dengue

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 520 casos probables de dengue, 316 casos de esta semana y 204 notificados de manera tardía; en la misma semana epidemiológica 18 de 2016 se notificaron 2 627 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 11 415 casos; 5 868 casos (el 60,2 %) sin signos de alarma; 4 425 casos (el 38,8 %) con signos de alarma y 122 casos (el 1,1 %) de dengue grave (gráfica 57).

Gráfica 57
Casos probables de dengue notificados,
Colombia, semana epidemiológica 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Santander, Huila, Norte de Santander, Cundinamarca, Meta y Boyacá notificaron el 78,5 % de los casos (tabla 54).

Tabla 54

Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 01-18, 2017

Entidad Territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Valle del Cauca	2 709	24,0	12	9,8	2 721	23,8
Antioquia	1 829	16,2	8	6,6	1 837	16,1
Tolima	1 196	10,6	21	17,2	1 217	10,7
Santander	745	6,6	9	7,4	754	6,6
Huila	660	5,8	15	12,3	675	5,9
Norte Santander	507	4,5	4	3,3	511	4,5
Cundinamarca	453	4,0	2	1,6	455	4,0
Meta	441	3,9	12	9,9	453	4,0
Boyacá	335	3,0	1	0,8	336	2,9
Quindío	286	2,5	1	0,8	287	2,5
Sucre	212	1,9	1	0,8	213	1,9
Cesar	203	1,8	3	2,6	206	1,8
Putumayo	168	1,5	1	0,8	169	1,5
Córdoba	151	1,3	1	0,8	152	1,3
Casanare	152	1,3	2	1,6	154	1,3
Risaralda	134	1,2	4	3,3	138	1,2
Bolívar	143	1,3	3	2,6	146	1,3
Barranquilla	100	0,9	1	0,8	101	0,9
Atlántico	100	0,9	4	3,3	104	0,9
Caquetá	100	0,9	1	0,8	101	0,9
Caldas	72	0,6	1	0,8	73	0,6
Arauca	90	0,8	1	0,8	91	0,8
Magdalena	72	0,6	1	0,8	73	0,6
Nariño	60	0,5	2	1,6	62	0,5
Guaviare	57	0,5	0	0,0	57	0,5
Buenaventura	48	0,4	2	1,6	50	0,4
La Guajira	48	0,4	1	0,8	49	0,4
Cauca	41	0,4	1	0,8	42	0,4
Choco	40	0,4	0	0,0	40	0,4
Cartagena	31	0,3	4	3,3	35	0,3
San Marta	28	0,2	1	0,8	29	0,3
Exterior	25	0,2	1	0,8	26	0,2
Amazonas	25	0,2	0	0,0	25	0,2
Vichada	16	0,1	1	0,8	17	0,1
Guainía	10	0,1	0	0,0	10	0,1
San Andrés, Providencia	5	0,1	0	0,0	5	0,1
Vaupés	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Total	11 293	100	122	100	11 415	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Reportaron casos procedentes de 36 entidades territoriales, cuatro distritos, 634 municipios y un corregimiento; Cali con el 17,4 %, Medellín con el 9,3 %, Neiva con el 2,3 %, Cúcuta con el 2,2 %, Ibagué con el 1,9 %, Villavicencio con el 1,8 %, Bucaramanga con el 1,4 %, Floridablanca con el 1,4 %, Armenia con el 1,3 %, Espinal y Sincelejo con el 1,4 % cada uno, Palmira y Tuluá con el 1,1 % cada uno, Girardot y Mariquita con el 1,0 % cada uno, registran el 45,7 % de los casos notificados como dengue; Neiva con el 9,8 %, Villavicencio y Cali con el 4,9 % cada uno, Ibagué con el 4,1 %, Cartagena y Bucaramanga con el 3,3 % cada uno, Buenaventura y Espinal con el 2,5 % cada uno, registran el 35,2 % de los casos notificados como dengue grave.

El 56,2 % de los casos de dengue se registró en el sexo masculino; el 50,6 % de los casos pertenecen al régimen contributivo y un 3,3 % refieren no afiliación; el 32,1 % de los casos de dengue y el 24,6 % de los casos notificados de dengue grave se registraron en menores de 15 años. Se han notificado 118 casos en población indígena (el 1,0 %) y 252 casos en afrocolombianos (el 2,2 %) (tabla 55).

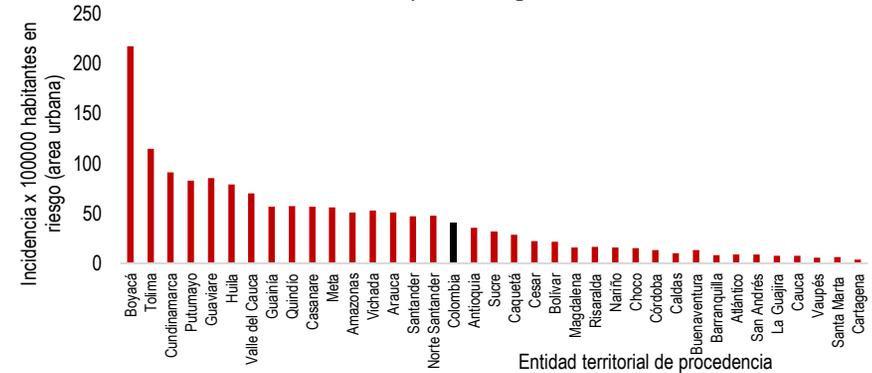
Tabla 55
Comportamiento demográfico y social de los casos de dengue, Colombia, semana epidemiológica 01-18, 2017

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%	
Sexo	Femenino	4 947	43,8	53	43,4	5 000	43,8	
	Masculino	6 346	56,2	69	56,6	6 415	56,2	
Tipo de régimen	Contributivo	5 729	50,7	43	35,2	5 772	50,6	
	Subsidiado	4 509	39,9	68	55,7	4 577	40,1	
	Especial	311	2,8	3	2,5	314	2,8	
	No afiliado	376	3,3	4	3,3	380	3,3	
	excepcional	281	2,5	3	2,5	284	2,5	
	Indeterminado	87	0,8	1	0,8	88	0,8	
Pertinencia étnica	Otro	10 883	96,4	112	91,8	10 995	96,3	
	Afrocolombianos	244	2,2	8	6,6	252	2,2	
	Indígena	116	1,0	2	1,6	118	1,0	
	ROM (gitano)	43	0,4	0	0,0	43	0,4	
	Raizal	6	0,1	0	0,0	6	0,1	
	Palenquero	1	-0,1	0	0,0	1	0,1	
	Area de procedencia	Cabecera municipal	8 908	78,9	92	75,4	9 000	78,8
Centro poblado		970	8,6	14	11,5	984	8,6	
Rural disperso		1 415	12,5	16	13,1	1 431	12,5	
Grupos de edad		Menores de un año	437	3,9	6	4,9	443	3,9
		1 a 4 años	981	8,7	14	11,5	995	8,7
		5 a 9 años	1 130	10,0	5	4,1	1 135	9,9
		10 a 14 años	1 071	9,5	5	4,1	1 076	9,4
		15 a 19 años	1 090	9,7	9	7,4	1 099	9,6
		20 a 24 años	1 018	9,0	11	9,0	1 029	9,0
		25 a 29 años	907	8,0	6	4,9	913	8,0
	30 a 34 años	761	6,7	3	2,5	764	6,7	
	35 a 39 años	709	6,3	3	2,5	712	6,2	
	40 a 44 años	519	4,6	5	4,1	524	4,6	
45 a 49 años	510	4,5	11	9,0	521	4,6		
50 a 54 años	477	4,2	5	4,1	482	4,2		
55 a 59 años	453	4,0	10	8,2	463	4,1		
60 a 64 años	330	2,9	5	4,1	335	2,9		
65 y más años	900	8,0	24	19,7	924	8,1		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de dengue es de 40,3 casos por 100 000 habitantes en riesgo (población de área urbana). Boyacá, Tolima, Cundinamarca, Putumayo, Guaviare, Huila, Valle del Cauca, Guainía y Quindío, registran las mayores incidencias (gráfica 58).

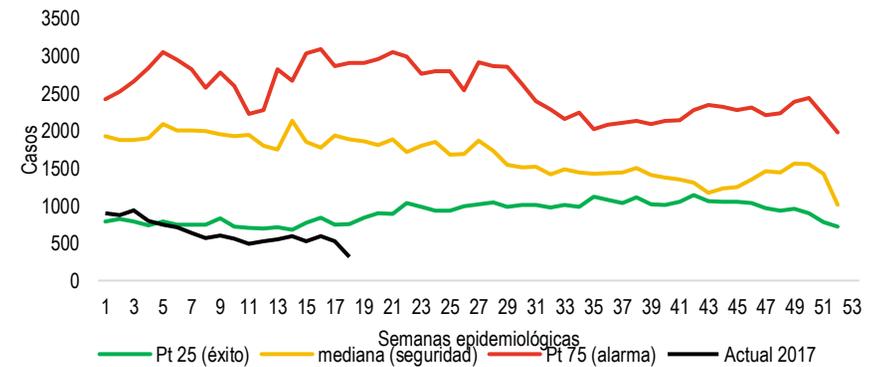
Gráfica 58
Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El canal endémico de dengue se ubicó en zona de seguridad en las semanas epidemiológicas 01 a 04, se ubicó en zona de éxito en la semana epidemiológica 05 a 18 (gráfica 59).

Gráfica 59
Canal endémico nacional de dengue, Colombia, semana epidemiológica 01-18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En relación con la situación epidemiológica por departamento de procedencia, una entidad territorial se ubicó en situación de brote, una entidad territorial se ubica en situación de alarma y 34 entidades territoriales en situación de éxito y seguridad (tabla 56).

Tabla 56
Comportamiento epidemiológico de dengue,
Colombia, semanas epidemiológicas 17-18, 2017

Entidades en situación de éxito y seguridad			Entidades en situación de alarma	Entidades en situación de brote
Sucre	Caquetá	Valle del Cauca	Antioquia	Buenaventura
Meta	Cundinamarca	Guainía		
Cesar	Cauca	Bolívar		
Casanare	Arauca	Vichada		
Córdoba	Huila	Amazonas		
Norte Santander	Putumayo	Guaviare		
Santander	La Guajira	Magdalena		
Atlántico	Vaupés	Nariño		
Barranquilla	Santa Marta	Choco		
	San Andres,			
Tolima	Providencia y Santa Catalina	Quindío		
Cartagena	Caldas			
Risaralda	Boyacá			

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional De Salud, Colombia, 2016

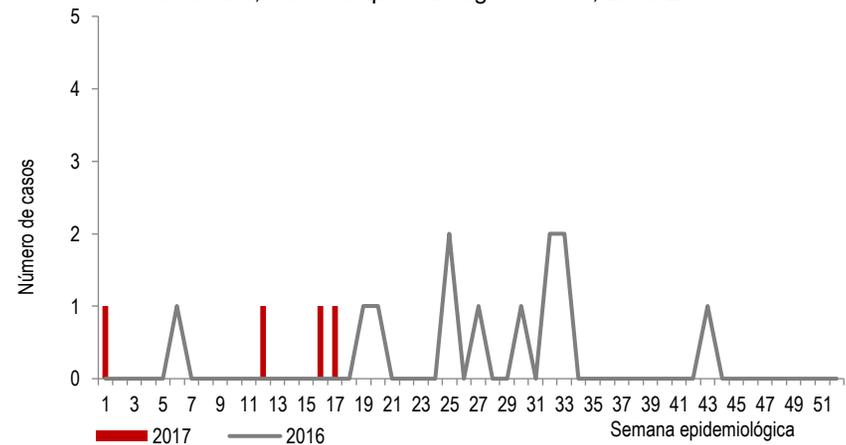
La hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue del 64,8%; Buenaventura, Santa Marta, Bolívar, Cauca, Boyacá, Choco, Vichada, Antioquia, Valle del Cauca y Guainía con menos del 56 % de los casos hospitalización; para los casos de dengue grave, la hospitalización fue del 93,4 %; Tolima, Valle del Cauca, Meta, Santander, Atlántico, Nariño, Risaralda y Vichada con menos del 99 % de casos hospitalizados.

Hasta la semana epidemiológica 18 se han notificado 46 muertes, cinco fueron descartadas por no cumplir con la definición de caso, 41 muertes permanecen en estudio, Cali (Valle del Cauca) con cinco casos, Ibagué y Purificación (Tolima) con tres y dos casos respectivamente; Neiva (Huila), Villavicencio y San Martin (Meta) y el distrito de Cartagena con dos casos cada uno, Turbo (Antioquia), Arauca (Arauca), Mangué (Bolívar), el distrito de Buenaventura, Pueblo Bello y Valledupar (Cesar), Rivera (Huila), Acacias (Meta), Quinchia (Risaralda), Bucaramanga y Girón (Santander), Espinal, Melgar y Coello (Tolima), Palmira (Valle del Cauca), La Dorada (Caldas), Riohacha (La Guajira), Tumaco (Nariño), Armenia (Quindío), Silvana (Cundinamarca), Galapa (Atlántico), Yopal (Casanare) y Convención (Norte de Santander) con un caso cada uno.

• **Fiebre amarilla**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron dos casos probables; en la misma semana de 2016 no se notificaron casos. A la fecha, ha ingresado cuatro casos probables de fiebre amarilla (gráfica 60).

Gráfica 60
Casos probables notificados de fiebre amarilla,
Colombia, semana epidemiológica 01 -18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Los cuatro casos se han reportado del departamento de meta, el primero en la semana uno, procedente y residente de Villavicencio, corresponde a un paciente de sexo masculino de 20 años de edad, no asegurado, sin carnet de vacunación, estado final vivo, el caso se descartó en la unidad de análisis por no cumplir con la definición de caso para el evento, tener resultados de laboratorio para fiebre amarilla negativos, determinación de otro diagnóstico clínico y en la investigación epidemiológica no se encontraron pruebas de circulación viral en el momento.

El segundo caso un ciudadano argentino de 23 años de edad, procedente de La Guajira y Brasil, no asegurado, sin carnet de vacunación, estado final vivo, el caso se descartó por tener resultados de laboratorio para fiebre amarilla negativos,

determinación de otro diagnóstico clínico y en la investigación epidemiológica no se encontraron pruebas de circulación viral en el momento.

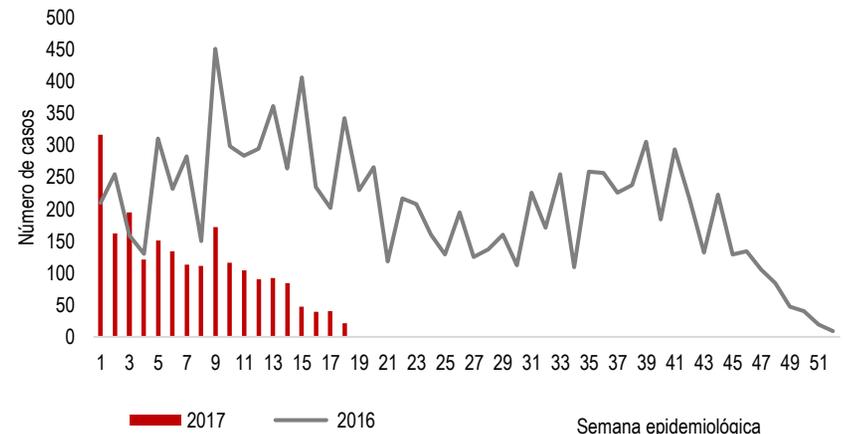
El tercero de la semana 16, procedente y residente de Puerto Gaitán, notificado por Bogotá, corresponde a un paciente de sexo masculino de 5 años de edad, de régimen contributivo, con antecedente de vacuna de fiebre amarilla, estado vivo, en la investigación epidemiológica no se encontraron pruebas de circulación viral en el momento, no se encontraron otras personas con síntomas similares, están pendiente los resultados de las muestras de laboratorio, en el momento está hospitalizado en condiciones estables.

El cuarto caso de la semana 17, procedente y residente de Puerto Gaitán, notificado por Villavicencio, corresponde a un paciente de 52 años de edad, de régimen contributivo, sin antecedente de vacuna de fiebre amarilla, estado muerto, en la investigación epidemiológica no se encontraron pruebas de circulación viral, no se encontraron otras personas con síntomas similares, están pendientes algunos resultados de laboratorio.

• *Leishmaniasis*

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron al Sivigila 204 casos de leishmaniasis, 22 casos de esta semana y 182 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificó un caso de leishmaniasis visceral, tres casos de leishmaniasis mucosa y 342 casos de leishmaniasis cutánea. A la fecha, han ingresado al Sivigila 2 150 casos de leishmaniasis, 15 de leishmaniasis mucosa, 28 de leishmaniasis visceral (12 confirmados y 16 probables) y 2 107 confirmados de leishmaniasis cutánea (gráfica 61).

Gráfica 61
Casos notificados de leishmaniasis cutánea,
Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Por procedencia, Antioquia, Santander, Tolima, Nariño, y Norte de Santander han notificado el 56,9 % de los casos de leishmaniasis (tabla 57).

Tabla 57
Casos notificados de leishmaniasis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial	Cutánea	%	Mucosa	%	Visceral	%	Total	%
Antioquia	410	19,5	2	13,3	0	0	412	19,2
Santander	279	13,2	1	6,7	0	0	280	13,0
Tolima	194	9,2	0	0	0	0	194	9,0
Nariño	190	9,0	0	0	0	0	190	8,8
Norte de Santander	146	6,9	1	6,7	0	0	147	6,8
Guaviare	106	5,0	2	13,3	0	0	108	5,0
Meta	92	4,4	3	20,0	0	0	95	4,4
Cundinamarca	76	3,6	2	13,3	0	0	78	3,6
Risaralda	75	3,6	0	0	0	0	75	3,5
Bolívar	60	2,8	0	0	13	46,4	73	3,4
Caldas	68	3,2	1	7	0	0	69	3,2
Chocó	67	3,2	1	6,7	0	0	68	3,2
Boyacá	61	2,9	1	7	0	0	62	2,9
Caquetá	60	2,8	1	6,7	0	0	61	2,8
Córdoba	32	1,5	0	0	6	21,4	38	1,8
Cauca	32	1,5	0	0	0	0	32	1,5
Putumayo	31	1,5	0	0	0	0	31	1,4
Huila	23	1,1	0	0	6	21,4	29	1,3
La Guajira	27	1,3	0	0	0	0	27	1,3
Valle del Cauca	13	0,6	0	0	0	0	13	0,6
Guanía	10	0,5	0	0	0	0	10	0,5
Sucre	8	0,4	0	0	2	7,1	10	0,5
Cesar	9	0,4	0	0	0	0	9	0,4
Vichada	8	0,4	0	0	0	0	8	0,4
Exterior	8	0,4	0	0	0	0	8	0,4
Buenaventura	6	0,3	0	0	0	0	6	0,3
Amazonas	5	0,2	0	0	0	0	5	0,2
Desconocido	2	0,1	0	0	1	3,6	3	0,1
Santa Marta	3	0,1	0	0	0	0	3	0,1
Casanare	3	0,1	0	0	0	0	3	0,1
Vaupés	1	0,0	0	0	0	0	1	0
Arauca	1	0,0	0	0	0	0	1	0
Magdalena	1	0,0	0	0	0	0	1	0
Total	2 107	100	15	100	28	100	2 150	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Se registraron casos en 31 departamentos, dos distritos (Santa Marta y Buenaventura) y 303 municipios, siendo Tumaco (Nariño) con el 6,2 %, Carmen de Chucuri (Santander) con el 3,3 %, San José del Guaviare (Guaviare) con el 2,8 %, Pueblo Rico (Risaralda) con el 2,8 %, Segovia (Antioquia) con el 2,5 %, Valdivia (Antioquia) con el 2,2 %, Samaná (Caldas) con el 2,0 %, Chaparral (Tolima) con el 1,8 % y Rovira (Tolima) con el 1,7 %, los municipios que agrupan el 25,3 % de los casos notificados.

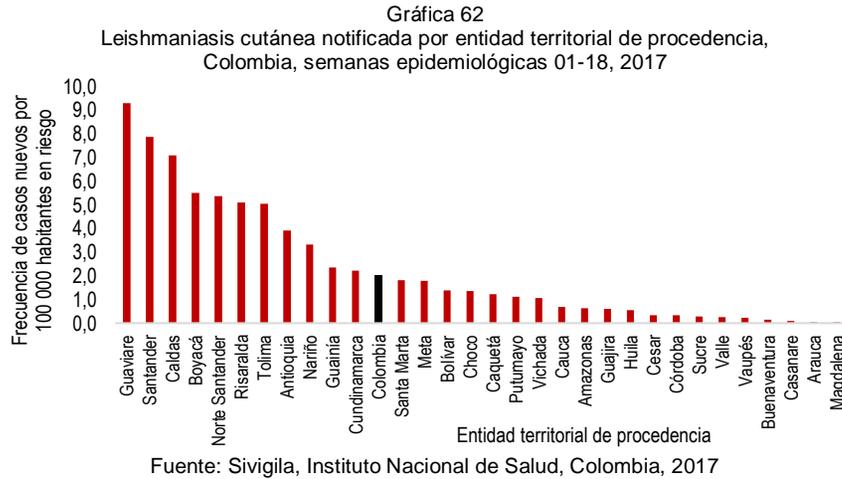
Para leishmaniasis cutánea el 72,2 % de los casos se registró en el sexo masculino, el 64,4 % pertenece al régimen subsidiado, el 19,4 % al régimen excepción y el 6,3 % de los casos pertenecen al régimen no afiliado; el 42,3 % de los casos se registraron en pacientes entre 15 y 29 años. El 7,3 % de los casos se han notificado en afrocolombianos y el 6,4 % en etnia indígena. Para leishmaniasis visceral el 67,9 % de los casos se registraron en el sexo masculino, el 82,1 % en menores de cuatro años, 92,9 % refieren afiliación al régimen subsidiado y 3,6 % al régimen excepción (tabla 58).

Tabla 58
Comportamiento demográfico y social de los casos de leishmaniasis, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

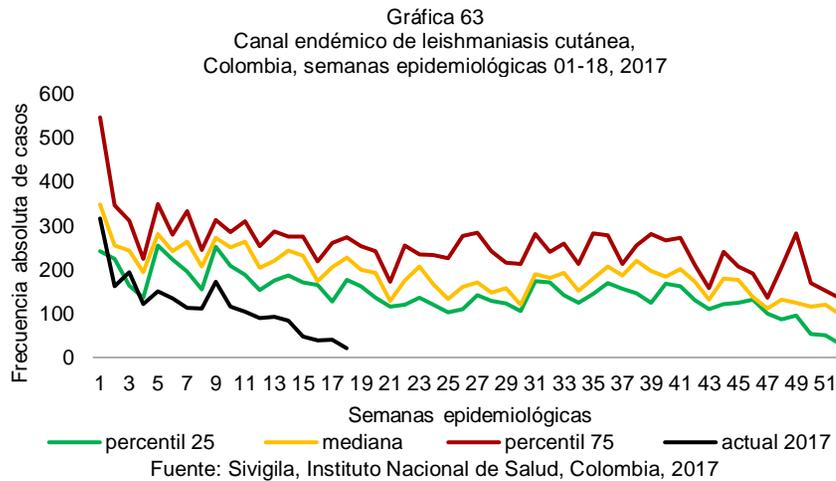
Variable	Categoría	Cutánea	%	Mucosa	%	Visceral	%
Sexo	Masculino	1522	72,2	12	80,0	19	67,9
	Femenino	585	27,8	3	20,0	9	32,1
Tipo de régimen	Subsidiado	1356	64,4	8	53,3	26	92,9
	Excepción	409	19,4	3	20,0	1	3,6
	Contributivo	175	8,3	2	13,3	0	0
	No afiliado	133	6,3	1	6,7	0	0
	Indeterminado	23	1,1	0	0	1	3,6
Pertenencia étnica	Especial	11	0,5	1	6,7	0	0
	Otros	1806	85,7	13	86,7	25	89,3
	Afrocolombiano	154	7,3	1	6,7	0	0
	Indígena	135	6,4	1	6,7	3	10,7
	Raizal	5	0,2	0	0	0	0
	ROM (gitano)	0	0	0	0	0	0
Grupos de edad	Palenquero	0	0	0	0	0	0
	Menores de un año	7	0,3	1	6,7	3	10,7
	1 a 4 años	113	5,4	0	0	20	71,4
	5 a 9 años	168	8,0	0	0	2	7,1
	10 a 14 años	180	8,5	0	0	0	0
	15 a 19 años	275	13,1	0	0	1	4
	20 a 24 años	364	17,3	1	6,7	1	3,6
	25 a 29 años	252	12,0	1	6,7	0	0
	30 a 34 años	144	6,8	3	20,0	1	3,6
	35 a 39 años	125	5,9	0	0	0	0
	40 a 44 años	95	4,5	2	13,3	0	0
45 a 49 años	100	4,7	1	6,7	0	0	
50 a 54 años	81	3,8	1	6,7	0	0	
55 a 59 años	68	3,2	1	6,7	0	0	
60 a 64 años	46	2,2	0	0	0	0	
65 y más años	89	4,2	4	26,7	0	0	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La frecuencia de casos nuevos registrados de leishmaniasis cutánea en Colombia a semana epidemiológica 18 de 2017 es de 20,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo, (gráfica 62).

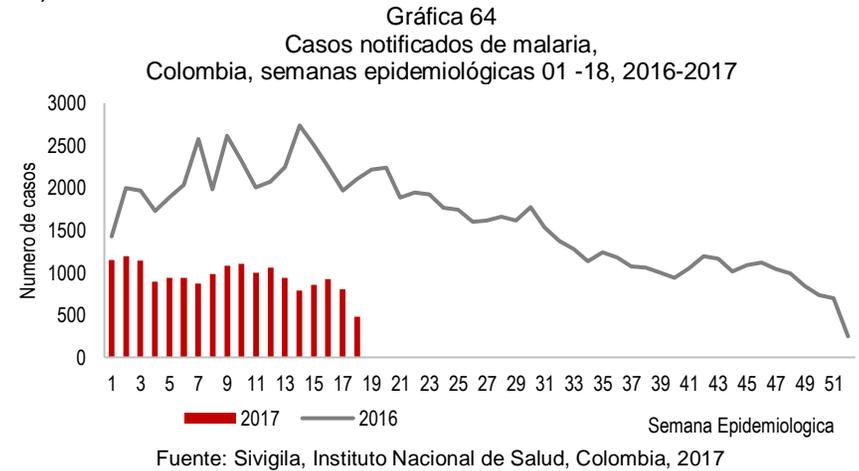


El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado en zona de seguridad en las semanas epidemiológicas 1 y 3, y en zona de éxito el resto de semanas de 2017 (gráfica 63).

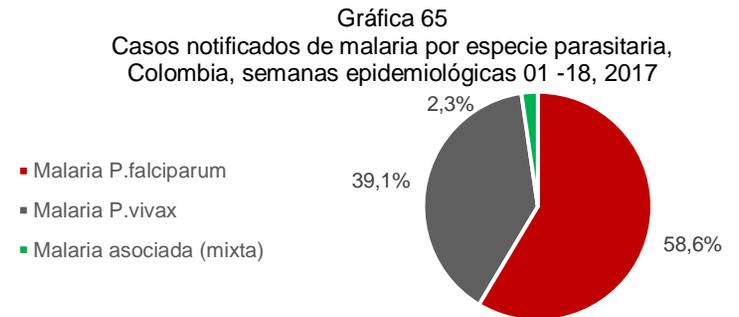


• **Malaria**

En la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron 1 316 casos, 476 de esta semana y 840 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2016 se notificaron 2 102 casos. A la fecha, han ingresado al Sivigila 17 135 casos de malaria, 16 793 casos de malaria no complicada y 342 casos de malaria complicada (gráfica 64).



Por especies parasitarias circulantes en el país, hay predominio de infección por *P. falciparum* con 10 034 casos (el 58,6%), seguido por *P. vivax* con 6 712 casos (el 39,1%) y 389 casos (el 2,3%) corresponden a infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (gráfica 65).



Malaria no complicada

Por procedencia, Nariño, Chocó, Córdoba, Antioquia, Guainía, Amazonas, Cauca y Vichada registraron el 91,5 % de los casos de malaria no complicada; Nariño registra el 30,1 % de todos los casos. Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, no han notificado casos de malaria no complicada procedentes de estos territorios hasta la semana epidemiológica 18 (tabla 59).

Tabla 59

Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia, Colombia semanas epidemiológicas 01 -18, 2017

Entidad territorial	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. malariae	Malaria P. vivax	Casos	%
Nariño	9	4 923	0	129	5 061	30,1
Chocó	214	2 843	0	1 723	4 780	28,5
Córdoba	12	361	0	1 020	1 393	8,3
Antioquia	18	277	0	1 050	1 345	8,0
Guainía	22	288	0	906	1 216	7,2
Amazonas	30	135	0	430	595	3,5
Cauca	1	513	0	18	532	3,2
Vichada	28	146	0	284	458	2,7
Guaviare	4	37	0	246	287	1,7
Buenaventura	0	186	0	59	245	1,5
Bolívar	4	30	0	198	232	1,4
Valle del Cauca	1	45	0	54	100	0,6
Vaupés	0	5	0	72	77	0,5
Risaralda	0	3	0	49	52	0,3
Meta	0	9	0	28	37	0,2
La Guajira	0	0	0	32	32	0,2
Sucre	0	2	0	15	17	0,1
Putumayo	0	6	0	9	15	0,1
Caquetá	0	4	0	9	13	0,08
Norte Santander	0	2	0	10	12	0,07
Santander	0	1	0	6	7	0,04
Caldas	0	0	0	7	7	0,04
Atlántico	0	1	0	4	5	0,03
Casanare	0	2	0	2	4	0,02
Magdalena	0	1	0	2	3	0,02
Quindío	2	0	0	0	2	0,01
Cesar	1	1	0	0	2	0,01
Cartagena	0	1	0	1	2	0,01
Barranquilla	0	0	0	2	2	0,01
Arauca	0	1	0	0	1	0,01
Desconocido	0	0	0	0	0	0,0
Exterior	24	69	0	156	249	1,55
Total	371	9 897	0	6 525	16 793	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por procedencia, notificaron casos de 247 municipios y tres distritos (Buenaventura, Cartagena y Barranquilla); Quibdó, Roberto Payán, Inírida, Inírida y San Andrés de Tumaco aportaron el 37,5 % de la notificación (tabla 60).

Tabla 60

Casos notificados de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017

Departamento de procedencia	Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. malariae	Malaria P. vivax	Casos	%
Chocó	Quibdó	102	1 169	0	557	1 828	10,9
Nariño	Roberto Payán	0	1 186	0	6	1 192	7,1
Guainía	Inírida	21	281	0	857	1 159	6,9
Nariño	San Andrés de Tumaco	2	1 061	0	46	1 109	6,6
Córdoba	Tierralta	11	329	0	662	1 002	6
Nariño	Olaya Herrera	0	874	0	2	876	5,2
Nariño	Barbacoas	3	681	0	37	721	4,3
Nariño	El Charco	1	419	0	13	433	2,6
Chocó	Tadó	10	291	0	126	427	2,5
Nariño	Magüi	0	387	0	11	398	2,4
Otros Municipios		221	3 219	0	4 208	7 648	45,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 58,3 % de los casos de malaria no complicada se registró en el sexo masculino; el 13,4 % de los casos se registraron en el grupo de edad de 15 a 19 años, Por pertenencia étnica se notificaron 9 009 (53,6 %) en afrocolombianos y 3 560 (el 21,2%) en indígenas; por procedencia el 45,4 % de los casos se registraron en el área rural dispersa y el 69,8 % pertenecen al régimen subsidiado (tabla 61).

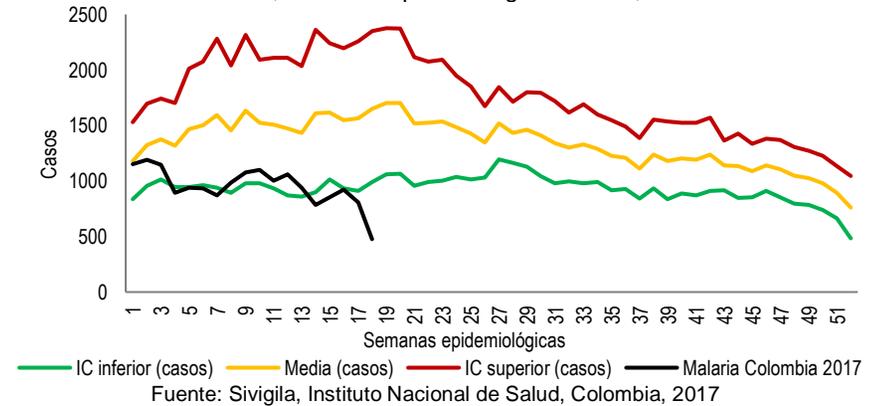
Tabla 61
Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria no complicada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%	
Sexo	Femenino	7 006	41,7	
	Masculino	9 787	58,3	
Grupos de edad	Menores de un año	121	0,7	
	1 a 4 años	1 057	6,3	
	5 a 9 años	1 804	10,7	
	10 a 14 años	2 116	12,6	
	15 a 19 años	2 253	13,4	
	20 a 24 años	2 141	12,7	
	25 a 29 años	1 726	10,3	
	30 a 34 años	1 390	8,3	
	35 a 39 años	1 034	6,2	
	40 a 44 años	798	4,8	
	45 a 49 años	657	3,9	
Pertenencia étnica	Indígena	3 560	21,2	
	ROM (gitano)	38	0,2	
	Raizal	26	0,2	
	Palanquero	19	0,1	
	Afrocolombiano	9 009	53,6	
	Otros	4 141	24,7	
	Área de procedencia	Cabecera municipal	4 835	28,8
		Centro Poblado	4 336	25,8
		Rural disperso	7 622	45,4
	Tipo de régimen	Contributivo	927	5,5
Especial		399	2,4	
Sin afiliación		3 130	18,6	
Excepción		243	1,4	
Subsidiado		11 717	69,8	
	Indeterminado	377	2,3	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

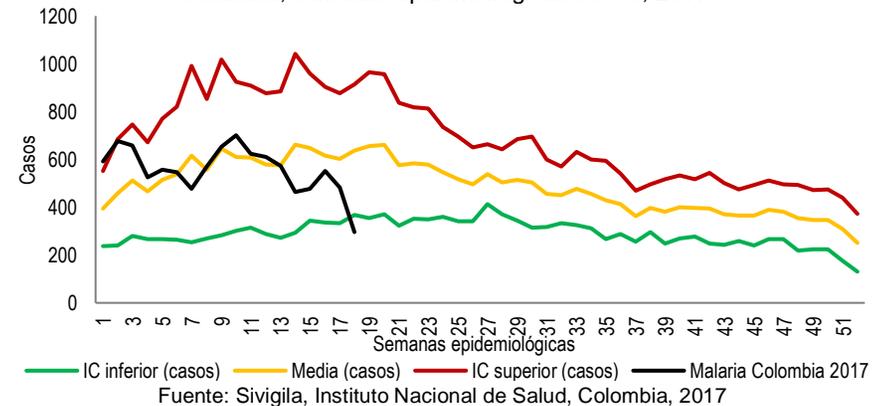
El canal endémico de malaria no complicada ha estado en situación de éxito en nueve semanas y en seguridad nueve semanas de 2017 (gráfica 66).

Gráfica 66
Canal endémico de malaria no complicada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017



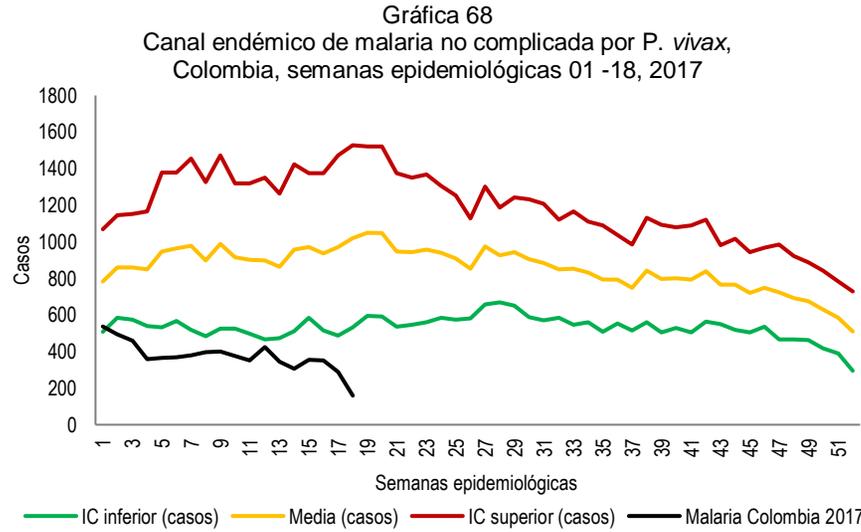
El canal endémico de malaria por *P. falciparum* ha estado en situación de brote una semana, en alarma 10 semanas, en seguridad seis semanas y en éxito una semana de 2017 (gráfica 67).

Gráfica 67
Canal endémico de malaria no complicada por *P. falciparum*, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017



El canal endémico de malaria por *P. vivax* ha estado en situación de éxito en 17 semanas y seguridad una semana de 2017 (gráfica 68).

El riesgo epidemiológico de malaria hasta la semana epidemiológica 18 de 2017 fue de 1,59 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo (población del área rural), con predominio de infección por *P. falciparum* con un IFA de 0,93 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo (tabla 62).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Tabla 62
 Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017

Municipio	Departamento	IPA	IVA	IFA
Inírida	Guainía	58,1	43,0	14,1
La Pedrera	Amazonas	56,4	42,5	11,7
Roberto Payán	Nariño	51,2	0,3	50,9
Tarapacá	Amazonas	39,0	34,0	4,7
Lloró	Chocó	29,1	15,5	12,0
Río Quito	Chocó	29,0	3,2	25,3
Olaya Herrera	Nariño	27,7	0,1	27,7
Vigía del Fuerte	Antioquia	27,2	11,7	15,2
Tadó	Chocó	22,8	6,8	15,4
Taraira	Vaupés	22,7	17,6	5,2
Barbacoas	Nariño	18,9	1,0	17,8
Remedios	Antioquia	17,6	14,8	2,5
Magüi	Nariño	17,2	0,5	16,7
Timbiquí	Cauca	17,1	0,2	16,8
Nóvita	Chocó	16,8	8,2	8,7
Quibdó	Chocó	16,5	5,1	10,4
Yavaraté (ANM)	Vaupés	16,2	16,2	0,0
Atrato	Chocó	15,6	5,1	8,4

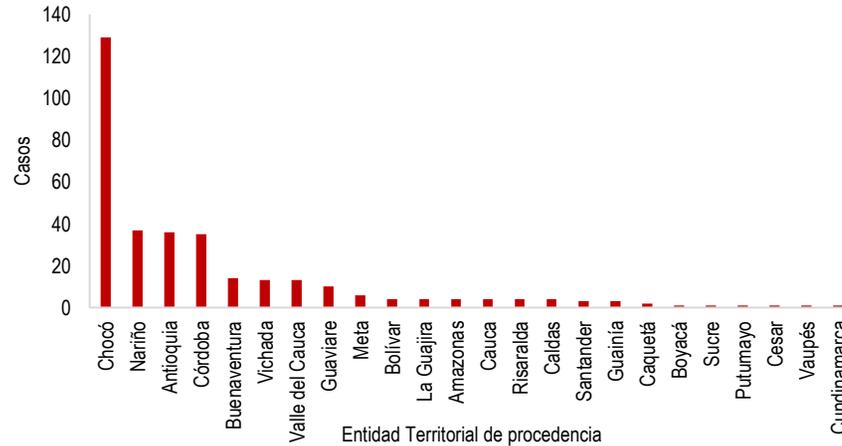
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017
 IPA: Número de casos/población a riesgo (área rural)* 1 000

Malaria Complicada

Se notificaron 342 casos de malaria complicada procedentes de 24 entidades territoriales y siete casos del total son procedentes del exterior (gráfica 69).

Gráfica 69

Casos notificados de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

El 57,6 % de los casos de malaria complicada se registró en el sexo masculino; el 14,0 % de los casos se registró en el grupo de edad de 15 a 19 años; por pertenencia étnica, 174 casos (el 50,9 %) se notificaron en otros grupos poblacionales, 61 casos (el 17,8 %) se notificaron en indígenas y 104 casos (el 30,4 %) se notificaron en afrocolombianos; por procedencia, el 52 % de los casos se registró en las cabecera municipal y el 67,5 % pertenecen al régimen subsidiado (tabla 63).

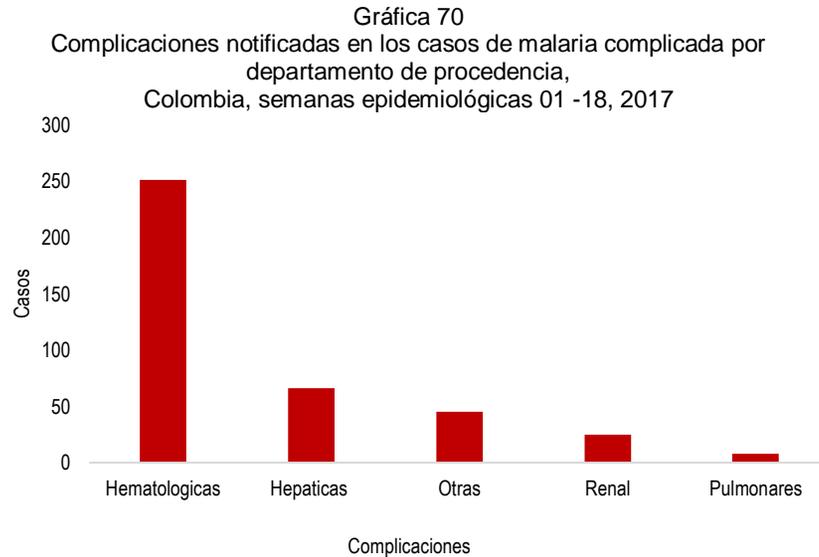
Tabla 63

Comportamiento demográfico y social de los casos de malaria complicada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	145	42,4
	Masculino	197	57,6
Grupos de edad	Menores de un año	9	2,6
	1 a 4 años	31	9,1
	5 a 9 años	24	7,0
	10 a 14 años	22	6,4
	15 a 19 años	48	14,0
	20 a 24 años	39	11,4
	25 a 29 años	25	7,3
	30 a 34 años	24	7,0
	35 a 39 años	23	6,7
	40 a 44 años	28	8,2
	45 a 49 años	20	5,8
Pertenencia étnica	50 a 54 años	16	4,7
	55 a 59 años	12	3,5
	60 a 64 años	6	1,8
	65 y más años	15	4,5
	Indígena	61	17,8
	ROM (gitano)	3	0,9
Área de procedencia	Raizal	0	0,0
	Palanquero	0	0,0
	Afrocolombiano	104	30,4
	Otros	174	50,9
Régimen de afiliación	Cabecera municipal	178	52,0
	Centro Poblado	46	13,5
	Rural disperso	118	34,5
Régimen de afiliación	Contributivo	51	14,9
	Especial	21	6,1
	Sin afiliación	24	7,0
	Excepción	13	3,8
	Subsidiado	231	67,5
	Indeterminado	2	0,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los 342 casos de malaria complicada, 251 casos (el 73 %) presentaron complicaciones hematológicas, 66 casos (el 19 %) presentaron complicaciones hepáticas, ocho casos (el 2 %) presentaron complicaciones pulmonares, 25 casos (el 7 %) presentaron complicaciones renales y 45 casos (el 13 %) otras complicaciones (gráfica 70).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

***Casos registrados como procedentes del exterior**

Hasta la semana epidemiológica 18 del 2017, se han notificado 249 casos procedentes del exterior, 245 casos de malaria no complicada y cuatro casos de malaria complicada; 157 casos se han registrado con infección por *P. vivax*, 68 casos con infección por *P. falciparum* y 24 casos con infección mixta (*P. falciparum* y *P. vivax*) (tabla 64).

Tabla 64
Casos notificados de malaria procedentes del exterior, Colombia, semanas epidemiológicas 01 -18, 2017

Entidad territorial notificador	Casos	País de procedencia	Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia
Amazonas	1	Brasil	Amazonas	Leticia
Amazonas	2	Perú	Amazonas	Leticia
Antioquia	1	Venezuela	Antioquia	Puerto Berrio
Antioquia	1	Ecuador	Antioquia	Medellin
Arauca	3	Venezuela	Exterior	Venezuela
Arauca	1	Venezuela	Arauca	Fortul
Arauca	1	Venezuela	Arauca	Tame
Atlántico	1	Brasil	Atlántico	Soledad
Atlántico	1	Venezuela	Atlántico	Sabanalarga
Barranquilla	1	Venezuela	Atlántico	Ponedera
Barranquilla	1	Venezuela	Barranquilla	Barranquilla
Bogotá	1	Venezuela	Bogotá	Bogotá - bosa-bosa central
Bogotá	1	Venezuela	Bogotá	Bogotá - Usaquén - Verbenal
Bogotá	1	Venezuela	Bogotá	Bogotá - barrios unidos-12 de octubre
Bogotá	1	Venezuela	Exterior	Venezuela
Bogotá	1	* Exterior. País desconocido	Bogotá	Bogotá
Bolívar	1	Venezuela	Bolívar	Magangué
Boyacá	1	* Exterior. País desconocido	Exterior	* Exterior. País desconocido
Caquetá	1	Venezuela	Caquetá	Florencia
Caquetá	1	* Exterior. País desconocido	Caquetá	Florencia
Cartagena	1	Venezuela	Cartagena	Cartagena
Cartagena	1	Mozambique	Cartagena	Cartagena
Casanare	1	Venezuela	Casanare	Yopal
Casanare	1	Venezuela	Casanare	Paz de Ariporo
Cesar	3	Venezuela	Cesar	Valledupar
Cesar	1	Venezuela	Cesar	Becerril
Cesar	1	Venezuela	Cesar	San diego
Choco	1	Federación de Rusia	Choco	Quibdó
Córdoba	1	Venezuela	Córdoba	Moñitos
Córdoba	1	Panamá	Córdoba	Moñitos
Cundinamarca	1	Venezuela	Bogotá	Bogotá
Guainía	1	Venezuela	Bogotá	Bogotá - bosa-Tintal sur
Guainía	62	Venezuela	Exterior	Venezuela
Guainía	118	Venezuela	Guainía	Puerto Inírida
Guainía	1	Venezuela	Meta	Villavicencio
Guainía	1	Venezuela	Vichada	Cumaribo
Guaviare	1	Venezuela	Guaviare	San José del Guaviare
Huila	1	Venezuela	Exterior	Venezuela
Huila	1	Venezuela	Huila	Garzón
Magdalena	1	Venezuela	Magdalena	Guamal
Meta	2	Venezuela	Meta	Villavicencio
Meta	1	Venezuela	Meta	Granada
Nariño	1	Qatar	Nariño	Tumaco
Norte Santander	1	Brasil	Norte Santander	Cúcuta
Norte Santander	1	Venezuela	Exterior	Venezuela
Norte Santander	8	Venezuela	Norte Santander	Cúcuta
Norte Santander	3	Venezuela	Norte Santander	Abrego
Norte Santander	1	Venezuela	Norte Santander	Los patios
Quindío	1	Venezuela	Quindío	La tebaida
Santander	1	Venezuela	Santander	Floridablanca
Tolima	1	Venezuela	Tolima	Espinal
Valle	1	Venezuela	Valle	Obando
Valle	1	República centroafricana	Valle	Cali
Vaupés	2	Brasil	Exterior	Brasil
Vichada	1	Venezuela	Vichada	Puerto Carreño
Total	249			

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

A semana epidemiológica 18 de 2017 se han notificado nueve muertes probables por malaria, una muerte no cumple con la definición de caso y se descartó en unidad de análisis, quedando ocho muertes probables una confirmada procedente de Antioquia y siete permanecen en estudio. Por procedencia, el 25 % de las muertes las registró el departamento del Córdoba (tabla 65).

Tabla 65
 Casos notificados como probables muertes por malaria, por municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Departamento	Municipio	Muertes
Guajira	Uribia	1
Amazonas	Puerto Santander	1
Cauca	Timbiquí	1
Antioquia	Vigía del Fuerte	1
Valle de Cauca	Municipio desconocido	1
Choco	Medio Atrato	1
Córdoba	Tierralta	1
Córdoba	Cerete	1
Total		8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por sexo el 75 % se registró en el sexo femenino; por grupo de edad el 37,5 % de las muertes se registraron en el grupo mayores de 65 años; por pertenencia étnica cuatro casos (50 %) se notificaron en indígenas, por procedencia el 50 % de las muertes se registró en el área rural disperso y el 87,5 % pertenecen al régimen subsidiado (tabla 66).

Tabla 66
 Casos notificados como probables muertes por malaria, por grupos de edad, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

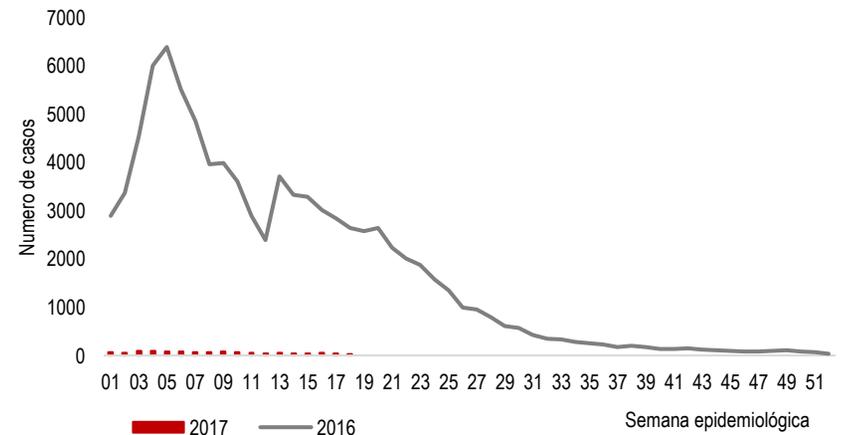
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	6	75,0 %
	Masculino	2	25,0 %
Grupos de edad	10 a 14 años	1	12,5 %
	15 a 19 años	1	12,5 %
	20 a 24 años	1	12,5 %
	45 a 49 años	1	12,5 %
	55 a 59 años	1	12,5 %
	65 y más años	3	37,5 %
Pertenencia étnica	Indígena	4	50,0 %
	Afrocolombiano	1	12,5 %
	Otros	3	37,5 %
Área de procedencia	Cabecera municipal	2	25,0 %
	Centro Poblado	2	25,0 %
	Rural disperso	4	50,0 %
Tipo de régimen	Contributivo	1	12,5 %
	Subsidiado	7	87,5 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

• **Enfermedad por virus Zika**

En la semana epidemiológica 18 de 2017 se notificaron 47 casos de Zika, 23 casos correspondientes a la semana epidemiológica 18 de 2017 y 24 casos ingresaron como notificación tardía de las semanas epidemiológicas anteriores; en la misma semana del año 2016 se notificaron 2 638 casos. En total se han notificado 1 126 casos de Zika, tres casos confirmados procedentes de tres municipios, 1 036 casos proceden de 159 municipios donde se han confirmado casos por laboratorio, 87 casos proceden de 24 municipios donde no se han confirmado casos por laboratorio. Se notificaron 11 casos procedentes del exterior, ocho por el distrito de Bogotá, dos por el departamento de Amazonas y uno por el departamento de Nariño (gráfica 67).

Gráfica 67
 Casos notificados de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2016-2017

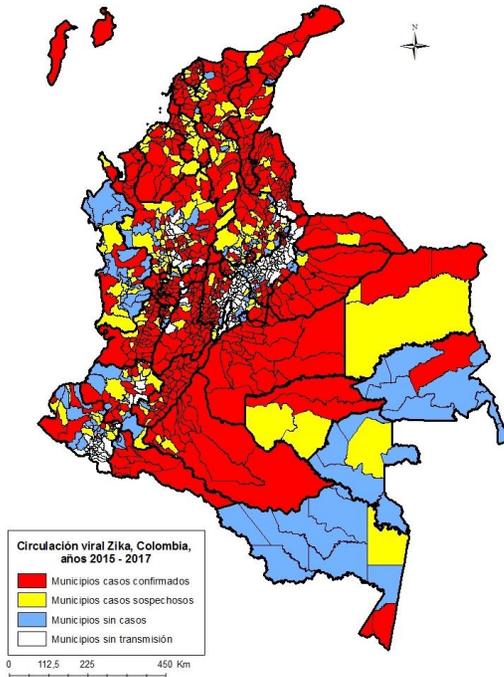


Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2017

Durante los años 2015 a 2017, se confirmó la circulación de virus Zika en 552 municipios y cuatro distritos del territorio nacional; Antioquia es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados por laboratorio (55 municipios). Se han notificado casos sospechosos de enfermedad por virus Zika en 247

municipios, sumando un total de 803 municipios con casos reportados entre confirmados y sospechosos (mapa 7).

Mapa 7
 Circulación viral del Zika por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 18 de 2017



Fuente: Sivigila. Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

35 entidades territoriales del orden departamental y distrital han notificado casos de Zika al sistema de vigilancia. De los casos notificados durante la semana epidemiológica 18 del 2017, por procedencia, Valle del Cauca, Santander, Tolima, Cundinamarca y Meta concentraron el 72,3 % de los casos. El 55,3 % de los casos fueron notificados por los municipios de Cali con el 48,3 %, Bucaramanga con el 3,6 %, Villavicencio y Medellín con el 1,7 % cada uno (tabla 71).

Tabla 71
 Casos notificados de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados	%	Casos sospechosos por clínica	%	Casos sospechosos de municipios sin confirmación	%	Total
Valle del Cauca	0	0	576	55,6	2	2,3	578
Santander	0	0	95	9,2	8	9,2	103
Tolima	1	33,3	58	5,6	7	8	66
Cundinamarca	0	0	35	3,4	4	4,6	39
Meta	0	0	29	2,8	0	0	29
Antioquia	0	0	28	2,7	1	1,1	29
Huila	0	0	24	2,3	4	4,6	28
Norte Santander	1	33,3	19	1,8	7	8	27
Casanare	0	0	24	2,3	2	2,3	26
Risaralda	1	33,3	16	1,5	1	1,1	18
Cesar	0	0	14	1,4	2	2,3	16
Sucre	0	0	15	1,4	0	0	15
Amazonas	0	0	14	1,4	0	0	14
Barranquilla	0	0	14	1,4	0	0	14
Atlántico	0	0	12	1,2	2	2,3	14
Desconocido	0	0	0	0	13	14,9	13
Cartagena	0	0	10	1	0	0	10
Santa Marta	0	0	8	0,8	0	0	8
Cauca	0	0	4	0,4	4	4,6	8
Arauca	0	0	7	0,7	0	0	7
Nariño	0	0	2	0,2	5	5,7	7
Bolívar	0	0	4	0,4	1	1,1	5
Boyacá	0	0	4	0,4	1	1,1	5
Córdoba	0	0	4	0,4	1	1,1	5
Caldas	0	0	5	0,5	0	0	5
Guajira	0	0	2	0,2	2	2,3	4
Putumayo	0	0	4	0,4	0	0	4
Magdalena	0	0	2	0,2	1	1,1	3
Quindío	0	0	2	0,2	1	1,1	3
Vaupés	0	0	0	0	3	3,4	3
Caquetá	0	0	2	0,2	0	0	2
San Andrés,							
Providencia	0	0	0	0	2	2,3	2
Guaviare	0	0	2	0,2	0	0	2
Vichada	0	0	0	0	1	1,1	1
Buenaventura	0	0	1	0,1	0	0	1
Guainía	0	0	0	0	1	1,1	1
Choco	0	0	0	0	0	0	0
Exterior	0	0	0	0	11	12,6	11
Total	3	0,3	1 036	92	87	7,7	1 126

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Para esta semana, la incidencia nacional de la enfermedad por virus Zika es de 4,25 casos por 100 000 habitantes en población urbana. Ocho entidades territoriales superaron la incidencia nacional; las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Amazonas, Vaupés, Valle del Cauca, Casanare y Guainía (gráfica 72).



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 53,1 % de los casos notificados de enfermedad por virus Zika se registró en el sexo femenino; el 74,8 % pertenecen al régimen contributivo; el 13 % corresponden al grupo de edad de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica, se notificó el 96,9 % en “otros”. El 88,3 % de los casos procedieron del área urbana (tabla 68).

Tabla 68
Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	598	53,1
	Masculino	528	46,9
Tipo de régimen	Contributivo	842	74,8
	Subsidiado	228	20,2
	Especial	18	1,6
	No afiliado	20	1,8
	Excepción	10	0,9
Pertenenencia étnica	Indeterminado	8	0,7
	Otros	1091	96,9
	Indígena	18	1,6
	Afrocolombiano	10	0,9
	ROM (gitano)	5	0,4
Área de residencia	Raizal	1	0,1
	Palenquero	1	0,1
	Urbana	994	88,3
	Centro poblado	64	5,7
	Rural disperso	68	6
Grupos de edad	Menores de un año	123	10,9
	1 a 4 años	49	4,4
	5 a 9 años	50	4,4
	10 a 14 años	50	4,4
	15 a 19 años	97	8,6
	20 a 24 años	144	12,8
	25 a 29 años	146	13
	30 a 34 años	132	11,7
	35 a 39 años	95	8,4
	40 a 44 años	71	6,3
	45 a 49 años	51	4,5
50 a 54 años	50	4,4	
55 a 59 años	33	2,9	
60 a 64 años	15	1,3	
65 y más años	20	1,8	

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

No se notificaron casos de muertes confirmadas secundarias a la enfermedad por virus Zika.

Gestantes con diagnóstico de enfermedad por virus Zika

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017, se notificaron 173 casos en mujeres embarazadas que refirieron haber tenido en algún

momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, de los cuales dos casos son confirmados, 157 casos proceden de municipios donde se confirmó circulación del virus Zika (sospechosos por clínica) y 14 casos de municipios donde no se han confirmado casos. Por entidad territorial de residencia, la que ha notificado la mayor proporción de casos es Santander con 46 gestantes (el 26,6 %) (tabla 69).

Tabla 69

Casos notificados de enfermedad por virus Zika en gestantes por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18 2017

Entidad territorial de residencia	Confirmados		Sospechosos por clínica		Sospechosos de municipios sin confirmación diagnóstica		Total
		%		%		%	
Santander	0	0	41	26,1	5	35,7	46
Valle del Cauca	0	0	42	26,8	0	0	42
Bogotá	1	50	10	6,4	5	35,7	16
Tolima	0	0	15	9,6	0	0	15
Atlántico	0	0	7	4,5	0	0	7
Casanare	0	0	7	4,5	0	0	7
Antioquia	0	0	6	3,8	0	0	6
Barranquilla	0	0	5	3,2	0	0	5
Meta	0	0	5	3,2	0	0	5
Norte de Santander	0	0	4	2,5	0	0	4
Cesar	0	0	3	1,9	0	0	3
Huila	0	0	2	1,3	1	7,1	3
Nariño	0	0	2	1,3	1	7,1	3
Sucre	0	0	3	1,9	0	0	3
Cauca	0	0	1	0,6	1	7,1	2
Cundinamarca	0	0	1	0,6	1	7,1	2
Bolívar	0	0	1	0,6	0	0	1
Guajira	0	0	1	0,6	0	0	1
Guaviare	0	0	1	0,6	0	0	1
Risaralda	1	50	0	0	0	0	1
Total	2	1,2	157	90,8	14	8,1	173

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Vigilancia intensificada de Microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2017 (Revisión a 12 de Mayo de 2017)

En la semana 17 de 2017, se notificaron 07 casos de microcefalias y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central de esta semana; entre las semanas epidemiológicas 01 a la 52 de 2016 y la semana 18 de 2017 se han confirmado 151 casos de microcefalias

y otros defectos congénitos del Sistema Nervioso Central asociados al virus Zika, 384 casos se han descartado, 141 casos no correspondían a microcefalia ni otros defectos congénitos y 563 casos están en estudio.

Vigilancia especial de los Síndromes Neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika

Hasta la semana epidemiológica 18 de 2017 se notificaron 35 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con la infección por el virus Zika (tabla 70).

Tabla 70

Síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

Entidad territorial de residencia	Casos	Frecuencia
Bogotá	5	14,3
Tolima	5	14,3
Santander	4	11,4
Cartagena	3	8,6
Antioquia	2	5,7
Casanare	2	5,7
Meta	2	5,7
Valle del Cauca	2	5,7
Cundinamarca	2	5,7
Bolívar	1	2,9
Quindío	1	2,9
Atlántico	1	2,9
Cauca	1	2,9
Norte de Santander	1	2,9
Boyacá	1	2,9
Nariño	1	2,9
Arauca	1	2,9
Total	35	100

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

El 54,3 % (15 casos) de los síndromes neurológicos notificados se registró en el sexo masculino; el 14,3 % (5 casos) 15 a 19 años (tabla 71).

Tabla 71

Síndromes neurológicos con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika, por grupos de edad y sexo, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017

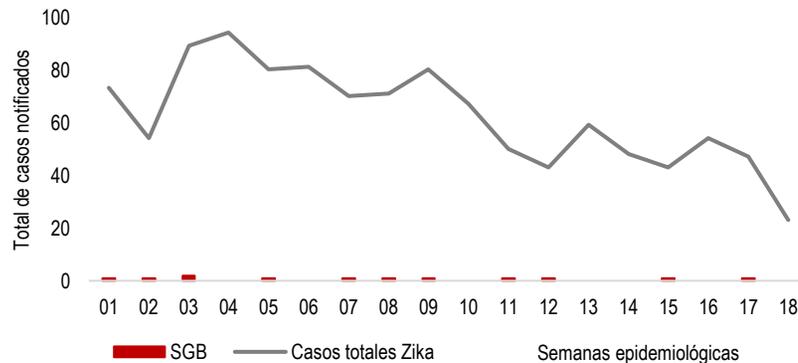
Grupo de edad	Mujer	Hombre	Total general	% Total
Menor de 1 año	1	0	1	2,9
1 a 4 años	2	1	3	8,6
5 a 9 años	0	2	2	5,7
10 a 14 años	2	2	4	11,4
15 a 19 años	3	2	5	14,3
20 a 24 años	2	0	2	5,7
25 a 29 años	1	0	1	2,9
30 a 34 años	1	2	3	8,6
35 a 39 años	0	1	1	2,9
40 a 44 años	1	1	2	5,7
45 a 49 años	0	2	2	5,7
50 a 54 años	0	2	2	5,7
55 a 59 años	1	0	1	2,9
60 a 64 años	0	2	2	5,7
65 y más años	2	2	4	11,4
Total	16	19	35	100

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Del total de complicaciones neurológicas notificadas con el antecedente de enfermedad viral por Zika, 12 casos (el 34,2%), ingresaron con el código CIE-10 de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) (gráfica 73).

Gráfica 73

Casos notificados de SGB con antecedente de enfermedad compatible con infección por virus Zika notificados bajo la vigilancia intensificada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-18, 2017



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Recomendaciones para las acciones de vigilancia epidemiológica del evento

- Notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika (y de complicaciones neurológicas con posible antecedente de enfermedad por virus Zika) a través de la ficha de Sivigila con el código **895**.
- Implementación estricta del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Enfermedad por Virus Zika en Colombia (disponible en [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos %20SIVIGILA/PRO %20Zika.p df](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Zika.pdf))
- Realizar la notificación individual e inmediata de las gestantes al Sivigila con el código **895** (morbilidad por Zika, datos complementarios).
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
- Realizar Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación).
- Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico de personas pertenecientes a grupos de riesgo, y de aquellos municipios donde no haya confirmación de la circulación virológica (de acuerdo a los lineamientos del Laboratorio Nacional de Referencia del INS).
- Tomar muestra de suero a todas las gestantes que cumplan con la definición de caso para enfermedad por virus Zika (sospechosa o confirmada –clínica o laboratorio-), sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Tomar muestra de suero a todos los pacientes que presenten algún tipo de complicación neurológica (orina, saliva, heces fecales en menores de 14 años o líquido cefalorraquídeo si las condiciones médicas y el criterio del médico tratante lo permiten), el cual debe ser enviado al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

- **Alertas internacional**

Alerta epidemiológica: Brotes de sarampión en países de Europa, implicación para las Américas

Ante un aumento de casos notificados de sarampión, en la región de Europa la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, recomienda a sus estados miembros fortalecer las actividades de vigilancia y tomar las medidas adecuadas para proteger a su población frente al sarampión y la rubeola, para así mantener a la región libre de la enfermedad.

Durante el 2016 se notificaron 93 casos confirmados de sarampión en tres países de la región de las Américas, alcanzándose la tasa de incidencia regional de casos confirmados de sarampión más baja en la historia de las Américas (0,093/1 000 000 habitantes).

De la semana 01 a la 17 del 2017 se han notificado 84 casos confirmados en tres países Argentina (2 casos), Canadá (39 casos) y Estados Unidos (43 casos), todos los casos confirmados en 2016 y 2017 fueron casos importados de otras regiones del mundo.

Desde principios de enero de 2016 y al 1 de mayo de 2017, un total de 7,847 casos de sarampión fueron notificados por 37 países de Europa; el 34 % de estos casos fueron notificados en el 2017; la mayoría de los casos fueron notificados por Rumania (2 432 casos) e Italia (1 549 casos). En el mismo periodo, 25 defunciones fueron registradas en cuatro países europeos; una defunción en Portugal, 22 en Rumania, una defunción en Reino Unido y una en Suiza.

Países de otros continentes (China, Etiopía, India, Indonesia, Laos, Mongolia, Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudan, Vietnam, Tailandia, entre otros) también notificaron brotes de sarampión entre 2016 y 2017.

Siendo las Américas la primera Región declarada por un Comité Internacional de Expertos como libre de los virus de la rubéola y el sarampión en 2015 y 2016 respectivamente, es fundamental continuar con los esfuerzos para sostener estos logros en materia de eliminación. La principal medida para evitar la introducción y diseminación de estos virus es la vacunación de la población susceptible, informar a los viajeros antes de salir del país los signos y síntomas de sarampión y cuando acudir a los servicios médicos oportunamente; además de un sistema de vigilancia de alta calidad y suficientemente sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión o rubéola.

A los profesionales de la salud recomienda promover la práctica de solicitar pruebas de inmunidad contra el sarampión y la rubeola y sensibilizarse sobre la necesidad de la notificación inmediata.

Fuente: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=39842&lang=es

Cólera en las Américas, Resumen de la situación, 04 de mayo de 2017

Entre las semanas epidemiológicas 01 y 14 de 2017 se notificaron 4 871 casos de cólera en Haití, lo cual representa una disminución de 60 % y 61 % comparado con lo notificado en el mismo periodo en 2015 y 2016, respectivamente, 69 de los casos fueron fatales.

De igual manera, en la República Dominicana entre la semana 1 y la 14 de 2017 se notificaron 62 casos sospechosos de cólera lo que representa una disminución de 73 % y 91 % comparado con lo notificado en el mismo periodo en 2015 y 2016, se presentaron dos defunciones.

A pesar de la disminución de los casos notificados de cólera en La Española, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que mantengan y fortalezcan la capacidad de vigilancia del cólera a fin de detectar precozmente los casos sospechosos y proporcionar el

tratamiento adecuado y prevenir la propagación del cólera. El tratamiento precoz y adecuado mantiene la tasa de letalidad de los pacientes hospitalizados en cifras menores a 1 %.

La OPS/OMS alienta a que los Estados Miembros a que continúen con sus esfuerzos, incluido la promoción de higiene y movilización social, para garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico y acceso al agua potable con el fin de reducir el impacto del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua.

Fuente: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=39838&lang=es

Actualización Epidemiológica, Infección humana por el virus de la Influenza aviar A (H7N9) en China, 09 de mayo de 2017

El 30 de abril de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China (NHFPC) notificó a la OMS 18 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza aviar A (H7N9) en China continental.

De los 18 casos, ocho eran mujeres, la media de edad fue de 58 años. Se presentaron tres defunciones, 14 de los casos se diagnosticados con neumonía o neumonía grave y el otro caso fue diagnosticado como leve. Diecisiete de los casos tuvieron antecedente de exposición a aves de corral o con mercados de aves de corral.

Hasta la fecha, han sido notificadas por RSI desde principios del año 2013 un total de 1 439 infecciones en humanos confirmadas por laboratorio con virus de la gripe aviar A (H7N9).

Dado el aumento del número de casos desde diciembre de 2016, el gobierno chino fortaleció la evaluación de riesgos y orientación sobre prevención y control en las provincias septentrionales, que son las que más reportan casos. Continúan fortaleciendo las medidas de control centradas en la gestión higiénica de los mercados avícolas y el transporte entre regiones.

Además trabajan en el fortalecimiento de la prevención y detección temprana de la enfermedad con el fin de disminuir la mortalidad, llevando a cabo acciones de vigilancia virológica y comunicación de riesgos.

La OMS recomienda a los viajeros que se desplacen a países con brotes de gripe aviar conocidos que eviten, si es posible, las granjas de aves de corral, el contacto con animales o superficies contaminadas con heces en mercados de aves de corral. Los viajeros también deben lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, seguir buenas prácticas de higiene y seguridad alimentaria.

La OMS alienta a los países a seguir fortaleciendo la vigilancia de la influenza, incluida la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves y las enfermedades similares a la gripe, revisar cuidadosamente cualquier patrón inusual y asegurar la notificación los eventos en el marco del RSI 2005.

Fuente: <http://www.who.int/csr/don/09-may-2017-ah7n9-china/en/>

• **Brotos y alertas nacionales**

Brote de varicela en institución militar

El 07 de mayo de 2017 la Secretaría de Salud departamental del Meta recibió información sobre la aparición de un posible caso de varicela en una institución militar, en la investigación de campo en la institución se confirmó el brote de varicela con afectación de dos soldados que iniciaron síntomas clínicos compatibles con la enfermedad el 02 de mayo del 2017. Se observaron 55 personas expuestas en la institución (tasa de ataque de 3,6 %). Las acciones de control inicial incluyeron aislamiento domiciliario de la persona afectada, búsqueda activa de más casos, inspección sanitaria y ambiental, desinfección de alojamientos, educación para fortalecer las medidas de bioseguridad; no se encontraron más casos al momento de la visita y se implementó el seguimiento diario a los contactos.



Martha Lucia Ospina Martínez

Directora General INS

Franklin Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Pacheco García

Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Hernán Quijada Bonilla

Edición

Diana Paola Bocanegra Horta

Corrección de estilo

Giovanni Sanabria Merchán

Diagramación

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2017

Equipo técnico

Enf. Respiratorias

Santiago Fadúl Pérez

Diana Malo Sánchez

Martha López Pérez

Paola Pulido Domínguez

Maternidad Segura

Esther Liliana Cuevas Ortiz

Grace Alejandra Ávila Mellizo

Nathaly Rozo Gutiérrez

Nubia Narváez Díaz

Nutrición

Giomar Sichaca

Salud mental

Ana María Blandón Rodríguez

Natalia Gutiérrez Bolívar

Alimentos y agua

Angélica Rojas Bárcenas

Claudia Álvarez Álvarez

Equipo Sivigila

Enf. Transmitidas por Vectores y zoonosis

Sara E. Gómez Romero

Alejandra Pinilla Farias

Cecilia Saad

Daniela Salas Botero

Daniela Salas Botero

German Torres

Leonardo León

Natalia Tolosa Pérez

Inmunoprevenibles

Orlando Castillo Pabón

Adriana Gómez

Amparo Sastoque Díaz

Helena Patricia Salas

Infecciones de Transmisión Sexual

Norma Cuellar

Amparo Sabogal Apolinar

Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo