

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

Semana epidemiológica 15
10 al 16 de abril de 2022

Al estornudar y toser
cúbrase con el antebrazo

Si tiene gripa,
use tapabocas

Lávese las manos
con frecuencia

Mantenga limpias las superficies
y la casa ventilada

Infección respiratoria aguda en Colombia,
semanas epidemiológicas 1-14 de 2022
Meningitis en Colombia,
semanas epidemiológicas 1-13 de 2022



Situación nacional

Los eventos en salud pública con mayor
frecuencia y el cumplimiento de la
notificación de las entidades territoriales.



Mortalidad

Número de casos notificados al Sivigila,
por eventos de interés en salud pública



Eventos trazadores

Vigilancia en el comportamiento rutinario,
siendo un indicador de brotes o emergencias
en salud pública.

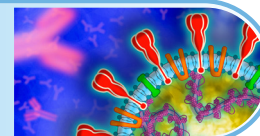


Brotes

Actualidad a nivel
internacional y nacional



**Situación
COVID-19
Colombia**



Tablas de mando por departamento

Resume la vigilancia rutinaria, permite
identificar brotes en salud pública.



Infección respiratoria aguda en Colombia,
semanas epidemiológicas 1-14 de 2022

Meningitis en Colombia,
semanas epidemiológicas 1-13 de 2022

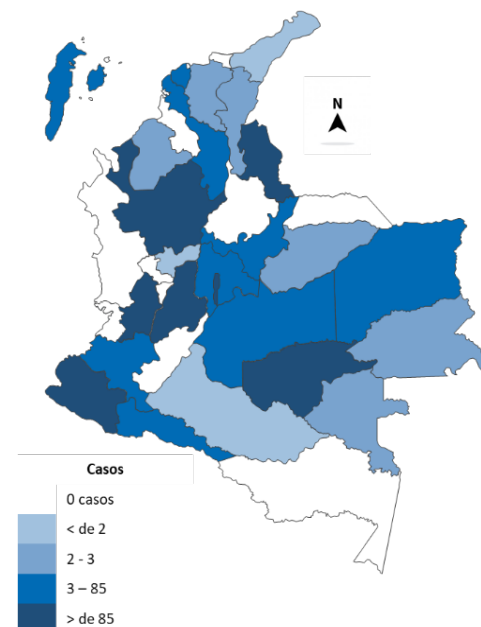
Infección respiratoria aguda en Colombia, semanas epidemiológicas 1-14 de 2022

Las infecciones respiratorias agudas son consideradas una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Los menores de cinco años son el grupo poblacional con mayor riesgo de morir por esta causa; en Colombia la IRA es la quinta causa de mortalidad en población general y se ubica entre las tres primeras causas en menores de cinco años.

Históricamente el comportamiento de la infección respiratoria aguda en Colombia presenta dos periodos donde se evidencia el incremento en la frecuencia de las consultas y hospitalizaciones por esta enfermedad; el primero se observa entre los meses de marzo a junio, siendo los meses de mayo y junio los que concentran el mayor número de casos. El segundo se presenta entre los meses de septiembre a diciembre, con un número de casos menor comparado con lo registrado durante el primer semestre del año.

Hasta la semana epidemiológica 14 de 2022 han sido notificados al sistema de vigilancia 2028 casos de Enfermedad Similar a la Influenza (ESI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) mediante la estrategia centinela, con un incremento de 212 % en comparación con 2021; los casos son procedentes de 27 entidades territoriales departamentales o distritales y 176 unidades municipales; siendo Norte de Santander, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Guaviare y Nariño las entidades que representan el mayor número de casos con el 82,4 % (Figura 1).

Figura 1. Casos de Infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a la influenza, Por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14, 2022

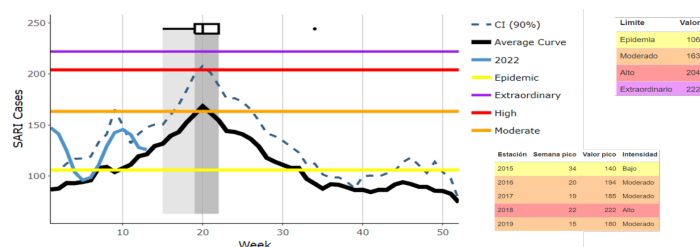


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

A semana epidemiológica 14 de 2022, el evento a nivel nacional se encuentra en umbral moderado, comparado con su comportamiento histórico. A partir de la semana 07 se superó el umbral estacional, lo que representa el inicio de la temporada de infección respiratoria aguda (Figura 2).

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- COVID-19
- Tablas

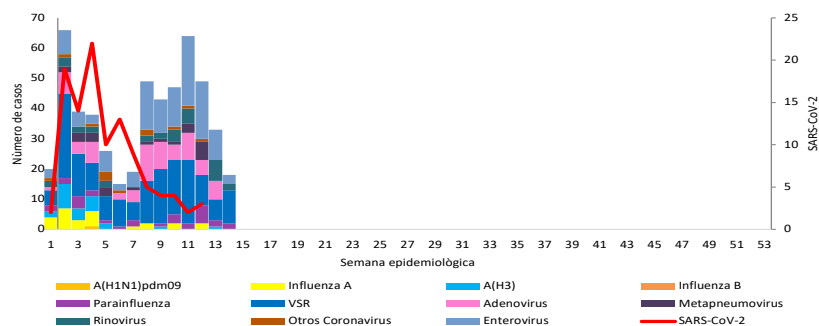
Figura 2. Curva promedio casos de Infección respiratoria aguda grave centinela,



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2022

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 procedentes de la vigilancia centinela, a semana epidemiológica 14 de 2022 el Virus Sincitial respiratorio corresponde al 28,1 % del total de muestras positivas, seguido de Enterovirus con el 20,2 %, SARS-CoV-2 con el 16,9 %, Adenovirus con el 11,2 %; el subtipo de Influenza A/H3 representa 3,2 % (Figura 3).

Figura 3. Virus respiratorios identificados en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 14, 2022



Fuente: Consolidado nacional Red Nacional de Laboratorios centinela, Grupo de Virología, 2022

Los grupos de edad más afectados siguen siendo la infancia y los adultos mayores. A semana epidemiológica 14 de 2022, la proporción de atenciones de menores de 5 años es del 41,9 % en hospitalización en sala general y del 24,0 % en UCI y la proporción de IRAG

en adultos de 60 años y más es del 27,5 % en hospitalización en sala general y del 50,6 % en unidades de cuidado intensivo -UCI.

Conclusiones

- Se identifica circulación activa de OVR diferentes a influenza y COVID-19 en la región de las Américas, con predominio de Parainfluenza, Rinovirus y Adenovirus, situación similar a lo presentado en Colombia durante 2022.
- Desde la semana epidemiológica 8 se superó el umbral estacional marcando el inicio de la temporada de IRA en el país por lo que es necesario la activación de los planes de contingencia de infección respiratoria aguda desde el nivel territorial.
- La actividad de influenza así como de OVR diferentes a COVID-19 en Colombia suele estar presente durante todo el año, por lo tanto los médicos deben considerar estos agentes virales en el diagnóstico diferencial de enfermedades respiratorias en cualquier momento del año.

Meningitis en Colombia, semanas epidemiológicas 1-13 de 2022

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) al año se presentan 5 millones de casos nuevos y 290 000 muertes a causa de la meningitis meningocócica, esta enfermedad se presenta a nivel mundial con mayor carga en el África subsahariana, zona conocida como el “cinturón de la meningitis”, que va de Senegal al oeste, hasta Etiopía al este. Durante la estación seca, entre diciembre y junio, los vientos cargados de polvo, el frío nocturno y las infecciones de las vías respiratorias altas se combinan para afectar la mucosa nasofaríngea, con el consiguiente aumento del riesgo de enfermedad meningocócica. Al mismo tiempo, la transmisión de Neisseria meningitidis puede verse facilitada por el hacinamiento de los hogares

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

y los grandes desplazamientos regionales de población con motivo de peregrinaciones y mercados tradicionales. Esta combinación de factores explican las grandes epidemias que se producen durante la estación seca en el “cinturón de la meningitis”(1).

En Latinoamérica, un estudio de revisión de la literatura encontró tasas de incidencia muy diferentes en el periodo 2008 a 2011, variando desde menos de 0,1 a 1,8 por 100 000 habitantes, dependiendo del país y año. Esas tasas representan baja endemidad (<2 casos por 100 000) y están por debajo del límite para ser considerada de alto riesgo, por lo que este evento no se prioriza dentro de la recomendaciones de la OMS acerca de la vacuna en los programas nacionales de inmunización o para el control de brotes (2).

Derrotar la meningitis para 2030

La OMS en 73ª Asamblea Mundial de Salud aprobó un llamado urgente sobre la prevención y el control de la meningitis, una enfermedad debilitante que mata a cientos de miles de personas cada año; a través de la “**Hoja de ruta mundial: derrotar la meningitis para 2030**” (3).

Alcance: la hoja de ruta para derrotar a la meningitis describe un plan destinado a luchar contra las principales causas de la meningitis bacteriana aguda: *Neisseria meningitidis* ((Nm), *meningococcus*), *Streptococcus pneumoniae* ((Spn), *pneumococcus*), *Haemophilus influenzae* (Hi) y *Streptococcus agalactiae* (*estreptococos* del grupo B (GBS)).

Visión: la visión colectiva es avanzar “Hacia un mundo sin meningitis”. La meningitis se presenta por diversas causas, no es posible eliminarla ni erradicarla. Sabemos que no habrá un mundo sin meningitis, pero estamos enfocados a acercarnos a ese objetivo tanto como sea posible. Así mismo, el plan se orienta a poner fin a la meningitis como amenaza de salud pública.

Para 2030, la estrategia cuenta con tres objetivos visionarios:

1. Eliminar las epidemias de meningitis bacterianas —la forma más letal de la enfermedad—.
2. Reducir el número de casos de meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en un 50 % y las defunciones en 70 %.
3. Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida posterior al padecimiento de meningitis debida a cualquier causa.

El logro de los tres objetivos depende de los productos y resultados organizados en cinco pilares:

1. Prevención y control de epidemias: mediante el desarrollo y el fortalecimiento del acceso a vacunas asequibles, estrategias profilácticas eficaces e intervenciones de control específicas.
2. Diagnóstico y tratamiento: mediante el mejoramiento de los medios de diagnóstico en todos los niveles de la atención de salud, la capacitación del personal sanitario y la gestión de casos temprana y eficaz.
3. Vigilancia de enfermedades: vigilancia de los principales patógenos causantes de meningitis bacteriana y sus secuelas, con el fin de orientar las políticas de control de la meningitis y hacer un seguimiento preciso de los progresos hacia los objetivos.
4. Apoyo y atención a las personas afectadas por la meningitis: mediante actividades dirigidas a asegurar que los sistemas de salud y las comunidades de manera eficiente puedan identificar y gestionar oportunamente las secuelas de la meningitis, y que las personas, las familias y los cuidadores afectados por meningitis puedan acceder a servicios de apoyo y atención adecuados que satisfagan sus necesidades de salud.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

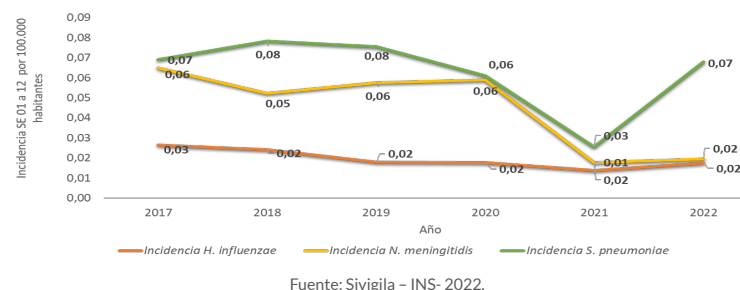
5. Promoción y compromiso: trabajar con los actores clave para acrecentar la concienciación pública y política respecto de la meningitis y sus consecuencias, en particular su potencial para causar discapacidad, a fin de mejorar el interés por la salud y el acceso a servicios de prevención y atención.

En Colombia la vigilancia del comportamiento de la meningitis bacteriana se ha fortalecido, permitiendo implementar acciones de intervención en la mayoría de los casos. Los agentes vigilados son *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*; sin embargo, se notifican diferentes agentes bacterianos como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogenes*; entre otros. En algunas ocasiones no se obtiene la identificación del agente etiológico, en estos casos permanecen en el sistema como agentes inespecíficos.

A semana epidemiológica 13 se han notificado al sistema de vigilancia 255 casos probables de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica, de los cuales el 3,5 % (9) fueron confirmados para *Haemophilus influenzae*, 3,9 % (10) para *Neisseria meningitidis*, 13,7% (35) para *Streptococcus pneumoniae* y el 14,9 % (38) fue confirmado para otros agentes. El 37,6% (96) permaneció probable y el 26,3 % (67) fue descartado.

De acuerdo con el comportamiento histórico de los tres agentes, *Streptococcus pneumoniae* presenta mayor incidencia, seguido por *Neisseria meningitidis* y por último *Haemophilus influenzae* (ver figura 1). La incidencia de estos agentes permaneció constante hasta el 2019, para 2020 y 2021 año en el que se evidencia un marcado descenso dado por la emergencia sanitaria de la pandemia por COVID-19. En 2022 para el periodo evaluado, se evidencia un aumento del 75,8 % en la notificación respecto al mismo periodo del año anterior, comportamiento esperado ante la reactivación de todos los sectores en el país, la disminución de casos por COVID-19 y la reactivación del proceso de vigilancia en salud pública rutinaria.

Figura 4. Comportamiento histórico de meningitis bacteriana por agente etiológico en Colombia, 2017 a 2022 SE13



Los casos confirmados se presentan en todos los grupos de edad; sin embargo, la incidencia en menores de 5 años sigue siendo más elevada que en la población general. La mayor proporción de casos confirmados para *Haemophilus influenzae* se presenta en la población menor de 1 año seguido por los menores de 5 años; los grupos de edad de menores de un año y los mayores de 60 reflejan la incidencia más elevada para *Streptococcus pneumoniae*, mientras que el meningococo se presenta en mayor proporción en menores de 5 años.

Para el periodo evaluado en población general se han presentado mortalidades por estos agentes: 1 por *Haemophilus influenzae*, 3 por *Neisseria meningitidis* y 8 por *Streptococcus pneumoniae*. Con respecto a la población de menores de 5 años, se identificó 1 caso para *Haemophilus influenzae*, 2 para *Neisseria meningitidis* y 5 por *Streptococcus pneumoniae* (tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de meningitis bacteriana por agente etiológico y grupo de edad hasta la semana epidemiológica 13 de 2022

Grupo de edad	Total de casos confirmados			Incidencia		
	<i>H. influenzae</i>	<i>N. meningitidis</i>	<i>S. pneumoniae</i>	HI	NM	SPN
menor de 1 año	2	2	5	0,26	0,26	0,65
1 a 4 años	2	1	4	0,06	0,03	0,13
5 a 9 años	0	0	2	0,00	0,00	0,05
10 a 19 años	0	1	4	0,00	0,01	0,05
20 a 29 años	1	3	2	0,03	0,03	0,02
30 a 39 años	1	1	5	0,01	0,01	0,06
40 a 49 años	1	1	1	0,02	0,02	0,02
50 a 59 años	0	0	4	0,00	0,00	0,07
mayor de 60 años	2	1	8	0,03	0,01	0,11
Total	9	10	35	0,02	0,02	0,07

Fuente: Sivigila – INS- 2022.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

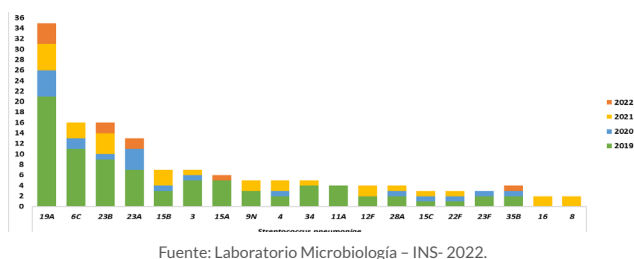
Brotos

COVID-19

Tablas

En los últimos años de vigilancia se presentó una reducción de los serotipos incluidos en la vacuna conjugada de 10 serotipos, un incremento del serotipo 19A, y de otros serotipos no incluidos en ninguna de las vacunas disponibles en el país. A pesar de la disminución de aislamientos recibidos en el 2020, la proporción de serotipos se mantuvo igual

Figura 5. Serotipos identificados en casos confirmados de meningitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*, Colombia, 2019 - 2021, SE 13 2022



Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Meningitis Meningocócica [Sitio virtual]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 2021 abr. 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>
2. Organización Panamericana de la Salud. Meningococo. [Sitio virtual]. [Washington]: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2021 abr. 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/meningococo>
3. Organización Mundial de la Salud. Derrotar a la meningitis para 2031: una hoja de ruta mundial [Internet]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/immunization/research/development/DefeatingMeningitis-Roadmap-SP.pdf>

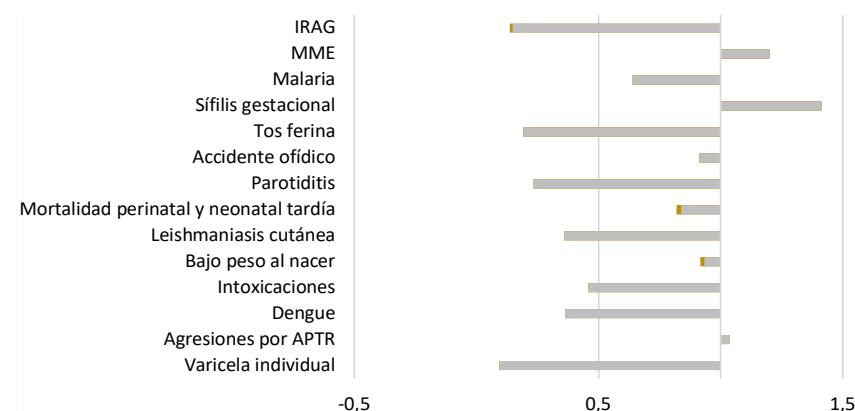
SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se compara el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada con la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos.

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2016 a 2021, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Así, se identifica que en la semana epidemiológica 15 de 2022 la notificación de infección respiratoria aguda grave inusitada, mortalidad perinatal y neonatal tardía y bajo peso, se encuentra por debajo de lo esperado, los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (Figura 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2022



Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calcula la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2015 a 2019. Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2016 a 2021, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 15 de 2022, los eventos de sarampión, evento adverso posterior a la vacunación, leptospirosis, rubéola, tuberculosis farmacorresistente, fiebre tifoidea y paratifoidea, sífilis congénita, lepra, mortalidad materna y mortalidad por EDA de 0-4 años, presentan disminución significativa relacionada con el comportamiento histórico de la notificación. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento esperado (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 14 de 2022

Evento	Observado	Esperado	p
Sarampión	12	72	0,00
EAPV	4	27	0,00
Leptospirosis	25	51	0,00
Rubéola	1	12	0,00
Tuberculosis farmacorresistente	1	8	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	5	0,01
Sífilis congénita	27	38	0,01
Lepra	5	12	0,02
Mortalidad materna	3	8	0,03
Mortalidad por EDA 0-4 Años	0	3	0,03
Mortalidad por IRA	16	14	0,09
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,11
Mortalidad por dengue	3	2	0,20

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022.

Cumplimiento en la notificación

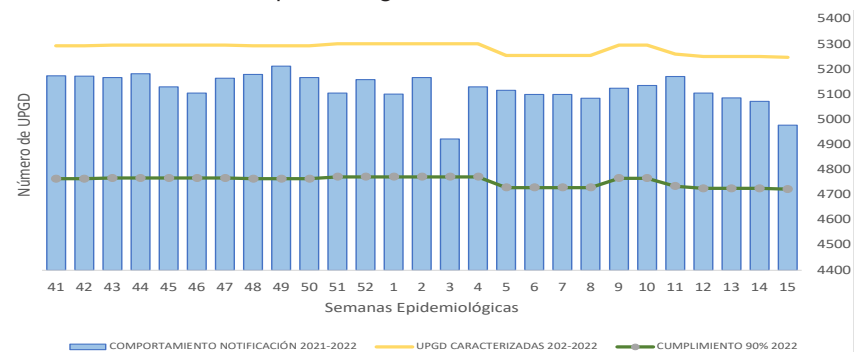
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual a la semana anterior y similar al comportamiento de la misma semana del 2021.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 117 / 1 117 UNM). Se observa igual con respecto a lo presentado en la semana 15 de 2021 y permaneció igual frente a la misma semana del 2021 (100 %), el país cumplió con la meta del 97 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 94,86 % (4 978 / 5 248 UPGD); disminuyó 1,73 % con respecto a la semana anterior y 2,63 % respecto a la semana 15 del 2021. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD. Sin embargo, para esta semana el departamento de Choco no cumplió con la meta para este nivel de información.

A continuación, se muestra el comportamiento histórico de la notificación por semanas correspondiente a la vigencia 2021- 2022. Se observan las UPGD caracterizadas (línea amarilla), su comportamiento en la notificación (barras azules) y su cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %), (línea verde). En la semana de análisis se evidencia el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (Figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 41 de 2021 a 15 de 2022.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021- 2022.

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados

Esta semana se notificaron 24 muertes en menores de cinco años: 16 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda y 8 a desnutrición.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Esta semana se notificaron 16 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de cinco años, 8 correspondientes a esta semana y 8 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 10 casos.

En SE 15 se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Córdoba, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Santa Marta y Vichada, en comparación con el histórico notificado en la misma semana de 2014 a 2021, mientras que en Chocó, Sucre y Tolima se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 8 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menores de cinco años, 6 correspondientes a esta semana y 2 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 4 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Quindío, Santander y Tolima en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 15 entre 2014 a 2021. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

No se notificaron muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Para la misma semana epidemiológica de 2021 no se notificaron casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Boyacá, La Guajira y Putumayo en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 15 entre 2014 a 2021, mientras que en Antioquia se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Para el análisis de los datos se establecen los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica respectiva. Se compara el número de casos observados acumulados en cada clase de caso (IRA, EDA o DNT) con la mediana del periodo histórico correspondiente. Se comprueba la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y el valor histórico con un valor de $p < 0,05$ con la prueba de Poisson lo que identifica las entidades territoriales que presentan aumentos o disminuciones estadísticamente significativos.

Mortalidad materna

En la semana epidemiológica 15 de 2022 se notificaron 134 muertes maternas, de las cuales 80 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 40 casos de muerte materna tardía (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 14 casos correspondientes a muerte materna por lesión de causa externa (Tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 15, 2020 a 2022

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2020	88	33	5	126
2021	110	21	8	139
2022	80	40	14	134

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2020

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 15 es de 32,8 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de: Guainía, Vichada, Arauca, La Guajira y Chocó (Tabla 4).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 4. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Guainía	1	330,0
Vichada	1	221,7
Arauca	2	153,6
La Guajira	10	150,7
Chocó	2	118,3
Nariño	5	97,4
Norte de Santander	7	94,6
Santa Marta	2	70,5
Risaralda	2	66,5
Cartagena	3	60,0
Tolima	3	59,6
Quindío	1	58,4
Cauca	3	53,7
Córdoba	4	52,5
Caquetá	1	48,9
Boyacá	2	46,5
Bolívar	4	40,7
Colombia	80	32,8
Antioquia	7	30,7
Cundinamarca	3	26,9
Bogotá	7	26,5
Cali	2	25,8
Sucre	1	23,8
Santander	2	23,5
Meta	1	20,3
Huila	1	18,2
Atlántico	2	16,4
Cesar	1	14,3
Amazonas	0	0,0
Barranquilla	0	0,0
Buenaventura	0	0,0
Caldas	0	0,0
Casanare	0	0,0
Guaviare	0	0,0
Magdalena	0	0,0
Putumayo	0	0,0
San Andrés y Providencia	0	0,0
Valle del Cauca	0	0,0
Vaupés	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 - DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2020

Para la semana epidemiológica 15 de 2022, se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Guainía y Quindío. En las entidades territoriales de Santa Marta y Magdalena se observó disminución (Tabla 5).

Tabla 5. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2018-2021, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Guainía	1	0	1,0
Quindío	1	0	1,0
Santa Marta	0	3	0,050
Magdalena	0	5	0,007

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2021
Las demás entidades territoriales no presentaron comportamientos inusuales.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 64,7 % corresponde a causas directas y el 15,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 33,3 % (Tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2022

Razón /Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	33	64,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	17	33,3
Hemorragia obstétrica	5	9,8
Evento tromboembólico como causa básica	2	0,5
Sepsis relacionada con el embarazo	4	0,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,2
Otras causas directas	4	7,8
INDIRECTA	8	15,7
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	2	3,9
Otras causas indirectas	3	5,9
Sepsis no obstétrica	1	0,2
Otras causas indirectas: cáncer	2	0,5
Coincidente	1	0,2
EN ESTUDIO	38	74,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Para el análisis de los comportamientos inusuales, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usa la distribución de probabilidades de **Poisson** por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2018 y 2021.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

A semana epidemiológica 15 de 2022, se han notificado 2 252 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 52 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 150 casos; 105 corresponden a esta semana y 45 a notificaciones tardías.

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 11,3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla 7 se observa que en 20 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las cinco entidades territoriales con las razones más altas son Chocó (37,1), Arauca (21,4), Vichada (20,0), La Guajira (19,2) y Casanare (16,1).

Tabla 7. Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos
Chocó	64	37,1
Arauca	28	21,4
Vichada	10	20,0
La Guajira	128	19,2
Casanare	32	16,1
Buenaventura	22	16,0
Cartagena	73	14,6
Cauca	81	14,5
Córdoba	110	14,4
Bolívar	67	13,8
Barranquilla	86	13,3
Risaralda	39	12,9
Magdalena	54	12,7
Guainía	4	12,4
Atlántico	71	12,3
Nariño	63	12,2
Sucre	51	12,1
Amazonas	4	12,1
Santa Marta	34	12,0
Caldas	30	11,6
Colombia	2200	11,3
Meta	55	11,1
Vaupés	2	10,8
Huila	57	10,4
Putumayo	15	10,3
Valle del Cauca	62	10,3
Cali	78	10,1
Caquetá	20	9,8
Antioquia	222	9,7
Bogotá	247	9,3
Boyacá	40	9,3
Norte de Santander	67	9,0
Cesar	62	8,8
Tolima	44	8,7
Santander	72	8,5
Cundinamarca	92	8,2
Quindío	11	6,4
Guaviare	2	4,6
San Andrés y Providencia	1	4,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 (Datos preliminares).
DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos febrero 2020pr.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

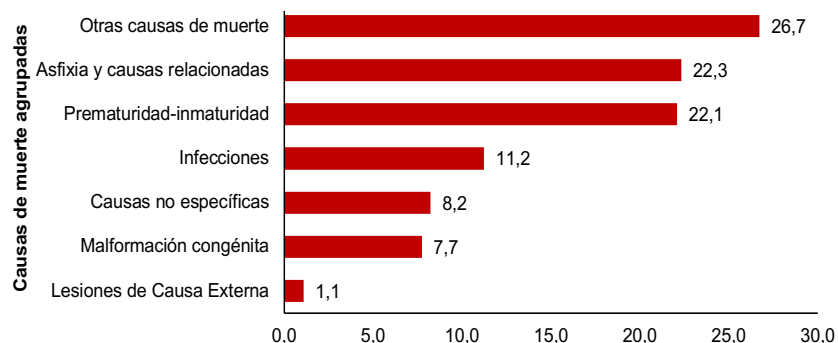
COVID-19

Tablas

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 47,7 % (1 050), seguido de neonatales tempranas con 28,0 % (615), neonatales tardías con 14,9 % (328) y perinatales intraparto con 9,4 % (207).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 26,7 %, corresponden principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido de asfixia y causas relacionadas con el 22,3 % y prematuridad-inmaturidad con el 22,1 % (Figura 8).

Figura 8. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 (Datos preliminares).

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2017 y 2021, se presenta un decremento en la notificación de Antioquia, Atlántico, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Nariño y Santa Marta; comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social -RUAF-. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro de los rangos esperados.

Dado que el evento tiene una alta frecuencia en notificación y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años, se realiza el análisis de los comportamientos inusuales a través del método: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). Este se basa en la comparación del comportamiento actual del evento en el último periodo epidemiológico (valor observado) con el resultado del promedio de 15 periodos históricos alrededor de ese periodo de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los cinco años previos al año de análisis (Coutin G, Borges J, Batista R, Feal P, Suárez B. Método para el análisis del comportamiento observado de enfermedades seleccionadas con relación al comportamiento histórico. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000;38(3):157-66).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

A nivel nacional se identifica aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general, y se observa disminución en el servicio de hospitalización en unidad de cuidados intensivos e intermedios (tabla 8).

Tabla 8. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 15, 2021 y 2022

Tipo de servicio	2021 a semana 15	2022 a semana 15	Variación
Consulta externa y urgencias	1 145 415	1 868 972	63,2 Aumento
Hospitalización en sala general	67 919	71 719	5,6 Aumento
Hospitalización en UCI	22 202	11 901	-46,4 Disminución

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2022

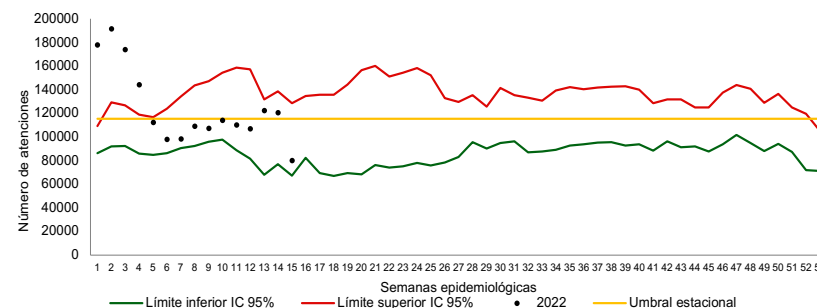
En Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2022, se notificaron 1 868 972 consultas externas y urgencias por IRA, presentando incremento frente a lo notificado a la misma semana de 2021 con el 63,2 %, disminución del 1,6 % frente a 2020 y un incremento del 3,2 % respecto a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se observa incremento en Córdoba, La Guajira, Santa Marta, Vichada y Vaupés. Se presenta disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura, Caldas, Cali, Caquetá, Cesar, Guainía, Nariño, Quindío y San Andrés. En las 22 entidades territoriales restantes no se presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 26,9 % (403 038), seguido por el de 5 a 19 años con el 16,7 % (311 535). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presenta en los niños de 2 a 4 años con el 14,8 % seguido de los niños de un año con 14,6 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las primeras cuatro semanas del año se ubican por encima del límite superior histórico establecido, y a partir de la semana 05 se sitúan en zona de seguridad por debajo del umbral estacional. Para las semanas 13 y 14, se

observan por encima del umbral estacional y en esta última semana se encuentran muy cercanas al límite inferior (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 15, entre 2015 y 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 71 719 hospitalizaciones por IRAG en sala general, presentando incremento comparado con lo notificado a la misma semana de 2021 con una variación del 5,6 %, 22,4 % con respecto a 2020 y del 17,1 % frente a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en Arauca, Caldas, Cali, Cauca, Chocó, Quindío, Santa Marta y Vichada; e incremento en Amazonas, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Casanare, Guainía, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo y Santander. No se presentan comportamientos inusuales en 18 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos mayores de 60 años representan el 26,7 % (19 165), seguido por los de 2 a 4 años con el 17,9 % (12 826). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en los niños de 1 año con el 24,7 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 22,8 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRAG en sala general para las primeras cinco semanas del año se ubican por encima del límite histórico establecido; para la sexta, séptima, novena y décima se ubican por debajo del umbral estacional y, en las semanas ocho, nueve, doce, trece, catorce y quince se presenta un incremento por encima de este umbral (figura 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

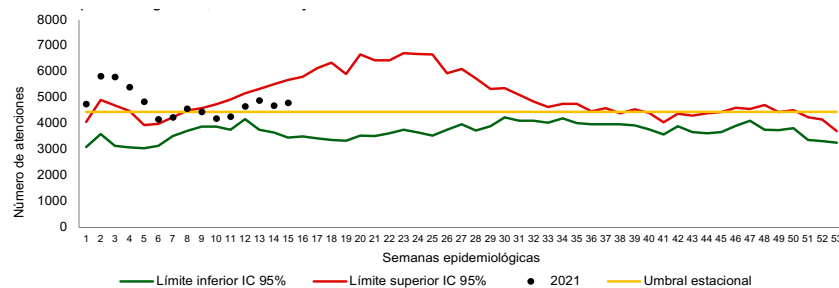
Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 15, entre 2015 y 2022



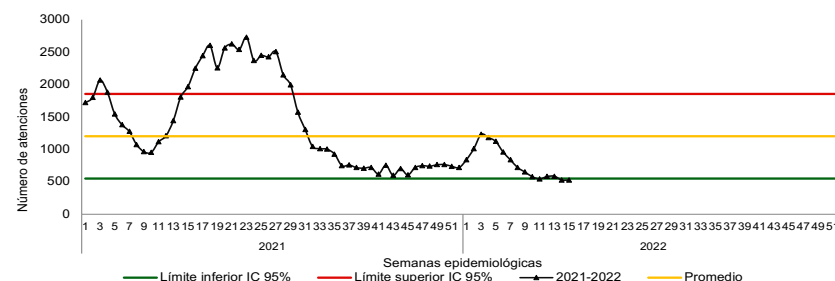
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 11 901 hospitalizaciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos –UCI– e intermedios, presentando disminución del 46,4 % respecto a 2021 y aumento con relación a lo notificado en la misma semana del 79,2 % en 2020 y del 113,1 % en 2019. Se presenta incremento en 21 entidades territoriales, entre las cuales se destacan Bolívar, Caquetá, Antioquia y Valle del Cauca. Se observa disminución en Atlántico, Cali, Cesar, Córdoba y Quindío. No se presentan comportamientos inusuales en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Caldas, Cartagena, Cauca, Chocó, Magdalena, Meta, Risaralda y Tolima.

Por grupos de edad; los adultos de 60 años y más representan el 49,8 % (5 932), seguido por menores de un año con el 15,8 % (1 885) y los de 40 a 59 años con el 14,3 % (1 703). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas, se presenta en los niños de un año con el 28,9 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 27,4 %.

Las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios se encuentran por debajo del umbral estacional, con una disminución gradual a partir de la semana epidemiológica 04; para las últimas cinco semanas se ubican muy cerca del límite inferior establecido (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, entre 2020 y 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2022.

METODOLOGÍA:

Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2015 a 2021 y el intervalo de confianza.

Para las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedio se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio, la desviación estándar y el intervalo de confianza de los dos años anteriores.

Dengue

En la semana epidemiológica 15 de 2022 se notificaron 1 121 casos probables de dengue: 537 casos de esta semana y 584 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 15 139 casos, 7 049 (46,6 %) sin signos de alarma, 7 782 (51,4 %) con signos de alarma y 305 (2,1 %) de dengue grave.

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 614 municipios. Las entidades territoriales de Casanare, Barranquilla, Meta, Cali, Norte de Santander, Atlántico, La Guajira, Sucre, Cartagena, Cesar, Córdoba, Tolima, Antioquia, Huila, Bolívar y Valle del Cauca, aportan el 81,9 % (12 391) de los casos a nivel nacional (tabla 9).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Tabla 9. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 15 de 2022

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casanare	1395	9,4	20	6,6	1415	9,3
Barranquilla	1134	7,6	27	8,9	1161	7,7
Meta	1068	7,2	5	1,6	1073	7,1
Cali	937	6,3	21	6,9	958	6,3
Norte de Santander	877	5,9	11	3,6	888	5,9
Atlántico	721	4,9	29	9,5	750	5,0
La Guajira	693	4,7	29	9,5	722	4,8
Sucre	693	4,7	14	4,6	707	4,7
Cartagena	688	4,6	16	5,2	704	4,7
Cesar	668	4,5	7	2,3	675	4,5
Córdoba	602	4,1	21	6,9	623	4,1
Tolima	572	3,9	14	4,6	586	3,9
Antioquia	576	3,9	6	2,0	582	3,8
Huila	552	3,7	19	6,2	571	3,8
Bolívar	509	3,4	18	5,9	527	3,5
Valle del Cauca	444	3,0	5	1,6	449	3,0
Putumayo	357	2,4	2	0,7	359	2,4
Santander	339	2,3	9	3,0	348	2,3
Caquetá	277	1,9	3	1,0	280	1,8
Amazonas	195	1,3	0	0,0	195	1,3
Cundinamarca	182	1,2	3	1,0	185	1,2
Nariño	175	1,2	3	1,0	178	1,2
Magdalena	150	1,0	6	2,0	156	1,0
Chocó	155	1,0	1	0,3	156	1,0
Cauca	146	1,0	4	1,3	150	1,0
Santa Marta	99	0,7	1	0,3	100	0,7
Arauca	96	0,6	1	0,3	97	0,6
Archipiélago de San Andrés	82	0,6	0	0,0	82	0,5
Guainía	78	0,5	1	0,3	79	0,5
Exterior	71	0,5	3	1,0	74	0,5
Buenaventura	67	0,5	1	0,3	68	0,4
Risaralda	53	0,4	1	0,3	54	0,4
Boyacá	48	0,3	1	0,3	49	0,3
Guaviare	48	0,3	0	0,0	48	0,3
Caldas	42	0,3	1	0,3	43	0,3
Quindío	35	0,2	2	0,7	37	0,2
Vichada	8	0,1	0	0,0	8	0,1
Vaupés	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Total	14 834	100	305	100	15 139	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

El 62,5 % (9 453) de los casos de dengue se reportaron en 40 municipios, con mayor frecuencia en: Barranquilla, con 7,7 % (1 134); Cali – Valle del Cauca, con el 6,3 % (958); Yopal – Casanare, con el 5,0 % (754); Cartagena, con 4,7 % (704); Cúcuta – Norte de Santander, con el 3,8 % (582); Soledad – Atlántico (393) y Riohacha – La Guajira (388), con 2,6 %; Acacías – Meta, con 2,2 % (335); Villavicencio – Meta (293) y Montería – Córdoba (391), con el 1,9 %; Neiva – Huila, con el 1,8 % (279); Sincelejo – Sucre (257) y Aguazul – Casanare (250), con el 1,7 %; Valledupar – Cesar (173), Puerto Caicedo – Putumayo (164) y El Carmen de Bolívar (164), con el 1,1 % cada uno.

Se hospitalizó al 83,6 % (6 505) de los casos de dengue con signos de alarma y al 95,7 % (292) de los casos con dengue grave. Con respecto a la hospitalización de los casos de dengue con signos de alarma, Vaupés alcanza porcentajes de hospitalización del 100 % de los casos, mientras que las entidades que hospitalizaron menos del 70,0 % de los casos son: Bolívar, Quindío, Valle del Cauca, Magdalena, Cauca y Chocó. Las entidades notificadoras en las que no se registró hospitalización del 100 % de los casos de dengue grave fueron: Casanare, Huila, Cali, Santander, Bolívar, Cauca, Quindío, y Caquetá.

A semana 15 de 2022 se han confirmado el 52,0 % (7 875) de los casos de dengue notificados. Según clasificación se confirmó el 60,4 % (4 700) de los casos de dengue con signos de alarma y 73,4 % (224) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Chocó y Vaupés; mientras que, Antioquia, Atlántico, Cauca, La Guajira, Magdalena, Putumayo y Quindío, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

La incidencia nacional de dengue es de 42,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Amazonas, Casanare, Guainía, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Meta, Putumayo La Guajira, y Barranquilla, se estiman tasas de incidencia superiores a 88,0 casos por 100 000 habitantes (figura 12).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

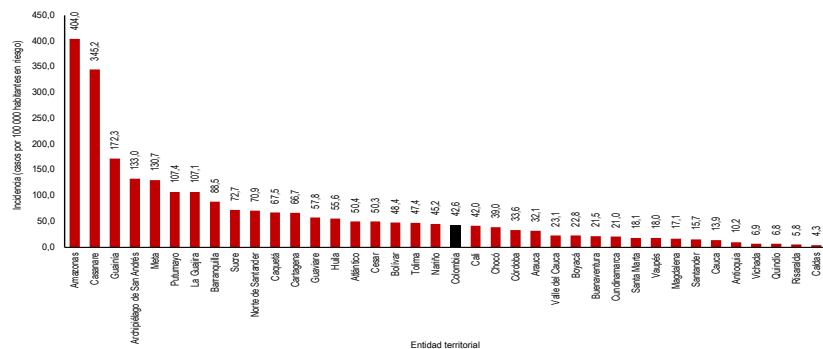
Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

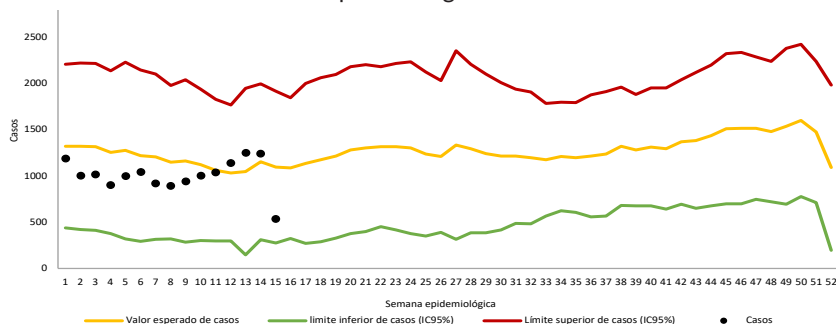
Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

A semana epidemiológica 15 de 2022, el evento a nivel nacional se encuentra en situación: **alerta**, comparado con su comportamiento histórico (figura 13).

Figura 13. Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

De acuerdo con el canal endémico, la situación epidemiológica evidencia que 14 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado; 8 entidades se encuentran en situación de alerta y 15 entidades presentan casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico (tabla 10).

Tabla 10. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 12 a 14 de 2022

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial			
Por debajo de lo esperado				
Dentro del número esperado de casos	Antioquia	Arauca	Boyacá	
	Caldas	Cali	Cundinamarca	
	Guaviare	Huila	Quindío	
	Santander	Tolima	Valle del Cauca	
	Vaupés	Vichada		
Situación de alerta	Buenaventura	Cauca	Córdoba	
	Guainía	Meta	Putumayo	
	Risaralda	Santa Marta		
Por encima del número esperado de casos	Amazonas	Atlántico	Barranquilla	
	Bolívar	Cartagena	Casanare	
	Caquetá	Cesar	Chocó	
	La Guajira	Magdalena	Nariño	
	Norte de Santander	Sucre		
	San Andrés, Providencia y Santa Catalina			

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

A semana 15 de 2022, se han notificado 58 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 8 muertes procedentes de: Cesar y Atlántico con 2 casos; Cali, Santander, Putumayo y La Guajira con 1 caso cada uno. Se descartaron 11 casos, y se encuentran en estudio 39 muertes procedentes de: Córdoba y Cali con 6 casos cada uno; La Guajira, con 4 casos; Casanare y Norte de Santander, con 3 casos cada uno; Bolívar, Tolima y Valle del Cauca, con 2 casos cada uno; Antioquia, Barranquilla, Buenaventura, Caquetá, Chocó, Guainía, Meta, Risaralda, Santander, Vaupés y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 15 de 2022, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580). Los indicadores se presentan en distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

El canal endémico nacional y el análisis de comportamiento epidemiológico por entidad territorial se realizó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), estableciendo los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95%; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, e **incremento por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

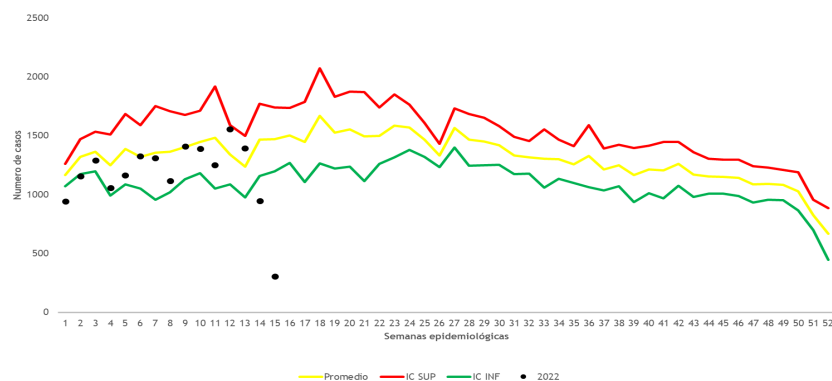
En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

Malaria

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad para malaria, como lo muestra el canal endémico (Figura 14).

Figura 14. Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 15, 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas Epidemiológicas; el canal endémico se analiza por el método de media geométrica.

En la semana epidemiológica 15 se notificaron 855 casos de malaria, teniendo un acumulado de 17 860 casos, de los cuales 17 345 son de malaria no complicada y 515 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 60,5 % (10 809), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 38,6 % (6 899) e infección mixta con 0,9 % (152).

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (32,6 %), Nariño (19,0 %), Córdoba (13,3%), Antioquia (10,2 %) y Guainía (6,3 %) aportan el 81,4 % de los casos de malaria no complicada (Tabla 11).

Tabla 11. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	65	2990	0	2597	5652	32,60
Nariño	17	2357	0	918	3292	19,00
Córdoba	10	370	0	1928	2308	13,30
Antioquia	9	298	0	1470	1777	10,20
Guainía	11	46	0	1033	1090	6,30
Norte de Santander	0	3	0	660	663	3,80
Amazonas	0	6	0	419	425	2,50
Cauca	1	359	0	17	377	2,20
Bolívar	13	46	0	250	309	1,80
Guaviare	1	31	0	246	278	1,60
Vichada	3	49	0	215	267	1,50
Risaralda	1	42	0	214	257	1,50
Exterior	4	29	0	197	230	1,33
Buenaventura	1	76	0	62	139	0,80
Meta	0	8	0	119	127	0,70
Caquetá	1	18	0	9	28	0,20
Vaupés	0	7	0	13	20	0,10
Putumayo	1	9	0	10	20	0,10
La Guajira	0	1	0	12	13	0,10
Valle del Cauca	0	3	0	8	11	0,10
Cali	0	6	0	3	9	0,10
Sucre	1	3	0	5	9	0,10
Desconocido	0	2	0	7	9	0,05
Huila	1	1	0	4	6	0,00
Cesar	0	0	0	6	6	0,00
Atlántico	0	1	0	5	6	0,00
Arauca	0	0	0	5	5	0,00
Casanare	0	0	0	4	4	0,00
Magdalena	0	0	0	3	3	0,00
Santander	0	0	0	3	3	0,00
Caldas	0	1	0	1	2	0,00
Total	140	6762	0	10443	17345	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022
Nota: no se presentaron casos de otros departamentos o distritos

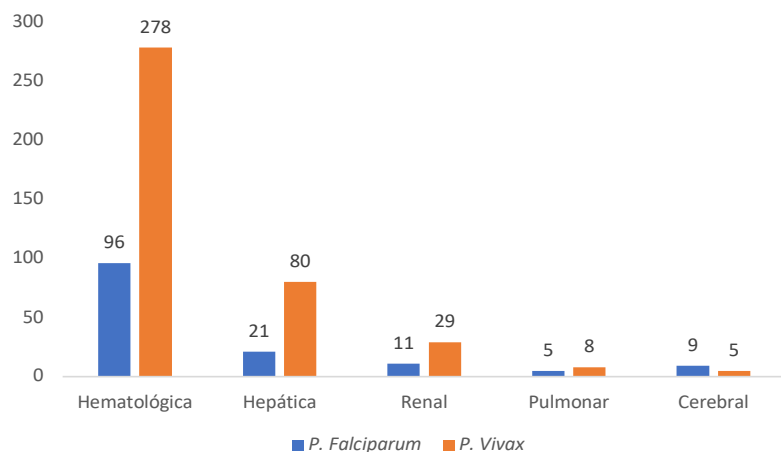
Malaria Complicada

Se notificaron 515 casos de malaria complicada, que proceden de 26 entidades territoriales y 16 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Nariño, Bolívar, Norte de Santander, Risaralda y Guainía notifican el 69,0 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 61,2 % (315) corresponde a hombres. El 41,2 % (212) se presenta en personas de 15 a 29 años y 14,4 % (74) se presentó en afrocolombianos. Por lugar de procedencia, el 44,3 % (228) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 61,0 % (314) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 69 % (374) presentaron complicaciones hematológicas, 19 % (101) complicaciones hepáticas, 7 % (40) complicaciones renales, 3 % (14) complicación cerebral y 2 % (13) a nivel pulmonar (Figura 15).

Figura 15. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022
Nota: En la figura no se incluyen los casos por malaria mixta

A semana epidemiológica 15 de 2022 se han notificado 11 casos probables de muerte por malaria, cuatro casos confirmados como muerte por malaria por unidad de análisis: dos procedentes del municipio de Tierralta (Córdoba), uno procedente del municipio de Bagadó (Chocó) y uno procedente del municipio de Zaragoza (Antioquia); se encuentran 7 casos pendientes por unidad de análisis: dos casos de Risaralda (municipios de Dosquebradas y La Virginia), un caso de Cali, un caso de Chocó (municipio de Itsmina), un caso de Vaupés (municipio de Mitú), un caso de Guajira (municipio de Riohacha) y un caso de Norte de Santander (municipio de Tibú).

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 15, dos departamentos están por encima del número esperado de casos y cuatro departamentos están en situación de alerta para malaria (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 15 de 2022

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
Menor al comportamiento histórico	Vichada	Nariño	Valle del Cauca
En el comportamiento histórico	Vaupés		
	La Guajira	Arauca	Atlántico
	Amazonas	Quindío	Caldas
	Huila	Sucre	Magdalena
	Chocó	Cauca	Casanare
	Cesar		
	Caquetá	Bolívar	
Situación de alerta	Putumayo	Santander	
	Antioquia	Guainía	Norte de Santander
Mayor al comportamiento histórico	Córdoba		
	Risaralda	Meta	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2022 Colombia

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

A semana epidemiológica 15, se encuentran 13 municipios en situación de brote; los que más reportan casos son: Alto Baudó (Chocó), Olaya Herrera (Nariño), Valencia (Córdoba) y Pueblo Rico (Risaralda) (Tabla 13).

Tabla 13. Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 15 en Colombia, 2022

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Alto Baudó	1108	168	339
Nariño	Olaya Herrera	909	161	346
Córdoba	Valencia	308	31	80
Risaralda	Pueblo Rico	249	93	84
Antioquia	Apartadó	245	28	97
Chocó	El Cantón del San Pablo	150	55	64
Nariño	Cumbitara	141	13	36
Chocó	Cértegui	113	25	37
Meta	Mapiripán	105	11	44
Antioquia	Cáceres	102	12	54
Antioquia	Nechí	68	10	34
Antioquia	Dabeiba	41	11	15
Norte de Santander	Sardinata	35	4	8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) se implementa en doce municipios del Pacífico colombiano, con el objetivo de reducir y eliminar la transmisión de la malaria. Busca fortalecer la vigilancia epidemiológica y parasitológica; el control integral de vectores y la red de diagnóstico para propender por un tratamiento oportuno de casos de malaria. Plantea la vigilancia en salud pública como intervención colectiva que involucra la implementación de acciones transversales e intersectoriales que permitan cortar las cadenas de transmisión

A semana epidemiológica 15, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, ningún municipio se encuentra en situación de brote. Se encuentran en decremento: Juradó, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Río Quito y Buenaventura.

Tabla 14. Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 15, Colombia, 2022

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica
Chocó	Acandí	46	9	15	ninguno	Seguridad
	Atrato	150	55	46	ninguno	Seguridad
	Bagadó	310	137	129	ninguno	Seguridad
	Juradó	0	12	0	Disminución	Seguridad
	Lloró	178	136	55	Disminución	Seguridad
	Medio Atrato	92	75	33	Disminución	Seguridad
	Quibdó	1201	716	242	Disminución	éxito
	Río Quito	127	61	37	Disminución	Seguridad
	Riosucio	34	10	14	ninguno	Seguridad
Buenaventura	Unguía	8	4	1	ninguno	Seguridad
	Buenaventura	144	255	53	Disminución	éxito
Nariño	Tumaco	726	223	193	ninguno	éxito

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 15 de 2022, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia.

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en Abejorral, Antioquia. Abril 15 de 2022

Brote ocurrido en un grupo de músicos de un colegio del municipio que participaron en la procesión del viernes santo con reporte de 33 casos y 41 personas expuestas, para una tasa de ataque del 80,5 %. Los alimentos probablemente implicados fueron: bombón pollo, agua embotellada y chocolatina. El cuadro clínico consistió en náuseas, cefalea, dolor abdominal, escalofrío, mialgias, artralgias, vómito y diarrea. Los afectados fueron atendidos en la ESE municipal sin complicaciones ni muertes. Situación en seguimiento.

Fuente: Informe de brote Secretaría de Salud de Antioquia

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en población especial, Coveñas, Sucre. Abril 11 de 2022

Brote con ocurrencia el 11 de abril en establecimiento de fuerzas militares, con una tasa de ataque de 100 % (43/43), los alimentos probablemente implicados fueron: pollo guisado, arroz, avena, sopa de mondongo y agua. El cuadro clínico consistió en náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal y deshidratación; 15 de los afectados recibieron atención en el servicio de enfermería, no se presentaron casos complicados ni muertes. Situación en seguimiento.

Fuente: Informe de investigación de campo, Dirección de Sanidad Militar

Eventos de control internacional

En Colombia, en la semana epidemiológica 15, el distrito de Cali notificó un caso sospechoso de cólera; sin embargo, al revisar la clasificación, este no cumplía con la definición de caso. No se reportaron casos o alertas de

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/neumónica ni carbunco. Se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica semanal sobre COVID-19. Fecha de Publicación: 20 de abril de 2022 (datos a 17 de abril de 2022), Organización Mundial de la Salud (OMS)

A nivel mundial, el número de nuevos casos y muertes por COVID-19 ha seguido disminuyendo desde finales de marzo de 2022. Durante la semana del 11 al 17 de abril de 2022, se notificaron más de 5 millones de casos y más de 18 000 muertes, disminuciones del 24 % y el 12 % respectivamente, en comparación con la semana anterior. Todas las regiones informaron tendencias decrecientes en el número de nuevos casos semanales y muertes. Hasta el 17 de abril de 2022 se han notificado más de 500 millones de casos confirmados y más de 6 millones de muertes en todo el mundo. Estas tendencias deben interpretarse con cautela, ya que varios países están cambiando progresivamente sus estrategias de pruebas de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un menor número de casos detectados.

A nivel regional, la mayor disminución en el número de nuevos casos semanales se presentó en el Pacífico Occidental (-28 %), Mediterráneo Oriental (-26 %), y Europa (-25 %), seguido del Sudeste Asiático (-16 %). El número de nuevas muertes semanales también presenta disminución general. La mayor disminución en el número de muertes en la última semana se presentó en el Pacífico Occidental (-25 %), Mediterráneo Oriental (-25 %), y Europa (-23 %), seguido del Sudeste Asiático (-18 %), África (-16 %) y Las Américas (-15 %).

A nivel de los países, el mayor número de nuevos casos semanales se notificó en la República de Corea (972 082 nuevos casos; -33 %), Francia (827 350 nuevos casos; -11 %), Alemania (769 466 nuevos casos; -25 %), Italia (421 707 nuevos casos; -6 %), y Japón (342 665 nuevos casos; +1 %). El mayor número de nuevas muertes semanales se notificó en los Es-

tados Unidos de América (3 076 nuevas muertes; -9 %), la Federación de Rusia (1 784 nuevas muertes; -11 %), la República de Corea (1 671 nuevas muertes; -24 %), Alemania (1 227 nuevas muertes; -27 %), e Italia (944 nuevas muertes; -5 %).

Distribución geográfica y prevalencia de las variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés):

La variante ómicron sigue siendo la variante dominante que circula a nivel mundial, representando casi todas las secuencias reportadas recientemente a GISAID. Entre las 313 715 secuencias cargadas en GISAID con especímenes recolectados en los últimos 30 días, 312 033 (99,5 %) fueron ómicron, 136 (<0,1 %) fueron delta y 1 393 (0,4 %) secuencias no fueron asignadas a un linaje Pango.

Estas tendencias deben interpretarse teniendo debidamente en cuenta las limitaciones de los sistemas de vigilancia, incluidas las diferencias en la capacidad de secuenciación y las estrategias de muestreo entre los países, así como los tiempos de respuesta de laboratorio para la secuenciación y los retrasos en la presentación de informes.

Panorama regional de la OMS

Región de África

La región de África ha seguido registrando una tendencia decreciente en los nuevos casos desde enero de 2022, con poco más de 25 000 nuevos casos semanales notificados, lo que representa una disminución del 7 % en comparación con la semana anterior. Sin embargo, siete (14 %) países de la región reportaron un aumento de más del 20 %, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Níger (48 vs 13 casos nuevos; +269 %), Mozambique (43 vs 16 nuevos casos; +169 %) y Zambia (984 vs 452; +118 %). El mayor número de nuevos casos se notificó en Reunión (12 504 nuevos casos; 1 396,6 nuevos casos por cada 100 000 habitantes; +14 %), Sudáfrica (9 151 nuevos casos; 15,4 nuevos casos por cada 100 000; similar a las cifras de la semana anterior), y Zambia (984 nuevos casos; 5,4 nuevos casos por cada 100 000; +118 %).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 16 % en comparación con la semana anterior, con 87 nuevas muertes reportadas. El mayor número de nuevas muertes se notificó en Sudáfrica (48 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000 habitantes; -4 %), Reunión (11 nuevas muertes; 1,2 nuevas muertes por cada 100 000; similar a la semana anterior), y Zambia (6 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000 habitantes; similar a las cifras de la semana anterior).

Región de las Américas

Con poco más de medio millón de nuevos casos semanales y poco menos de 5 000 nuevas muertes semanales (lo que representa disminuciones del 2 % y del 15 % respectivamente en comparación con la semana anterior), las tendencias decrecientes observadas desde mediados de enero de 2022 han continuado en la región de las Américas. Sin embargo, 13 (23 %) países de la región reportaron aumento de casos nuevos del 20 % o más. Algunos de los mayores aumentos proporcionales se observaron en Surinam (35 vs 12 nuevos casos; +192 %), Haití (29 vs 11 nuevos casos; +164 %) y Santa Lucía (84 frente a 51 nuevos casos; +65 %). El mayor número de nuevos casos se notificó en los Estados Unidos de América (245 594 casos nuevos; 74,2 casos nuevos por 100 000; +24 %), Brasil (123 339 nuevos casos; 58,0 nuevos casos por 100 000; -17 %), y Canadá (53 391 nuevos casos; 141,5 nuevos casos por cada 100 000; -22 %).

El mayor número de nuevas muertes se notificó en los Estados Unidos de América (3 076 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -9 %), Brasil (785 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -30 %), y Chile (234 nuevas muertes; 1,2 nuevas muertes por cada 100 000; -24 %).

Región del Mediterráneo Oriental

En la región del Mediterráneo oriental, el número de nuevos casos semanales y muertes continúan las tendencias decrecientes observadas desde principios de febrero de 2022, con más de 32 000 nuevos casos y 428 nuevas muertes notificadas, lo que representa disminuciones del 26 % y el 25 %, respectivamente, en comparación con la semana anterior. Ningún país de la región reportó aumento del 20 % o más de nuevos casos. El mayor

número de nuevos casos se notificó en la República Islámica de Irán (16 315 nuevos casos; 19,4 nuevos casos por cada 100 000; -27 %), Baréin (3 328 nuevos casos; 195,6 nuevos casos por cada 100 000; -14 %), y Egipto (2 800 nuevos casos; 2,7 nuevos casos por cada 100 000; -28 %).

El mayor número de nuevas muertes se notificó en la República Islámica de Irán (223 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -26 %), Túnez (84 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -18 %), y Egipto (49 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -13 %).

Región Europea

Tras el incremento observado a mediados de marzo de 2022, el número de nuevos casos semanales en la región europea ha seguido disminuyendo durante un mes, con algo menos de 2,8 millones de nuevos casos notificados, un descenso del 25 % respecto a la semana anterior. Sin embargo, dos países de la región reportaron un aumento de más del 20 % en casos: Kirguistán (10 vs 2 casos nuevos; +400 %) y Andorra (381 vs 304 casos nuevos; +25 %). El mayor número de nuevos casos se notificó en Francia (827 350 nuevos casos; 1 272,1 nuevos casos por cada 100 000; -11 %), Alemania (769 466 nuevos casos; 925,2 nuevos casos por cada 100 000; -25 %), e Italia (421 707 nuevos casos; 707,1 nuevos casos por cada 100 000; -6 %).

El número de nuevas muertes semanales ha seguido disminuyendo en la región, con más de 8 400 nuevas muertes reportadas, una disminución del 23 % en comparación con la semana anterior. El mayor número de nuevas muertes se notificó en la Federación de Rusia (1 784 nuevas muertes; 1,2 nuevas muertes por cada 100 000; -11 %), Alemania (1 227 nuevas muertes; 1,5 nuevas muertes por cada 100 000; -27 %), e Italia (944 nuevas muertes; 1,6 nuevas muertes por cada 100 000; -5 %).

Región de Sudeste Asiático

En la región de Asia sudoriental, el número de nuevos casos semanales y muertes continúa las tendencias decrecientes observadas desde mediados de enero de 2022, con poco más de 172 000 nuevos casos y poco más de 1 100 nuevas muertes, disminuciones del 16 % y el 18 %

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

respectivamente en comparación con la semana anterior. Ningún país de la región reportó aumento del 20 % o más en los nuevos casos. El mayor número de nuevos casos se notificó en Tailandia (146 474 nuevos casos; 209,8 nuevos casos por 100 000; -15 %), Bután (10 574 nuevos casos; 1 370,4 nuevos casos por 100 000; -2 %), e Indonesia (7 166 nuevos casos; 2,6 nuevos casos por 100 000; -44 %).

El mayor número de nuevas muertes se notificó en Tailandia (799 nuevas muertes; 1,1 nuevas muertes por cada 100 000; + 20 %), Indonesia (240 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -29 %), e India (66 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -81 %).

Región del Pacífico Occidental

Después del pico alcanzado a principios de marzo de 2022, el número de nuevos casos semanales ha seguido disminuyendo en la región del Pacífico Occidental, con poco más de dos millones de nuevos casos semanales reportados, lo que representa una disminución del 28 % en comparación con la semana anterior. Sin embargo, Guam y China reportaron aumentos del 121 % (128 vs 58 casos nuevos) y 28 % (28 823 vs 22 519 nuevos casos), respectivamente. El mayor número de nuevos casos se notificó en la República de Corea (972 082 nuevos casos; 1 896,0 nuevos casos por cada 100 000; -33 %), Japón (342 665 nuevos casos; 270,9 nuevos casos por cada 100 000; 1 %), y Australia (330 266 nuevos casos; 1 295,2 nuevos casos por cada 100 000; -16 %).

El número de nuevas muertes semanales también continúa la tendencia decreciente con más de 3 300 nuevas muertes reportadas, una disminución del 25 % en comparación con la semana anterior. El mayor número de nuevas muertes se notificó en la República de Corea (1 671 nuevas muertes; 3,3 nuevas muertes por cada 100 000; -24 %), China (405 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -37 %), y Japón (346 nuevas muertes; <1 nueva muerte por cada 100 000; -13 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 20 de abril de 2022. Fecha de consulta 20 de abril de 2022. Disponible en <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-april-2022>

Hepatitis aguda de etiología desconocida – Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Fecha de Publicación: 15 de abril de 2022, Organización Mundial de la Salud (OMS)

Escocia notificó a la OMS el 5 de abril de 2022, 10 casos de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños menores de 10 años. Hasta el 8 de abril, se habían identificado 74 casos en el Reino Unido. Los virus de la hepatitis (A, B, C, E y D) fueron excluidos después de las pruebas de laboratorio, mientras tanto se realizan más investigaciones para comprender la etiología de estos casos. Dado el aumento de casos informados durante el último mes y las actividades mejoradas de búsqueda de casos, es probable que se informen más casos en los próximos días.

El síndrome clínico en los casos identificados es de hepatitis aguda con enzimas hepáticas marcadamente elevadas, a menudo con ictericia, a veces precedida de síntomas gastrointestinales, en niños principalmente hasta los 10 años. Algunos casos han requerido traslado a unidades especializadas en hígado infantil y seis niños han sido sometidos a trasplante hepático. No se han identificado otros factores de riesgo epidemiológicos hasta la fecha. En general, la etiología de los casos actuales se considera desconocida y sigue bajo investigación activa.

Se ha implementado una respuesta clínica y de salud pública en todo el Reino Unido para coordinar la búsqueda de casos con la investigación de la causa de la enfermedad. Se están llevando a cabo más investigaciones por parte de las autoridades nacionales para incluir un historial de exposición más detallado, pruebas de toxicología y pruebas virológicas/microbiológicas adicionales. Se ha emitido orientación a los expertos para respaldar una investigación exhaustiva de los casos sospechosos. También se están llevando a cabo más investigaciones y una respuesta clínica y de salud pública a los casos notificados en Irlanda y España.

La OMS está monitoreando de cerca la situación con otros Estados miembros y el Reino Unido y socios para casos con perfiles similares.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Hepatitis aguda de etiología desconocida – Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Fecha de Publicación 15 de abril de 2022. Fecha de consulta 20 de abril de 2022.

Tema central
Situación Nal.
Mortalidad
Trazadores
Brotes
COVID-19
Tablas

Disponible en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/acute-hepatitis-of-unknown-aetiology---the-united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland>

Hepatitis Aguda de etiología desconocida – Red de Alertas en Salud Fecha de publicación 21 de abril de 2022. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Un hospital en Alabama notificó en noviembre de 2021 a los CDC sobre cinco pacientes pediátricos con lesión hepática significativa, incluidos tres con insuficiencia hepática aguda, que también dieron positivo para adenovirus. Todos los niños estaban previamente sanos, ninguno tenía COVID-19. En los esfuerzos de búsqueda de casos en el hospital se identificaron cuatro pacientes con hepatitis e infección por adenovirus para un total de nueve pacientes ingresados desde octubre de 2021 a febrero de 2022. Cinco casos secuenciados dieron positivo para adenovirus tipo 41. En dos pacientes las pruebas de PCR dieron negativas para adenovirus, pero ambos dieron positivo cuando se volvieron a analizar con sangre total. Dos casos requirieron trasplante hepático, no se presentaron fallecidos.

A principio del mes se informaron casos de hepatitis en niños con resultados negativos para hepatitis A, B, C, D y E en Reino Unido algunos con infección por adenovirus. Este aviso de salud sirve para notificar a los médicos de los E.E.U.U. que puedan encontrar pacientes pediátricos con hepatitis de etiología desconocida para que consideren la prueba de adenovirus y para obtener la notificación de tales casos a las autoridades estatales de salud pública y a los CDC con el uso de pruebas de PCR para la detección de adenovirus en muestras respiratorias, heces o hisopados rectales o sangre.

El adenovirus tipo 41 comúnmente causa gastroenteritis aguda pediátrica, típicamente presenta síntomas como diarrea, vómito y fiebre; a menudo puede ir acompañada de síntomas respiratorios. No obstante, se han informado casos de hepatitis en niños inmunocomprometidos por adenovirus tipo 41, no se sabe si el adenovirus tipo 41 sea la causa de hepatitis en niños sanos.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Hepatitis Aguda de etiología desconocida – Red de Alertas en Salud. Fecha de Publicación 21 de abril de 2022. Fecha de consulta 21 de abril de 2022. Disponible en https://emergency.cdc.gov/han/2022/han00462.asp?ACSTrackingID=USCDC_511-DM80355&ACSTrackingLabel=HAN%20462%20-%20General%20Public&deliveryName=USCDC_511-DM80355

Poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 3 – Israel. Fecha de Publicación: 15 de abril de 2022, Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS fue notificada el 7 de marzo de 2022 de la detección de poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 3 (cVDPV3) en un niño no vacunado de la ciudad de Jerusalén. Hasta el 15 de abril, se han confirmado un total de siete VDPV3 positivos, incluido el caso índice y seis niños asintomáticos. De estos siete niños, sólo uno tenía la inmunización contra la poliomiелitis incompleta, mientras que los otros seis no estaban vacunados. También hubo otros dos niños en los que se detectó VDPV3 utilizando técnicas moleculares internas. La confirmación adicional está en curso.

Las autoridades locales de salud están realizando investigaciones ambientales, epidemiológicas y virológicas para determinar la fuente y el origen del virus aislado y el riesgo potencial de una mayor propagación asociada con él. Se están llevando a cabo investigaciones similares en el territorio palestino ocupado. También se inició una vacunación de recuperación contra la poliomiелitis para niños de seis semanas a 17 años. El 4 de abril, se lanzó la campaña de vacunación, centrada en el distrito de Jerusalén y a partir del 13 de abril, se ha extendido a todo el país.

De acuerdo con las estimaciones de inmunización de rutina proporcionadas por el IHR-NFP para Israel, la cobertura de la tercera dosis de poliovirus inactivado (IPV) y la primera dosis de vacuna oral contra la poliomiелitis (OPV) en Israel se estimó en 97,6 % y 88,3 % respectivamente en 2020. Dado el alto nivel de cobertura de vacunación, y el sólido sistema de vigilancia en Israel, es probable que el riesgo de una mayor propaga-

Tema central
Situación Nal.
Mortalidad
Trazadores
Brotes
COVID-19
Tablas

ción en el país y en el territorio palestino ocupado sea moderado, ya que las brechas de inmunización persisten en ciertas áreas/grupos de población de alto riesgo.

Actualmente, la OMS evalúa el riesgo de una mayor propagación internacional asociada con esta detección de cVDPV3 como bajo debido a la alta inmunidad de la población, la sólida vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) y la capacidad de respuesta existente. Las actividades de investigación y respuesta se están coordinando entre las autoridades de salud pública de Israel, los territorios palestinos ocupados, y entre las oficinas regionales de Europa y el Mediterráneo Oriental de la OMS.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 3 – Israel. Fecha de Publicación 15 de abril de 2022. Fecha de consulta 20 de abril de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/circulating-vaccine-derived-poliovirus-type-3---israel>

Alerta epidemiológica por ocurrencia de brotes de la enfermedad mano, pie y boca. Ministerio de Salud Perú (Minsa). Fecha de publicación 7 de abril de 2022

A través del Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades (CDC Perú) El Ministerio de Salud (Minsa) emite alerta epidemiológica ante la ocurrencia de brotes de enfermedad de mano, pie, boca en el país por el riesgo de extensión de los casos e incremento de la magnitud de brotes existentes. Desde el 30 de marzo de 2022 (SE 13) se han notificado en cuatro regiones de Perú enfermedad de síndrome pie boca: Ucayali (120 casos), San Martín (15 casos), Huánuco (9 casos) y Amazonas (21 casos).

La enfermedad es causada por un grupo de enterovirus donde destacan el coxsackie A16 y el enterovirus-71, aunque recientemente se han agregado el coxsackie A6 y coxsackie A10. Esta enfermedad es muy contagiosa y afecta principalmente a niños de 5 a 7 años siendo el nivel de propagación principal dentro de escuelas y guarderías; sin embargo, suele ser benigna.

El CDC de Perú recomienda continuar con las medidas de prevención contra contagios dentro de las cuales está el lavado frecuente de manos, limpieza y desinfección de las superficies, aislamiento de los casos de 7 a 10 días, así como cuarentena del aula durante 10 días sin la presentación de nuevos casos.

Fuente: Ministerio de Salud de Perú – Nota de prensa. Alerta epidemiológica por ocurrencia de brotes de la enfermedad mano, pie y boca. Fecha de Publicación 7 de abril de 2022. Fecha de consulta 22 de abril de 2022. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/598460-minsa-emite-alerta-epidemiologica-por-ocurrencia-de-brotes-de-la-enfermedad-de-mano-pie-y-boca-en-el-pais>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

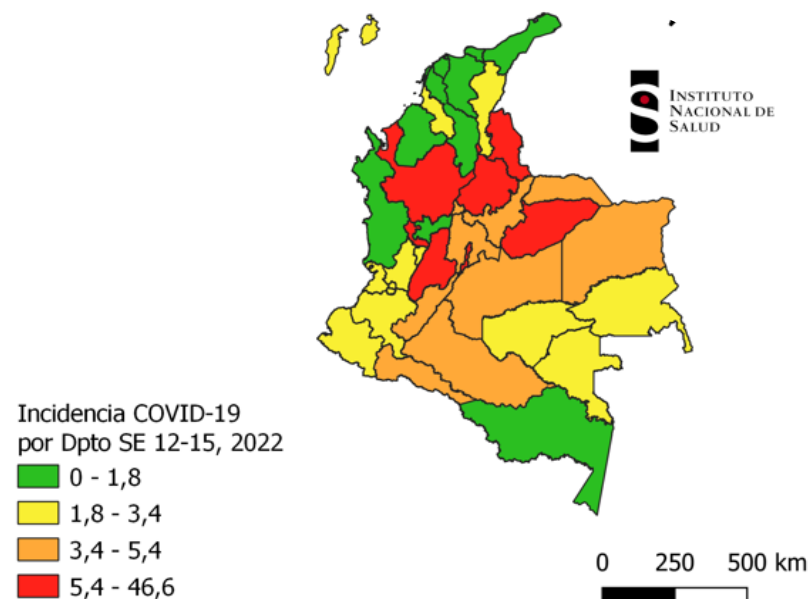
SITUACIÓN COVID-19

Entre el 01 de enero de 2022 hasta el 21 de abril de 2022 en Colombia se han confirmado por laboratorio 710 169 casos y 8 245 muertes por COVID-19 en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 087 municipios. La incidencia nacional acumulada para el 2022 es de 1 400,40 casos por cada 100 000 habitantes. A corte 21 de abril 2022, el 0,4 % (3 020) de los casos se encuentran activos, procedentes principalmente de Bogotá D.C. con el 19,3 % (583), Santander 12,7 % (384), Cundinamarca con el 11,2 % (338), Antioquia con el 8,9 % (269), Valle del Cauca con el 8,8 % (267), y Tolima, con el 8,0 % (242).

A nivel municipal (sin tener en cuenta distritos) el 6,5 % (195) de los casos activos se encuentran principalmente en Cali – Valle del Cauca, con el 6,5 % (195); Bucaramanga – Santander, con el 5,2 % (158); Medellín – Antioquia, con el 4,7 % (141); Ibagué – Tolima, con el 4,0 % (122), Soacha – Cundinamarca, con el 3,2 % (96), Villavicencio-Meta con el 2,8 % (84) y Cúcuta – Norte de Santander 2,7 % (82).

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 12 - 15a nivel nacional se notificaron 4 913 casos de COVID-19 procedentes de 281 municipios y 180 muertes por COVID-19 procedentes de 80 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 10,93 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 0,35 muertes por cada 100 000 habitantes, indicadores que al compararlos con el periodo anterior (SE 08 - 11) se observa un descenso tanto en la incidencia con una variación de (0,3) y mortalidad con una variación de (0,2). Los distritos y municipios que durante este periodo superaron la incidencia nacional (10,93) por 100 000 habitantes fueron: Bogotá (46,58), Barranquilla (18,39) y Cali (12,38) (mapa 1).

Mapa 1. . Incidencia de casos confirmados COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 12 - 15, 2022



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2021.

Durante el mismo periodo, la mayor tasa de incidencia por grupos etarios se presenta en las edades de 60 años y más (37,62 casos por cada 100 000 habitantes), así como la mayor tasa de mortalidad (4,05 muertes por cada 100 000 habitantes) (tabla 15).

Tema central
Situación Nal.
Mortalidad
Trazadores
Brotos
COVID-19
Tablas

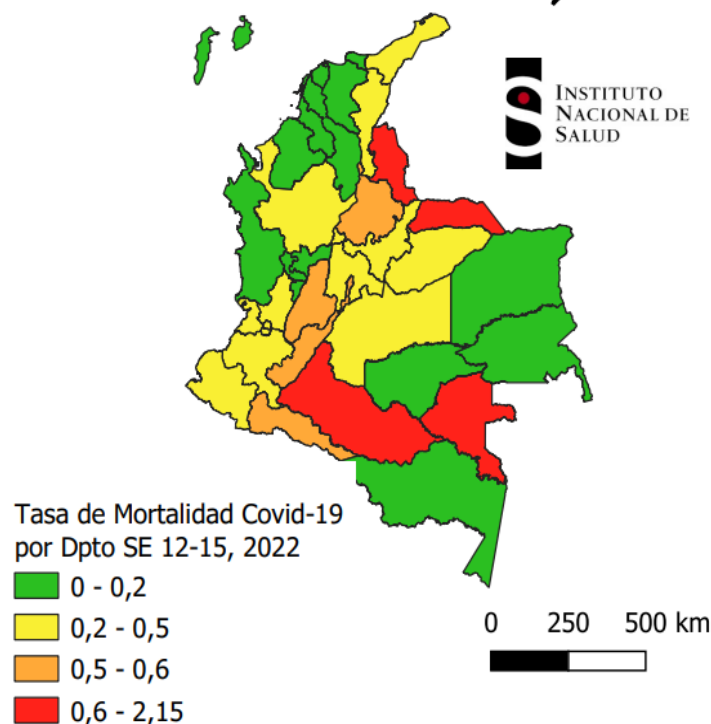
Tabla 15. Indicadores COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 12 – 15, 2022

Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes
0 - 4 años	612	16,04	1	0,03
5 - 11 años	223	4,16	0	-
12 - 19 años	280	4,58	2	0,03
20 - 39 años	1496	11,02	11	0,07
40 - 59 años	1163	11,73	10	0,09
60 años y más	1139	37,62	156	4,05

Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2021

Entre la SE 12 – 15 de 2022 se notificaron 180 muertes por COVID-19 procedentes de 80 municipios. Las entidades con mayor registro de fallecidos fueron: Bogotá con el 23,9 % (43); Cali con el 12,2% (22); Norte de Santander con el 8,9 % (16) y Antioquia, con el 7,8 % (14); y los municipios con la mayor tasa de mortalidad en el periodo analizado y que registraron fallecidos en el periodo anterior (SE 08 – 11, 2022) fueron: Tipacoque – Boyacá (30,24), Santa Lucía- Atlántico (5,75), Guasca- Cundinamarca (5,69), Lérída- Tolima (5,37) y Fortul- Arauca (4,85) (mapa 2).

Mapa 2. Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 12 – 15, 2022



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID19, 2021.

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad de las semanas epidemiológicas 12–15 respecto al periodo anterior (SE 08 – 11,), se observó que de los 80 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 20,0 % (16) presentaron incremento significativo en el indicador de mortalidad, de estos municipios, los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron: Chiscas - Boyacá (Δ 25,6), Guaca – Santander (Δ 16,8), Chita - Boyacá (Δ 12,8) y El Dovio– Valle del Cauca (Δ 11,6).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 15

Decremento
Incremento

Cod_dep	Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			EAPV			Hepatitis A			IRAG inusitado		
		Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
91	Amazonas	12	1	0	89	18	23	195	15	82	0	0	0	0	0	0	1	0	0
5	Antioquia	160	14	7	4.232	1.085	1.171	582	277	232	9	3	1	78	18	21	15	6	4
81	Arauca	29	2	1	175	48	44	97	34	37	1	1	0	0	2	0	1	0	1
8	Atlántico	25	1	2	772	202	213	750	51	119	2	0	0	1	2	0	3	1	1
9	Barranquilla	2	0	0	765	170	231	1.161	40	142	4	2	0	3	3	0	0	0	0
11	Bogotá	1	0	0	5.875	1.471	1.578	1	0	0	24	5	9	16	9	3	1	1	0
13	Bolívar	63	4	4	652	161	169	527	57	165	3	1	0	1	1	1	12	4	4
15	Boyacá	22	2	2	1.451	389	442	49	51	30	4	1	0	0	2	0	0	0	0
76109	Buenaventura	6	0	0	54	7	12	68	13	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Caldas	23	2	2	855	244	219	43	38	22	4	1	0	0	3	0	0	0	0
76001	Cali	2	0	0	1.298	351	317	958	744	268	4	0	1	17	16	2	0	0	0
18	Caquetá	54	3	2	265	74	64	280	57	149	3	1	2	1	0	0	0	0	0
14	Cartagena	1	0	0	312	78	84	704	17	168	1	1	0	0	1	0	0	0	0
85	Casanare	42	3	2	362	88	107	1.415	117	628	2	0	1	5	1	0	0	0	0
19	Cauca	33	3	1	1.363	391	356	150	44	46	6	1	1	1	1	0	2	0	2
20	Cesar	51	4	5	481	148	149	675	114	192	5	0	0	0	4	0	8	1	0
27	Chocó	68	4	3	27	7	6	156	19	39	1	0	0	0	0	0	3	2	0
23	Córdoba	72	5	4	1.233	275	337	623	101	139	2	1	0	0	1	0	0	0	0
25	Cundinamarca	22	1	2	3.287	811	913	184	227	82	5	1	1	6	2	1	1	0	0
94	Guainía	1	0	0	40	9	6	79	3	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
95	Guaviare	21	3	1	86	18	22	48	34	28	0	0	0	0	1	0	1	0	0
41	Huila	36	3	0	1.488	298	377	571	341	177	4	0	1	12	2	0	2	0	0
44	La Guajira	27	1	0	463	119	102	722	52	126	1	0	0	1	2	0	14	2	1
47	Magdalena	28	2	0	601	183	149	156	28	39	0	0	0	0	1	0	5	2	0
50	Meta	77	6	6	913	210	259	1.073	379	467	0	0	0	8	2	2	0	0	0
52	Nariño	28	2	1	1.647	401	428	178	36	62	6	1	0	1	1	0	0	0	0
54	Norte de Santander	111	6	3	1.240	269	353	888	145	243	3	0	2	20	25	2	0	0	0
86	Putumayo	65	3	3	382	83	90	359	128	124	3	2	0	0	0	0	0	0	0
63	Quindío	2	0	0	701	182	191	37	60	17	3	0	0	3	2	0	0	0	0
66	Risaralda	12	1	0	1.001	247	237	54	30	28	3	1	0	3	5	2	0	0	0
88	San Andrés	0	0	0	67	19	26	82	3	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Santa Marta D.E.	6	1	0	346	157	89	100	18	22	1	0	0	0	0	0	0	0	0
68	Santander	55	3	7	1.537	340	430	348	461	124	9	0	0	18	5	0	1	1	0
70	Sucre	16	2	2	678	177	183	707	97	258	2	0	0	2	1	1	1	1	0
73	Tolima	43	3	2	1.506	355	417	586	505	210	6	2	0	0	2	0	3	1	0
76	Valle del Cauca	18	1	2	1.877	483	500	449	329	141	6	0	0	2	2	0	9	4	3
97	Vaupés	13	1	4	30	12	6	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
99	Vichada	8	1	1	75	14	22	8	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total nacional	1.255	88	69	38.226	9.594	10.322	15.065	4.677	4.659	127	25	19	199	117	35	83	26	16

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 15

Decremento
Incremento

Cod_dep	Departamento	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA		
		Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
91	Amazonas	429	90	49	1	1	1	1.789	771	378	44	12	31	0	0	0	1.275	485	249
5	Antioquia	1.863	530	595	39	21	19	343.607	70.147	66.448	12.357	2.334	2.653	2.153	63	377	121.910	34.632	35.274
81	Arauca	10	2	3	2	1	1	6.416	2.187	1.371	237	92	60	0	1	0	1.874	763	479
8	Atlántico	6	2	4	6	4	4	34.077	8.735	8.008	347	94	79	90	39	19	9.365	4.579	2.378
9	Barranquilla	0	2	0	11	4	9	54.166	14.218	12.541	1.361	254	184	596	50	50	14.809	6.682	3.864
11	Bogotá	0	1	0	52	26	29	394.705	123.743	103.355	21.017	6.483	6.774	2.870	663	739	221.486	70.006	56.475
13	Bolívar	339	81	86	15	4	8	42.321	10.366	10.874	894	150	217	116	2	38	8.187	3.368	2.280
15	Boyacá	0	1	0	7	5	5	37.677	10.941	8.834	2.170	300	539	317	17	34	13.946	5.745	4.156
76109	Buenaventura	144	127	53	1	1	1	2.329	1.298	600	28	0	4	13	0	4	374	642	137
17	Caldas	3	2	0	1	1	0	18.316	8.354	4.369	848	322	168	364	32	36	7.922	3.839	2.461
76001	Cali	11	8	4	28	6	19	63.050	25.001	17.023	1.985	636	285	299	51	33	26.035	14.976	7.813
18	Caquetá	34	5	13	5	2	3	11.446	3.855	2.207	641	164	139	309	1	30	4.233	2.000	995
14	Cartagena	0	1	0	8	2	6	83.259	15.669	14.201	1.092	262	260	416	100	81	9.723	4.502	2.751
85	Casanare	6	2	1	1	1	1	7.672	2.308	1.872	223	40	79	43	0	6	3.570	1.290	826
19	Cauca	383	196	158	9	3	3	32.123	9.902	8.967	676	223	108	146	0	0	14.421	4.892	3.441
20	Cesar	7	2	1	3	1	1	35.328	10.094	6.953	1.621	477	404	169	36	25	9.435	4.480	4.279
27	Chocó	5.749	2.339	1.645	4	1	3	7.507	1.482	1.743	334	142	53	44	0	1	2.187	1.072	487
23	Córdoba	2.331	393	532	11	4	4	87.823	12.216	19.087	1.157	190	163	36	25	3	9.878	5.037	2.451
25	Cundinamarca	0	2	0	10	9	4	110.904	25.106	27.050	3.665	860	1.111	691	51	160	49.383	12.961	14.399
94	Guainía	1.120	228	389	1	1	1	967	214	128	83	16	27	4	0	3	515	158	158
95	Guaviare	292	93	81	1	1	0	2.180	624	682	155	36	29	32	0	4	803	358	174
41	Huila	6	2	2	5	3	2	37.744	11.008	8.619	2.081	349	529	251	31	42	13.002	4.602	3.299
44	La Guajira	16	2	6	1	1	0	58.133	11.200	14.775	1.559	461	430	160	18	30	9.842	4.108	2.707
47	Magdalena	3	2	1	5	3	4	32.771	6.980	6.847	1.890	132	483	6	0	2	10.799	3.648	2.924
50	Meta	149	13	61	5	4	4	21.949	6.521	5.246	834	131	229	161	18	14	12.095	4.834	3.119
52	Nariño	3.347	1.000	1.067	16	5	10	45.710	16.809	11.728	1.939	366	503	145	5	19	12.407	8.533	3.333
54	Norte de Santander	693	100	208	13	6	4	44.854	13.587	11.094	2.324	690	666	451	38	59	15.505	5.857	3.961
86	Putumayo	28	3	7	0	2	0	11.308	2.810	2.513	611	127	219	59	0	9	3.153	1.281	918
63	Quindío	0	2	0	1	1	1	14.843	6.377	3.135	215	351	68	60	16	11	7.610	3.477	1.936
66	Risaralda	285	46	92	7	2	5	33.837	7.702	6.121	1.044	237	250	66	15	11	9.390	5.090	2.358
88	San Andrés	0	0	0	2	0	1	2.698	788	551	210	62	55	15	1	1	931	295	354
48	Santa Marta D.E.	0	0	0	1	1	0	14.598	1.984	3.166	275	126	54	162	15	35	3.085	1.198	770
68	Santander	5	2	0	8	7	6	53.595	12.418	12.386	3.842	862	1.172	717	105	184	23.806	7.996	6.197
70	Sucre	16	3	6	1	2	0	29.934	7.628	6.679	1.400	418	390	251	41	71	5.603	2.952	1.718
73	Tolima	0	1	0	5	3	2	39.365	12.259	9.985	1.480	334	431	326	53	55	13.436	5.831	3.495
76	Valle del Cauca	16	6	10	11	8	6	47.284	12.779	10.467	1.041	254	223	323	4	30	17.679	7.831	4.795
97	Vaupés	22	15	0	1	1	1	1.114	136	343	34	6	7	37	0	5	440	97	135
99	Vichada	292	139	70	1	1	0	1.573	242	405	5	6	3	3	0	3	329	170	123
	Total nacional	17.605	5.443	5.144	299	149	168	1.868.972	488.459	430.751	71.719	17.999	19.079	11.901	1.491	2.224	690.443	250.267	187.669

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 15

Decremento
Incremento

Cod_dep	Departamento	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela		
		Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
91	Amazonas	4	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	24	9	13
5	Antioquia	222	84	53	3	4	1	187	60	38	18	2	0	73	47	29	520	610	131
81	Arauca	28	5	4	1	0	0	3	2	2	3	0	0	2	1	0	10	55	3
8	Atlántico	71	21	11	1	1	0	4	15	4	1	1	0	2	1	0	82	250	19
9	Barranquilla	86	29	30	0	1	0	19	15	2	0	1	0	6	1	3	68	251	22
11	Bogotá	247	90	63	9	4	0	259	321	82	113	2	7	221	140	101	1.174	1.161	336
13	Bolívar	67	22	23	0	1	0	12	6	1	0	0	0	4	2	2	34	192	12
15	Boyacá	40	13	12	2	1	0	25	21	6	11	0	0	2	5	0	135	156	44
76109	Buenaventura	22	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	10	1
17	Caldas	30	8	4	0	1	0	19	9	4	2	0	0	1	4	0	114	72	26
76001	Calí	78	27	19	0	1	0	55	28	13	0	1	0	11	11	4	306	304	104
18	Caquetá	20	7	5	1	0	0	5	6	1	0	0	0	3	3	2	41	29	12
14	Cartagena	73	22	19	0	1	0	8	4	1	0	0	0	0	2	0	51	164	11
85	Casanare	32	6	7	0	0	0	4	3	0	2	0	0	0	1	0	102	41	48
19	Cauca	81	25	13	2	1	0	18	10	5	1	1	0	4	4	0	111	68	39
20	Cesar	62	28	15	2	1	0	12	3	4	1	1	0	1	3	0	51	84	11
27	Chocó	64	15	13	0	1	0	1	0	1	0	0	0	14	1	5	6	9	2
23	Córdoba	110	39	23	0	1	0	38	25	2	0	1	0	3	1	2	146	379	34
25	Cundinamarca	92	40	16	2	2	0	84	53	21	23	1	2	47	25	20	2	0	1
94	Guainía	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	559	391	155
95	Guaviare	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	20	9	6
41	Hulla	57	18	17	4	1	0	55	22	11	2	0	0	7	11	4	181	114	40
44	La Guajira	128	28	28	0	1	0	9	2	1	0	1	0	51	1	9	78	125	43
47	Magdalena	54	17	10	0	1	0	6	5	1	0	0	0	3	0	3	29	115	11
50	Meta	55	14	12	1	1	0	18	9	5	2	0	0	4	5	2	92	131	22
52	Nariño	63	23	11	1	1	0	28	10	8	1	0	0	26	14	15	310	139	102
54	Norte de Santander	67	21	14	4	1	0	42	23	10	2	1	0	7	13	2	305	309	80
86	Putumayo	15	5	6	0	0	0	14	4	5	1	0	0	2	1	0	36	41	9
63	Quindío	11	7	4	0	0	0	9	4	4	1	0	0	4	1	3	193	89	38
66	Risaralda	39	10	13	1	1	0	11	5	1	0	0	0	2	2	1	168	91	65
88	San Andrés	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	15	4
48	Santa Marta D.E.	34	11	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	6	0	2	10	49	5
68	Santander	72	22	20	0	2	0	13	12	3	0	1	0	24	12	4	197	245	60
70	Sucre	51	18	10	2	1	0	17	25	4	3	0	0	12	8	3	85	247	22
73	Tolima	44	17	11	3	1	0	11	8	1	3	0	0	4	8	1	301	162	66
76	Valle del Cauca	62	20	19	1	1	0	24	16	3	0	1	0	7	2	2	250	244	91
97	Vaupés	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	8	1	2
99	Vichada	10	4	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4	6	0
Total nacional		2.200	731	513	40	34	1	1.015	731	245	193	15	9	556	333	219	5.814	6.367	1.690

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 15

Decremento
Incremento

		Chagas agudo		Chikungunya		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Cod_dep	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022
91	Amazonas	0	0	2	0	0	0	0	1	12	18	5	2	2	14	1	0
5	Antioquia	0	0	7	4	0	0	1	8	1.397	1.369	459	186	110	158	8	8
81	Arauca	0	0	1	0	0	0	1	0	58	40	6	5	2	1	0	3
8	Atlántico	0	0	1	0	0	0	1	0	199	231	0	1	7	10	2	2
9	Barranquilla	0	0	5	0	0	0	0	1	222	246	1	0	15	26	3	0
11	Bogotá	0	0	0	0	0	0	1	12	857	1.429	0	0	16	50	8	9
13	Bolívar	0	0	1	0	0	0	0	0	136	121	132	84	15	26	3	6
15	Boyacá	0	0	0	0	0	0	1	0	205	265	42	21	2	5	2	2
76109	Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	15	28	7	1	15	15	1	1
17	Caldas	0	0	1	0	0	0	0	1	297	287	68	16	4	18	1	0
76001	Cali	0	0	20	2	0	1	22	6	422	492	1	0	27	78	2	2
18	Caquetá	0	0	2	0	0	0	3	1	79	87	92	45	5	3	1	1
14	Cartagena	0	0	3	0	0	0	0	1	154	151	1	1	3	28	1	2
85	Casanare	6	1	4	1	0	0	0	2	81	68	4	1	4	5	2	0
19	Cauca	0	0	0	2	0	0	1	4	230	180	31	14	7	10	2	3
20	Cesar	0	0	4	0	0	0	0	2	178	144	18	4	6	22	3	1
27	Chocó	0	0	0	0	0	0	0	0	26	11	88	33	13	15	4	3
23	Córdoba	0	0	1	0	0	0	2	0	253	269	51	37	8	27	3	4
25	Cundinamarca	0	0	14	5	0	0	7	7	513	542	62	34	17	45	5	1
94	Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	15	2	3	27	0	1
95	Guaviare	0	0	5	6	0	0	1	0	16	10	141	99	9	6	1	0
41	Huila	0	0	9	1	0	0	1	0	260	231	12	3	15	24	1	1
44	La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	2	69	52	24	9	2	5	7	8
47	Magdalena	0	0	0	0	0	0	1	0	93	95	2	0	4	7	5	0
50	Meta	0	0	8	1	0	0	1	14	207	212	97	41	7	6	4	1
52	Nariño	0	0	0	0	0	0	0	0	347	401	190	71	3	29	4	5
54	Norte de Santander	0	0	4	0	0	0	1	1	249	280	136	33	3	7	4	5
86	Putumayo	0	0	11	4	0	0	15	2	91	96	67	66	3	10	2	1
63	Quindío	0	0	2	1	0	0	0	0	168	135	0	0	11	21	0	1
66	Risaralda	0	0	5	1	0	0	2	0	297	349	61	12	30	52	1	2
88	San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	0	0	0	0	0	0
48	Santa Marta D.E.	0	0	2	0	0	1	0	0	73	59	5	2	1	7	3	0
68	Santander	1	3	15	0	0	0	4	0	325	430	255	125	10	26	1	1
70	Sucre	0	0	1	0	0	1	0	0	119	141	25	24	7	26	2	1
73	Tolima	0	0	17	2	0	0	7	3	342	320	158	29	72	104	2	3
76	Valle del Cauca	0	0	5	3	0	0	2	3	366	344	8	1	64	52	3	1
97	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	11	12	15	7	0	1	0	0
99	Vichada	0	0	0	0	0	0	0	1	6	7	16	13	1	2	1	1
	Total nacional	7	4	150	33	0	3	75	72	8.382	9.169	2.295	1.022	523	968	93	80

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 15

Decremento
Incremento

Cod_dep	Departamento	Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
		Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022
91	Amazonas	1	1	0	1	0	0	2	1	5	3	0	0	11	22	0	2	95	103
5	Antioquia	18	13	4	3	40	19	46	60	230	402	1	0	807	908	26	26	5.192	3.824
81	Arauca	1	0	0	0	2	1	11	14	39	57	0	0	34	52	1	0	205	250
8	Atlántico	1	3	1	0	9	7	12	21	73	140	0	0	109	122	5	5	571	586
9	Barranquilla	2	1	0	1	8	0	24	31	64	158	0	0	167	207	3	2	411	612
11	Bogotá	14	10	0	4	46	161	41	46	231	300	0	0	319	373	9	15	2.913	6.822
13	Bolívar	4	2	2	6	7	0	8	24	39	113	1	3	46	56	0	1	620	621
15	Boyacá	1	1	0	1	7	1	4	10	19	34	0	0	37	51	0	2	832	779
76109	Buenaventura	1	0	0	1	2	0	2	8	34	58	0	0	53	27	4	1	69	96
17	Caldas	2	0	0	0	6	1	5	3	32	40	0	0	97	78	1	0	703	732
76001	Cali	3	0	0	0	13	0	10	8	119	132	0	0	384	407	10	14	2.008	1.982
18	Caquetá	2	3	1	0	2	0	2	0	20	22	0	0	67	60	3	0	269	235
14	Cartagena	4	2	0	0	6	1	13	27	44	95	0	0	106	90	0	0	278	279
85	Casanare	1	2	0	3	3	0	4	11	19	41	0	1	46	24	0	0	354	217
19	Cauca	2	3	1	0	9	2	5	4	40	65	0	0	69	62	1	1	810	699
20	Cesar	4	2	5	9	8	2	8	10	77	114	1	0	108	118	1	1	721	531
27	Chocó	11	6	5	13	3	0	12	18	30	74	0	0	56	41	0	0	73	83
23	Córdoba	3	7	3	2	11	6	10	12	72	108	2	1	80	66	0	1	829	977
25	Cundinamarca	5	3	0	2	20	26	18	16	69	97	0	0	133	146	2	3	2.334	2.957
94	Guainía	0	1	0	0	0	0	1	10	1	9	0	0	5	6	0	0	20	19
95	Guaviare	0	1	0	0	1	3	1	2	6	10	0	0	11	17	0	0	68	74
41	Huila	2	7	2	1	7	1	3	11	39	51	1	0	116	121	1	2	1.495	1.674
44	La Guajira	10	15	11	15	6	0	12	19	52	126	0	0	102	141	1	1	343	302
47	Magdalena	5	3	3	5	5	0	7	7	46	87	1	2	46	46	1	0	436	432
50	Meta	3	1	2	2	6	0	11	6	41	69	0	0	150	155	4	2	531	562
52	Nariño	4	6	3	1	9	15	5	4	56	58	0	0	47	43	2	0	1.043	994
54	Norte de Santander	4	5	2	2	10	8	10	34	69	197	0	0	157	208	2	3	900	1.098
86	Putumayo	2	3	1	1	2	0	2	0	14	26	0	0	25	30	0	2	256	285
63	Quindío	2	0	0	1	3	1	3	6	31	25	0	0	64	60	1	1	551	570
66	Risaralda	2	3	1	2	6	2	4	12	43	50	0	0	160	195	7	10	823	1.004
88	San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	3	1	0	0	24	37
48	Santa Marta D.E.	1	4	1	2	3	0	7	3	19	16	0	0	61	44	0	0	175	195
68	Santander	2	2	0	1	13	1	14	33	78	122	0	0	199	221	4	9	1.511	1.647
70	Sucre	3	0	0	0	6	5	8	7	52	66	1	1	30	20	0	0	465	526
73	Tolima	5	1	0	2	8	3	11	10	38	67	0	3	144	140	1	7	586	661
76	Valle del Cauca	2	1	4	1	11	2	8	13	63	111	0	0	177	167	6	1	1.659	1.747
97	Vaupés	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	6	0	0	50	55
99	Vichada	1	4	2	2	1	0	1	4	7	16	0	0	6	11	0	0	33	35
	Total nacional	122	118	49	84	299	268	347	505	1.913	3.161	8	11	4.235	4.542	96	112	30.256	34.302

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 15

10 al 16 de abril de 2022



Tema Central:

**Infección respiratoria aguda en Colombia,
semanas epidemiológicas 1-14 de 2022**
**Meningitis en Colombia,
semanas epidemiológicas 1-13 de 2022**

Sandra Milena Aparicio Fuentes - saparicio@ins.gov.co

Yenny Marcela Elizalde Rodríguez - yelizalde@ins.gov.co

Expertos Temáticos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dra. Diana Walteros
Subdirectora de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Publicación en línea: ISSN 2357-6189
<https://doi.org/10.33610/23576189.2022.15>
2020

Situación Nacional

Grupo Sivigila - sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Giana María Henríquez Mendoza - ghenriquez@ins.gov.co
María Eugenia Pinilla Saraza - mpinillas@ins.gov.co
Ana María García Bedoya - agarcia@ins.gov.co

Eventos Trazadores

Andrea Jineth Rodríguez Reyes - arodriguezr@ins.gov.co
Sandra Milena Aparicio Fuentes - saparicio@ins.gov.co
Carolina Ferro Mendez - cferro@ins.gov.co

Brote

Gestor sistema de alerta temprana - eri@ins.gov.co
Angela Patricia Alarcón - aalarcon@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguett Aragón - chuguett@ins.gov.co

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla - hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

Paola Elena León Velasco - pleon@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Alexander Casas - acasas@ins.gov.co



Conozca más en
www.ins.gov.co



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES

Asistencia técnica de:

Bloomberg
Philanthropies



DATA FOR
HEALTH INITIATIVE



La salud
es de todos

Minsalud