

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

Semana epidemiológica 19

Vigilancia epidemiológica de Hepatitis A

Comportamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda en Colombia

Comportamiento epidemiológico
de la enfermedad diarreica aguda en Colombia
Vigilancia epidemiológica de Hepatitis A



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.



Comportamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda en Colombia

La diarrea suele ser síntoma de una infección del tracto digestivo ocasionada por diversos microorganismos (bacterias, virus y parásitos), que pueden ser adquiridos mediante el consumo de alimentos o aguas contaminadas, o también como el resultado de hábitos de higiene inadecuados (1).

Un estudio de carga global de enfermedad clasificó las enfermedades diarreicas en cuarto lugar a nivel global, representando 3,6 % de la carga total de morbilidad; en niños menores de cinco años la proporción era del 5 % de la carga total de la enfermedad (2,3).

En 2019, la diarrea se clasificó como la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (DALYS) en todas las edades con 3,2 (2,6 – 4,0) DALYS. La carga de enfermedad para el grupo de 0 a 9 años representó el tercer lugar del total de causas de discapacidad con 13,1 (10,7 – 15,1) DALYS (3).

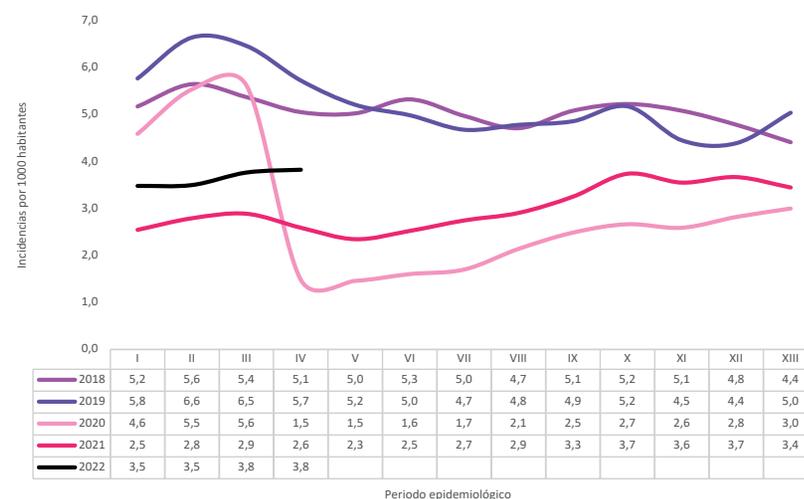
La carga de enfermedad en los menores de 10 años disminuyó un 57,5 % (IC 50,3 – 63,1) entre 1990 y 2019. Las patologías del tracto respiratorio bajo, enfermedades diarreicas y meningitis sumaron una disminución del 60 % (3).

En 2019, según el estudio de factores de riesgo y carga de enfermedad del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés); la diarrea aportó el 6,13 % del total de años perdidos por discapacidad para Latinoamérica en menores de 5 años. La asociación entre el desenlace diarrea y el agua insalubre, sanidad e higiene de manos aportó del 45,95 % mostrando ser un factor de riesgo prevenible (4).

En Colombia, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es un evento de interés en salud pública de control nacional, que requiere acciones

de vigilancia y seguimiento rutinario con el objetivo de caracterizar el comportamiento a nivel departamental y municipal, para detectar situaciones de alarma de manera oportuna que sirven para limitar y controlar el riesgo frente a una población. Durante el 2022 la enfermedad diarreica aguda aumento con respecto al periodo observado 2020 -2021. La menor incidencia se registró en el periodo IV y de 2020 agudizados por la contención del virus SARS CoV 2 desde periodo III. Este aumento de casos se encuentra ligado a las diferentes aperturas poblacionales, se identificó mayor aumento en población menor de 5 años (figura 1).

Figura 1. Incidencia EDA por periodo epidemiológico, Colombia, 2018- PE IV 2022



Fuente: INS, Sivigila, 2018-2022.

Para 2021 el comportamiento dentro del canal endémico mostró un margen dentro de zona de éxito desde semana 1 a la 35 con algunas semanas llegando a nivel de seguridad. A partir de la semana 36, ligado a la apertura de los establecimientos educativos, estos valores aumentaron por cerca de las últimas 12 semanas del año (figura 2).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

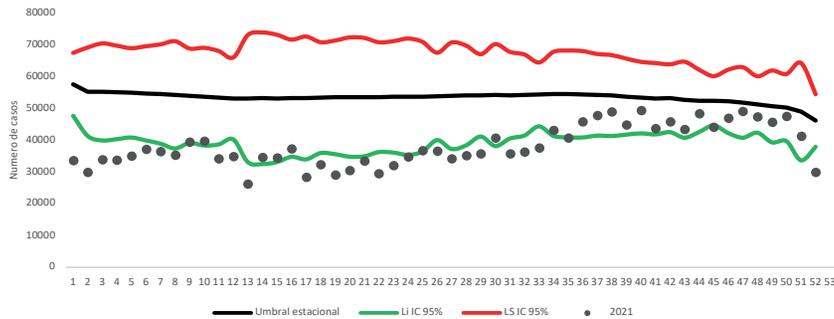
Trazadores

Brotos

COVID-19

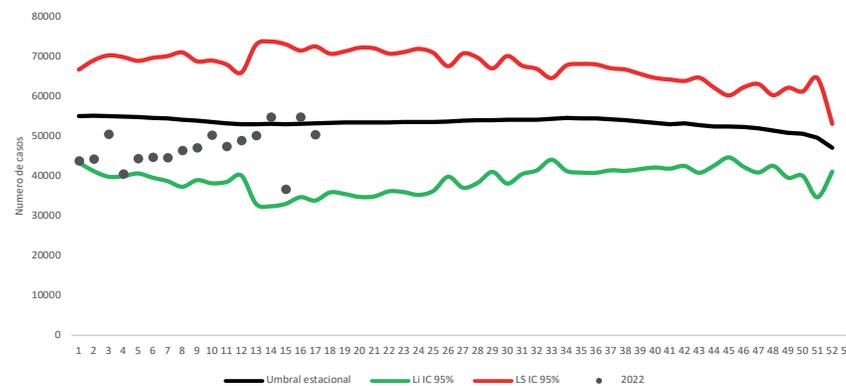
Tablas

Figura 2 Canal endémico para la Morbilidad por EDA población general, Colombia, 2021



En 2022 en el canal endémico evidenció una fluctuación dentro de zona de seguridad y alerta sobre todo para las semanas 13 a 17 (figura 3)

Figura 3 Canal endémico para la Morbilidad por EDA población general, Colombia, SE 17 - 2022

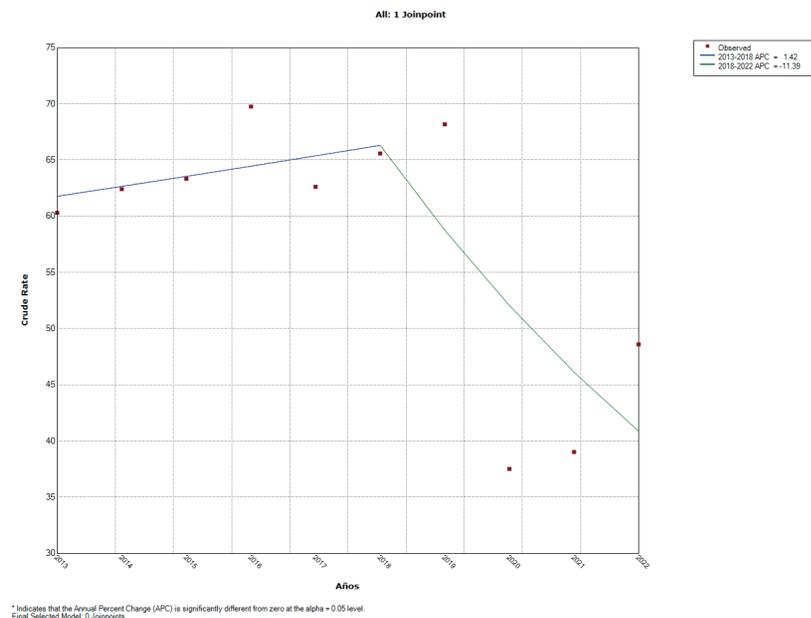


Históricamente el evento por semana epidemiológica en el periodo 2014-2019 se notificaron en promedio 10 000 casos, para el 2020 esta notificación fue de 4 000 casos promedio en las semanas 14, 15 y 16 y un repunte a 6 000 casos promedio en el resto del año. Para 2021 los valores de los casos notificados se ubicaron entre 30

a 50 mil casos semanales. El evento de enfermedad diarreica aguda registró a corte de semana 17 de 2022, un total de 856 063 casos captados por la ficha de notificación colectiva 998.

Las incidencias de EDA en el periodo observado 2013 - 2018 obtuvieron una variación porcentual anual positiva de 1,42 puntos con valor $p > 0,05$. En cuanto al periodo de corte 2018 - 2022 se tiene una variación porcentual de 11,39 puntos explicado por la reducción de la consulta de los casos leves y las medidas de contención pandémico (figura 4).

Figura 4. Tasa de incidencia cruda por año EDA en población general, Colombia, periodo 2013 - 2022



Fuente: Joint point regression program EDA incidencia 2013 - 2022 población general

El comportamiento de la incidencia para los menores de 5 años demostró variaciones estadísticamente significativas en la observación

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

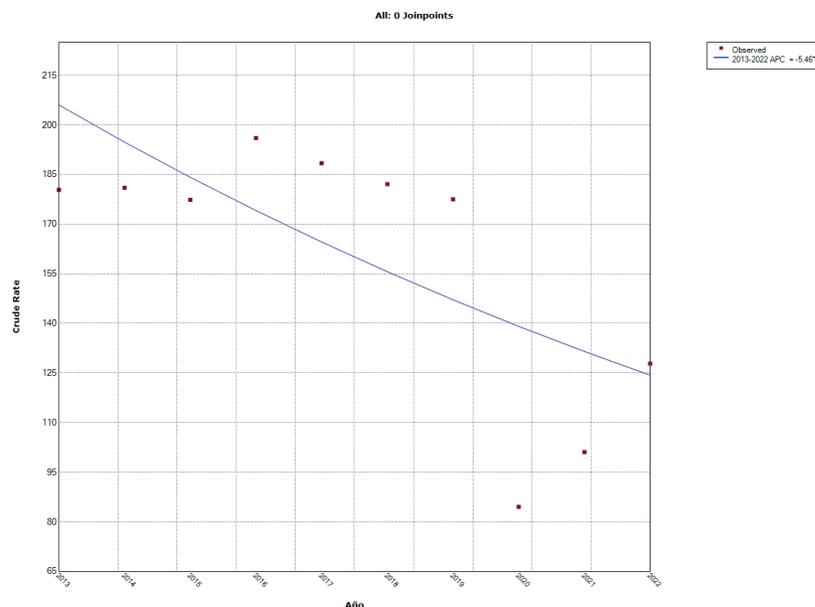
Brotos

COVID-19

Tablas

registrada de 2013 – 2022 con un cambio negativo de 5,46 puntos porcentuales, asociado al aislamiento y el cierre de los espacios sociales en 2020 y gran parte de 2021 (figura 5).

Figura 5 Tasa de incidencia cruda por año EDA en población < 5 años, Colombia, periodo 2013 – 2022

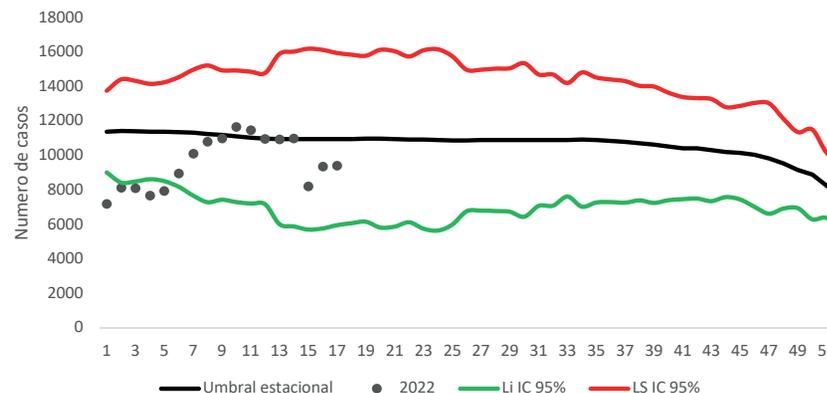


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. Final Selected Model: 0 joinpoints.

Fuente: Joint point regression program EDA incidencia 2013 – 2022 < 5 años

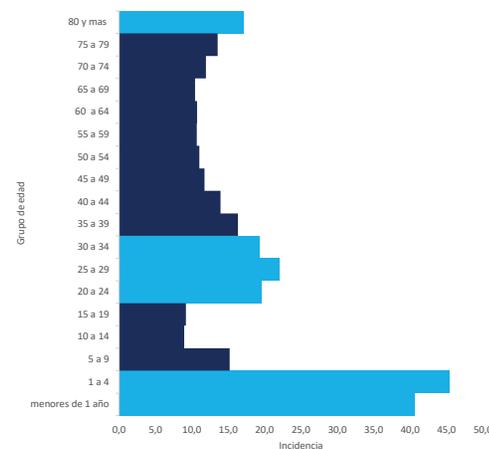
Para 2022, a semana 17 se ha registrado un aumento importante de la carga de enfermedad de menores de 5 años. Históricamente esta población ha estado vinculada con la enfermedad dado su susceptibilidad y su exposición, ya que en los ámbitos escolares se presenta alta transmisión de los agentes vinculados a EDA y se presentan factores de riesgo como agua insalubre y condiciones deficientes higiénico sanitarias (figura 6).

Figura 6 Canal endémico para la Morbilidad por EDA población < de 5 años, Colombia, SE 17 - 2022



La carga de enfermedad durante el 2022 ha mostrado una incidencia importante en menores de 1 a 4 con 40 a 45 casos por cada 1 000 menores. Los grupos de edades económicamente activos jóvenes hasta los 34 años muestran incidencias cerca de los 25 casos por cada 1 000 (figura 7).

Figura 7 Tasa de incidencia ajustada por grupo de edad Morbilidad por EDA, Colombia, SE 17 2022



Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Conclusiones

El comportamiento de la morbilidad por EDA en menores de 5 años en Colombia se ubica entre 80 a 200 casos por cada 1000 hb.

En Latinoamérica la atribución de factores de riesgo relacionados con higiene y agua potable y el desenlace diarrea, contribuye con más del 40 % en población menor de 5 años, mostrando un panorama de riesgo prevenible que permitiría reducir la presentación de la enfermedad.

El comportamiento de la morbilidad por EDA ha mostrado un aumento en todos los grupos poblacionales probablemente relacionado con el aumento de consultas de casos leves, la mayor exposición de grupos susceptibles y la nivelación de la notificación de las UPGD ante el trabajo de fortalecimiento del evento con las entidades territoriales del país.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Diarrea [Internet] 2021. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. Fischer Walker CL, Sack D, Black RE (2010) Etiology of Diarrhea in Older Children, Adolescents and Adults: A Systematic Review. PLoS Negl Trop Dis 4(8)
3. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 The Lancet, ISSN: 0140-6736, Vol: 396, Issue: 10258, Page: 1204-1222 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
4. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Global Health Metrics. Lancet 2020; 396: 1223–49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Vigilancia epidemiología de Hepatitis A.

La hepatitis A (HA) es un problema de salud pública porque está estrechamente asociada a factores de riesgo como deficientes condiciones sanitarias y factores socioeconómicos bajos. Los grupos de riesgo para contraer esta enfermedad son viajeros de países no endémicos a países endémicos, hombres que tienen sexo con hombres, personal de establecimientos educativos, trabajadores que recogen basura y alcantarillado, personal en centros comunitarios refugiados, personas con alteración en los factores de coagulación, personas con enfermedad hepática crónica y manipuladores de alimentos, entre otros (1).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que alrededor del mundo se presentan 1,5 millones por año de personas que se infectan con el virus, esta enfermedad presenta las tasas de incidencia más altas en África e India, Suramérica presenta una endemicidad intermedia para el virus (1).

Por otro lado, se evidencia que la implementación de la vacuna en América Latina ha sido efectiva bajando las tasas incidencias de manera significativa, se observa como Argentina antes de la vacunación presentaba la tasa de incidencia de 66,5 casos por 100 000 habitantes posterior a la vacuna de 7,9 casos por 100 000 habitantes. Países como Panamá Uruguay y Brasil presentan este mismo comportamiento epidemiológico (2,3).

Cabe resaltar que la HA es una infección transmitida por los alimentos y por el agua, donde se pueden presentar brotes agudos en comunidades y en poblaciones confinadas, de este modo, la prevención se deberá enfocar en mejorar las condiciones sanitarias, la seguridad alimentaria y el fortalecimiento de los programas ampliados de vacunación.

A semana epidemiológica 17 del 2022 se han notificado al Sivigila 255 casos, el 66 % (168) corresponde al sexo masculino. La mayor

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

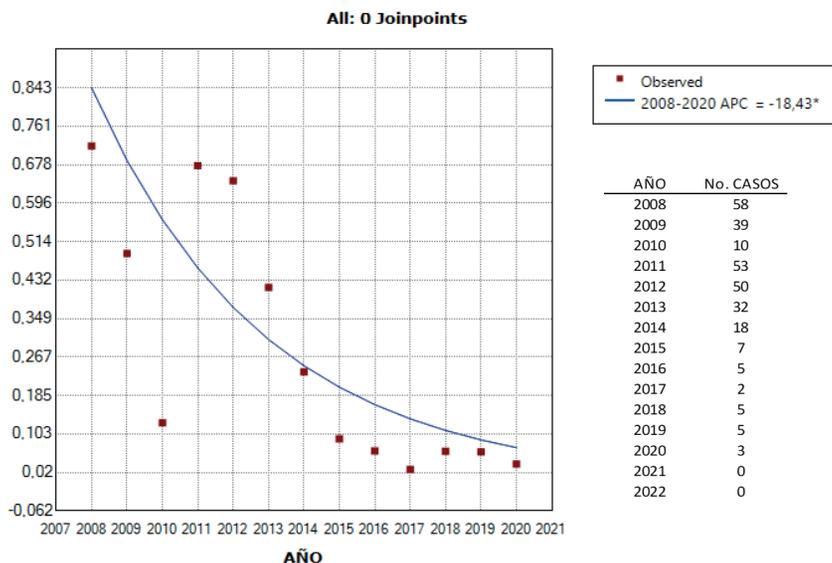
COVID-19

Tablas

proporción se presenta en el grupo de 10 a 20 años y el 86 % (219) se han presentado en la cabecera municipal. En cuanto a las características clínicas el 85 % (216) fueron confirmados por laboratorio, el 14 % (35) notificado por clínica y el 56 % (142) de los casos han requerido hospitalización.

Respecto a la incidencia en menores de un año, se observó un descenso estadísticamente significativo de -18,43 joinpoint, este grupo presentó un descenso significativo de la notificación, pasando de 58 casos a menos de 10 casos en los periodos donde se incluyó la vacuna, encontrándose las incidencias por debajo de 1 caso por cada 100 000 habitantes. Este año no se han notificado casos en menores de un año (figura 8).

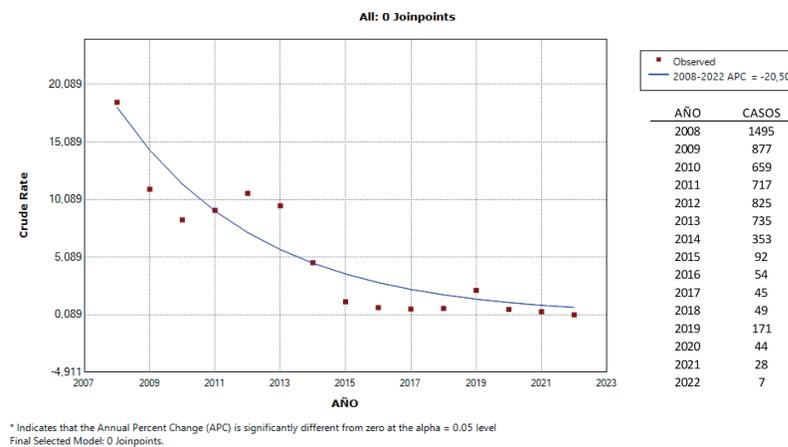
Figura 8. Incidencia de la hepatitis A en menores de 1 año, Colombia, 2007 - 2022



Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level
Selected Model: 0 Joinpoints.

El grupo de menores de 9 años es el grupo de interés por haber recibido la vacuna de hepatitis A, muestra un descenso estadísticamente significativo de -20,50 joinpoint, pasando de una notificación en 2008 de 1 495 casos con una incidencia de 17 casos por cada 100 000 habitantes a una notificación de menos de 100 casos e incidencias menores a 5 casos por cada 100 000 habitantes en los años posteriores a la vacuna (figura 9).

Figura 9. Incidencia de la hepatitis A en menores de 9 años, Colombia, 2007 - 2022



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

La incidencia nacional de Hepatitis A en Colombia es de 0,4 casos por 100 000 habitantes. En los departamentos de Antioquia, Casanare, Huila, Norte Santander y Vaupés, la incidencia fue mayor a la nacional (Mapa 1)

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

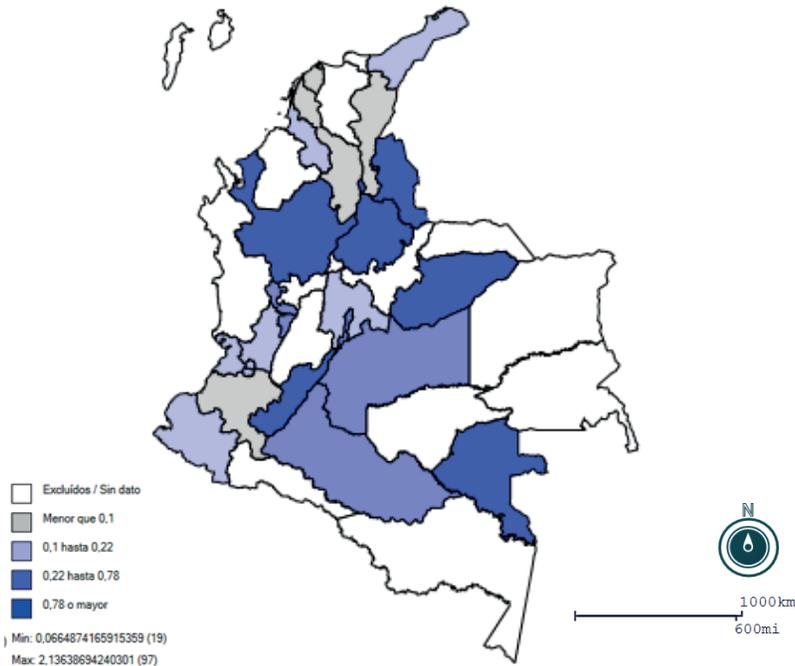
Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Mapa 1. Incidencia de la Hepatitis A según ET, Colombia, a SE 17 de 2022.



En Colombia, la HA continúa siendo un importante evento de interés en salud pública, por esta razón, es necesario contar con herramientas de vigilancia para generar la caracterización del comportamiento del evento y definir medidas de prevención y control.

Conclusiones

A semana epidemiológica 17 se ha notificado el mayor número de casos en hombres y en población ubicada en cabecera municipal.

En 2022 se han notificado 7 casos en menores de 9 años, la vacuna ha mostrado impacto y es estadísticamente significativa en la reducción de casos por hepatitis A.

Recomendaciones a las entidades territoriales

- Las Secretarías Departamentales de Salud deben realizar fortalecimiento de las acciones en vigilancia en salud pública específicamente en zonas fronterizas.
- Fomentar el trabajo articulado entre vigilancia en salud pública, laboratorio de salud pública, prestación de servicios y entidades administradoras de planes de beneficios con el fin de garantizar la atención integral de paciente, la toma de las muestras y la notificación oportuna de los casos.
- A nivel local es necesario fortalecer los análisis epidemiológicos y educación a la población con el fin de que se identifiquen los síntomas y acudan a tiempo a los servicios de salud.
- Se recomienda a las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud realizar seguimiento a brotes para la identificación de los agentes causales y fuentes de transmisión teniendo en cuenta los determinantes sociales.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis A. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 19 de Mayo del 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>
2. Andani A, Van Damme P, Bunge EM, Salgado F, Van Hoorn RC, Hoet B. One or two doses of hepatitis A vaccine in universal vaccination programs in children in 2020: A systematic review. *Vaccine*. 2022;40:196–205. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.038>.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades prevenibles por vacunación de la OMS: sistema de vigilancia. Resumen mundial 2019 [Internet] 2019. Fecha de consulta: 19 de mayo del 2022 Disponible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

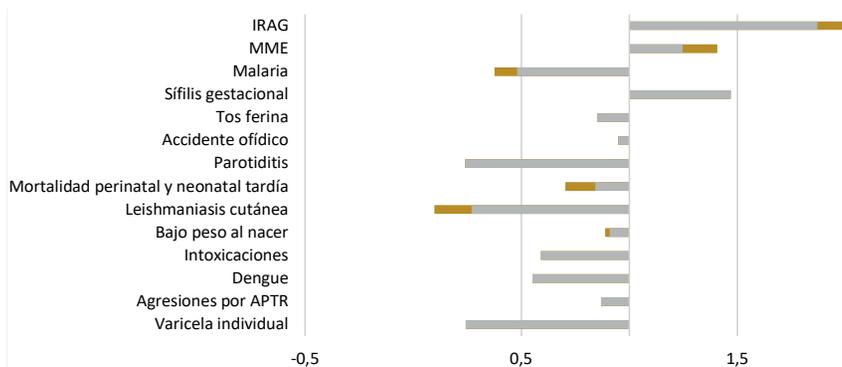
SITUACIÓN NACIONAL

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 19 de 2022 la notificación de infección respiratoria aguda y morbilidad materna extrema se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos malaria, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea y bajo peso al nacer, se encuentran por debajo de lo esperado, los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (Figura 10).

Figura 10. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2022



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

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 19 de 2022, mortalidad por EDA 0-4 años se encuentra por encima de su valor esperado. los eventos de sarampión, evento adverso posterior a la vacunación, leptospirosis, sífilis congénita, rubéola, fiebre tifoidea y paratifoidea y mortalidad materna, presentan disminución significativa relacionada con el comportamiento histórico de la notificación. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento esperado (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2022

Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por EDA 0-4 años	5	2	0,03
Sarampión	23	64	0,00
EAPV	4	19	0,00
Leptospirosis	28	51	0,00
Sífilis congénita	21	36	0,00
Rubéola	6	13	0,02
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	3	0,04
Mortalidad materna	6	11	0,04
Lepra	3	7	0,06
Mortalidad por IRA 0-4 años	13	12	0,11
Tuberculosis farmacoresistente	6	8	0,12
Mortalidad por dengue	2	1	0,24
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,32

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Cumplimiento en la notificación

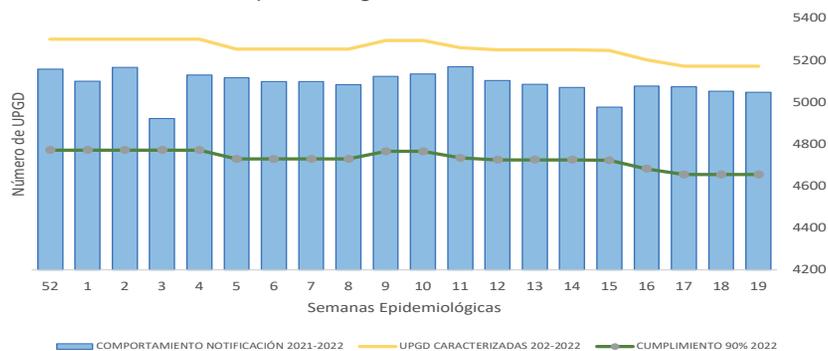
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual a la semana anterior y similar al comportamiento de la misma semana del 2021.

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 19 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 97,58 % (5 048 / 5 173 UPGD); disminuyó 0,12 % con respecto a la semana anterior y aumentó 0,53 % respecto a la semana 19 del 2021. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD. Sin embargo, para esta semana el departamento de Guainía 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 11).

Figura 11. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 52 de 2021 a 19 de 2022.



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados

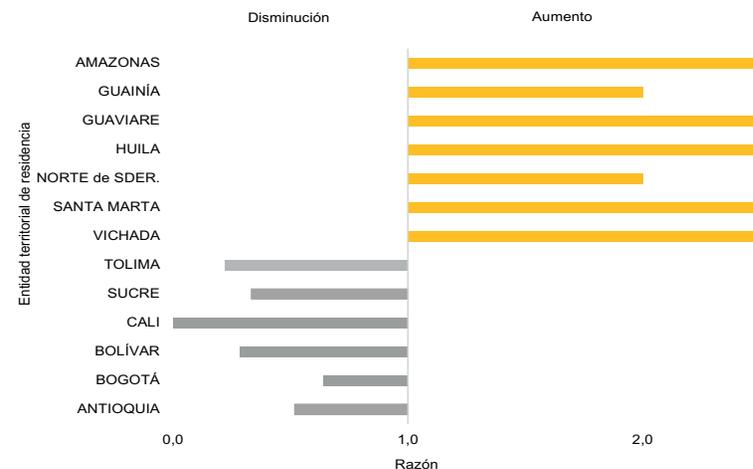
Esta semana se notificaron 21 muertes en menores de cinco años: 13 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 3 a desnutrición y 5 a enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Esta semana se notificaron 13 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de cinco años, 11 correspondientes a esta semana y 2 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 5 casos.

En SE 19 se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Guainía, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Santa Marta y Vichada, en comparación con el histórico notificado en la misma semana de 2014 a 2021, mientras que en Antioquia, Bogotá, Bolívar, Cali, Sucre y Tolima se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Figura 12. Entidades territoriales con variaciones significativas en los casos notificados por mortalidad por infección respiratoria aguda a semana epidemiológica 19 de 2022 en comparación con el histórico 2014 a 2021, Colombia*



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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron 3 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menores de cinco años correspondientes a esta semana. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificó 1 caso.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 19 entre 2014 a 2021, esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Bogotá, Buenaventura, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Quindío, Santander y Santa Marta, mientras que en Cauca y Valle del Cauca se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 5 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años; 3 correspondientes a esta semana y 2 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 2 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Atlántico, Boyacá, Casanare, La Guajira y Sucre en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 19 entre 2014 a 2021, mientras que en Antioquia, Chocó y Risaralda 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 19 de 2022 se notificaron 170 muertes maternas, de las cuales 100 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 37 casos de muerte materna tardía (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación), 33 casos correspondientes a muerte materna por lesión de causa externa (coincidente en estudio) (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 19, 2020 a 2022

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2020	114	66	10	190
2021	149	33	13	195
2022	100	37	33	170

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 19 es de 40,5 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, La Guajira, Nariño, Choco, Arauca y Santa Marta (Tabla 3).

Tabla 3. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Guainía	1	234,2
Vichada	1	127,9
La Guajira	11	121,6
Nariño	8	120,6
Chocó	4	117,8
Arauca	2	117,4
Santa Marta	4	112,1
Bolívar	6	99,1
Magdalena	4	73,9
Buenaventura	1	56,0
Norte de Santander	5	54,3
Risaralda	2	50,5
Cartagena	3	48,3
Tolima	3	47,1
Quindío	1	46,7
Córdoba	4	41,6
Colombia	100	40,5
Casanare	1	39,6
Caquetá	1	37,7
Boyacá	2	36,9
Antioquia	10	35,1
Cesar	3	33,4
Meta	2	31,6
Atlántico	2	28,1
Cauca	2	28,0
Bogotá	8	24,2
Cundinamarca	3	21,2
Cali	2	20,6
Sucre	1	18,9
Santander	2	18,9
Huila	1	14,6
Amazonas	0	0,0
Barranquilla	0	0,0
Caldas	0	0,0
Guaviare	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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Para la semana epidemiológica 19 de 2022, se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Bogotá, Bolívar, Córdoba, Guainía, Nariño, Norte de Santander y Quindío, disminución en las entidades territorial de Valle (Tabla 4).

Tabla 4. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2018-2021, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2022

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	18	12	0,020
Arauca	6	1	0,000
Bogotá	15	9	0,023
Bolívar	10	3	0,001
Córdoba	9	5	0,023
Guainía	2	0	0,000
Nariño	10	6	0,041
Norte de Santander	9	5	0,036
Quindío	3	0	0,000
Valle	0	4	0,030

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2022
Las demás entidades territoriales no presentaron comportamientos inusuales.

En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 54,0 % corresponde a causas directas y el 46,0% a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 27,0 % (Tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2022

Razón /Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	54	54,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	27	27,0
Hemorragia obstétrica	12	12,0
Evento tromboembólico como causa básica	4	4,0
Sepsis relacionada con el embarazo	7	7,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	1,0
Otras causas directas	2	2,0
Otras causas directas: Embarazo ectópico	1	1,0
INDIRECTA	46	46,0
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	5	5,0
Otras causas indirectas	22	22,0
Sepsis no obstétrica	9	9,0
Otras causas indirectas: cáncer	6	6,0
Evento tromboembólico como causa básica	1	1,0
Otras causas indirectas: trastornos cardiacos	2	2,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1,0

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

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 19 de 2022, se han notificado 2 946 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT), de los cuales 62 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 170 casos; 120 corresponden a esta semana y 50 a notificaciones tardías.

En la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 11,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla 6 se observa que en 18 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las cinco entidades territoriales con las razones más altas son Chocó (27,4), Arauca (19,4), La Guajira (18,1), Cartagena (16,7) y Casanare (16,3).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 6. Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2022

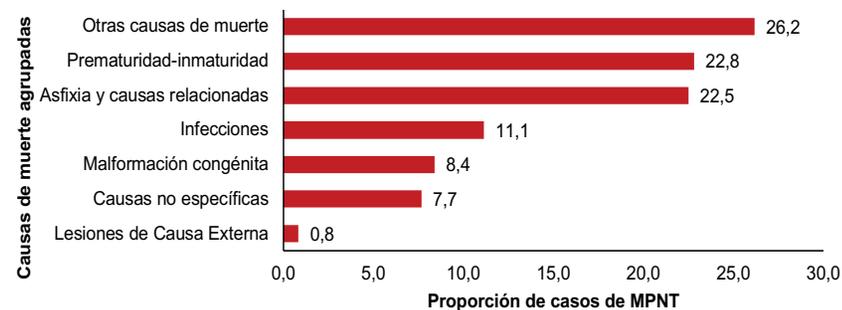
Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos
Chocó	93	27,4
Arauca	33	19,4
La Guajira	164	18,1
Cartagena	104	16,7
Casanare	41	16,3
Vaupés	4	15,7
Córdoba	148	15,4
Vichada	12	15,3
Buenaventura	27	15,1
Bolívar	91	15,0
Cauca	101	14,2
Risaralda	55	13,9
Magdalena	73	13,5
Barranquilla	107	13,2
Santa Marta	45	12,6
Sucre	65	12,3
Atlántico	87	12,2
Meta	77	12,2
Colombia	2884	11,7
Quindío	24	11,2
Caldas	35	10,9
Nariño	71	10,7
Cali	103	10,6
Antioquia	299	10,5
San Andrés y Providencia	3	10,3
Huila	70	10,2
Valle del Cauca	74	9,8
Bogotá	324	9,8
Santander	103	9,7
Boyacá	52	9,6
Cesar	85	9,5
Guainía	4	9,4
Putumayo	17	9,2
Norte de Santander	84	9,1
Tolima	58	9,1
Caquetá	24	9,0
Amazonas	4	8,7
Cundinamarca	120	8,5
Guaviare	3	5,5

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

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 47,9 % (1 382), seguido de neonatales tempranas con 27,5 % (792), neonatales tardías con 15,1 % (436) y perinatales intraparto con 9,5 % (273).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: *otras causas de muerte* 26,2 %, corresponden principalmente a trastornos de origen neonatal y placentarios, seguido de prematuridad-inmadurez con el 22,8 % y asfixia y causas relacionadas con el 22,5 % (Figura 13).

Figura 13. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2022



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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

EVENTOS TRAZADORES

Infeción 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 unidad de cuidados intensivos e intermedios (tabla 7).

Tabla 7. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 19, 2021 y 2022

Tipo de servicio	2021 a semana 19	2022 a semana 19	Variación
Consulta externa y urgencias	1 498 569	2 384 295	59,1 Aumento
Hospitalización en sala general	94 247	94 902	0,7 Aumento
Hospitalización en UCI	31 755	14 523	-54,3 Disminución

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

En Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2022, se notificaron 2 384 295 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA, presentando incremento frente a lo notificado en la misma semana de 2021 con el 59,1%, 14,3% frente a 2020 y del 4,2% respecto a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se observa incremento en Bolívar, Casanare, Chocó, Córdoba, La Guajira, Meta, San Andrés, Santa Marta y Vichada. Se presenta disminución en Amazonas, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Quindío y Vaupés. En las 23 entidades territoriales restantes no se presentan comportamientos inusuales.

Por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 26,1 % (622 533), seguido por el de 5 a 19 años con el 17,4 % (396 972). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presenta en niños de 2 a 4 años con el 15,5 % seguido de los niños de los de un año con 15,2 %.

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, 14 y 16 se observan por encima del umbral estacional, en las semanas 15 y 17 se

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2017 y 2021, se presenta un incremento en la notificación de Risaralda. Por otra parte, se presenta un decremento en la notificación de Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Córdoba, Cundinamarca y Nariño; 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

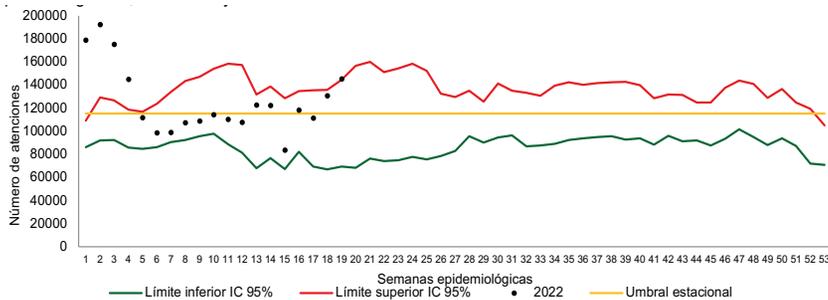
Brotos

COVID-19

Tablas

encuentran por debajo del umbral estacional y en las últimas dos semanas, se observa un incremento sostenido y se sitúan por encima del umbral estacional (figura 14).

Figura 14-. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 19, entre 2015 y 2022



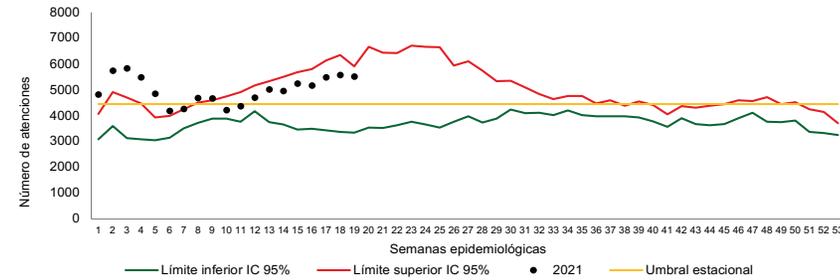
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 94 902 hospitalizaciones por IRAG en sala general, comparado con lo notificado a la misma semana de 2021, se presenta incremento con una variación del 0,7 %, con respecto a 2021, del 41,6 con respecto a 2020 y 16,6 % frente a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en Amazonas, Caldas, Cali, Quindío, y Vichada; e incremento en Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima y Vaupés. No se presentan comportamientos inusuales en 18 entidades territoriales.

Por grupos de edad, los adultos mayores de 60 años representan el 24,2 % (23 001), seguido por los de 2 a 4 años con el 19,5 % (18 481). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presenta en niños de 1 año con el 26,3 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 24,1 %.

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 últimas ocho semanas, se presenta un incremento oscilante por encima de este umbral (figura 15).

Figura 15. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 19, entre 2015 y 2022



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

Se notificaron 14 523 hospitalizaciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos –UCI– e intermedios, presentando disminución del 54,3 % respecto a 2021, y aumento del 73,6 % con relación a lo notificado en la misma semana en 2020 y de 96,8 % en 2019. Se presenta incremento en 23 entidades territoriales, entre las cuales se destacan Arauca, Bolívar, Caquetá y Antioquia. Se observa disminución en Atlántico, Cali, y Córdoba. No se presentan comportamientos inusuales en Amazonas, Bogotá, Buenaventura, Cartagena, Cesar, Huila, Magdalena, Quindío, San Andrés, Tolima, Vaupés y Vichada.

Por grupos de edad; los adultos de 60 años y más representan el 46,6 % (6 764), seguido por menores de un año con el 18,5 % (2 690) y los de 40 a 59 años con el 13,4 % (1 952). 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 29,8 %, seguido por los niños de 2 a 4 años con el 28,9 %.

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; a partir de la semana 10 se ubican muy cerca del límite inferior establecido (figura 16).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

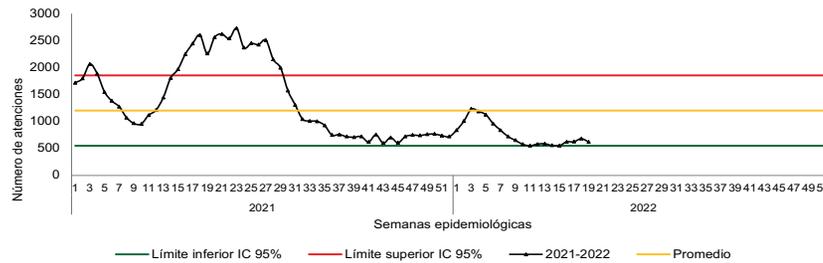
Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Figura 16. 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 19 de 2022 se notificaron 1 697 casos probables de dengue: 892 casos de esta semana y 805 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 20 043 casos, 9 407 (47,2 %) sin signos de alarma, 10 207 (50,9 %) con signos de alarma y 366 (1,8 %) de dengue grave.

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 644 municipios. Las entidades territoriales de Casanare, Meta, Cali, Barranquilla, Norte de Santander, Sucre, Cesar, Córdoba, La Guajira, Bolívar, Atlántico, Tolima, Cartagena, Antioquia y Huila, aportan el 78,9 % (15 807) de los casos a nivel nacional (tabla 8).

Tabla 8. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2022

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casanare	2173	11,0	22	6,0	2195	11,0
Meta	1853	9,4	7	1,9	1860	9,3
Cali	1185	6,0	19	5,2	1204	6,0
Barranquilla	1165	5,9	30	8,2	1195	6,0
Norte de Santander	1076	5,5	14	3,8	1090	5,4
Sucre	1019	5,2	22	6,0	1041	5,2
Cesar	921	4,7	13	3,6	934	4,7
Córdoba	825	4,2	26	7,1	851	4,2
La Guajira	814	4,1	33	9,0	847	4,2
Bolívar	795	4,0	24	6,6	819	4,1
Atlántico	766	3,9	30	8,2	796	4,0
Tolima	779	4,0	11	3,0	790	3,9
Cartagena	760	3,9	18	4,9	778	3,9
Antioquia	741	3,8	14	3,8	755	3,8
Huila	634	3,2	18	4,9	652	3,3
Valle del Cauca	569	2,9	8	2,2	577	2,9
Santander	504	2,6	13	3,6	517	2,6
Caquetá	403	2,0	7	1,9	410	2,0
Putumayo	402	2,0	2	0,5	404	2,0
Cundinamarca	254	1,3	5	1,4	259	1,3
Amazonas	234	1,2	1	0,3	235	1,2
Nariño	230	1,2	3	0,8	233	1,2
Magdalena	199	1,0	7	1,9	206	1,0
Chocó	198	1,0	2	0,5	200	1,0
Cauca	189	1,0	3	0,8	192	1,0
Arauca	183	0,9	3	0,8	186	0,9
Santa Marta	109	0,6	0	0,0	109	0,5
Exterior	101	0,5	3	0,8	104	0,5
Guainía	98	0,5	1	0,3	99	0,5
Buenaventura	90	0,5	1	0,3	91	0,5
Archipiélago de San Andrés	86	0,4	0	0,0	86	0,4
Boyacá	84	0,4	1	0,3	85	0,4
Caldas	60	0,3	1	0,3	61	0,3
Quindío	54	0,3	3	0,8	57	0,3
Risaralda	53	0,3	0	0,0	53	0,3
Guaviare	53	0,3	0	0,0	53	0,3
Vichada	17	0,1	1	0,3	18	0,1
Vaupés	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	19 677	100	366	100	20 043	100

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

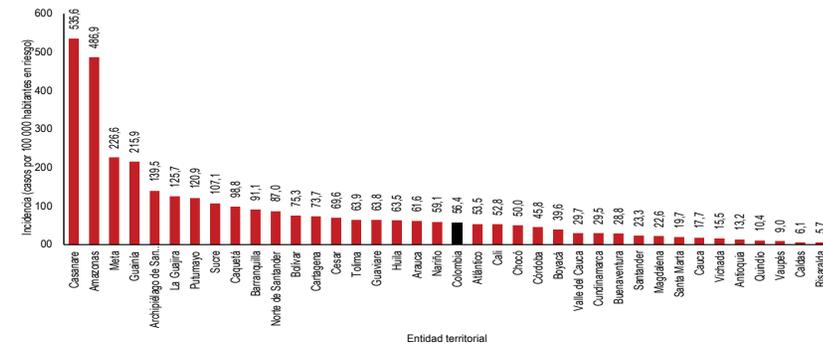
El 56,9 % (11 405) de los casos de dengue se reportaron en 33 municipios, con mayor frecuencia en: Cali – Valle del Cauca (1 204) y Barranquilla (1 195), con 6,3 % cada uno; Yopal – Casanare, con el 5,9 % (1 189); Cartagena, con 3,9 % (778); Cúcuta – Norte de Santander, con el 3,4 % (672); Acacías – Meta, con 3,0% (610); Villavicencio – Meta, con el 2,3 % (455); Riohacha – La Guajira, con 2,2 % (431); Soledad – Atlántico, con el 2,0 % (403); Montería – Córdoba, con el 1,9 % (381); Sincelejo – Sucre, con el 1,8 % (359); Neiva – Huila (341) y Aguazul – Casanare (332), con el 1,7 % cada uno; El Carmen de Bolívar, con el 1,4 % (281); Santiago de Tolú, con el 1,1 % (244) y Valledupar – Cesar (227), con el 1,1 % cada uno.

Se hospitalizó al 84,3 % (8 604) de los casos de dengue con signos de alarma y al 96,7 % (354) de los casos con dengue grave. Con respecto a la hospitalización de los casos de dengue con signos de alarma, Vaupés y Guaviare alcanzan porcentajes de hospitalización del 100 % de los casos, mientras que las entidades que hospitalizaron menos del 70,0 % de los casos son: Magdalena, Valle del Cauca, Bolívar, Cauca, Chocó, Quindío y Vichada. Las entidades notificadoras en las que no se registró hospitalización del 100 % de los casos de dengue grave fueron: La Guajira, Cali, Casanare, Cesar, Santander, Bolívar, Cauca, Quindío y Caquetá.

A semana 19 de 2022 se ha confirmado el 53,3 % (10 691) de los casos de dengue notificados. Según clasificación, se confirmó el 62,5 % (6 377) de los casos de dengue con signos de alarma y 79,0 % (289) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Vichada y Vaupés; mientras que, Antioquia, Atlántico, Cauca, Guainía, Magdalena y Putumayo, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

La incidencia nacional de dengue es de 56,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Casanare, Amazonas, Meta, Guainía, Archipiélago de San Andrés y Providencia, La Guajira, Putumayo y Sucre, se estiman tasas de incidencia superiores a 100,0 casos por 100 000 habitantes (figura 17).

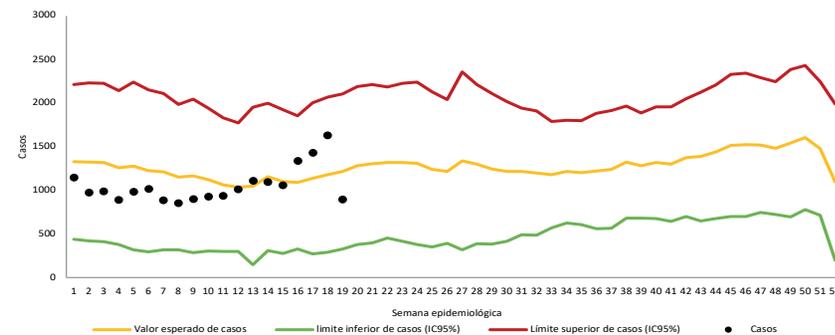
Figura 17. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 19 de 2022



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

A semana epidemiológica 19 de 2022, el evento a nivel nacional se encuentra en situación: **alerta**, comparado con su comportamiento histórico (figura 18).

Figura 18. Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 19 de 2022



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

De acuerdo con el canal endémico, la situación epidemiológica evidencia que 12 entidades territoriales se encuentran *dentro de lo esperado*; 8 entidades se encuentran en situación de *alerta* y 17 entidades presentan casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico (tabla 9).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 9. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 16 a 18 de 2022

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

A semana 19 de 2022, se han notificado 77 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 12 muertes procedentes de: La Guajira con 3 casos, Cesar y Atlántico con 2 casos cada uno; Cali, Meta, Santander, Norte de Santander y Putumayo, con 1 caso cada uno. Se descartaron 23 casos y se encuentran en estudio 42 muertes procedentes de: Córdoba, con 5 casos; Barranquilla, Cesar, Cali, La Guajira y Valle del Cauca, con 3 casos cada uno; Antioquia, Casanare, Chocó y Tolima, con 2 casos cada uno; Atlántico, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Sucre, Vaupés y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 19 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%.

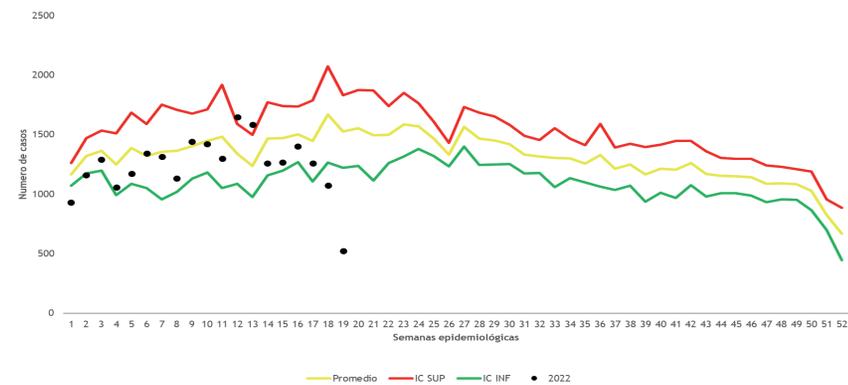
En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

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 19).

Figura 19. Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 19, 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 19 se notificaron 1 235 casos de malaria, teniendo un acumulado de 23 921 casos, de los cuales 23 273 son de malaria no complicada y 648 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 59,6 % (14 245), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 39,5 % (9 452) e infección mixta con 0,9 % (224).

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (33,4 %), Nariño (18,1 %), Córdoba (12,9 %), Antioquia (10,3 %) y Guainía (6,1 %) aportan el 80,8 % de los casos de malaria no complicada (Tabla 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 10. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 19 de 2022

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malariae</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	94	4219	0	3466	7779	33,40
Nariño	26	3033	0	1157	4216	18,10
Córdoba	12	490	0	2493	2995	12,90
Antioquia	19	424	0	1964	2407	10,30
Guainía	20	62	0	1332	1414	6,10
Norte de Santander	0	3	0	844	847	3,60
Cauca	1	553	0	26	580	2,50
Amazonas	0	6	0	450	456	2,00
Bolívar	17	69	0	357	443	1,90
Guaviare	2	41	0	399	442	1,90
Vichada	3	77	0	290	370	1,60
Risaralda	2	56	0	305	363	1,60
Exterior	5	46	0	266	317	1,36
Buenaventura	2	143	0	118	263	1,10
Meta	2	14	0	182	198	0,90
Caquetá	1	23	0	16	40	0,20
Putumayo	0	9	0	14	23	0,10
Vaupés	0	6	0	17	23	0,10
Valle del Cauca	1	6	0	12	19	0,10
La Guajira	0	1	0	14	15	0,10
Sucre	1	1	0	9	11	0,00
Cali	0	2	0	7	9	0,00
Huila	0	2	0	6	8	0,00
Cesar	0	0	0	5	5	0,00
Arauca	0	0	0	5	5	0,00
Desconocido	0	2	0	2	4	0,02
Magdalena	0	1	0	3	4	0,00
Atlántico	0	0	0	4	4	0,00
Casanare	0	0	0	3	3	0,00
Santander	0	0	0	3	3	0,00
Quindío	0	1	0	2	3	0,00
Total	208	9290	0	13775	23273	100

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

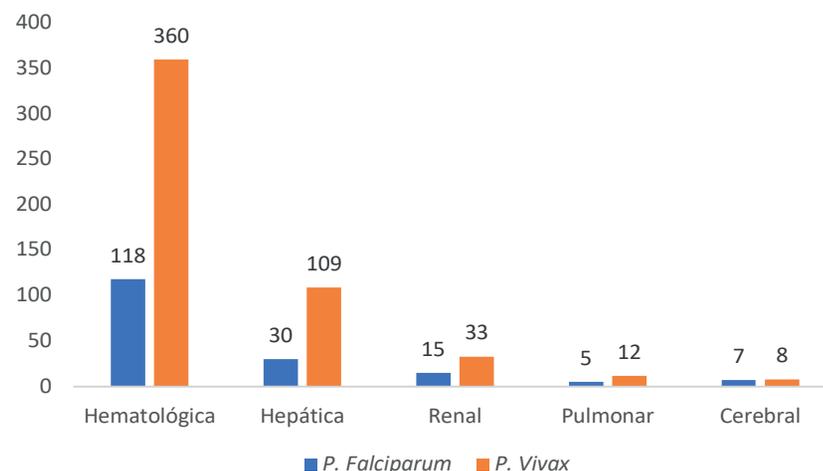
Malaria Complicada

Se notificaron 648 casos de malaria complicada, que proceden de 24 entidades territoriales y 18 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Nariño, Bolívar, Norte de Santander, Meta y Vichada notifican el 69,5 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 61,1 % (396) corresponden a hombres. El 40,6 % (263) se presenta en personas de 15 a 29 años y el 12,5 % (81) se presentó en afrocolombianos. Por lugar de procedencia, el 46,6 % (302) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 61,7 % (400) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 69 % (478) presentaron complicaciones hematológicas, 20 % (139) complicaciones hepáticas, 7 % (48) complicaciones renales, 2 % (15) complicación cerebral y 2 % (17) a nivel pulmonar (Figura 20).

Figura 20. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semana epidemiológica 19 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 19 de 2022 se han notificado 13 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 8 casos pendientes por unidad de análisis: dos casos de Risaralda (municipios de Dosquebradas y La Virginia), un caso de Cali, dos casos de Chocó (municipios de Itsmina y Bagadó), 1 caso de Vaupés (municipio de Mitú), 1 caso de Guajira (municipio de Riohacha), 1 caso de Norte de Santander (municipio de Tibú) y 1 caso de Nariño (municipio Santa Barbara).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 19, dos departamentos están por encima del número esperado de casos y 5 departamentos están en situación de alerta para malaria (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2022

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
Menor al comportamiento histórico	Vichada Vaupés	Nariño Amazonas	
En el comportamiento histórico	La Guajira Valle del Cauca Huila Chocó Cesar	Arauca Quindío Sucre Cauca Bolívar Putumayo	Atlántico Caldas Magdalena Casanare Santander
Situación de alerta	Norte de Santander	Córdoba Antioquia	Caquetá Guainía
Mayor al comportamiento histórico	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 19, se encuentran en situación de brote 11 municipios; los que más reportan casos son: Alto Baudó (Chocó), Olaya Herrera (Nariño) y Valencia (Córdoba) (Tabla 12).

Tabla 12. Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 19 en Colombia, 2022

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Chocó	Alto Baudó	1464	220	337
Nariño	Olaya Herrera	1231	134	300
Córdoba	Valencia	400	20	86
Risaralda	Pueblo Rico	354	92	95
Antioquia	Apartadó	328	29	79
Antioquia	Cáceres	163	18	56
Meta	Mapiripán	148	6	37
Antioquia	Chigorodó	147	12	30
Antioquia	Nechí	93	8	28
Antioquia	Dabeiba	53	8	10
Antioquia	Necoclí	43	5	15

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

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 19, 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: Atrato, Bagadó, Lloró, Medio Atrato, Río Quito, Riosucio y Unguía.

Tabla 13. Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 19, Colombia, 2022

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica	Estrato de riesgo	
Chocó	Acandí	55	7	9	ninguno	Seguridad	4	
	Atrato	193	59	37	Disminución	Seguridad	5	
	Bagadó	369	113	83	Disminución	Seguridad	5	
	Juradó	8	8	8	ninguno	Seguridad	4	
	Lloró	271	142	75	Disminución	Seguridad	5	
	Medio Atrato	160	110	51	Disminución	Seguridad	5	
	Quibdó	1824	768	394	ninguno	éxito	5	
	Río Quito	181	67	47	Disminución	Seguridad	5	
	Riosucio	35	12	3	Disminución	Seguridad	5	
	Unguía	14	6	3	Disminución	Seguridad	4	
	Buenaventura	Buenaventura	270	341	105	ninguno	éxito	5
	Nariño	Tumaco	930	172	111	ninguno	Seguridad	5

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 19 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.

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en población Escolarizada, Bogotá

Se reporta brote de ETA en estudiantes de una institución educativa de Bogotá, quienes se encontraban en un retiro en la Mesa, Cundinamarca. Se identificaron 23 casos de un total de 34 expuestos (26 estudiantes y 8 funcionarios) para una tasa de ataque del 67,6 %. Los casos presentaron síntomas consistentes en náuseas, vómito, diarrea, fiebre, dolor abdominal, cefalea, mialgia, mareo, escalofríos, posterior al consumo de agua de un botellón. No se reportaron casos graves ni fallecidos. Se realizó encuesta de consumo y no se encontraron más alumnos ni funcionarios con síntomas asociados al evento. No se tomaron muestras biológicas ni de alimentos.

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá.

Brote Varicela en Población Privada de la Libertad (PPL) y Policía, La Mesa, Cundinamarca

Se reportó brote en estación de policía con un (1) caso identificado y 13 expuestos, para una tasa de ataque de 7,7%. El caso índice correspondió a un hombre de 31 años, al cual se le diagnosticó varicela en el Hospital de la Mesa. Dentro de las medidas tomadas se establecieron: aislamiento en la misma celda del caso índice y contactos estrechos (teniendo en cuenta que el establecimiento no permite aislamientos selectivos), incrementar medidas de bioseguridad, valoración médica constante, limpieza y desinfección, búsqueda activa comunitaria e institucional diaria. Situación en seguimiento.

Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Eventos de control internacional

En Colombia en la semana epidemiológica 20 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/neumónica ni carbunco; sin embargo, 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: 18 de mayo de 2022. Organización Mundial de la Salud (OMS)

A nivel mundial, después de continuo descenso presentado desde finales de marzo, el número de nuevos casos por COVID-19 se ha estabilizado durante la semana del 9 al 15 de mayo de 2022, con más de 3,6 millones de casos, un incremento del 1 % comparado con la semana anterior. Por otra parte, el número de nuevas muertes semanales continuó disminuyendo con más de 9 000 muertes reportadas en ese mismo periodo, representando un 21 % menos comparado con la semana anterior.

A nivel regional, la mayor disminución en el número de nuevos casos semanales se presentó en el Mediterráneo Oriental (+63 %), las Américas (+26 %), Pacífico Occidental (+14 %), región de África (+6 %). El número de nuevas muertes semanales disminuyó en todas las regiones excepto en la región de África, donde se presentó un aumento del 48 % comparado con la semana anterior. Hasta el 15 mayo de 2022, se han confirmado cerca de 518 millones de casos y más de seis millones de muertes a nivel mundial.

A nivel de país, el mayor número de nuevos casos semanales se notificó en los Estados Unidos de América (605 547 casos nuevos; +33 %), Francia (389 901 casos nuevos; +94 %), Alemania (376 959 casos nuevos; -20 %), Austria (332 451 casos nuevos; -23 %) y Japón (279 620 casos nuevos; +54 %). Estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente su estrategia de prueba de

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, menor número de casos detectados.

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

La variante de preocupación ómicron es la variante dominante que circula a nivel mundial y representa casi todas las secuencias informadas a GISAID. Desde su designación como VOC por la OMS el 26 de noviembre de 2021, ómicron ha seguido evolucionando, dando lugar a variantes con constelaciones genéticas de mutaciones ligeramente diferentes. Cada constelación puede diferir en el riesgo para la salud pública que plantea, incluido el cambio en la epidemiología y/o el perfil de gravedad. Las principales características de los sublinajes ómicron son la ventaja de alto crecimiento sobre otras variantes, que se debe principalmente a la evasión inmune. Estos sublinajes han provocado y siguen provocando un elevado número de casos y, en consecuencia, un elevado número de hospitalizaciones y muertes.

Entre ómicron BA.2 y sus linajes descendientes (es decir, BA.2.X), son las variantes dominantes que comprenden el 97 % de todas las secuencias enviadas a GISAID desde la semana del 1 de mayo de 2022. En los últimos 30 días, BA.1 y sus linajes descendientes (es decir, BA.1.X), BA.3 y la variante delta han disminuido aún más en prevalencia, cayendo por debajo de una prevalencia global de <1 %. Los sublinajes BA.4, BA.5 y BA.2.12.1 siguen siendo linajes monitoreados por la OMS bajo el paraguas de ómicron dada su baja prevalencia actual a nivel mundial y la evidencia insuficiente de un cambio en las características de la enfermedad.

Panorama regional de la OMS

Región de África

Durante casi un mes, la región de África ha mostrado una tendencia creciente en los nuevos casos semanales, con más de 63 000 nuevos casos semanales notificados, un aumento del 6 % en comparación con la semana anterior. Diecisiete (35 %) países de la región informaron un aumento de casos de más del 20 %, con algunos de los mayores aumentos propor-

cionales observados en Malawi (76 frente a 30 casos nuevos; +153 %), Mozambique (74 frente a 32 casos nuevos; + 131 %) y Mauritania (104 vs 48 nuevos casos +117 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Sudáfrica (51 547 casos nuevos; 86,9 casos nuevos por 100 000; +17 %), Reunión (7 865 casos nuevos; 878,5 casos nuevos por 100 000; -28 %) y Zimbabue (674 casos nuevos; 4,5 casos nuevos por 100 000; +58 %).

La región reportó más de 250 nuevas muertes semanales, un aumento del 48 % en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Sudáfrica (237 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +55 %), Zimbabue (ocho nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +100 %) y Reunión (seis nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -14 %).

Región de las Américas

La región de las Américas ha seguido informando una tendencia creciente desde mediados de abril de 2022, con más de 912 000 nuevos casos semanales informados, un aumento del 26 % en comparación con la semana anterior. Veintiséis (46 %) países de la región informaron aumentos de casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Surinam (615 frente a 57 casos nuevos; +979 %), Islas Malvinas (Falkland) (734 vs 211 casos nuevos; +248 %) y Guyana (233 vs 83 casos nuevos; +184 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (605 547 casos nuevos; 182,9 casos nuevos por 100 000; aumento de +33 %), Brasil (120 831 casos nuevos; 56,8 casos nuevos por 100 000; +9 %) y Argentina (33 989 nuevos casos; 75,2 nuevos casos por 100 000; +93 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 16 % con respecto a la semana anterior, con más de 3 500 nuevas muertes reportadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (1 849 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -27 %), Brasil (689 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +1 %) y Canadá (501 nuevas muertes; 1,3 nuevas muertes por 100 000; +3 %).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Región del Mediterráneo Oriental

Tras la tendencia a la baja observada desde mediados de febrero de 2022, la región del Mediterráneo Oriental notificó más de 19 000 nuevos casos semanales, lo que representa un aumento del 63 % en comparación con la semana anterior. Nueve (41 %) países de la región informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Libia (35 frente a tres casos nuevos; +1 067 %), Afganistán (320 frente a 44 casos nuevos; +627 %) y Arabia Saudita (3 719 vs 1 065; +249 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en Bahrein (4 915 casos nuevos; 288,9 casos nuevos por 100 000; +46 %), Arabia Saudita y la República Islámica de Irán (2 982 casos nuevos; 3,6 casos nuevos por 100 000; -2 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 20 % en comparación con la semana anterior, con más de 130 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República Islámica de Irán (51 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -38 %), Egipto (28 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -20 %) y Arabia Saudita (15 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +25 %).

Región Europea

En la región europea, los casos han seguido disminuyendo desde mediados de marzo de 2022, con más de 1,2 millones de nuevos casos semanales, una disminución del 20 % en comparación con la semana anterior. Cinco (8,2 %) países de la región informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Ucrania (3 590 frente a 200 casos nuevos; +1 695 %), Hungría (6 748 frente a 2 183 casos nuevos; +209 %) y Portugal (115 560 vs 85 068 casos nuevos; +36 %). Los casos en Ucrania deben interpretarse con cuidado debido al impacto del conflicto en curso en las capacidades de prueba. Los números más altos de casos nuevos se informaron en Alemania (376 959 casos nuevos; 453,3 casos nuevos por 100 000; -20 %), Italia (262 374 casos nuevos; 439,9 casos nuevos por 100 000; -14 %) y Francia (217 932 casos nuevos; 335,1 nuevos casos por 100 000; -18 %).

La región reportó poco más de 3 900 nuevas muertes, un 29 % menos que la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se registraron en Italia (765 nuevas muertes; 1,3 nuevas muertes por 100 000; -16 %), la Federación Rusa (724 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -21 %) y Francia (590 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -19 %).

Región de Sudeste Asiático

En comparación con la semana anterior, la región de Asia Sudoriental notificó más de 71 000 nuevos casos y 614 nuevas muertes, descensos del 19 % y 24 % respectivamente. Todos los países excepto Bangladesh (213 frente a 83 casos nuevos; +156 %) e Indonesia (2 345 frente a 1 391 casos nuevos; +68 %) informaron una disminución en los casos semanales. Los números más altos de casos nuevos se informaron en Tailandia (48 996 casos nuevos; 70,2 casos nuevos por 100 000; -21 %), India (19 405 casos nuevos; 1,4 casos nuevos por 100 000; -16 %) e Indonesia (2 345 casos nuevos; <1 caso nuevo por 100 000; +69 %).

Las cifras más altas de nuevas muertes semanales en la región se informaron en Tailandia (384 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -18 %), India (150 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -32 %) y Indonesia (77 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -29 %). Se informó un primer brote de COVID-19 en la República Popular Democrática de Corea a través de los medios de comunicación oficiales, el 12 de mayo de 2022. Sin embargo, en este momento no se dispone de recuentos de casos confirmados o muertes.

Región del Pacífico Occidental

La región del Pacífico Occidental ha mostrado tendencias decrecientes en los casos nuevos semanales desde mediados de marzo de 2022. Sin embargo, se ha observado un aumento en los casos nuevos semanales en las últimas dos semanas, con más de 1,3 millones de casos nuevos, un aumento del 14 % en comparación con la semana pasada. Nueve (31 %) países de la región informaron aumentos de casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Papua Nueva Guinea (279 frente a 22 casos nuevos; +1 168 %),

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Brunei Darussalam (1 784 frente a 77 casos nuevos; +129 %) y Malasia (19 137 frente a 8 732 casos nuevos; +119 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en China (389 901 casos nuevos; 26,5 casos nuevos por 100 000; +94 %), Australia (332 451 casos nuevos; 1 303,7 casos nuevos por 100 000; -23 %) y Japón (279 620 casos nuevos; 221,1 nuevos casos por 100 000; + 54 %).

La región reportó poco más de 1 200 nuevas muertes semanales, un 10 % menos que la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República de Corea (349 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -28 %), Australia (267 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +16 %) y Japón (254 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +17 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación 18 de mayo de 2022. Fecha de consulta 18 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---18-may-2022>

Viruela del mono - Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Fecha de Publicación: 16 de mayo de 2022, Organización Mundial de la Salud (OMS)

El 7 de mayo de 2022, el punto focal de CNE del RSI del Reino Unido notificó a la OMS un caso confirmado de viruela símica en una persona que viajó de Nigeria desde finales de abril hasta principios de mayo y permaneció en Lagos y Delta en Nigeria. El caso desarrolló una erupción el 29 de abril y llegó al Reino Unido el 4 de mayo, saliendo de Nigeria el 3 de mayo. El caso consultó el 4 de mayo al hospital. Según el historial de viajes y la erupción cutánea, se sospechó la viruela del simio en una etapa temprana y el caso se aisló de inmediato. Se aseguró el uso adecuado del equipo de protección personal durante la hospitalización.

Las autoridades sanitarias han creado un equipo de gestión de incidentes para coordinar la identificación y gestión de contactos. A partir del 11 de mayo se inició un rastreo extensivo de contactos y no se han repor-

tado síntomas compatibles hasta el momento. Todos los contactos han sido evaluados y clasificados de acuerdo con la exposición al caso y son objeto de seguimiento correspondientes a través de la vigilancia activa o pasiva durante 21 días posterior a la exposición. El 7 de mayo las autoridades nigerianas fueron informadas sobre este caso e historial de viajes en Nigeria. El caso no informó contacto con nadie con una enfermedad de erupción o viruela del mono conocida en Nigeria.

Según la evaluación de riesgos de la OMS el riesgo de posible propagación relacionada con este caso en el Reino Unido es mínimo. Al ser desconocida la fuente de información existe el riesgo de una mayor transmisión en Nigeria. La OMS no recomienda ninguna restricción para viajar y comerciar con Nigeria o el Reino Unido según la información disponible en este momento.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) Viruela del mono - Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Fecha de Publicación: 16 de mayo de 2022. Fecha de consulta 18 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381>

Viruela del mono - Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Portugal. Fecha de Publicación: 19 de mayo de 2022, Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC)

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA siglas en inglés) informó un caso el 7 de mayo que se cree que importado. Se identificaron dos casos más de un mismo núcleo familiar, pero sin antecedentes de viajes recientes y sin contacto con el primer caso. El 16 de mayo el Reino Unido informó cuatro casos más también sin antecedente de viaje a áreas endémicas y no fueron contactos de los casos anteriores. Todos los casos informados el 16 de mayo fueron hombres que se identificaron a sí mismos como hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El 18 de mayo, Portugal notificó cinco casos confirmados de viruela símica y más de 20 casos sospechosos. Todos los casos eran hombres jóvenes, y todos en Lisboa y el Valle del Tajo. España también ha notificado ocho casos sospechosos.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Esta es la primera vez que se informan cadenas de transmisión en Europa sin vínculos epidemiológicos conocidos con África occidental y central. Estos son también los primeros casos reportados a nivel mundial entre HSH. Se considera que el virus de la viruela símica tiene una transmisibilidad moderada entre humanos. En este caso, la transmisión entre parejas sexuales, debido al contacto íntimo durante las relaciones sexuales con lesiones cutáneas infecciosas, parece ser el modo probable de transmisión entre HSH. Se estima un riesgo alto de propagación del virus a través del contacto cercano, la probabilidad de transmisión entre individuos sin contacto cercano se considera baja. Actualmente se desconoce el alcance de la transmisión comunitaria.

Las organizaciones de salud pública y las organizaciones comunitarias deben tomar medidas para generar conciencia sobre la posible propagación de la viruela del simio en las comunidades de personas que se identifican como HSH o que tienen relaciones sexuales ocasionales o que tienen múltiples parejas sexuales. El ECDC sigue de cerca la situación y está en contacto con los Estados miembros de la Unión Europea y los países participantes del Comité de Seguridad Sanitaria. Se está desarrollando una evaluación rápida de riesgos y se publicará a principios de la próxima semana.

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) Viruela del mono - Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Portugal. Fecha de Publicación: 19 de mayo de 2022. Fecha de consulta 19 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-cases-reported-uk-and-portugal>

Cólera – Camerún. Fecha de Publicación: 16 de mayo de 2022, Organización Mundial de la Salud (OMS)

El brote fue declarado por las autoridades sanitarias de Camerún el 29 de octubre de 2021 y ha estado en abierto desde entonces. Hasta el 30 de abril de 2022, se han notificado 6 652 casos sospechosos de cólera, incluidas 134 muertes (tasa de letalidad 2 %), en seis regiones: el suroeste (4 617 casos, 77 muertes), el litoral (1 704 casos, 51 muertes), el sur (183 casos, dos muertes), Central (125 casos, cuatro muertes), Norte (15

casos, ninguna muerte) y Extremo Norte (ocho casos, ninguna muerte). De los 6 652 casos sospechosos, se notificaron 5 960 casos (90 %), incluidas 93 muertes (69 %), en 2022. Entre el 29 de octubre de 2021 y el 30 de abril de 2022, se analizaron un total de 1 008 muestras de heces de las seis regiones y el 40 % (403) fueron confirmados positivos para *Vibrio cholerae* O1 por cultivo. Aunque el brote de cólera comenzó a fines de octubre, la cantidad de casos sospechosos semanales aumentó de menos de 200 en la semana nueve de 2022 (que finalizó el 6 de marzo) a 1 262 en la semana 12 (que finalizó el 27 de marzo).

La OMS ha desplegado equipos de expertos para apoyar la respuesta y está brindando apoyo técnico, logístico y financiero al gobierno, además, el Ministerio de Salud, desarrolló un plan de respuesta que incluye: socios de respuesta, kits de cólera para ayudar en la respuesta, fortalecimiento de las actividades de vigilancia para la búsqueda activa de casos y la remisión de pacientes en los distritos afectados.

La OMS recomienda mejorar el acceso al agua limpia y el saneamiento, la buena gestión de residuos, las prácticas de seguridad alimentaria y las prácticas higiénicas para prevenir la transmisión del cólera. Las vacunas orales contra el cólera deben usarse en combinación con mejoras en el agua y el saneamiento para controlar los brotes de cólera y para la prevención en áreas que se sabe que tienen un alto riesgo de cólera. Se recomienda fortalecer la vigilancia, especialmente a nivel comunitario.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) Cólera - Camerún: 16 de mayo de 2022. Fecha de consulta 18 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON374>

Síndrome respiratorio de Oriente Medio coronavirus – Omán. Fecha de Publicación: 17 de mayo de 2022, Organización Mundial de la Salud (OMS)

El 28 de abril la OMS fue notificada por un caso de MERS-CoV en Omán. El caso es un hombre de 34 años, residente de la gobernación de Al Dhahira quien desarrolló síntomas que incluyen dificultad para respirar, fiebre alta y tos seca el 18 de abril, con duración de seis días. El 24 de abril fue

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

SITUACIÓN COVID-19

trasladado al hospital con diagnóstico de neumonía respiratoria grave y fue manejado bajo aislamiento y el 25 de abril ingresó a UCI con intubación orotraqueal. Las muestras dieron positivas el 27 de abril por RT-PCR.

Hasta el 8 de mayo, la condición del paciente sigue siendo crítica y continúa con ventilación mecánica en una sala de aislamiento en la UCI. El paciente no presenta comorbilidades conocidas, no había antecedentes de contacto con casos similares ni antecedentes de viaje ni hospitalización previa; sin embargo, el paciente tiene antecedentes de contacto directo con animales, incluidos dromedarios, ovejas y cabras, en la granja de su familia en Omán.

Un total de seis miembros de la comunidad y 27 trabajadores de la salud se incluyeron como contactos y se les dio seguimiento por 14 días a partir de la última fecha de exposición al paciente con MERS-CoV. Todos los contactos de alto riesgo, como los trabajadores de la salud, fueron monitoreados en busca de síntomas y examinados para MERS CoV mediante RT-PCR, no se han notificado casos secundarios hasta la fecha en Omán. Al 8 de mayo de 2022, los resultados siguen pendientes.

Al 15 de mayo de 2022, el número total de casos de infección por MERS-CoV confirmados por laboratorio notificados a la OMS en todo el mundo es de 2 591, incluidas 894 muertes asociadas. La mayoría de los casos notificados han ocurrido en países de la Península Arábiga. Fuera de esta región, se presentó un gran brote en la República de Corea, en mayo de 2015, durante el cual se informaron 186 casos confirmados por laboratorio (185 en la República de Corea y 1 en China) y 38 muertes. El número global refleja el número total de casos y muertes confirmados por laboratorio notificados a la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) hasta la fecha. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y realiza una evaluación de riesgos basada en la última información disponible.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) Síndrome respiratorio de Oriente Medio coronavirus – Omán. Fecha de Publicación: 17 de mayo de 2022. Fecha de consulta 19 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2022-DON380>

Entre el 01 de enero de 2022 hasta el 19 de mayo de 2022 en Colombia se han confirmado por laboratorio 718 735 casos y 8 317 muertes por COVID-19 en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 089 municipios. La incidencia nacional es de 1 417,29 casos por cada 100 000 habitantes. El 0,58 % (4 201) de los casos se encuentran activos, procedentes principalmente de Bogotá D.C. con el 41,3 % (1 735), Antioquia con el 21,9 % (920), Valle del Cauca con el 4,83 % (203), Cundinamarca con el 4,48 % (188) y Barranquilla 3,52 % (148).

A nivel municipal (sin tener en cuenta distritos) el 17 % (714) de los casos activos se encuentran principalmente en Medellín – Antioquia; el 3,6 % (151) en Cali – Valle del Cauca, con el 3,59 % (151); Barrancabermeja – Santander, con el 1,64 % (69); Envigado – Antioquia con el 1,50 % (63), Cúcuta – Norte de Santander con el 1,19 % (50).

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 16 - 19, 2022, a nivel nacional se notificaron 7 014 casos de COVID-19 procedentes de 258 municipios y 63 muertes por COVID-19 procedentes de 39 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 15,61 casos por cada 100 000 habitantes, una tasa de mortalidad de 0,12 muertes por cada 100 000 habitantes, indicadores en los que, al compararlos con el periodo anterior (SE 12 – 15, 2022), se observa un aumento en la incidencia con una variación de (1,1) y disminución de la mortalidad con una variación (0,3). Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (15,61) por 100 000 habitantes fueron: Bogotá (54,29), Barranquilla (29,99), Santa Marta (25,02), Casanare (22,91), Antioquia (22,48) y Cartagena (21,59) (mapa 2).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

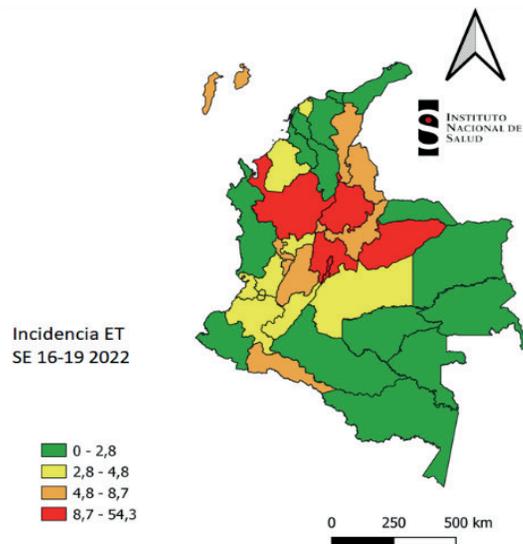
Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Mapa 2. Incidencia de casos confirmados COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 16 – 19 2022



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2022..

Durante el mismo periodo, la mayor tasa de incidencia por grupos etarios se presenta en las edades de 60 años y más (28,86 casos por cada 100 000 habitantes), así como la mayor tasa de mortalidad (0,7 muertes por cada 100 000 habitantes) (tabla 14).

Tabla 14. Indicadores COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 16 – 19, 2022

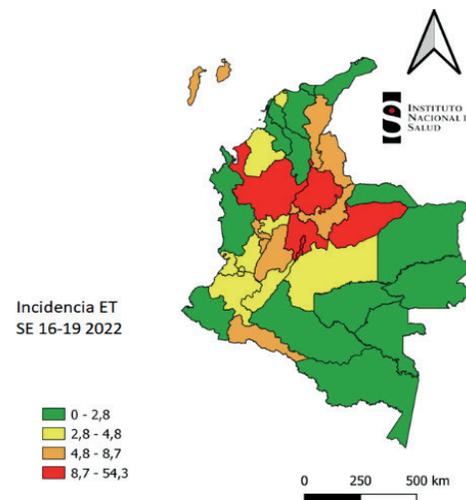
Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes
0 - 4 años	400	10,5	0	-
5 - 11 años	270	5,04	1	0,02
12 - 19 años	337	5,52	1	0,02
20 - 39 años	2120	15,65	3	0,02
40 - 59 años	2130	21,22	9	0,08
60 años y más	1784	28,86	49	0,7

Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2022.

Entre la SE 16 – 19 de 2022 se notificaron 63 muertes por COVID-19 procedentes de 39 entidades territoriales. Las entidades con mayor

registro de fallecidos fueron: Bogotá con el 15,9% (10); Antioquia 12,7% (8), Cundinamarca 11,1% (7), Santander con el 9,5 % (6); Cali con el 6,3 % (4); y los municipios con la mayor tasa de mortalidad en el periodo analizado fueron: Carmen del Carupa – Cundinamarca (24,34), Útica -Cundinamarca (21,78), Capitanejo - Santander (18,12), Florián - Santander (17,72), Sáchica - Boyacá (17,50), San José de Uré - Córdoba (7,19) (mapa 3).

Mapa 3. Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 16 – 19, 2022



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

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad de las semanas epidemiológicas 16 – 19 de 2022, respecto al periodo anterior (SE 12 – 15, 2022), se observó que de los 39 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 28,2 % (11) presentaron incremento significativo en el indicador de mortalidad. De estos municipios, los que presentaron mayor variación (aumento) en la tasa de mortalidad fueron: Carmen del Carupa – Cundinamarca (Δ 24,3), Útica – Cundinamarca (Δ 21,8), Capitanejo - Santander (Δ 18,1), Florián - Santander (Δ 17,7), Sáchica - Boyacá (Δ 17,5).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 19

Decremento
Incremento

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
Amazonas	18	1	1	115	18	22	235	12	62	0	0	0	0	0	0	3	0	2
Antioquia	225	15	13	5.420	1.083	1.055	755	269	251	12	2	0	96	16	5	792	6	731
Arauca	43	3	4	215	47	38	186	36	86	1	0	0	0	1	0	118	1	110
Atlántico	34	2	2	1.031	209	248	796	36	77	2	0	0	1	1	0	80	1	60
Barranquilla	5	0	0	982	164	195	1.195	32	85	4	0	0	5	2	1	23	1	19
Bogotá	1	0	0	7.489	1.510	1.500	0	0	0	39	10	4	23	9	3	1.434	3	1.271
Bolívar	83	6	4	847	164	163	819	57	270	3	0	0	3	1	1	11	1	9
Boyacá	28	2	3	1.900	404	414	85	57	31	4	0	0	0	2	0	68	0	65
Buenaventura	7	1	0	65	8	9	91	10	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	29	1	1	1.113	255	241	61	39	32	5	0	1	2	3	2	2	0	2
Cali	3	0	1	1.718	355	333	1.204	661	284	5	1	1	25	16	1	0	0	0
Caquetá	73	4	7	346	76	74	410	55	144	3	2	0	1	0	0	81	1	74
Cartagena	1	0	0	446	78	102	778	9	135	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Casanare	55	3	2	462	94	91	2.195	119	772	2	1	0	5	1	0	23	0	22
Cauca	45	3	2	1.820	400	358	192	43	46	6	1	0	1	1	0	31	1	25
Cesar	65	7	4	638	141	144	934	98	219	5	0	0	1	2	0	43	3	28
Chocó	82	4	3	39	5	9	200	23	47	1	0	0	0	0	0	16	2	10
Córdoba	100	5	6	1.587	268	297	851	81	216	3	0	1	0	2	0	11	0	10
Cundinamarca	28	1	1	4.164	809	803	259	231	109	8	1	1	8	2	1	263	1	237
Guainía	5	0	1	49	8	9	99	4	16	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Guaviare	32	2	2	103	16	17	53	35	22	0	0	0	0	1	0	3	1	2
Huila	44	4	3	1.937	306	415	652	376	154	5	1	2	12	2	0	94	1	83
La Guajira	32	2	0	615	112	137	847	37	122	1	0	0	2	2	0	82	3	55
Magdalena	43	4	2	806	186	179	206	26	46	0	0	0	3	1	3	24	0	23
Meta	105	6	5	1.176	211	249	1.860	350	717	1	0	1	12	1	4	134	0	125
Nariño	30	2	0	2.149	398	451	233	33	54	7	0	1	4	1	1	49	0	45
Norte de Santander	146	8	9	1.606	282	344	1.090	157	298	3	2	0	24	25	1	33	0	27
Putumayo	78	2	2	486	80	92	404	124	86	5	1	0	0	0	0	4	0	3
Quindío	3	0	1	881	196	174	57	61	27	3	0	0	3	2	0	19	0	13
Risaralda	16	2	0	1.323	253	258	53	28	16	3	0	0	3	4	0	72	0	59
San Andrés	0	0	0	80	21	13	86	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	11	1	0	478	155	117	109	12	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	67	6	5	1.996	358	430	517	466	177	11	1	1	20	7	1	38	1	33
Sucre	25	3	1	864	178	171	1.041	82	366	5	1	1	2	1	0	60	1	53
Tolima	58	2	3	1.927	372	394	790	429	255	6	0	1	0	2	0	70	1	62
Valle del Cauca	22	1	2	2.397	494	487	577	281	154	6	0	0	4	2	1	253	5	219
Vaupés	16	1	1	38	12	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Vichada	9	1	1	99	13	24	18	12	7	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Total nacional	1.667	105	92	49.407	9.739	10.061	19.939	4.384	5.421	161	24	15	262	110	25	3.938	35	3.479

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 19

Decremento
Incremento

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
Amazonas	460	85	33	6	1	6	2.089	775	288	31	11	1	0	0	0	1.567	474	286
Antioquia	2.525	574	614	56	20	25	425.785	63.099	80.398	15.333	2.350	2.923	2.509	65	355	161.785	34.384	39.283
Arauca	11	3	1	2	2	0	8.009	2.102	1.593	338	108	101	6	6	2.404	829	530	
Atlántico	4	2	2	6	3	2	42.955	8.735	8.632	532	124	128	119	53	24	13.216	4.777	3.666
Barranquilla	0	2	0	14	4	7	66.916	13.660	12.680	1.542	278	312	676	53	85	19.538	6.794	4.681
Bogotá	0	1	0	66	21	28	528.550	123.743	130.063	28.862	7.800	7.439	3.871	846	948	282.972	61.289	59.561
Bolívar	478	124	83	19	7	4	56.684	9.591	14.320	1.128	150	233	153	2	37	10.718	3.368	2.522
Boyacá	1	2	0	10	4	5	48.908	13.243	11.165	2.739	417	565	356	25	38	18.019	5.200	4.040
Buenaventura	270	169	105	1	2	0	3.400	1.235	813	74	0	32	13	0	0	716	674	232
Caldas	1	4	0	1	1	0	22.415	8.344	4.061	1.053	328	204	434	34	67	10.176	3.534	2.200
Cali	10	7	5	34	10	13	83.530	23.755	18.967	2.431	636	284	314	62	22	36.153	14.442	9.343
Caquetá	48	4	9	5	2	2	14.012	3.855	2.562	772	163	131	327	2	18	5.363	1.928	1.125
Cartagena	0	1	0	8	3	5	95.584	15.669	12.267	1.376	303	282	500	102	84	13.176	4.591	3.424
Casanare	3	2	1	1	1	0	10.721	2.236	3.043	300	40	76	58	0	15	4.544	1.339	966
Cauca	584	273	160	11	2	3	43.631	9.783	10.016	941	223	193	160	0	8	19.603	4.795	5.103
Cesar	6	2	0	4	1	1	43.128	9.899	7.757	2.010	480	389	192	29	23	13.817	5.444	4.349
Chocó	7.900	2.542	1.720	5	1	2	10.581	1.358	2.914	474	142	133	46	0	2	2.799	1.072	560
Córdoba	3.029	446	576	13	2	2	108.232	11.844	20.292	1.506	239	224	45	26	6	14.900	5.170	4.356
Cundinamarca	0	1	0	15	8	8	142.260	25.807	31.347	4.869	912	1.204	880	68	189	64.769	12.704	15.365
Guainía	1.444	231	338	1	1	1	1.182	214	215	97	18	14	7	0	3	732	161	217
Guaviare	471	116	116	2	1	1	2.738	638	557	230	40	74	50	0	18	926	369	123
Huila	8	0	4	8	3	4	49.421	11.027	9.853	2.835	379	601	283	31	32	18.067	4.328	3.809
La Guajira	18	4	1	2	1	1	75.408	10.762	17.206	2.090	422	531	188	18	28	13.209	4.137	3.357
Magdalena	4	1	2	5	2	1	39.903	6.980	7.128	2.382	141	492	6	0	0	14.033	3.785	3.230
Meta	237	31	79	5	3	2	32.471	6.697	10.405	1.160	164	298	190	19	27	16.111	5.499	3.869
Nariño	4.283	886	750	20	8	8	58.430	16.474	12.687	2.495	419	556	160	6	15	16.399	8.384	3.974
Norte de Santander	884	98	197	15	7	4	58.474	12.397	12.740	3.520	690	929	550	38	96	20.284	6.185	4.418
Putumayo	28	4	10	1	2	1	13.915	2.850	2.607	810	129	199	69	0	10	3.951	1.181	798
Quindío	3	1	2	1	2	1	19.215	6.314	4.290	261	351	49	82	18	17	9.837	2.869	2.223
Risaralda	395	47	102	10	3	4	37.344	7.702	6.698	1.300	232	256	83	13	17	12.938	4.480	3.164
San Andrés	0	0	0	2	0	0	3.733	719	1.035	259	64	49	15	1	0	1.156	295	225
Santa Marta D.E.	0	0	0	1	1	0	17.660	1.888	3.062	404	130	129	209	16	47	3.982	1.198	897
Santander	4	3	1	11	6	4	68.888	12.418	15.093	5.344	857	1.339	896	116	179	31.128	7.996	7.221
Sucre	16	3	4	2	2	1	34.834	7.485	5.290	1.816	437	416	319	41	68	7.434	3.058	1.813
Tolima	2	4	1	8	4	3	49.875	12.259	10.430	2.190	384	689	375	54	49	17.075	5.716	3.591
Valle del Cauca	24	6	8	15	4	7	60.285	12.910	12.709	1.344	267	290	341	4	17	28.459	7.543	9.963
Vaupés	25	14	4	3	1	3	1.203	172	89	47	6	13	38	0	1	475	99	35
Vichada	404	124	77	2	1	1	1.926	242	353	7	6	2	3	0	0	467	184	138
Total nacional	23.580	5.817	5.005	391	147	160	2.384.295	478.881	505.625	94.902	19.840	21.780	14.523	1.743	2.551	912.898	240.275	214.657

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 19

Decremento
Incremento

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
Amazonas	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	31	9	5
Antioquia	299	86	59	4	5	1	251	58	44	23	3	1	120	43	28	745	593	174
Arauca	33	5	7	1	0	0	5	2	1	3	0	0	2	1	0	16	48	5
Atlántico	87	21	12	1	1	0	7	12	3	1	1	0	1	1	0	102	250	12
Barranquilla	107	30	16	1	1	1	31	14	6	0	1	0	15	1	8	105	267	31
Bogotá	324	94	71	11	5	0	342	307	70	154	3	8	341	145	107	1.534	1.183	314
Bolívar	91	22	21	0	1	0	22	5	2	0	1	0	5	2	0	65	201	21
Boyacá	52	15	13	3	1	0	38	20	6	14	0	1	6	7	3	257	156	93
Buenaventura	27	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	10	2
Caldas	35	9	4	0	1	0	30	7	2	3	0	0	1	4	0	157	67	24
Calí	103	28	20	0	2	0	82	28	15	0	1	0	17	9	2	420	317	67
Caquetá	24	7	2	1	0	0	8	5	3	0	0	0	5	4	2	51	29	10
Cartagena	104	22	29	1	1	0	10	4	1	0	1	0	0	2	0	71	168	17
Casanare	41	7	8	0	0	0	6	3	1	2	0	0	0	2	0	140	42	30
Cauca	101	24	19	5	1	0	26	8	5	1	1	0	8	4	2	142	81	16
Cesar	85	28	22	2	1	0	13	3	1	0	1	0	3	3	1	64	118	7
Chocó	93	16	21	0	1	0	1	0	0	0	0	0	16	2	1	7	9	0
Córdoba	148	40	28	0	2	0	44	25	4	0	1	0	4	1	0	209	338	43
Cundinamarca	120	41	25	3	3	0	108	40	16	33	1	0	65	27	13	5	0	3
Guainía	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	743	389	153
Guaviare	3	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	21	7	1
Huila	70	17	12	4	1	0	66	22	6	3	1	0	15	10	5	209	116	18
La Guajira	164	31	32	0	1	0	13	2	1	0	1	0	91	1	1	106	125	24
Magdalena	73	18	19	0	1	0	9	5	3	1	1	0	4	0	0	46	87	15
Meta	77	15	18	2	1	1	23	9	3	3	1	0	6	6	2	123	119	21
Nariño	71	22	8	2	1	0	39	11	6	1	1	0	35	13	7	378	137	48
Norte de Santander	84	21	16	6	2	0	51	23	4	2	1	0	15	11	5	377	309	49
Putumayo	17	6	2	0	0	0	21	4	1	1	0	0	2	2	0	45	27	5
Quindío	24	6	11	0	0	0	15	3	4	3	0	0	5	1	1	249	89	33
Risaralda	55	9	14	2	1	0	17	5	3	0	0	0	3	2	1	224	79	32
San Andrés	3	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6	12	1
Santa Marta D.E.	45	11	7	0	1	0	3	2	0	0	0	0	12	0	4	9	49	5
Santander	103	23	22	0	2	0	19	12	5	0	1	0	29	9	3	271	255	62
Sucre	65	18	12	2	1	0	25	22	4	3	1	0	18	5	5	105	247	15
Tolima	58	19	13	3	1	0	16	8	5	5	1	0	7	5	2	354	166	44
Valle del Cauca	74	20	11	1	2	0	36	16	4	1	1	0	9	2	1	363	240	90
Vaupés	4	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	11	1	2
Vichada	12	4	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	7	6	0
Total nacional	2.884	751	582	55	43	3	1.381	686	229	260	25	10	863	328	204	7.777	6.346	1.492

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 19

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikungunya		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
	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
Amazonas	0	0	2	0	0	0	0	1	15	21	6	2	3	8	1	0
Antioquia	0	0	9	4	0	0	1	12	1.769	1.842	550	311	147	218	12	18
Arauca	1	0	1	0	0	0	1	0	72	63	8	5	2	2	1	6
Atlántico	0	0	2	0	0	0	1	0	255	326	1	0	10	18	3	4
Barranquilla	0	0	7	1	0	0	1	1	282	324	1	0	18	37	4	4
Bogotá	0	0	0	0	0	0	2	7	1.054	1.910	0	0	21	59	9	15
Bolívar	0	0	1	0	0	0	0	0	167	164	166	128	18	34	3	10
Boyacá	0	0	1	0	0	0	1	1	261	361	49	32	4	6	2	5
Buenaventura	0	0	1	0	0	0	0	0	19	32	9	3	19	25	2	1
Caldas	0	0	2	0	0	0	0	1	370	387	78	27	5	29	2	0
Cali	0	0	26	4	0	2	25	6	514	640	1	1	33	105	3	4
Caquetá	0	0	3	0	0	0	3	1	93	106	112	64	6	8	1	2
Cartagena	0	0	3	0	0	0	0	1	189	189	1	1	4	35	2	3
Casanare	8	1	6	1	0	0	0	1	106	97	6	3	6	7	2	2
Cauca	0	0	1	0	0	0	1	2	292	258	40	29	10	15	2	5
Cesar	2	0	2	0	0	0	0	2	218	181	21	7	8	34	5	3
Chocó	0	0	0	0	0	0	0	0	32	18	109	46	18	11	5	5
Córdoba	0	0	2	0	0	0	2	0	318	354	59	46	10	35	5	9
Cundinamarca	0	0	17	3	0	0	9	4	631	726	80	52	23	52	6	6
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	7	10	18	6	3	22	0	2
Guaviare	0	0	6	6	0	0	1	0	18	13	163	131	10	12	1	0
Huila	0	0	9	0	0	0	1	1	322	296	15	4	18	42	1	2
La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	2	85	70	26	12	2	9	11	13
Magdalena	0	0	1	0	0	0	1	0	114	136	3	1	4	9	7	5
Meta	0	0	11	2	0	0	3	13	252	255	114	58	8	14	4	3
Nariño	0	0	0	0	0	0	0	0	434	521	245	102	5	38	6	10
Norte de Santander	1	0	4	0	0	0	1	1	320	364	164	58	4	15	5	9
Putumayo	0	0	16	1	0	0	17	1	112	134	89	79	4	9	2	2
Quindío	0	0	2	1	0	0	0	2	203	182	0	0	16	25	0	3
Risaralda	0	0	7	1	0	0	2	0	374	451	75	21	39	70	2	2
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	1	0	0	1	0	0	90	88	6	4	1	16	4	4
Santander	1	3	18	0	0	0	5	0	410	577	309	198	12	38	2	2
Sucre	0	0	1	0	0	1	0	0	151	170	31	40	9	27	2	2
Tolima	0	0	19	4	0	0	9	4	427	436	213	45	89	134	3	5
Valle del Cauca	0	0	6	2	0	0	2	3	464	455	10	2	80	63	4	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	15	13	23	13	2	1	0	1
Vichada	0	0	0	1	0	0	0	3	7	10	19	15	1	2	2	1
Total nacional	13	4	187	31	0	4	89	70	10.467	12.190	2.820	1.546	672	1.285	126	168

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 19

Decremento
Incremento

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
Amazonas	1	4	0	1	1	0	3	1	5	5	0	0	15	29	0	2	120	135
Antioquia	27	14	4	3	48	26	57	71	283	503	1	0	982	1.181	30	38	6.585	5.174
Arauca	1	1	1	0	2	1	17	17	50	73	0	0	43	67	1	0	266	335
Atlántico	2	4	2	0	10	8	13	26	83	186	0	1	131	166	7	7	709	755
Barranquilla	3	2	1	1	9	0	28	31	75	205	0	1	205	302	3	3	519	828
Bogotá	25	16	0	4	55	219	52	62	304	376	0	0	407	492	12	21	3.760	8.904
Bolívar	7	2	4	6	8	0	13	25	59	138	1	4	54	70	0	1	775	806
Boyacá	2	0	1	1	9	5	6	13	25	49	0	0	47	68	0	2	1.045	1.037
Buenaventura	1	0	0	1	2	0	4	8	44	68	0	0	63	37	4	1	83	134
Caldas	2	0	0	0	7	4	7	5	38	49	0	0	120	104	1	0	893	947
Cali	5	0	0	0	16	0	14	11	147	179	0	0	457	540	14	15	2.441	2.692
Caquetá	2	3	1	0	3	0	3	0	28	30	0	0	73	85	3	0	331	319
Cartagena	5	2	0	0	7	0	16	32	49	122	1	0	131	143	1	0	337	367
Casanare	1	2	1	4	3	0	5	14	30	54	0	1	63	33	0	1	446	276
Cauca	3	3	3	0	10	2	7	9	44	83	0	0	94	85	1	1	1.024	1.024
Cesar	7	4	6	11	9	3	10	16	97	148	1	0	128	156	1	0	904	726
Chocó	14	11	7	16	4	0	13	33	38	109	0	0	74	65	0	0	93	123
Córdoba	4	7	3	2	13	6	12	12	93	138	3	1	101	91	0	2	1.038	1.260
Cundinamarca	6	7	1	4	24	35	21	24	83	134	0	0	171	176	4	3	2.994	3.992
Guainía	0	1	1	0	0	0	1	12	2	10	0	0	5	9	0	0	25	40
Guaviare	0	3	0	0	1	3	1	3	8	13	0	0	13	22	0	1	86	101
Huila	2	7	2	1	8	1	5	12	50	65	1	0	136	151	1	2	1.894	2.178
La Guajira	14	18	15	22	7	1	18	25	62	162	1	0	133	195	1	1	432	407
Magdalena	7	5	4	6	6	0	7	7	71	100	1	2	51	64	1	0	536	553
Meta	4	1	2	2	7	0	12	11	60	90	0	0	189	191	4	3	654	726
Nariño	6	7	4	2	11	19	7	6	72	79	1	1	56	55	2	0	1.310	1.353
Norte de Santander	4	8	2	2	11	9	11	38	95	246	0	0	196	262	2	4	1.131	1.480
Putumayo	2	3	1	1	3	0	2	0	20	40	0	0	35	36	0	2	320	398
Quindío	2	0	0	1	4	2	4	4	39	34	0	0	77	84	1	2	695	792
Risaralda	4	3	1	2	7	2	5	13	57	63	0	0	201	248	8	12	1.027	1.324
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	0	4	3	0	0	29	50
Santa Marta D.E.	1	4	0	2	4	0	7	6	25	27	0	0	72	61	1	1	222	259
Santander	4	1	0	1	16	3	17	43	98	163	0	0	249	294	7	12	1.904	2.159
Sucre	6	2	1	0	7	5	10	10	68	90	1	1	36	34	1	0	587	677
Tolima	9	2	1	3	9	4	15	12	46	85	0	3	175	180	1	9	749	887
Valle del Cauca	3	2	6	1	14	5	10	16	83	148	1	0	234	218	7	2	2.095	2.248
Vaupés	1	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	8	0	0	66	70
Vichada	2	5	4	3	1	0	1	7	7	24	0	0	6	15	0	0	42	52
Total nacional	189	157	79	103	356	363	436	635	2.440	4.091	13	15	5.231	6.020	119	148	38.167	45.588

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



BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Tema Central:

**Comportamiento epidemiológico de la enfermedad
diarreica aguda en Colombia**

Carlos Alberto Hernández Londoño chernandez@ins.gov.co

Vigilancia epidemiología de Hepatitis A

Edna Carolina Ávila Villabona eavila@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/10.33610/23576189.2022.19>
2020

Situación Nacional

Grupo Sivigila sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Giana María Henríquez Mendoza ghenriquez@ins.gov.co

Nancy Montealegre Castillo nmontealegre@ins.gov.co

Ana María García Bedoya agarciab@ins.gov.co

Eventos Trazadores

Andrea Jineth Rodríguez Reyes arodriguez@ins.gov.co

Sandra Milena Aparicio Fuentes saparicio@ins.gov.co

Carolina Ferro Mendez cferro@ins.gov.co

Brotos

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 acasasc@ins.gov.co



Conozca más en
www.ins.gov.co



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES

Asistencia técnica de: