

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Semana epidemiológica 30
24 al 30 de julio de 2022

Representación espacial de los componentes de series de tiempo de eventos de interés en salud pública y su relación con las variables climáticas, región Andina y Caribe colombiana 2008-2018

Sistema de Vigilancia de Eventos de Interés por Factores de Riesgo Ambiental – VIGIFRA

Representación espacial de los componentes de series de tiempo de eventos de interés en salud pública y su relación con las variables climáticas, región Andina y Caribe colombiana 2008-2018

Sistema de Vigilancia de Eventos de Interés por Factores de Riesgo Ambiental - VIGIFRA



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.



Brotos

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.



Representación espacial de los componentes de series de tiempo de eventos de interés en salud pública y su relación con las variables climáticas, región Andina y Caribe colombiana 2008-2018

La utilización de los Sistemas de Información Geográfica –SIG, en salud pública se ha denominado geografía médica o epidemiología espacial. La epidemiología espacial es el estudio desde el análisis geoespacial de los fenómenos que afectan la salud humana; tales como: climatología, procesos migracionales, económicos, políticos, ambientales, entre otros. Contribuye a mejorar la interpretación de los indicadores geoespaciales y el seguimiento de los factores que intervienen en la salud. El estudio de la distribución geográfica de las enfermedades incluye el análisis de patrones de aparición, incidencia y propagación, así como las formas de prevención (1).

La utilización de cartografía en la salud pública se remonta aproximadamente a hace 300 años en Kiev donde se utilizó para la representación de monasterios utilizados para atención de enfermos, posteriormente fue pionero en esta temática el trabajo realizado por John Snow en Inglaterra en el estudio de brote de cólera en 1854 (2).

Entre los beneficios del uso de los SIG en salud pública se encuentran los mapas de riesgo, la representación espacial de indicadores epidemiológicos como incidencia y la prevalencia de las enfermedades, las encuestas digitales con georreferenciación, los modelos geográficos epidemiológicos y los visores geográficos de salud. Estas herramientas contribuyen en la formulación, focalización y planificación de estrategias para mejorar los servicios de salud, así como para el desarrollo de perfiles y programas de vigilancia epidemiológica para el control de las enfermedades de interés, entre otros. En las últimas décadas, los SIG han permitido mayor precisión en el análisis espacial de los casos, eventos o situaciones de salud; para esto, son utilizadas metodologías descriptivas como mapas de densidad de puntos, símbolos proporcionales o coropletas, o mediante métodos analíticos

para la identificación de clústeres o conglomerados geográficos, en donde se evidencia el aumento en la frecuencia de casos de diversas enfermedades (3).

Los SIG contribuyen en los procesos de investigación en salud ambiental, donde se consideran variables meteorológicas que influyen sobre el comportamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, principalmente desde el contexto del “cambio climático” evidenciado por alteraciones y fluctuaciones de variables como temperatura y precipitación que se presentan de manera sostenida y progresiva en el tiempo, y están relacionadas con el impacto de las acciones del ser humano.

En el proyecto denominado Variabilidad climática y eventos en salud de las regiones Andina y Caribe, Colombia, 2008 – 2018, como parte de los objetivos se georreferenciaron los componentes de ciclicidad y tendencia de nueve eventos de salud pública, así mismo se realizó un análisis exploratorio para aplicar modelos espaciales que permitieran identificar áreas geográficas en riesgo de mayor impacto de eventos de interés en salud pública por influencia de variables meteorológicas.

Los mapas de riesgo del proyecto se desarrollaron utilizando herramientas SIG para visualizar los resultados de las series de tiempo y de los análisis multivariados. Los eventos de interés en salud pública incluyeron enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis (dengue, malaria, accidente ofídico y leptospirosis), enfermedades vehiculizadas por agua (enfermedad diarreica aguda), infección respiratoria aguda y enfermedades cardiovasculares y crónicas (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, EPOC). Los datos meteorológicos de estudio corresponden a precipitación, temperatura mínima y temperatura máxima. Las fuentes de información fueron Sivigila, Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud – RIPS, información meteorológica del IDEAM.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

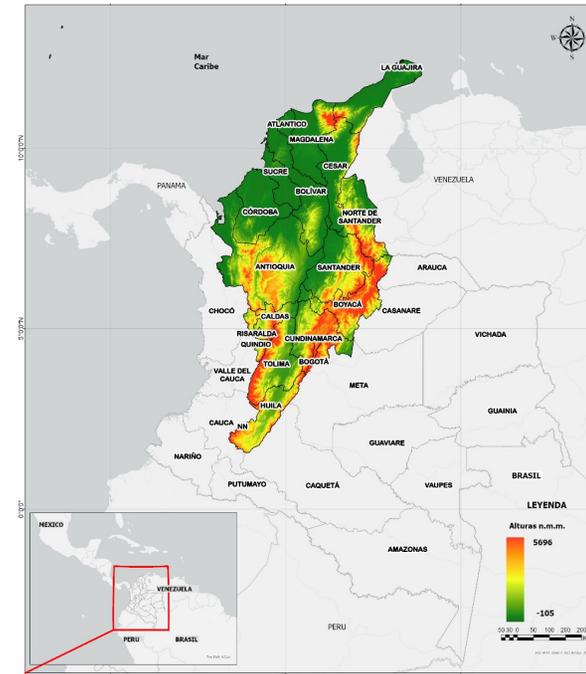
Tablas

Para lograr los mapas de riesgo fue necesario realizar tres etapas en el proceso metodológico. En la primera etapa se georreferenciaron las estaciones meteorológicas y los componentes de los análisis de series de tiempo (tendencia y ciclicidad). La información de las estaciones meteorológicas fue geo-referenciada a partir de localización directa de las coordenadas X, Y en el área de estudio. Se utilizó el sistema de coordenadas geográficas World Geodetic System (WGS84).

Para la visualización geográfica de los componentes de tendencia y ciclicidad se desarrollaron mapas tipo coropleta. En el componente analítico se desarrolló un modelo de regresión logística binomial y geográfico para identificar la correlación entre las variables meteorológicas y el comportamiento de los eventos de salud en las regiones Andina y Caribe de Colombia.

El área de estudio correspondió a las regiones Andina y Caribe de Colombia (Mapa 1), priorizando 18 departamentos y tres distritos pertenecientes a la región Andina (Antioquía, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima y Bogotá DC), y a la región Caribe (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia, Sucre, Barranquilla, Santa Marta y Cartagena), para un total de 215 municipios. En el mapa a continuación se presenta la simbología de la altitud en msnm utilizando una paleta de calor de colores primarios. El mapa fue realizado en ArcGis Pro (Mapa 1).

Mapa 1. Área de estudio: regiones Andina y Caribe colombianas - representación de la altitud en msnm



Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Geo-referenciación de estaciones meteorológicas

Se contó con la información de un total de 4 825 estaciones meteorológicas instaladas antes del 2018 correspondientes a las categorías: limnigráfica, limnimétrica, pluviométrica, climática ordinaria, pluviográfica, mareográfica, climática principal, agro-meteorológica, sinóptica principal, meteorológica especial, sinóptica secundaria y radio sonda. Se consideraron 1 088 estaciones meteorológicas de la categoría agro-meteorológicas, climática principal y ordinaria, meteorológica especial, sinóptica principal y sinóptica secundaria. Se priorizó la información de 372 que estaban activas para el periodo completo de 2008 a 2018 con información de los 18 departamentos y de los tres distritos seleccionados para el estudio.

Visualización SIG de la tendencia y ciclicidad de los eventos de interés en salud pública

Utilizando los SIG se logró la visualización cartográfica de los componentes de ciclicidad y tendencia del análisis de series de tiempo.

En el análisis de tendencia se destaca que los eventos crónicos presentaron tendencia creciente > 90 % de los municipios analizados: infarto agudo de miocardio (n=123; 93,8 %), accidente cerebrovascular (n=140; 90,3 %) y EPOC (n=172; 80,3 %), lo que debe considerarse una alerta sobre el aumento de estas enfermedades de alto costo en la población colombiana y que están asociadas a una alta morbi-mortalidad en el territorio nacional.

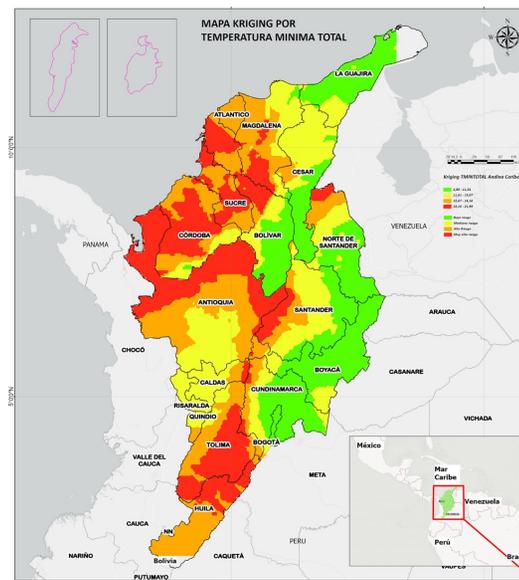
Ciclicidad: Los eventos que presentaron mayor ciclicidad en el área de estudio fueron dengue (>p50), IRA (<p25) y en menor proporción EPOC y EDA. El único evento que presenta una ciclicidad superior al 50 % de los municipios es el dengue. La infección respiratoria aguda también se destaca con un 29 % con énfasis en la zona andina, la EDA con 11 % y la Malaria con un 9 %, con énfasis en los municipios pertenecientes a los departamentos de Antioquia y Córdoba.

Se identificó que no existe una ciclicidad marcada en la frecuencia de consulta de accidente cerebrovascular (ACV) y de infarto agudo del miocardio (IAM), mientras que en el evento EPOC se presenta ciclicidad en 14 % de los municipios, identificados en los departamentos de Huila, Santander, Risaralda, Cartagena y La Guajira.

Modelo geográfico

Para el modelo ecológico se utilizaron los resultados de la regresión logística binomial y la interpolación de Krigging. Los mapas se generaron en ArcGIS Pro. Los eventos que evidenciaron influencia de variables meteorológicas en este estudio fueron dengue, infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y enfermedad diarreica aguda (EDA). A continuación, se presenta un ejemplo de los mapas obtenidos con el evento dengue (Mapa 2).

Mapa 2. Mapa predictivo de riesgo de dengue por temperatura mínima total, regiones andina y caribe, Colombia, 2008-2018



La temperatura mínima, máxima total y la precipitación influyen en el comportamiento de este evento. Se evidencia mayor riesgo asociado a estas variables ambientales en la región norte del departamento de Bolívar (Dique), algunos municipios del Noroeste del Magdalena, región Central y Sur (Plato, Santa Ana, Santa Bárbara, Nueva Granada, etc.), Depresión Momposina, Mojana, departamento de Córdoba, Alto y Bajo San Jorge, Urabá, bajo Cauca antioqueño y suroeste antioqueño, Noroeste antioqueño, municipio El Carmen en Norte de Santander, La Dorada, Caldas en el Magdalena Medio, Tolima y Huila, entre otros.

Como retos a futuro, se propone continuar fortaleciendo la capacidad instalada y la adquisición de competencias en geografía médica que permitan desarrollar modelaje espacial de macro y micro-determinantes de la salud (presencia de vectores, serotipos circulantes, hidrografía, acceso a servicios públicos, condiciones de alcantarillado y saneamiento ambiental; entre otras), que contribuyan a mejorar las

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

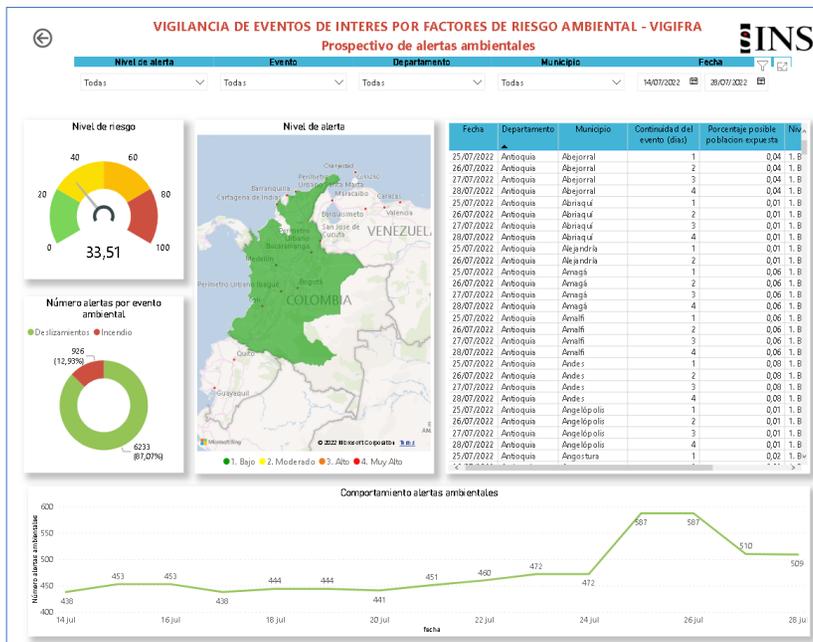
COVID-19

Tablas

Herramienta de monitoreo y análisis prospectivo de situaciones ambientales:

Tablero con la información de las alertas predictivas, generadas a partir de probables situaciones ambientales con posibilidad de desenlaces en salud pública a una escala temporal diaria, disgregando el territorio nacional hasta el nivel municipal. Su funcionalidad tiene en cuenta factores epidemiológicos, ambientales, sociales, zoonóticos y la capacidad de respuesta de los territorios (figura 2).

Figura 2. Esquema tablero herramienta de monitoreo y análisis prospectivo de situaciones ambientales.

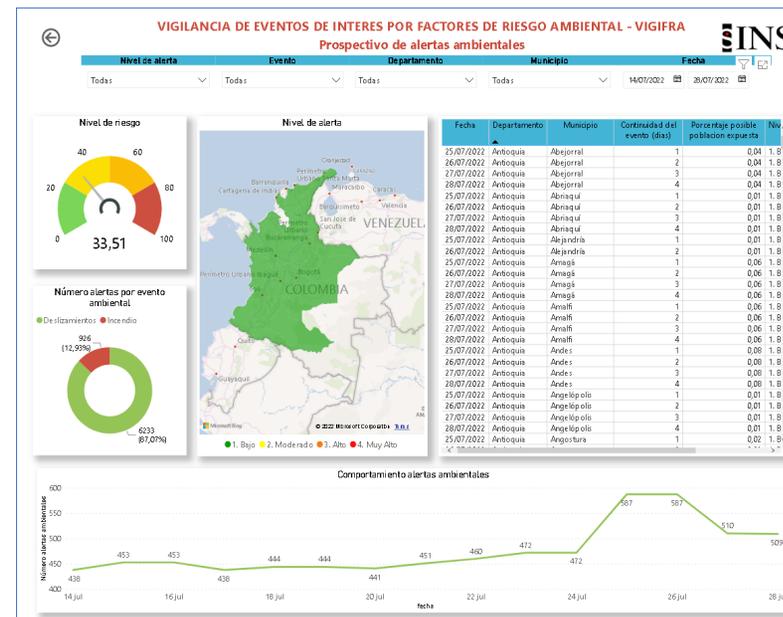


Fuente: Grupo de Vigilancia y control de Factores de Riesgo Ambiental

Análisis de favorecimiento para dengue:

Tablero con las posibles regiones que pueden presentar un aumento en la presencia de casos de dengue, debido a las condiciones climatológicas presentadas en el territorio nacional, la presencia del vector y transmisión de la enfermedad (figura 3).

Figura 3. Esquema tablero análisis de favorecimiento para dengue.



Fuente: Grupo de Vigilancia y control de Factores de Riesgo Ambiental

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

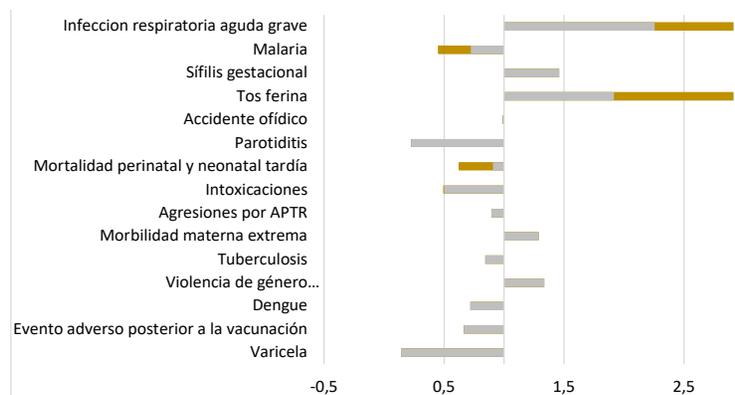
SITUACIÓN NACIONAL

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. Desde la semana epidemiológica 23 se incluye en este grupo el análisis de tuberculosis, violencia de género e intrafamiliar y evento adverso posterior a la vacunación.

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 30 de 2022, la notificación de infección respiratoria aguda grave y tos ferina, se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos de malaria, mortalidad perinatal y neonatal tardía e intoxicaciones, se encuentran por debajo de lo esperado, los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (Figura 4).

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 30 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 epidemiológica 23 se incluyó el análisis de Chikunguña, Leishmaniasis cutánea y Zika

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 30 de 2022, los eventos de leptospirosis, mortalidad por IRA 0-4 años, mortalidad por dengue y lepra, se encuentran por encima de lo esperado, mientras que zika, leishmaniasis cutánea, chikungunya, sarampión, rubéola, tuberculosis farmacorresistente y sífilis congénita, 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 30 de 2022

Evento	Observado	Esperado	p
Leptospirosis	28	10	0,00
Mortalidad por IRA 0-4 años	14	7	0,01
Mortalidad por dengue	4	1	0,04
Lepra	11	7	0,05
zika	4	119	0,00
Leishmaniasis cutanea	10	75	0,00
Chikungunya	1	26	0,00
Sarampión	14	49	0,00
Rubéola	4	12	0,01
Tuberculosis farmacorresistente	4	8	0,05
Sífilis congénita	28	24	0,05
Mortalidad materna	8	12	0,07
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	3	0,19
Mortalidad por EDA 0-4 años	2	2	0,27
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,37

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Cumplimiento en la notificación

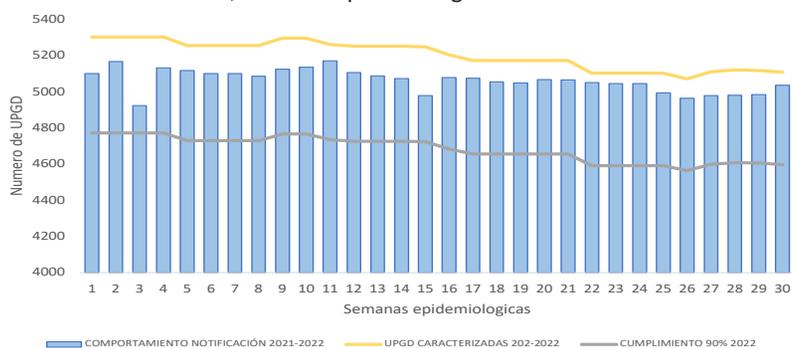
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, permaneció igual que la semana anterior y similar al comportamiento de la misma semana del 2021.

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 30 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 98,59 % (5 036 / 5 108 UPGD); aumentó 0,31 % con respecto a la semana anterior y 1,1 % respecto a la semana 30 del 2021. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD.

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 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2022.



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados

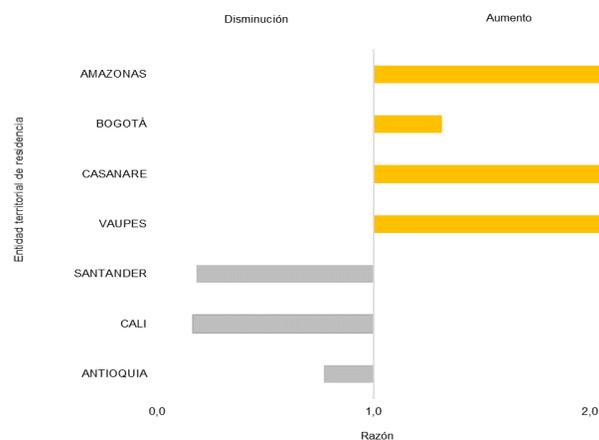
Esta semana se notificaron 19 muertes en menores de cinco años: 14 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, 3 probablemente asociadas a desnutrición y 2 casos por enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Esta semana se notificaron 14 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de cinco años, 8 correspondientes a esta semana y 6 de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 6 casos.

En la semana epidemiológica (SE) 30 se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Bogotá, Casanare y Vaupés en comparación con el histórico notificado en la misma semana de 2014 a 2021, mientras que en Antioquia, Cali y Santander se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Figura 6. Entidades territoriales con variaciones significativas en los casos notificados por muertes por Infección Respiratoria Aguda a semana epidemiológica 30 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, 1 caso correspondiente a esta semana y 2 correspondientes a semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 3 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Bolívar, Casanare, Cesar, Chocó, La Guajira, Santa Marta y Tolima en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 30 entre 2014 a 2021. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron 2 muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, 1 caso correspondiente a esta semana y 1 caso correspondiente a semana anterior. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificó 1 caso.

Para esta semana se observó disminución en el número de casos acumulado en las entidades territoriales de Antioquia y Chocó en comparación con el histórico notificado a semana epidemiológica 30 entre 2014 a 2021. 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

La mortalidad materna se clasifica en: muerte materna temprana, correspondiente a las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; muerte materna tardía que corresponde a las ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación; y muerte materna por causas coincidentes, que corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

Seguindo los estándares de la OMS, el cálculo de la razón de muerte materna en el país se realiza exclusivamente con las muertes maternas tempranas.

A semana epidemiológica 30 de 2022 se han notificado 152 casos de muertes maternas tempranas, 66 muertes maternas tardías y 32 casos de muerte por causas coincidentes (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 30, 2020 a 2022

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2020	214	97	16	327
2021	300	95	24	419
2022	152	66	32	250

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2022

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 30 es de 38,7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna superior a 100 se observó en las entidades territoriales de Chocó con 173,0 y Arauca con 106,8 casos por 100 000 nacidos vivos (Tabla 3).

Tabla 3. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 30 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Chocó	8	173,0
Arauca	3	106,8
La Guajira	15	98,5
Nariño	9	84,1
Vichada	1	82,3
Santa Marta	4	77,8
Magdalena	8	76,7
Norte de Santander	9	63,0
Bolívar	7	59,7
Boyacá	4	50,1
Córdoba	8	46,6
Cauca	5	41,2
Tolima	4	39,0
Colombia	152	38,7
Antioquia	17	37,1
Atlántico	4	34,4
Bogotá	14	31,9
Risaralda	2	30,8
Buenaventura	1	30,6
Quindío	1	30,3
Cundinamarca	6	28,7
Cali	4	28,3
Cartagena	3	27,1
Cesar	4	26,3
Casanare	1	24,7
Caquetá	1	23,0
Sucre	2	20,5
Meta	2	20,3
Caldas	1	19,4
Huila	2	17,4
Barranquilla	1	7,7
Santander	1	5,9

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 30 del año 2022, se observó aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparadas con el promedio histórico en la entidad territorial de Arauca, mientras que en: Atlántico, Barranquilla, Cundinamarca, Meta, Santander, Santa Marta y Valle del Cauca, se observó una disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones estadísticamente significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2018-2021, Colombia, semana epidemiológica 30 de 2022

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Arauca	3	1	0,033
Atlántico	4	10	0,022
Barranquilla	1	7	0,005
Cundinamarca	6	13	0,013
Meta	2	6	0,038
Santander	1	7	0,005
Santa Marta	0	7	0,001
Valle del Cauca	0	7	0,002

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 58,6 % corresponde a causas directas y el 40,1 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 25,7% (Tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2022

Razón /Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	89	58,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	39	25,7
Hemorragia obstétrica	24	15,8
Evento tromboembólico como causa básica	6	3,9
Sepsis relacionada con el embarazo	13	8,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,7
Otras causas directas	4	2,6
Otras causas directas: Embarazo ectópico	2	1,3
INDIRECTA	61	40,1
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	6	3,9
Otras causas indirectas	33	21,7
Sepsis no obstétrica	9	5,9
Otras causas indirectas: cáncer	8	5,3
Evento tromboembólico como causa básica	1	0,7
Otras causas indirectas: trastornos cardíacos	2	1,3
Otras causas indirectas: dengue	1	0,7
Otras causas indirectas: LUPUS	1	0,7
EN ESTUDIO	2	1,3

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 30 de 2022, se han notificado 4 781 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 72 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 185 casos, 107 corresponden a esta semana y 78 a notificaciones tardías.

A la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12,0 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla 6 se observa que en 16 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las cinco entidades territoriales con las razones más altas son Chocó (26,8); Arauca (19,6); La Guajira (18,6); Vaupés (18,3) y Amazonas (18,0).

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 30 de 2022

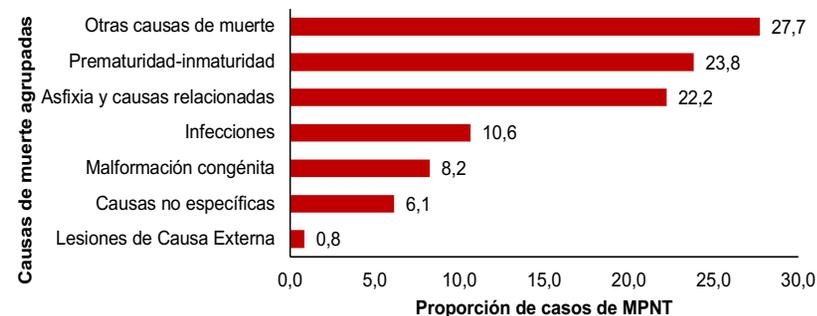
Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos
Chocó	124	26,8
Arauca	55	19,6
La Guajira	283	18,6
Vaupés	8	18,3
Amazonas	13	18,0
Vichada	19	15,6
Cartagena	157	14,2
Córdoba	240	14,0
Cauca	167	13,8
Atlántico	156	13,4
Barranquilla	172	13,2
Risaralda	85	13,1
Santa Marta	66	12,8
Caldas	66	12,8
Meta	125	12,7
Quindío	40	12,1
Colombia	4709	12,0
Cali	167	11,8
Bogotá	513	11,7
Bolívar	137	11,7
San Andrés y Providencia	5	11,7
Guainía	10	11,6
Buenaventura	38	11,6
Casanare	47	11,6
Magdalena	121	11,6
Antioquia	522	11,4
Sucre	111	11,4
Nariño	117	10,9
Boyacá	87	10,9
Huila	124	10,8
Cundinamarca	220	10,5
Norte de Santander	148	10,4
Putumayo	32	10,1
Valle del Cauca	121	9,7
Cesar	140	9,2
Santander	148	8,8
Tolima	86	8,4
Caquetá	33	7,6
Guaviare	6	6,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 (Datos preliminares).
DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos julio 2021

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 47,1 % (2 217), seguido de neonatales tempranas con 27,6 % (1 301), neonatales tardías con 15,5 % (732) y perinatales intraparto con 9,7 % (458).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 27,7 %; corresponden principalmente a trastornos de origen neonatal y placentarios, seguido de prematuridad-inmadurez con el 23,8 % y asfixia y causas relacionadas con el 22 % (Figura 7).

Figura 7. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2022



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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

A nivel nacional se identifica aumento en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa y urgencias, y se observa disminución en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios (UCI/UCIM) (tabla 7).

Tabla 7. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 30, 2021 y 2022

Tipo de servicio	2021 semana 30	2022 semana 30	Variación
Consulta externa y urgencias	2 677 564	4 375 573	63,4 Aumento
Hospitalización en sala general	171 512	171 571	0,0 Ninguna
Hospitalización en UCI / UCIM	54 156	21 656	-60,0 Disminución

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

En Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2022, se notificaron 4 375 573 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA, presentando incremento frente a lo notificado en la misma semana de 2021 con el 63,4 %; 62,4% frente a 2020 y del 14,1 % respecto a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se observa incremento en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Risaralda, Santander, Santa Marta, Santander, Vaupés y Vichada. Se presenta disminución en Guaviare. En las 23 entidades territoriales restantes no se presentan comportamientos inusuales.

En las últimas 4 semanas (27 a 30) se han notificado 717 876; en este período, por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 29,3 % (210 113), seguido por el de 40 a 59 años con el 18,0 % (129 058). 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 un año con el 19,0 % seguido de los niños menores de un año con 17,7 %.

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, desde la semana 05 y hasta la 12 se sitúan en zona de seguridad por debajo del umbral estacional. A partir de la semana

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2017 y 2021, se presenta un decremento en la notificación de Barranquilla, Bolívar, Cali, Cartagena, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Santa Marta, Tolima y Valle del Cauca; 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

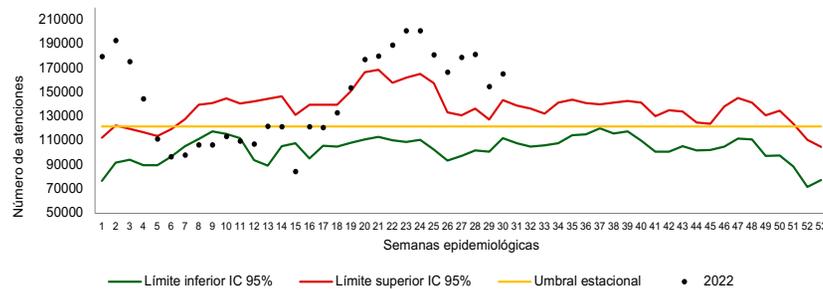
Brotos

COVID-19

Tablas

13 (exceptuando la semana 15) se observan por encima del umbral estacional; en las últimas diez semanas, se observa un incremento por encima del límite superior histórico establecido; para las semanas 28, 29 y 30 se presenta un incremento (figura 8).

Figura 8-. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 30, entre 2015 y 2022



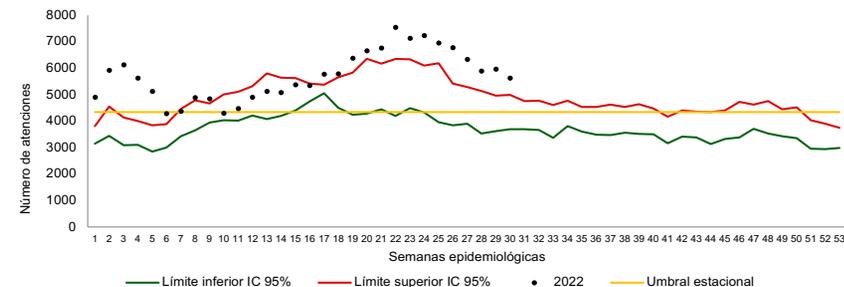
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 171 571 hospitalizaciones por IRAG en sala general, comparado con lo notificado a la misma semana de 2021, el comportamiento es similar, con una variación del 0,0 %. Se observa incremento del 66,8 % con respecto a 2020 y del 25,7 % frente a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en Guainía, Guaviare, Quindío, San Andrés y Vichada; e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. No se presentan comportamientos inusuales en 13 entidades territoriales.

En las últimas cuatro semanas (27 a 30) se han notificado 26 032 hospitalizaciones por IRAG en sala general; por grupos de edad, los menores de un año representan el 23,1 % (6 007), seguido por los adultos de 60 años y más con el 21,8 % (5 673). 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 27,9 %, seguido por los niños menores de un año con el 33,5 %.

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 y décima, se ubican por debajo del umbral estacional; de las semanas 11 a la 22 se presenta un incremento sostenido por encima de este umbral; desde la semana 17 y hasta la actual, se observaron por encima del límite superior con una disminución sostenida a partir de la semana 23 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 30, entre 2015 y 2022



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

Se notificaron 21 656 hospitalizaciones por IRAG en UCI / UCIM, presentando disminución del 60,0 % respecto a 2021 y aumento del 21,8 % con relación a lo notificado en la misma semana en 2020 y de 86,0 % en 2019. Se presenta incremento en entidades territoriales de Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Córdoba, entre otras y no se presentan comportamientos inusuales en Amazonas, Atlántico, Buenaventura, Cali, Cartagena, César, Chocó, Meta, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

Para el período comprendido entre las semanas 27 a 30 se han notificado 3 168 atenciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos. Por grupos de edad; los adultos de 60 años y más representan el 34,5% (1 092), seguido por los menores de un año con el 30,1 % (955) y los de 40 a 59 años con el 8,5 % (270). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, sobre el total de hospitalizaciones en

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

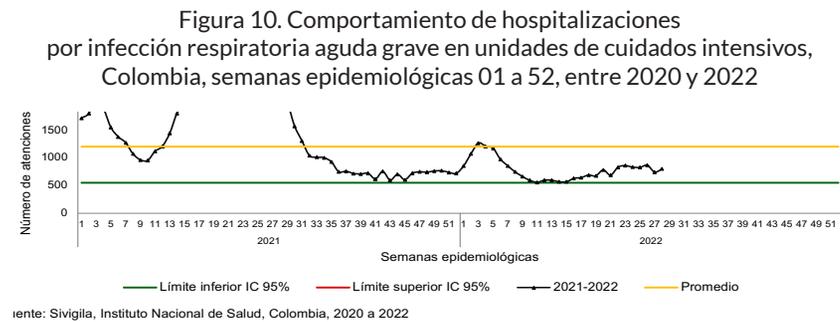
Brotos

COVID-19

Tablas

UCI por todas las causas, se presenta en los niños de 2 a 4 años con el 9,4%, seguido por los niños de un año con el 6,4 %.

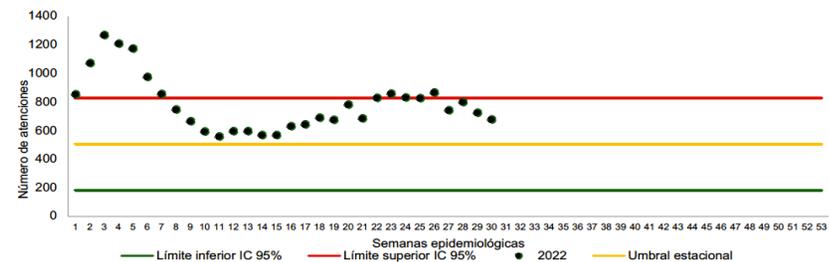
Comparado con los años 2020 y 2021, las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, se encuentran por debajo del umbral estacional, con una disminución gradual a partir de la semana epidemiológica 04. Desde la semana 10 se ubican muy cerca del límite inferior establecido con un ligero incremento a partir de la semana 22 sin observarse variación significativa; para la semana actual no se observan cambios significativos frente a la semana anterior (figura 10).



Comparado con el promedio de los años 2016 a 2020, las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, en las primeras siete semanas estuvieron por encima del límite histórico, a partir de la semana ocho se encuentran por debajo de este límite, pero por encima del umbral estacional y, a partir de la semana 16 han presentado un incremento oscilante; en las semanas 23 y 26 estuvieron por encima del límite superior y en las últimas dos semanas permanecen en zona de alarma por encima del umbral estacional (figura 11).

Comparado con el promedio de los años 2016 a 2020, las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, en las primeras siete semanas estuvieron por encima del límite histórico, a partir de la semana ocho se encuentran por debajo de este límite, pero por encima del umbral estacional y, a partir de la semana 16 han presentado un incremento oscilante; en las semanas 23 y 26 estuvieron por encima del límite superior y en las últimas dos semanas permanecen en zona de alarma por encima del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana 30, Colombia, entre 2016 y 2020



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 2014 a 2019 y el intervalo de confianza.

Para las hospitalizaciones por IRAG en UCI / se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio, la desviación estándar y el intervalo de confianza de los dos años anteriores; y adicional se construyó un gráfico de control utilizando el comportamiento histórico 2016-2020

Dengue

En la semana epidemiológica 30 de 2022 se notificaron 1 890 casos probables de dengue: 881 casos de esta semana y 1 009 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 37 240 casos, 17 650 (47,4 %) sin signos de alarma, 18 882 (50,7 %) con signos de alarma y 708 (1,9 %) de dengue grave.

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 705 municipios. Las entidades territoriales de Casanare, Meta, Sucre, Bolívar, Cesar, Cali, Córdoba, Barranquilla, Antioquia, Norte de Santander, Atlántico y Tolima, aportan el 70,0 % (26 058) de los casos a nivel nacional (tabla 8).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 8. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2022

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casanare	3427	9,4	38	5,4	3465	9,3
Meta	3330	9,1	21	3,0	3351	9,0
Sucre	2934	8,0	73	10,3	3007	8,1
Bolívar	2247	6,2	67	9,5	2314	6,2
Cesar	1965	5,4	40	5,6	2005	5,4
Cali	1924	5,3	30	4,2	1954	5,2
Córdoba	1858	5,1	52	7,3	1910	5,1
Barranquilla	1668	4,6	49	6,9	1717	4,6
Antioquia	1585	4,3	38	5,4	1623	4,4
Norte de Santander	1594	4,4	24	3,4	1618	4,3
Atlántico	1487	4,1	72	10,2	1559	4,2
Tolima	1516	4,1	19	2,7	1535	4,1
La Guajira	1384	3,8	50	7,1	1434	3,9
Cartagena	1205	3,3	28	4,0	1233	3,3
Santander	968	2,6	20	2,8	988	2,7
Huila	963	2,6	19	2,7	982	2,6
Valle del Cauca	877	2,4	8	1,1	885	2,4
Caquetá	743	2,0	7	1,0	750	2,0
Arauca	712	1,9	5	0,7	717	1,9
Putumayo	528	1,4	3	0,4	531	1,4
Magdalena	482	1,3	8	1,1	490	1,3
Chocó	422	1,2	6	0,8	428	1,1
Cundinamarca	365	1,0	6	0,8	371	1,0
Nariño	365	1,0	2	0,3	367	1,0
Cauca	323	0,9	4	0,6	327	0,9
Amazonas	305	0,8	1	0,1	306	0,8
Santa Marta	185	0,5	3	0,4	188	0,5
Exterior	171	0,5	6	0,8	177	0,5
Buenaventura	172	0,5	1	0,1	173	0,5
Guaviare	167	0,5	0	0,0	167	0,4
Boyacá	135	0,4	1	0,1	136	0,4
Guainía	119	0,3	2	0,3	121	0,3
Caldas	109	0,3	0	0,0	109	0,3
Quindío	102	0,3	3	0,4	105	0,3
Archipiélago de San Andrés	94	0,3	0	0,0	94	0,3
Risaralda	69	0,2	1	0,1	70	0,2
Vichada	31	0,1	1	0,1	32	0,1
Vaupés	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	36 532	100	708	100	37 240	100

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

El 55,5 % (22 606) de los casos de dengue se reportaron en 47 municipios, con mayor frecuencia en: Cali – Valle del Cauca, con el 5,2 % (1 954); Yopal – Casanare, con el 4,7 % (1 741); Barranquilla, con 4,6 % (1 717); Cartagena, con 3,3 % (1 233); Sincelejo – Sucre, con el 3,1 % (1 138); Villavicencio – Meta (983) y Cúcuta – Norte de Santander (950), con el 2,6 % cada uno; Acacías – Meta, con el 2,4 % (885); Santiago de Tolú – Sucre, con el 1,9 % (699); Montería – Córdoba, con el 1,8 % (686); El Carmen de Bolívar – Bolívar, con el 1,7 % (643); Riohacha – La Guajira, con el 1,6 % (599); Soledad – Atlántico, con el 1,5 % (543); Neiva – Huila, con el 1,4 % (510); Valledupar – Cesar (502), Arjona – Bolívar (498) y Aguazul – Casanare (473), con el 1,3 % cada uno; Espinal – Tolima, con el 1,1 % (425); y Saravena (Arauca), con el 1,0 % (368).

Se hospitalizó al 83,8 % (15 820) de los casos de dengue con signos de alarma y al 97,0 % (687) de los casos con dengue grave. Con respecto a la hospitalización de los casos de dengue con signos de alarma, Vaupés alcanza porcentajes de hospitalización del 100 % de los casos, mientras que las entidades que hospitalizaron menos del 70,0 % de los casos son: Bolívar, Valle del Cauca, Quindío, Magdalena, Chocó y Vichada. Las entidades notificadoras en las que no se registró hospitalización del 100 % de los casos de dengue grave fueron: Sucre, Cartagena, Córdoba, Cesar, Cali, Atlántico, La Guajira, Santander, Bolívar, Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Santa Marta.

A semana 30 de 2022 se han confirmado el 57,1 % (21 281) de los casos de dengue notificados. Según clasificación, se confirmó el 67,1 % (12 672) de los casos de dengue con signos de alarma y 83,2 % (589) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Chocó, Vichada y Vaupés; mientras que, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Huila, Magdalena, Nariño, Quindío y Risaralda, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

La incidencia nacional de dengue es de 104,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Casanare, Amazonas, Meta, Sucre, Guainía, Arauca, La Guajira, Bolívar y Guaviare se estiman tasas de incidencia superiores a 200,0 casos por 100 000 habitantes (figura 12).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

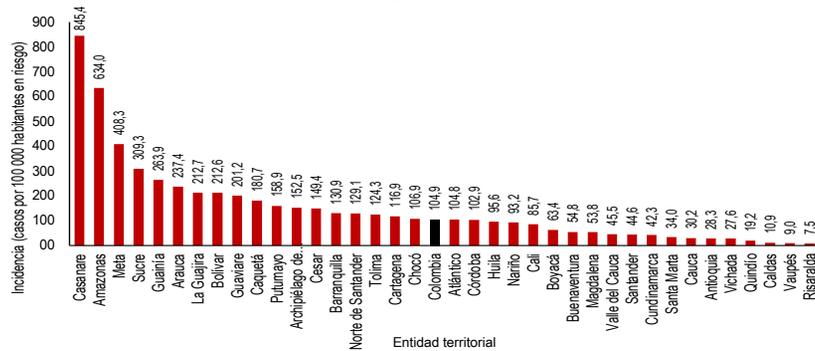
Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

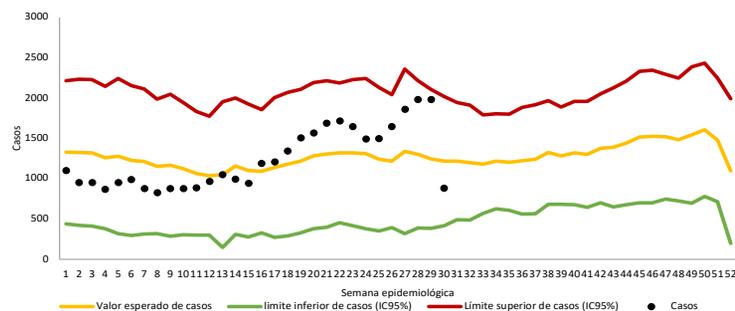
Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 30 de 2022



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

A semana epidemiológica 30 de 2022, el evento a nivel nacional se encuentra en situación: alerta, comparado con su comportamiento histórico (figura 13).

Figura 13. Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 30 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).

Tabla 9. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 27 a 29 de 2022

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

A semana 30 de 2022, se han notificado 138 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 22 muertes procedentes de: Cesar y La Guajira, con 4 casos cada uno; Atlántico, Córdoba y Santander, con 2 casos cada uno; Bolívar, Cali, Casanare, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo y Exterior (Venezuela), con 1 caso cada uno. Se descartaron 56 casos y se encuentran en estudio 60 muertes procedentes de: Cesar, con 9 casos; Barranquilla y La Guajira, con 6 casos cada uno; Bolívar y Antioquia, con 4 casos cada uno; Córdoba con 4 casos; Santander y Tolima, con 3 casos cada uno; Atlántico, Casanare, Chocó, Meta y Sucre, con 2 casos cada uno; Buenaventura, Cali, Cartagena, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta, Valle del Cauca y Exterior, con 1 caso cada uno.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 30 de 2022, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580). Los indicadores se presentan en distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

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

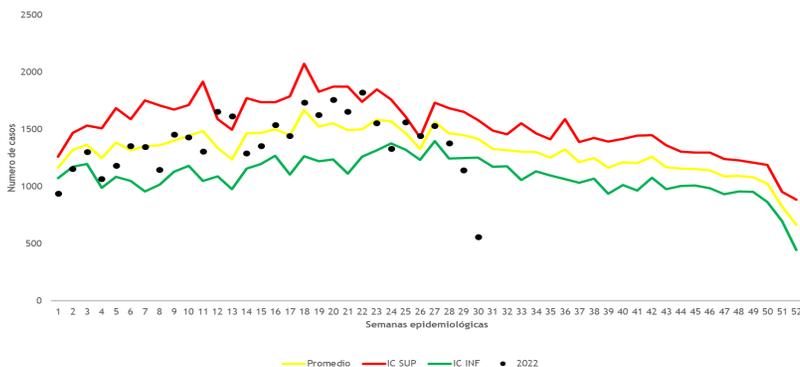
En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

Malaria

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 14. Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 30, 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 30 se notificaron 1 570 casos de malaria, teniendo un acumulado de 42 264 casos, de los cuales 41 231 son de malaria no complicada y 1 033 de malaria complicada. Predomina la

infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 58,1 % (24 542), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 40,9 % (17 270) e infección mixta con 1,1 % (452).

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (34,0 %), Nariño (17,1 %), Córdoba (12,9 %), Antioquia (10,3 %) y Guainía (5,9 %) aportan el 80,2 % de los casos de malaria no complicada (Tabla 10).

Tabla 10. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 30 de 2022

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	213	7832	0	5994	14039	34,00
Nariño	53	5217	0	1779	7049	17,10
Córdoba	26	823	0	4451	5300	12,90
Antioquia	34	711	0	3506	4251	10,30
Guainía	27	127	0	2284	2438	5,90
Norte de Santander	0	1	0	1384	1385	3,40
Cauca	1	1106	0	37	1144	2,80
Risaralda	5	147	0	706	858	2,10
Guaviare	5	65	0	698	768	1,90
Amazonas	1	8	0	721	730	1,80
Bolívar	30	130	0	556	716	1,70
Buenaventura	4	486	0	209	699	1,70
Vichada	8	180	0	507	695	1,70
Exterior	8	74	0	404	486	1,18
Meta	3	23	0	341	367	0,90
Caquetá	1	38	0	26	65	0,20
Vaupés	0	6	0	38	44	0,10
Sucre	1	10	0	15	26	0,10
Putumayo	1	9	0	16	26	0,10
Valle del Cauca	0	4	0	21	25	0,10
Cali	1	8	0	12	21	0,10
La Guajira	0	2	0	17	19	0,00
Desconocido	0	4	0	12	16	0,04
Cesar	0	0	0	10	10	0,00
Casanare	0	0	0	9	9	0,00
Atlántico	0	5	0	4	9	0,00
Huila	0	2	0	5	7	0,00
Arauca	0	0	0	7	7	0,00
Magdalena	0	1	0	5	6	0,00
Santander	0	1	0	5	6	0,00
Caldas	0	1	0	4	5	0,00
Total	423	17021	0	23787	41231	100

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

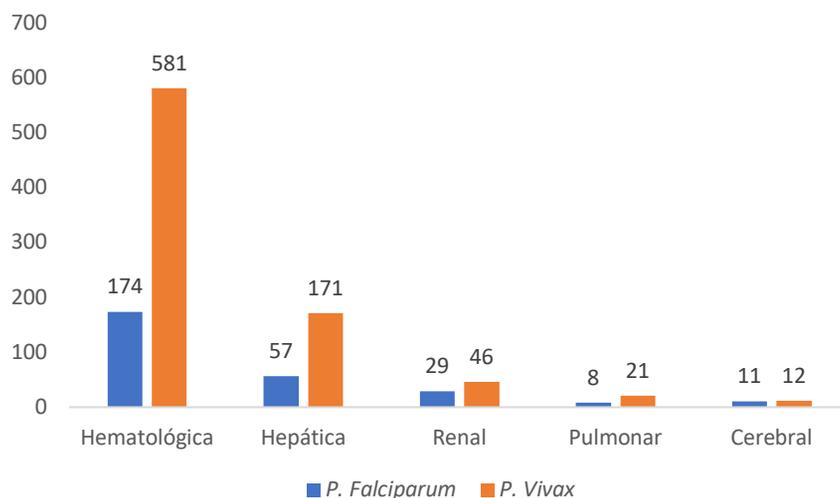
Malaria Complicada

Se notificaron 1 033 casos de malaria complicada, que proceden de 27 entidades territoriales y 28 casos procedentes del exterior. Antioquia, Chocó, Nariño, Meta, Risaralda, Córdoba y Guaviare notifican el 71,8 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 61,7 % (637) corresponde a hombres. El 42,7 % (441) se presenta en personas de 15 a 29 años y 11,7 % (121) se presentó en afrocolombianos, 19,2 % (198) en Indígenas. Por lugar de procedencia, el 47,6 % (491) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 59,8 % (618) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 68 % (755) presentaron complicaciones hematológicas, 21 % (228) complicaciones hepáticas, 7 % (75) complicaciones renales, 3 % (29) a nivel pulmonar y 2 % (23) complicación cerebral (Figura 15).

Figura 15. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semana epidemiológica 30 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 30 de 2022 se han notificado 15 casos probables de muerte por malaria, nueve casos confirmados como muerte por malaria por unidad de análisis: dos procedentes del municipio de Tierralta (Córdoba), uno procedente del municipio de Bagadó y uno procedente de Alto Baudó (Chocó), uno procedente de La Virginia y uno procedente de Dosquebradas (Risaralda), uno procedente del municipio de Zaragoza (Antioquia), uno procedente de Tumaco (Nariño), y uno procedente del distrito de Cali. Se encuentran 6 casos pendientes por unidad de análisis: un caso de Chocó (municipio de Istmina), un caso de Norte de Santander (municipio de Tibú), y dos casos de Nariño (municipios Santa Barbara y Olaya Herrera), un caso procedente del Exterior (Nigeria) y un caso de Vaupés (Mitú).

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 30, un departamento está por encima del número esperado de casos y cinco 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 30 de 2022

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

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 30, 13 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Apartadó, Cáceres, Caucasia (Antioquia) y Guapi (Cauca) (Tabla 12).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Tabla 12. Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 30 en Colombia, 2022

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Guainía	Inírida	2373	424	407
Cauca	Guapi	780	54	83
Chocó	Medio Baudó	681	70	148
Antioquia	Apartadó	571	31	88
Chocó	Istmina	442	63	72
Chocó	Carmen del Darién	408	21	55
Antioquia	Cáceres	266	14	24
Meta	Mapiripán	260	7	36
Cauca	López	101	12	46
Chocó	Juradó	83	3	35
Antioquia	Caucasia	71	6	14
Chocó	Riosucio	65	5	16
Antioquia	Arboletes	34	4	14

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 30, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, se encuentran en situación de brote los municipios de Juradó y Riosucio. Se encuentran en decremento: Atrato, Bagadó, Medio Atrato, Quibdó y Río Quito y en incremento Acandí, Juradó y Riosucio.

Tabla 13. Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 30, Colombia, 2022

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica	Estrato de riesgo
Chocó	Acandí	79	8	14	Aumento	Seguridad	4
	Atrato	275	51	14	Disminución	Seguridad	5
	Bagadó	739	144	108	Disminución	Seguridad	5
	Juradó	83	3	35	Aumento	brote	4
	Lloró	478	80	74	Ninguno	Seguridad	5
	Medio Atrato	409	89	79	Disminución	Seguridad	5
	Quibdó	3013	554	333	Disminución	Seguridad	5
	Río Quito	326	72	52	Disminución	Seguridad	5
	Riosucio	65	5	16	aumento	brote	5
	Unguía	36	3	3	Ninguno	Seguridad	4
Buenaventura	Buenaventura	716	279	130	Ninguno	Seguridad	5
Nariño	Tumaco	1308	212	88	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 30 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 Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de la situación de viruela símica en Colombia, 01 agosto de 2020

Desde el 23 de mayo al 1 de agosto de 2022, el Sistema de Alerta Temprana del INS ha recibido y gestionado 70 señales/alertas de viruela símica; 43 fueron descartadas (29 por laboratorio y 14 no cumplían con definición de caso), 20 fueron confirmadas por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR). Respecto a los casos confirmados, estos fueron notificados por las entidades territoriales de Bogotá (14), Antioquia (3), Cundinamarca, Risaralda y Valle del Cauca (1) caso respectivamente. Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y características clínicas, todos los casos son hombres, con una media de edad de 31 años (24 a 41), todos los casos presentaron exantema y no se han registrado muertes.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx#dtviruela>

Brote de varicela en población privada de la libertad en Valledupar-Cesar, 3 agosto 2022

Se notifica un brote de varicela en población privada de la libertad con una tasa de ataque de 9,6 %. No han registrado casos graves y se han realizado medidas de control como limpieza y desinfección, uso de tapabocas, higienización de manos y educación en medidas de transmisión de la enfermedad

Fuente Informe Departamento del Cesar y Secretaría de Salud de Valledupar.

Brote Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en población escolarizada, Puerto Gaitán, meta, 28 julio de 2022

El 25 de julio se notificó un brote de ETA, en población escolarizada con una tasa de ataque 42 %; el cuadro clínico consistió en cefalea, diarrea, vómito, náuseas y dolor abdominal; los alimentos probablemente implicados fueron carne de cerdo, pechuga y agua. Los afectados requirieron manejo ambulatorio y no se presentaron casos graves. Se observa un periodo de incubación entre 5 y 8 horas. Se recomendó realizar entrenamiento en buenas prácticas de manipulación de alimentos.

Fuente Informe Departamento del Meta y Secretaría de Salud de Puerto Gaitán.

Eventos de control internacional en Colombia

En la semana epidemiológica 30 de 2022 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, cólera, 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. Organización mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 3 de agosto de 2022.

A nivel mundial, el número de casos semanales disminuyó un 9 % durante la semana del 25 al 31 de julio de 2022 en comparación con la semana anterior, con más de 6,5 millones de casos nuevos informados. El número de nuevas muertes semanales se mantuvo estable esta semana en comparación con la semana anterior, con más de 14 000 muertes reportadas. Al 31 de julio de 2022, se han notificado más de 574 millones de casos confirmados y más de 6,3 millones de muertes en todo el mundo.

A nivel regional, el número de nuevos casos semanales notificados aumentó en la Región del Pacífico Occidental (+20 %) y la Región de África (+5 %);

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

al mismo tiempo, disminuyó o se mantuvo estable en la Región de Europa (-35 %), la Región del Mediterráneo Oriental (-12 %), la Región de Asia Sudoriental (-2 %) y la Región de las Américas (-2 %). El número de nuevas muertes semanales aumentó en la Región del Pacífico Occidental (+44 %), la Región del Mediterráneo Oriental (+26 %), la Región de Asia Sudoriental (+20 %) y la Región de África (+12 %), mientras que disminuyó en la Región Europea (-26 %). El número de nuevas muertes semanales en la Región de las Américas fue similar al reportado durante la semana anterior.

A nivel de país, las cifras más altas de casos nuevos semanales se notificaron en Japón (1 379 099 casos nuevos; 42 %), los Estados Unidos de América (923 366 casos nuevos; +2 %), la República de Corea (564 437 casos nuevos; +25 %), Alemania (459 724 casos nuevos; -26 %) e Italia (394 583 casos nuevos; -26 %). Los números más altos de nuevas muertes semanales se informaron en los Estados Unidos de América (2 626 nuevas muertes; -10 %), Brasil (1 827 nuevas muertes; +31 %), Italia (1 205 nuevas muertes; +27 %), Japón (655 nuevas muertes; +141 %) y Australia (637 nuevas muertes; +24 %).

Las tendencias actuales en los casos y muertes de COVID-19 notificados deben interpretarse con cautela, ya que varios países han ido cambiando progresivamente las estrategias de prueba de COVID-19, lo que ha resultado en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un menor número de casos detectados. Además, la OMS actualiza continuamente los datos de los países para incorporar los cambios en los casos y muertes de COVID-19 notificados por los países de forma retrospectiva.

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

A nivel mundial, del 1 de julio al 1 de agosto de 2022, se recopilaron y cargaron en GISAID 204 668 secuencias. Entre estas, 203 440 secuencias eran la variante preocupante de ómicron (VOC) y sus linajes descendientes, lo que representa el 99 % de las secuencias notificadas a nivel mundial en los últimos 30 días. Una comparación de secuencias enviadas a GISAID en la semana epidemiológica 29 (17 al 23 de julio de 2022) y la semana 28 (10 al 16 de julio de 2022) muestra que los linajes descendientes de BA.5 y BA.4 ómicron continuaron siendo dominantes a nivel mundial, con una prevalencia semanal que aumentó del 63,8 % al 69,6 % y del 10,9 % al 11,8

%, respectivamente. Por el contrario, dentro del mismo período de tiempo, las secuencias BA.2.12.1 y BA.2 mostraron una disminución del 4,4 % al 1,9 % y del 2 % al 1,5 %, respectivamente.

Las tendencias actuales que describen la circulación de los linajes descendientes de ómicron deben interpretarse teniendo debidamente en cuenta las limitaciones de los sistemas de vigilancia del SARS-CoV-2, incluidas las diferencias en la capacidad de secuenciación y las estrategias de muestreo entre países, así como los cambios en las estrategias de muestreo y las reducciones en las pruebas y secuencias que se llevan a cabo y se comparten desde países de todo el mundo.

Región Africana

La Región de África notificó más de 17 000 casos nuevos, un aumento del 5 % en comparación con la semana anterior. Sin embargo, 14 países (31 %) informaron un aumento en el número de casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Liberia (30 frente a un caso nuevo; +2 900 %), Seychelles (160 frente a siete casos nuevos; +2 186 %) y Ruanda (323 frente a 49 casos nuevos; +559 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Reunión* (5 687 casos nuevos; 635 casos nuevos por 100 000 habitantes), Sudáfrica (2 422 casos nuevos; 4,1 casos nuevos por 100 000; +2 %) y Burundi (1 714 casos nuevos; 14,4 casos nuevos por 100 000; +68 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región aumentó un 12 % en comparación con la semana anterior, con 83 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se registraron en Sudáfrica (39 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000 habitantes; +56 %), Reunión* (siete nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000) y Malawi (siete nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +17 %).

Región de las Américas

La Región de las Américas notificó más de 1,6 millones de casos nuevos, una cifra similar a la de la semana anterior. Ocho de 56 (14 %) países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en el número de casos nuevos del 20 % o más, y algunos de los mayores aumentos proporcionales se observaron en Montserrat (22 vs siete casos nuevos; +214 %), Honduras (5 105 vs 2

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

657 casos nuevos; +92 %) y Santa Lucía (312 vs 190 casos nuevos; +64 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (923 366 casos nuevos; 279 casos nuevos por 100 000; +2 %), Brasil (284 971 casos nuevos; 134,1 casos nuevos por 100 000; +11 %), y Perú (78 692 casos nuevos; 238,7 casos nuevos por 100 000; -9 %).

El número de nuevas muertes semanales reportadas en la región se mantuvo similar al número reportado en la semana anterior, con poco menos de 6 200 nuevas muertes reportadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (2 626 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -10 %), Brasil (1 827 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +31 %), y Canadá (253 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +22 %).

Región del Mediterráneo Oriental

La Región del Mediterráneo Oriental notificó una disminución del 12 % en los casos esta semana siguiendo una tendencia creciente observada desde finales de mayo de 2022, con más de 156 500 nuevos casos semanales. Cinco países (23 %) informaron aumentos en el número de casos nuevos del 20 % o más, con la proporción más alta aumentos observados en Yemen (28 frente a un caso nuevo; +2 700 %), Somalia (45 frente a 12 casos nuevos; +275 %) y Jordania (4 763 frente a 2 455 casos nuevos; +94 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en la República Islámica de Irán (61 977 casos nuevos; 73,8 casos nuevos por 100 000; +33 %), Líbano (16 609 nuevos casos; 243,3 nuevos casos por 100 000; -19 %), e Irak (15 888 nuevos casos; 39,5 nuevos casos por 100 000; -38 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región aumentó un 26 % con respecto a la semana anterior, con más de 545 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República Islámica de Irán (287 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +75 %), Túnez (99 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -17 %), e Irak (27 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +42 %).

Región Europea

La Región Europea notificó más de 1,9 millones de nuevos casos semanales, una disminución del 35 % en comparación con la semana anterior. Catorce

(23 %) países de la región informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los aumentos proporcionales más altos observados en Kirguistán (981 frente a 88 casos nuevos; +1 015 %), la República de Moldavia (5 793 frente a 3 360 casos nuevos; +72 %) y la Federación de Rusia (69 464 frente a 41 959 casos nuevos; +66 %). Alemania (459 724 casos nuevos; 552,8 casos nuevos por 100 000; -26 %), Italia (394 583 casos nuevos; 661,6 casos nuevos por 100 000; -26 %) y Francia (290 392 casos nuevos; 446,5 casos nuevos por 100 000; -46 %).

Se reportaron más de 4 300 nuevas muertes semanales en la región, una disminución de 26 % en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se registraron en Italia (1 205 nuevas muertes; dos nuevas muertes por 100 000; +27 %), Francia (552 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -27 %) y España (532 nuevas muertes; 1,1 nuevas muertes por 100 000; -34 %).

Región de Asia Sudoriental

En la Región de Asia Sudoriental, la cantidad de casos nuevos se estabilizó esta semana luego de una tendencia creciente en los casos desde principios de junio de 2022, con más de 191 000 nuevos casos reportados. Tres de los 10 países (30 %) para los que hay datos disponibles mostraron aumentos en el número de casos nuevos del 20 % o más, con los mayores aumentos proporcionales observados en Timor del Este (18 frente a ocho nuevos casos; +125 %), Sri Lanka (839 frente a 452 casos nuevos; +86 %) y Nepal (2 974 frente a 2 214; +34 %). India (131 056 casos nuevos; 9,5 casos nuevos por 100 000; -5 %), Indonesia (38 756 casos nuevos; 14,2 casos nuevos por 100 000; +16 %) y Tailandia (14 323 nuevos casos; 20,5 nuevos casos por 100 000; -15 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región aumentó un 20 % con respecto a la semana anterior, con cerca de 700 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en India (324 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; cifras similares a las de la semana anterior), Tailandia (228 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +42 %), e Indonesia (91 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +72 %).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Región del Pacífico Occidental

La Región del Pacífico Occidental continúa informando una tendencia creciente en los casos por sexta semana consecutiva, con más de 2,6 millones de casos nuevos informados, un aumento del 20 % en comparación con la semana anterior. Doce países (35 %) informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en los Estados Federados de Micronesia (5 109 frente a 111 casos nuevos; +4 503 %), Islas Cook (195 frente a 33 casos nuevos casos; +491 %) y Guam (819 frente a 448 casos nuevos; +83 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en Japón (1 379 099 casos nuevos; 1 090,4 casos nuevos por 100 000; +42 %), la República de Corea (564 437 casos nuevos; 1 100,9 casos nuevos por 100 000; +25 %), y Australia (306 679 casos nuevos; 1 202,7 casos nuevos por 100 000; -18 %).

La región reportó más de 2 300 nuevas muertes semanales, un aumento del 44 % en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Japón (655 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +141 %), Australia (637 nuevas muertes; 2,5 nuevas muertes por 100 000; +24 %) y China (403 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -12 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Fecha de Publicación: 3 de agosto de 2022. Fecha de consulta: 4 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---3-august-2022>

Boletín de vigilancia de la oficina Regional Europea de la OMS en conjunto con ECDC sobre la hepatitis de origen desconocido en niños, Centro Europeo para el control de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 29 de julio de 2022.

Hasta el 28 de julio de 2022, 21 países han notificado 508 casos de hepatitis aguda de etiología desconocida: (Austria (seis), Bélgica (14), Bulgaria (uno), Chipre (dos), Dinamarca (ocho), Francia (nueve), Grecia (12), Irlanda (24), Israel (cinco), Italia (36), Letonia (uno), Luxemburgo (uno), Países Bajos (15), Noruega (seis), Polonia (15), Portugal (20), República de Moldavia (uno), Serbia (uno), España (46), Suecia (12) y el Reino Unido (273)).

Desde el último boletín de vigilancia, que utilizó datos al 1 de julio de 2022, se han notificado 48 nuevos casos en 12 países (Austria (tres), Dinamarca

(uno), Francia (dos), Grecia (uno), Irlanda (ocho), Italia (uno), Noruega (uno), Polonia (cinco), Portugal (tres), España (seis), Suecia (dos) y el Reino Unido (15)). Dos casos previamente clasificados como probables fueron posteriormente descartados. Un caso (Suecia) previamente descartado fue reclasificado como probable. Doce casos (Reino Unido, Portugal) notificados anteriormente no se incluyeron en la última actualización de datos.

El número de casos notificados aumentó considerablemente a partir de la semana 12 y se mantuvo estable entre 26 y 39 casos por semana hasta la semana 18 inclusive. Dado que la hepatitis grave puede tardar algún tiempo en desarrollarse tras los síntomas iniciales, y dado que se requieren investigaciones para descartar causas conocidas, hay un retraso esperado en la notificación. Por lo tanto, la reciente disminución de casos es difícil de interpretar.

La mayoría (76,6 %) de los casos tienen cinco años o menos. De los 508 casos probables, 339 tienen información disponible sobre el resultado clínico. De estos, 242 se han recuperado, 94 permanecen bajo atención médica y tres muertes se han asociado a esta enfermedad.

De 316 casos con información disponible, 88 (27,8 %) requirieron ingreso en unidad de cuidados intensivos. De los 271 casos de los que se dispone de esta información, 22 (8,1 %) han recibido un trasplante hepático.

En general, se analizaron 398 casos de adenovirus por cualquier tipo de muestra y tuvieron un resultado positivo o negativo válido. De estos, 217 (54,5 %) dieron positivo. La tasa de positividad fue la más alta en las muestras de sangre total (52,9 %). Los datos de tipificación solo están disponibles para ocho casos: tipo 31 (n = 1), tipo 40 (n = 1), tipo 41 (n = 4) y tipo otro (n = 2).

De los 348 casos analizados por PCR para SARS-CoV-2, 39 (11,2 %) fueron positivos. Los resultados de serología para SARS-CoV-2 solo están disponibles para 84 casos, de los cuales 52 (61,9 %) resultaron positivos. De los 134 casos con datos de vacunación contra la COVID-19, 116 (86,6 %) no estaban vacunados.

Fuente: Centro Europeo para el Control de Enfermedades. Boletín de vigilancia sobre la hepatitis de origen desconocido en niños. Fecha de publicación: 29 de julio de 2022. Fecha de consulta: 4 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/hepatitis/joint-hepatitis-unknown-origin-children-surveillance-bulletin>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Boletín de vigilancia de la Región Europea de la OMS y el ECDC sobre Viruela símica, Centro Europeo para el control de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 3 de agosto de 2022.

Se han identificado un total de 15 926 casos de viruela símica a través de los mecanismos del RSI y los recursos públicos oficiales hasta el 2 de agosto de 2022 a las 14:00, en 38 países y áreas de toda la región europea. Se informaron datos para 15 624 casos de 32 países y áreas al ECDC y la Oficina Regional de la OMS para Europa a través del Sistema Europeo de Vigilancia (TESSy), hasta el 2 de agosto de 2022.

De los 15 624 casos notificados en TESSy, 15 524 fueron confirmados por laboratorio. Además, donde la secuenciación estaba disponible, se confirmó que 203 eran del clado de África Occidental. La fecha más temprana de aparición de los síntomas se informó el 11 de marzo de 2022. La mayoría de los casos tenían entre 31 y 40 años (6 349/15 595 - 41 %) y eran hombres (15 439/15 572 - 99,1 %). Entre los casos con estado serológico conocido, el 36 % (2 690/7 487) eran seropositivos para VIH. La mayoría de los casos se presentaron con erupción cutánea (9 126/9 626 - 94,8 %) y síntomas sistémicos como fiebre, fatiga, dolor muscular, escalofríos o dolor de cabeza (6 300/9 626 - 65 %). Se hospitalizaron 399 casos (5,6 %), de los cuales 150 casos requirieron atención clínica. Tres casos ingresaron en la UCI, de los cuales uno fue ingresado por motivos no relacionados con la infección por viruela del simio. Se informó que los otros dos casos ingresados en la UCI murieron por viruela símica. Se informó que (41) casos eran trabajadores de la salud, sin embargo, no se ha informado exposición ocupacional.

Fuente: Centro Europeo para el Control de Enfermedades, Boletín de vigilancia de la Región Europea de la OMS y el ECDC sobre Viruela símica. Fecha de publicación: 3 de agosto de 2022. Fecha de consulta: 4 de agosto de 2022. Disponible en: <https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>

Brote de enfermedad del virus Marburg en Ghana. Boletín semanal de brotes y otras emergencias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de reporte: 31 de julio de 2022

Un brote de la enfermedad del virus de Marburg (MVD) continúa en la región Ashanti de Ghana con dos nuevos casos informados la semana pasada. Las muestras de sangre de ambos casos dieron positivo por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en el laboratorio del Instituto de Investigación de Medicina Noguchi Memorial (NMIMR). Ambos casos fueron contactos cercanos del primer caso. Desarrollaron síntomas y dieron positivo para MVD en el NMIMR el 22 de julio de 2022. El tercer caso fue una mujer de 22 años, esposa del primer caso, que comenzó a presentar dolor de cabeza el 29 de junio. Hasta el 24 de julio, el equipo de investigación no la había encontrado. El cuarto caso era un niño de 1 año, hijo del primero y del tercer caso. Los síntomas de diarrea comenzaron el 13 de julio de 2022 y, según los informes, murió el 19 de julio.

Hasta el 29 de julio de 2022, se han notificado cuatro casos confirmados con tres muertes (tasa de letalidad del 75 %) en la región de Ashanti, Ghana. Todos los 118 contactos de los dos casos iniciales completaron sus 21 días de seguimiento el 21 de julio de 2022. Estos contactos incluyeron; 50 de la Región Ashanti, 20 de la Región Occidental y 48 de la Región Sabana. La mayoría de ellos (99; 84 %) eran familiares cercanos o contactos comunitarios (incluido el hogar), mientras que 19 (16 %) eran trabajadores de la salud. Tras la detección de los dos casos confirmados adicionales, se identificaron 40 contactos adicionales en la región de Savannah y están bajo estrecha vigilancia. Once (28 %) de los 40 contactos son trabajadores de la salud.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Boletín semanal de brotes y otras emergencias. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361243/OEW31-2531072022.pdf>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

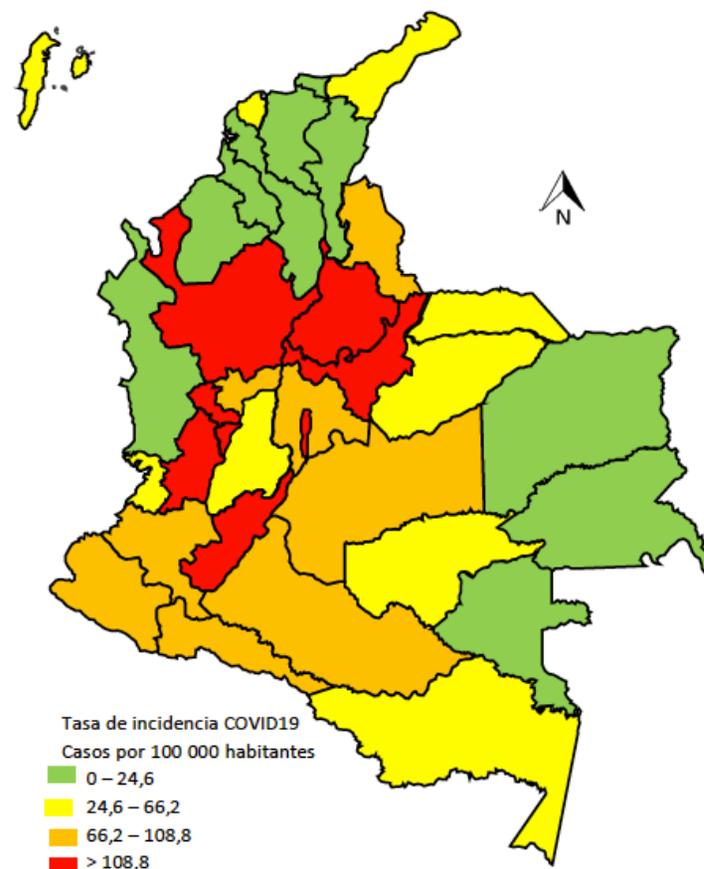
Tablas

SITUACIÓN COVID-19

Entre el 01 de enero de 2022 hasta el 04 de agosto de 2022 en Colombia se han confirmado por laboratorio 898 556 casos y 9 558 muertes por COVID-19 en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 099 municipios. La incidencia nacional acumulada para el 2022 es de 1 771,88 casos por cada 100 000 habitantes. El 1,6 % (14 469) de los casos se encuentran activos, procedentes principalmente de Bogotá D.C. con el 39,8 % (5 764), Antioquia con el 10,2 % (1 489), Valle del Cauca con el 7,8 % (1 128), Santander con el 6,7 % (970), Cundinamarca con el 4,7 % (682) y Norte de Santander con el 3,1 % (448).

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 27 - 30 a nivel nacional se notificaron 56 137 casos de COVID-19 procedentes de 767 municipios y 714 muertes por COVID-19 procedentes de 173 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 123,69 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 1,39 muertes por cada 100 000 habitantes, indicadores que al compararlos con el periodo anterior (SE 23 - 26) se observa una disminución significativa en la incidencia con una variación de (0,6) y un aumento no significativo en la mortalidad con una variación de (1,8). Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (123,69) por 100 000 habitantes fueron: Bogotá (384,53), Cali (282,91), Putumayo (167,44), Santander (146,56), y Valle del Cauca (132,37) (mapa 3).

Mapa 3. Incidencia de casos confirmados COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 27 - 30, 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 (261,21 casos por cada 100 000 habitantes), así como la mayor tasa de mortalidad (8,87 muertes por cada 100 000 habitantes) (tabla 14).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

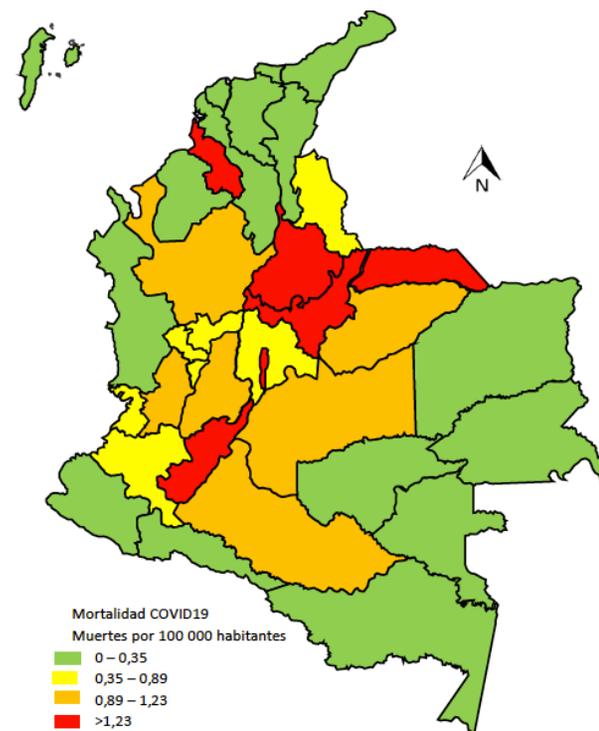
Tabla 14. Indicadores de COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 27 - 30, 2022

Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes
0 - 4 años	3 086	81,42	0	—
5 - 11 años	1 523	28,34	2	0,04
12 - 19 años	2 088	34,47	2	0,03
20 - 39 años	16 807	123,11	16	0,10
40 - 59 años	15 785	156,84	46	0,39
60 años y más	16 848	261,21	648	8,87

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

Entre la SE 27 - 30 de 2022 se notificaron 714 muertes por COVID-19 procedentes de 173 municipios. Las entidades con mayor registro de fallecidos fueron: Bogotá con el 20,7 % (148); Cali con el 14,5 % (104), Antioquia con el 11,6 % (83), Valle del Cauca con el 8,0 % (57), y Santander con el 4,9 % (35); mientras que las que presentaron las mayores tasas de mortalidad (muertes por 100 000 habitantes) fueron: Cali (4,5), Valle del Cauca (2,8), Boyacá (2,2), Huila (2,1), y Bogotá (1,8) (mapa 2). Los municipios con la mayor tasa de mortalidad en el periodo analizado fueron: San Eduardo - Boyacá (59,5), Somondoco - Boyacá (34,3), Otanche - Boyacá (24,7) y Monguí - Boyacá (23,1) (mapa 4).

Mapa 4. Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 27 - 30, 2022



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

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad de las semanas epidemiológicas 27 - 30, 2022 respecto al periodo anterior (SE 23- 26, 2022), se observó que de los 173 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, el 31,8 % (55) presentaron incremento significativo en el indicador de mortalidad, sin embargo, sólo Rionegro - Antioquia, Pasto - Nariño, Villa del Rosario - Norte de Santander, Bucaramanga - Santander, Charalá - Santander, San Gil - Santander, Guadalajara de Buga - Valle del Cauca, Cartago - Valle del Cauca, Guacarí - Valle del Cauca, Roldanillo - Valle del Cauca presentaron mortalidades en el periodo anterior (SE 23 - 26, 2022).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 30

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	29	1	0	190	23	23	306	9	29	0	0	0	1	0	1	26	7	8
Antioquia	360	11	10	8.969	1.110	1.141	1.623	383	389	25	4	3	236	20	24	7.321	2.502	1.985
Arauca	66	2	2	374	42	54	717	42	233	1	0	0	1	1	0	1.258	391	326
Atlántico	94	2	5	1.723	198	242	1.559	61	424	3	1	0	3	2	2	761	264	283
Barranquilla	14	1	0	1.614	168	218	1.717	53	325	5	0	0	9	3	0	1.355	606	437
Bogotá	1	0	0	11.883	1.557	1.538	0	0	0	74	6	6	41	11	4	19.467	5.734	4.808
Bolívar	161	4	4	1.394	156	177	2.314	88	510	5	0	1	4	1	0	87	43	25
Boyacá	44	1	0	3.086	399	416	136	45	24	6	0	2	0	2	0	1.120	370	399
Buenaventura	12	1	0	104	8	12	173	10	30	0	0	0	0	0	0	83	28	14
Caldas	44	0	2	1.819	267	258	109	46	28	7	0	1	4	2	0	910	313	537
Cali	6	0	0	2.841	394	346	1.954	453	290	9	2	3	57	18	9	3.776	1.333	1.086
Caquetá	119	3	4	587	72	84	750	47	103	2	0	0	1	0	0	1.008	288	279
Cartagena	9	1	0	772	84	102	1.233	11	261	2	1	0	0	1	0	134	73	34
Casanare	109	3	4	722	92	89	3.465	135	368	4	0	0	10	2	0	351	103	134
Cauca	68	2	1	2.925	408	369	327	28	52	4	0	0	1	1	0	951	360	376
Cesar	146	7	5	1.054	137	139	2.005	145	528	3	0	0	2	2	1	942	304	234
Chocó	124	3	2	79	7	10	428	18	111	2	0	0	0	0	0	120	34	32
Córdoba	198	6	5	2.574	258	347	1.910	142	476	6	3	0	0	1	0	521	279	113
Cundinamarca	47	2	0	6.771	832	888	371	197	101	13	0	1	10	2	1	3.933	1.192	1.118
Guainía	12	0	0	73	9	7	121	3	13	0	0	0	3	0	0	7	2	2
Guaviare	55	2	2	162	15	20	167	27	52	2	0	0	0	0	0	59	16	25
Huila	70	3	2	3.113	302	422	982	392	174	7	0	0	16	1	0	1.507	510	534
La Guajira	74	1	3	1.035	112	131	1.434	32	256	1	0	0	4	1	0	417	76	42
Magdalena	92	3	4	1.287	177	155	490	47	110	0	0	0	5	2	0	166	61	56
Meta	162	5	5	1.875	210	256	3.351	255	528	1	0	1	30	1	4	1.686	431	518
Nariño	56	3	4	3.468	392	474	367	26	35	6	1	0	13	1	0	847	226	392
Norte de Santander	222	5	9	2.681	295	338	1.618	164	256	5	0	2	27	27	0	1.448	484	454
Putumayo	101	1	3	798	82	99	531	61	59	5	0	0	2	0	1	267	47	181
Quindío	4	0	1	1.450	200	207	105	60	44	5	1	1	3	1	0	405	128	147
Risaralda	27	1	1	2.083	280	245	70	32	12	8	1	2	5	2	1	1.226	394	362
San Andrés	0	0	0	137	22	19	94	2	1	0	0	0	0	0	0	5	1	3
Santa Marta D.E.	20	1	1	712	152	91	188	13	40	1	0	0	1	0	0	331	109	115
Santander	124	5	5	3.272	350	417	988	346	222	7	0	0	25	6	1	707	221	266
Sucre	47	2	1	1.330	163	167	3.007	120	778	5	0	0	2	1	0	618	282	144
Tolima	92	1	5	3.137	378	452	1.535	362	347	7	0	0	1	2	0	800	262	267
Valle del Cauca	31	1	0	3.888	527	499	885	202	207	11	2	2	10	1	2	1.150	375	420
Vaupés	34	1	0	63	9	6	1	0	0	0	0	0	1	0	0	25	8	12
Vichada	22	1	3	138	13	14	32	9	4	0	0	0	0	0	0	24	9	4
Total nacional	2.896	86	93	80.183	9.900	10.472	37.063	4.066	7.420	242	22	25	528	115	51	55.819	17.866	16.172

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 30

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	738	253	98	14	1	6	3.799	776	714	61	8	27	0	0	0	2.569	424	37	
Antioquia	4.451	565	569	95	20	25	745.835	71.203	113.771	27.083	2.557	3.768	3.805	95	425	249.190	37.753	31.35	
Arauca	15	5	2	5	1	2	14.593	2.647	2.760	853	140	224	19	4	4	3.956	761	51	
Atlántico	9	2	2	10	4	2	89.722	9.861	17.385	1.177	183	213	404	64	58	25.519	4.586	4.10	
Barranquilla	0	1	0	31	3	14	139.352	15.329	23.043	3.770	350	464	1.081	62	98	34.430	6.672	4.56	
Bogotá	0	1	0	116	21	28	1.100.450	105.466	185.010	52.608	5.823	6.432	6.812	699	815	432.351	56.355	46.71	
Bolívar	769	104	71	22	4	1	98.051	10.685	13.229	22	1.873	189	300	249	1	32	18.185	3.156	2.50
Boyacá	0	2	0	16	4	5	93.212	13.029	15.641	4.705	427	743	529	24	75	27.443	4.272	3.50	
Buenaventura	716	141	130	2	1	1	5.403	1.097	817	112	0	9	15	0	2	1.211	717	17	
Caldas	6	2	0	5	2	2	47.755	8.316	9.222	2.199	308	371	705	35	97	16.415	3.247	2.17	
Call	23	6	13	49	10	12	156.261	22.383	19.923	4.201	530	682	425	59	36	57.675	13.314	6.61	
Caquetá	73	4	8	10	2	3	22.640	4.185	3.276	1.276	122	172	363	2	10	7.904	1.767	87	
Cartagena	0	1	0	13	3	2	140.467	16.165	15.838	2.441	390	357	784	113	99	25.715	4.758	4.95	
Casanare	9	4	2	2	1	1	22.391	2.937	3.270	654	64	128	96	0	14	7.040	1.238	83	
Cauca	1.158	151	168	18	3	5	75.442	9.176	12.080	1.548	125	205	171	0	4	32.645	4.452	4.32	
Cesar	13	2	2	6	4	1	76.341	10.352	10.329	4.016	556	670	287	40	20	22.874	4.722	2.20	
Chocó	14.210	2.171	1.988	9	1	1	16.655	1.271	1.860	839	118	114	61	0	6	5.091	889	71	
Córdoba	5.364	532	755	18	3	2	154.288	14.842	20.436	3.114	236	369	290	21	37	25.680	5.326	3.26	
Cundinamarca	0	1	0	25	9	5	277.685	24.797	46.445	9.215	783	1.132	1.625	64	307	101.446	11.644	12.11	
Guainía	2.476	187	414	1	1	0	1.699	222	174	140	22	15	11	0	0	1.036	128	8	
Guaviare	823	86	118	2	1	0	4.138	745	451	346	56	21	55	0	0	1.404	321	15	
Huila	8	1	1	15	2	7	88.022	11.578	14.213	4.819	382	634	444	45	70	26.989	4.491	3.41	
La Guajira	22	4	0	3	1	0	125.015	10.728	15.263	3.746	430	480	298	30	34	22.836	4.696	3.24	
Magdalena	6	2	0	8	3	3	64.650	7.744	9.145	3.253	178	378	11	1	1	22.363	4.014	2.95	
Meta	437	26	67	8	4	3	60.093	8.009	8.904	2.362	195	424	282	27	40	24.393	4.843	2.85	
Nariño	7.164	983	720	31	7	7	101.090	14.481	15.628	4.150	387	548	232	8	31	26.774	7.931	3.36	
Norte de Santander	1.437	161	175	27	4	7	96.404	11.465	12.820	6.218	670	956	839	40	173	32.887	6.323	4.01	
Putumayo	34	4	4	3	1	1	20.916	2.600	2.752	1.289	117	141	93	0	9	5.896	1.150	65	
Quindío	6	1	0	2	1	1	37.654	6.010	7.667	480	254	98	150	18	25	15.032	2.900	2.00	
Risaralda	924	63	82	12	4	1	67.783	8.586	11.730	2.321	273	345	123	16	12	21.198	4.274	2.75	
San Andrés	0	0	0	3	0	0	6.110	711	661	409	91	35	17	1	0	1.930	330	34	
Santa Marta D.E.	0	1	0	4	1	2	33.728	2.154	6.107	873	153	189	348	26	42	6.494	1.296	95	
Santander	9	2	1	19	7	6	128.134	15.409	20.676	8.965	1.056	1.237	1.387	150	182	48.779	6.907	6.55	
Sucre	32	4	8	5	2	1	59.712	8.608	8.902	3.634	552	833	570	69	97	12.082	3.598	1.68	
Tolima	0	1	0	10	4	0	85.424	11.553	12.524	4.460	367	816	535	77	60	26.589	6.038	3.62	
Valle del Cauca	31	8	3	25	7	4	108.348	12.913	15.833	2.259	261	265	424	11	33	41.890	7.572	5.25	
Vaupés	47	19	8	2	1	0	2.335	227	516	81	10	14	41	0	1	621	87	8	
Vichada	717	146	89	5	1	2	3.976	302	956	21	9	4	3	0	0	889	176	17	
Total nacional	41.727	5.647	5.498	651	149	163	4.375.573	478.562	679.971	171.571	18.372	23.813	23.584	1.799	2.949	1.437.421	233.128	175.88	

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

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 30

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	20	13	2	4	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	38	14	4	
Antioquia	53	522	84	75	8	8	0	414	66	47	45	4	1	279	51	38	1.296	477	146
Arauca	16	55	5	9	1	1	0	14	1	3	4	0	0	2	4	0	29	33	3
Atlántico	98	156	23	19	1	2	0	28	11	1	1	1	0	3	1	0	181	197	21
Barranquilla	53	172	34	16	3	2	1	46	13	3	0	1	0	23	1	5	185	221	32
Bogotá	19	513	88	67	13	8	0	610	342	64	257	5	5	593	110	41	2.397	1.055	252
Bolívar	98	137	22	10	1	2	0	24	3	0	0	1	0	8	4	1	122	100	14
Boyacá	94	87	14	13	5	2	1	86	21	13	24	1	0	18	8	0	433	133	31
Buenaventura	70	38	8	3	0	1	0	7	1	0	0	0	0	2	0	0	14	12	2
Caldas	29	66	10	12	0	1	0	48	8	4	3	0	0	3	5	0	253	84	20
Cali	13	167	30	18	2	3	0	158	20	18	1	1	0	33	8	3	687	250	48
Caquetá	73	33	8	2	1	1	0	9	4	0	0	0	0	16	5	3	100	50	8
Cartagena	56	157	25	12	1	2	0	19	2	2	0	1	0	0	3	0	154	149	22
Casanare	36	47	6	2	0	1	0	14	3	0	4	0	0	1	4	0	168	46	10
Cauca	22	167	24	17	6	2	0	46	11	3	1	1	0	14	4	2	207	62	23
Cesar	93	140	28	17	2	2	0	23	4	2	2	1	0	4	9	0	165	76	46
Chocó	19	124	18	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	49	3	2	19	10	4
Córdoba	50	240	44	29	1	3	0	72	31	3	0	1	0	6	3	0	358	212	29
Cundinamarca	14	220	39	24	7	5	0	179	55	19	54	2	1	116	23	12	9	4	1
Guainía	84	10	1	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	1.149	338	112
Guaviare	50	6	1	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	26	15	1
Huila	11	124	19	17	5	2	0	106	11	12	5	1	0	34	11	5	305	113	24
La Guajira	43	283	36	25	0	2	0	22	3	3	0	1	0	94	1	1	150	82	10
Magdalena	31	121	22	13	0	2	0	14	4	1	1	1	0	8	1	2	86	55	11
Meta	50	125	15	16	3	2	1	40	11	3	10	1	1	16	7	2	200	107	32
Nariño	51	117	22	11	2	2	0	70	10	11	1	1	0	63	9	8	506	143	35
Norte de Santander	17	148	24	19	9	2	0	85	19	3	5	1	0	27	12	6	567	229	51
Putumayo	36	32	5	5	0	1	0	35	4	3	1	0	0	5	1	2	71	30	9
Quindío	90	40	6	5	0	1	0	21	4	2	4	0	0	8	0	2	351	68	18
Risaralda	95	85	11	8	3	1	0	27	6	1	0	1	0	4	2	0	342	80	34
San Andrés	40	5	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	16	13	2
Santa Marta D.E.	34	66	12	7	0	1	0	8	2	1	0	1	0	31	1	16	29	36	2
Santander	37	148	23	14	4	3	1	37	10	4	0	2	0	69	19	9	394	206	36
Sucre	82	111	20	16	3	2	0	43	12	2	4	1	0	59	20	9	165	144	9
Tolima	22	86	20	8	3	2	0	35	6	6	9	1	0	16	7	0	507	128	31
Valle del Cauca	99	121	23	12	2	3	0	66	13	9	2	1	0	16	2	0	598	163	51
Vaupés	82	8	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	15	4	0
Vichada	28	19	2	2	1	0	1	3	0	0	1	0	0	2	3	1	10	9	1
Total nacional	38	4.709	776	537	87	68	5	2.413	712	245	443	33	8	1.625	344	170	12.302	5.148	1.185

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 30

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikungunya		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años	
	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	0	0	2	0	0	0	1	1	29	42	8	8	4	11	1	0	2	0
Antioquia	0	0	16	6	0	1	2	9	2.720	2.973	726	608	274	382	19	17	9	4
Arauca	1	0	2	0	0	0	1	0	108	95	11	8	4	5	1	3	1	3
Atlántico	0	0	5	0	0	0	1	2	406	541	1	1	17	29	10	4	0	3
Barranquilla	0	0	6	0	0	0	2	1	424	515	1	2	29	66	7	1	1	0
Bogotá	0	0	0	0	0	3	4	16	1.614	3.116	0	0	33	81	17	14	0	2
Bolívar	0	0	1	0	0	0	1	3	253	629	219	195	32	46	5	7	2	2
Boyacá	0	0	1	0	0	0	2	4	411	574	68	49	7	14	4	3	0	1
Buenaventura	0	0	1	0	0	0	0	0	27	51	14	5	29	44	2	1	0	0
Caldas	0	0	2	0	0	0	0	2	577	659	109	42	10	28	4	4	0	0
Cali	0	0	30	0	0	1	40	17	776	977	2	1	52	160	2	1	0	0
Caquetá	0	0	6	1	0	0	3	1	140	156	154	123	9	55	2	1	1	0
Cartagena	0	0	4	0	0	0	0	2	293	315	1	1	9	66	6	3	1	0
Casanare	6	2	9	1	0	0	0	2	154	174	7	5	11	13	3	1	1	2
Cauca	0	0	1	0	0	0	1	3	458	407	60	27	19	36	4	5	3	2
Cesar	2	0	2	0	0	0	0	2	331	294	26	26	16	32	8	4	3	5
Chocó	0	0	1	0	0	0	0	0	51	43	155	100	33	37	7	8	18	6
Córdoba	0	0	3	1	0	0	2	0	492	571	78	79	14	62	11	8	1	0
Cundinamarca	0	0	23	10	0	0	12	16	974	1.221	108	93	33	66	13	6	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	11	21	26	11	3	22	0	0	1	0
Guaviare	0	0	10	10	0	0	1	0	30	18	240	201	15	20	1	0	0	0
Huila	0	0	16	0	0	0	1	1	499	475	22	3	31	58	2	2	1	0
La Guajira	0	0	0	0	0	0	0	1	133	135	34	16	4	13	17	15	11	15
Magdalena	0	0	1	0	0	0	1	0	173	206	4	3	7	15	10	8	3	2
Meta	0	0	15	0	0	0	4	4	375	427	160	95	11	18	6	2	1	1
Nariño	0	0	0	1	0	0	0	2	688	848	372	171	10	67	8	9	2	0
Norte de Santander	1	3	7	1	0	0	2	1	506	612	223	91	7	30	8	9	2	2
Putumayo	0	0	24	2	0	0	19	1	181	202	140	134	7	12	3	0	1	1
Quindío	0	0	4	1	0	0	0	2	326	304	1	1	22	40	1	1	0	0
Risaralda	0	0	11	2	0	0	3	0	573	714	127	39	60	114	2	2	6	2
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	8	15	0	0	1	1	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	2	0	0	1	0	0	134	141	8	5	4	22	7	0	1	1
Santander	0	4	28	1	0	0	6	0	650	877	407	348	21	72	7	1	1	0
Sucre	0	0	1	0	0	1	2	0	227	273	42	63	17	50	5	2	1	1
Tolima	0	0	31	5	0	0	13	5	664	720	281	80	139	189	3	4	1	1
Valle del Cauca	0	0	9	8	0	1	4	4	714	722	16	8	121	95	7	0	3	1
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	31	18	35	18	2	1	1	0	1	2
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	3	10	18	31	27	1	1	3	1	3	2
Total nacional	10	9	274	50	0	8	128	105	16.171	20.099	3.917	2.687	1.118	2.073	217	147	77	61

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 30

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	2	6	1	0	1	0	3	1	10	6	0	0	22	43	0	2	202	216
Antioquia	39	30	7	6	79	50	78	108	459	751	2	0	1.488	1.938	49	49	10.852	8.556
Arauca	2	3	1	1	4	2	25	27	76	97	0	1	70	91	1	0	431	489
Atlántico	5	7	4	1	17	2	23	35	129	252	1	1	213	262	9	4	1.103	1.305
Barranquilla	6	5	1	3	15	7	40	49	77	274	1	1	338	462	4	8	826	1.324
Bogotá	40	52	0	4	91	394	77	94	461	556	0	0	638	784	18	24	6.202	14.301
Bolívar	9	7	6	10	14	1	26	41	104	204	2	3	86	110	1	2	1.206	1.343
Boyacá	3	2	0	1	15	7	7	20	41	75	0	1	79	109	0	2	1.637	1.765
Buenaventura	1	0	0	2	4	0	6	14	60	90	0	0	104	71	8	5	120	206
Caldas	3	0	0	0	12	5	10	11	63	75	0	0	174	179	1	0	1.419	1.629
Cali	6	1	0	0	26	2	19	29	220	253	0	0	718	893	23	24	3.705	4.442
Caquetá	3	4	2	0	5	1	6	1	41	35	0	0	113	138	4	0	533	517
Cartagena	8	8	1	2	12	0	26	51	73	195	1	0	195	223	1	0	512	684
Casanare	1	4	1	4	5	0	9	25	42	81	0	1	102	66	2	3	686	445
Cauca	4	4	2	2	17	2	13	18	74	136	0	0	161	138	1	3	1.640	1.736
Cesar	11	11	9	14	15	3	12	23	163	215	2	0	211	268	1	0	1.422	1.245
Chocó	20	19	10	19	6	0	21	44	60	170	0	0	115	98	0	1	151	217
Córdoba	6	9	5	2	21	4	25	19	154	186	4	1	156	154	1	1	1.608	2.027
Cundinamarca	12	16	3	4	40	51	39	36	153	202	0	0	251	268	6	5	4.746	6.527
Guainía	1	1	1	1	1	0	3	14	2	17	0	0	8	15	0	0	41	78
Guaviare	1	1	0	0	1	3	2	4	11	17	0	0	21	30	0	2	137	151
Huila	4	7	2	2	13	1	8	15	84	98	1	0	220	241	1	1	3.032	3.640
La Guajira	22	26	23	41	12	1	27	36	109	237	1	0	210	314	2	1	682	735
Magdalena	10	12	8	8	11	0	13	22	115	148	2	3	83	101	1	0	832	915
Meta	5	4	4	5	12	0	18	17	84	133	1	0	297	315	10	10	1.028	1.200
Nariño	7	7	4	2	19	28	12	11	119	144	2	3	93	92	4	1	2.046	2.172
Norte de Santander	7	3	3	3	19	11	20	66	166	333	0	0	313	437	5	9	1.831	2.364
Putumayo	3	4	2	2	4	1	4	2	34	68	0	0	53	64	1	3	516	662
Quindío	3	2	0	1	7	3	8	10	54	45	0	0	121	144	2	5	1.092	1.283
Risaralda	4	4	2	4	11	4	6	21	83	104	0	0	309	399	12	17	1.649	2.122
San Andrés	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	0	0	5	5	0	0	51	74
Santa Marta D.E.	1	3	0	5	6	0	7	11	31	63	1	0	107	117	1	2	345	356
Santander	6	1	1	1	27	4	28	54	152	227	1	0	392	522	8	18	2.954	3.451
Sucre	5	5	3	0	11	8	18	17	109	119	2	1	50	65	1	0	905	1.110
Tolima	6	5	1	4	16	5	19	25	66	128	1	4	268	302	3	9	1.242	1.499
Valle del Cauca	6	4	6	5	23	9	16	30	133	207	1	0	362	400	12	8	3.327	3.792
Vaupés	2	6	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	18	0	0	113	102
Vichada	4	5	5	7	1	0	1	8	9	32	0	0	14	20	0	0	71	98
Total nacional	269	288	113	166	595	609	677	1.009	3.823	5.976	26	20	8.166	9.896	193	219	60.895	74.778

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Semana epidemiológica 30
24 al 30 de julio de 2022



Tema Central:

Paola Elena Leon Velasco pleon@ins.gov.co
Milena Edith Borbón Ramos mborbon@ins.gov.co
Juan Camilo Rojas Hernández jrojash@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/10.33610/23576189.2022.30>
2020

Asistencia técnica de:

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 arodriguezr@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



La salud
es de todos

Minsalud