

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Semana epidemiológica 38
18 al 24 de septiembre de 2022

La rabia



Si un **perro o gato** decides tener, realizar una tenencia responsable es tu deber

Cuidar, alimentar y sobre todo vacunar, para que no sufran esta terrible enfermedad que puede poner en riesgo a la comunidad

¿Qué es la rabia?

es una enfermedad viral zoonótica que afecta tanto a los animales domésticos como a los salvajes. Esta enfermedad viral ataca al sistema nervioso central de los mamíferos incluidos los humanos. Una vez que se desarrollan los síntomas de la enfermedad, la rabia es letal.

Cuál es su impacto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la rabia es una de las enfermedades infecciosas de alta letalidad

Aprox. **60.000** personas mueren al año a nivel mundial

Es una enfermedad endémica en todos los continentes, excepto en la Antártida

95% de las muertes humanas se registran en Asia y África

99% de los casos de rabia en el mundo, son transmitidos por perros

Sept. 28

Día Mundial contra la Rabia

UNA SALUD, CERO MUERTES

INFORMACIÓN DE COLOMBIA

- Últimos casos de rabia humana linaje genético murciélago hematófago
- 2015, 2016 y 2017 • Cundinamarca (linaje genético murciélago hematófago)
- 2020 y 2021 • Huila (linaje genético murciélago hematófago)
- Últimos casos de rabia animal
- 2021 • Dos perros en Magdalena
Un gato en Sucre
Un murciélago en Sucre
- 2022 • Tres zorros en Magdalena

Focos de rabia silvestre en animales de producción **18**

Comó se transmite

A través de la saliva del animal infectado ya sea por un mordisco o un arañazo. Se puede transmitir entre animales o entre animales y humanos

Recuerde: una vez inician los síntomas de esta enfermedad, la rabia progresa rápidamente hasta llegar a la muerte tanto en animales como en humanos.

Ante la mordedura o arañazo de un animal usted debe:

Lavar vigorosamente la herida con agua y jabón durante unos 15 minutos y consultar inmediatamente al centro de salud, de requerir profilaxis esta será indicada.

La rabia



Situación nacional

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



Mortalidad

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



Eventos trazadores

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



Brotes
Actualidad a nivel internacional y nacional



Situación COVID-19 Colombia



Tablas de mando por departamento

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



La rabia es una zoonosis viral que puede afectar a todos los mamíferos, incluyendo al ser humano, produciendo una encefalitis aguda rápidamente progresiva, con una letalidad del 100 %. Este virus pertenece a la familia *Rhabdoviridae* del género *Lyssavirus*, cuyo principal mecanismo de transmisión es por el contacto de saliva infectada con piel no intacta o mucosas.

Si el esquema antirrábico es oportuno, la rabia humana es prevenible cuando se presenta una exposición ocasionada por un animal potencialmente transmisor del virus de rabia. Todos los animales de sangre caliente son susceptibles y pueden transmitir el virus de la rabia, pero el reservorio primario son los mamíferos carnívoros (perros, zorros, zorrillos, entre otros) y los murciélagos. La infección a través de la mordedura de estos animales es la principal vía de transmisión al humano. Los herbívoros (bovinos, equinos, ovinos) actúan como huéspedes accidentales y terminales del virus.

Existen dos ciclos de transmisión del virus de la rabia; el ciclo urbano donde los principales transmisores para los humanos son los perros, ocasionalmente otros animales domésticos y los zorros en Colombia (Magdalena); y el ciclo silvestre transmitido por murciélagos en el país y con el gato como principal intermediario, así como otros animales silvestres.

Colombia, al igual que los países de las Américas, se ha comprometido a eliminar la rabia transmitida por perros en el territorio nacional y a controlar la rabia silvestre transmitida por murciélagos hematófagos; para alcanzar esta meta, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Instituto Colombiano Agropecuario, el Ministerio de Ambiente, las Corporaciones Autónomas Regionales y las entidades territoriales de salud, realizan esfuerzos conjuntos de acuerdo con las normas y competencias vigentes establecidas por ley, dando prioridad a la vigilancia, prevención y control de la rabia en humanos, perros y gatos, animales de producción

del sector agropecuario y animales silvestres del sector ambiental. Así mismo, se cuenta con el compromiso y la responsabilidad del sector salud para lograr este objetivo.

El Instituto Nacional de Salud, realiza la vigilancia integrada de la rabia a través de dos componentes articulados, animal y humano: en animales se realiza la vigilancia epidemiológica de la rabia animal identificando perros o gatos con cuadro clínico compatible con definición de caso de rabia animal y la vigilancia de la rabia por laboratorio para la identificación de posible circulación viral en los territorios, captando animales que aparezcan muertos en vía pública o que mueran en condiciones sospechosas. que capta animales que aparezcan muertos en vía pública o que mueran en condiciones sospechosas. El componente humano está conformado por la vigilancia epidemiológica de la rabia humana y, el componente preventivo, incluye el seguimiento de las agresiones ocasionadas por los animales potencialmente transmisores de rabia (APTR).

El comportamiento epidemiológico de la rabia animal en Colombia, en el periodo 2004 - 2022, demuestra la concentración del linaje de origen urbano en el departamento de Magdalena con la presentación de 27 brotes de rabia animal (Linaje Perro) en los municipios de Ariguaní, Chibolo, El retén, Fundación, Pijiño del Carmen, Piñón, Pivijay, Plato, Santa Ana y Zapayán. Por otro lado, el linaje de origen silvestre presenta el mayor número de brotes de rabia en aquellos animales destinados a la producción primaria (bovinos, équidos, porcinos, entre otros) con un total de 1 357 focos concentrados en la Costa Atlántica, Santander, Norte de Santander y Arauca (fronteras con Venezuela), algunas zonas aisladas de la Orinoquía y Amazonía, todas las zonas ubicadas en los piedemonte de las tres cordilleras y a lo largo del margen del río Magdalena. Adicionalmente, se han presentado 13 brotes de rabia en gatos, perros y murciélagos (Linaje Murciélago hematófago e insectívoro) en los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Huila, Tolima, Valle, Casanare, Magdalena Meta, Sucre (figura 1).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

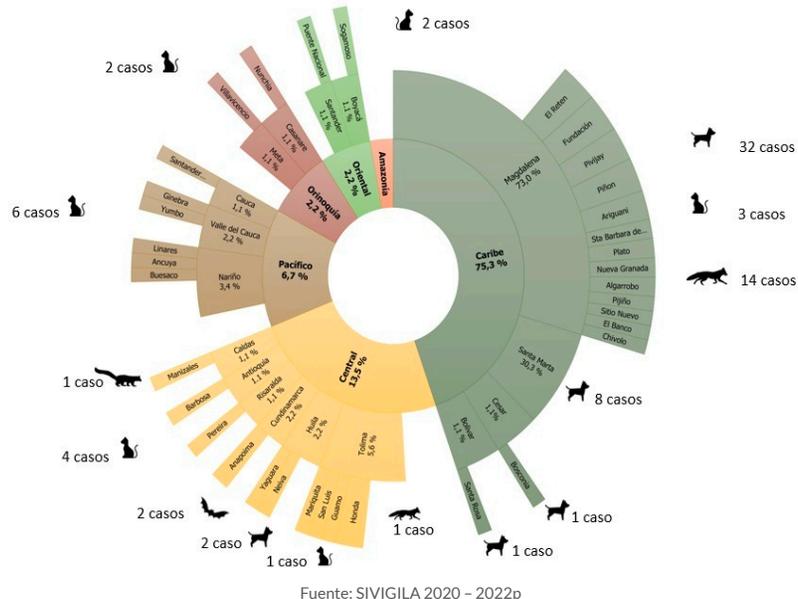
Trazadores

Brotos

COVID-19

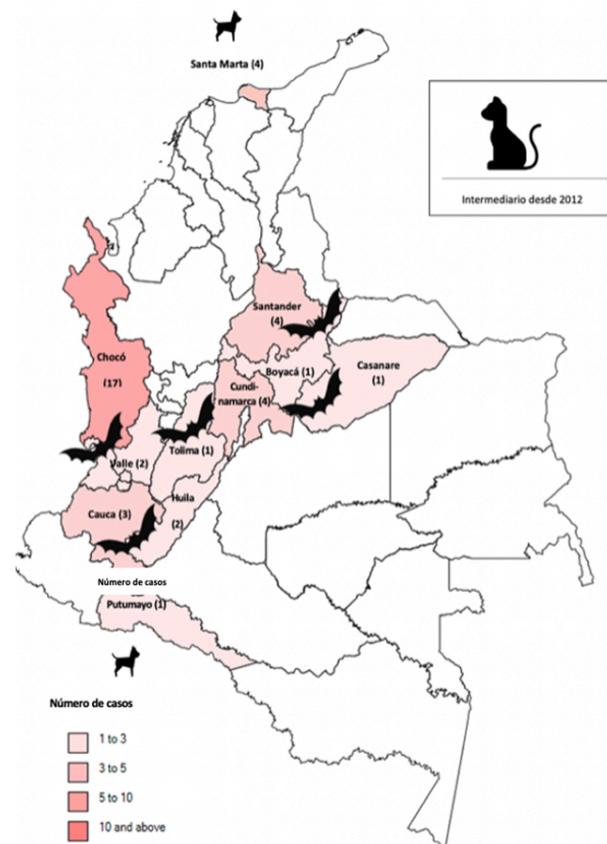
Tablas

Figura 1. Comportamiento de la rabia animal, Colombia 2004 - 2022p



En el período 2000 - 2022p, se presentaron 40 casos de rabia humana en Colombia, siendo los últimos registrados en Neiva y La Argentina en Huila en 2020 y 2021 respectivamente. Desde el 2015, los casos se han concentrado en la región central del país, con linaje silvestre e intermediario gato, con cuatro casos en Cundinamarca y dos en Huila (Ver mapa 1). Es necesario destacar, que a corte de semana epidemiológica 37 de 2022p, no se han presentado casos de rabia humana en el país.

Mapa 1. Distribución número de casos rabia humana, Colombia 2000 - 2022p



En el 2022, se fortaleció la vigilancia de la rabia por laboratorio en Colombia, esta se refiere al envío y procesamiento de muestras de tejido nervioso pertenecientes a animales fallecidos de cualquier especie (a excepción de los animales de producción primaria), que son captadas por las entidades territoriales con el fin monitorear la circulación viral en sus territorios y poder detectar de manera oportuna linajes genéticos no identificados en el país. Para el año en curso, se identificó el aumento de 1,5 veces más muestras (n= 250 muestras), comparado con el histórico 2016 - 2021, principalmente en los departamentos de Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Antioquia, Magdalena, Boyacá, Bolívar, Meta, Santander, Caldas y Tolima. Es importante resaltar y continuar reforzando la vigilancia de la rabia por laboratorio en el país, con el fin de identificar de manera temprana la presencia de circulación del virus de la rabia en el territorio nacional.

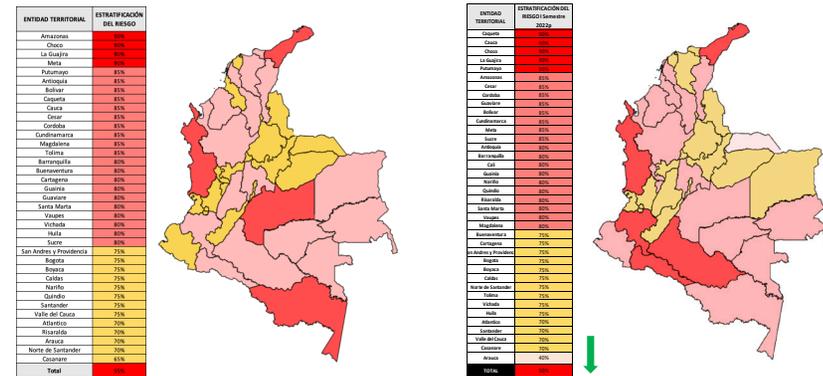
- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotos
- COVID-19
- Tablas

Para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la rabia humana en Colombia, en el 2021 el INS creó una herramienta de estratificación del riesgo de rabia humana con el objetivo de priorizar aquellas entidades territoriales con mayor riesgo de rabia humana, así como identificar factores de riesgo tales como: inadecuadas conductas de acuerdo con la clasificación de la exposición rábica, bajas coberturas de vacunación en perros y gatos, no vigilancia de la rabia animal por laboratorio y el antecedente de circulación viral.

En el mapa 2, se presentan los resultados de la proyección de la estratificación de riesgo de rabia humana al comenzar 2022p y la estratificación del primer semestre de 2022p, encontrando un 95 % al iniciar 2022p y una tendencia a la disminución en primer semestre con un resultado del 95 %. Esto es el resultado del fortalecimiento de acciones en el componente humano que incluyen la socialización y retroalimentación constante del *Protocolo de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia* y de intervenciones en el componente animal resaltando la importancia de la vigilancia de la rabia animal por laboratorio para identificar la presencia de posible circulación viral en los territorios del país.

Colombia tiene un riesgo del 90 % para rabia humana, por lo que es necesario continuar fortaleciendo la vigilancia de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y la vigilancia de la rabia animal por laboratorio. Así mismo, se presenta una necesidad sentida en los territorios del país respecto al **aumento de coberturas de vacunación antirrábica en perros y gatos**.

Mapa 2. Proyección Estratificación del riesgo de Rabia Humana, Colombia 2022 (izquierda) y Estratificación del riesgo de Rabia Humana, Colombia I Semestre 2022p (derecha)



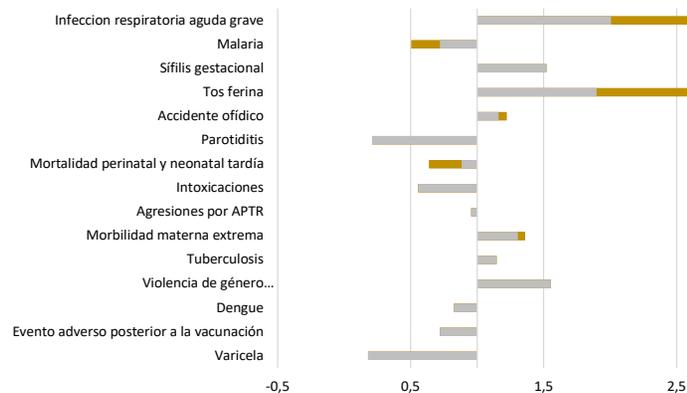
SITUACIÓN NACIONAL

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 38 de 2022, la notificación de infección respiratoria aguda grave, tos ferina, accidente ofídico y morbilidad materna extrema, se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos de malaria, mortalidad perinatal y neonatal tardía se encuentran por debajo de lo esperado. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (Figura 2).

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 38 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 38 de 2022, el evento de leptospirosis se encuentra por encima de lo esperado, mientras que leishmaniasis cutánea, zika, sarampión chikungunya, rubéola, mortalidad materna y fiebre tifoidea y paratifoidea, 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 38 de 2022

Evento	Observado	Esperado	p
Leptospirosis	24	7	0,00
Leishmaniasis cutánea	12	129	0,00
zika	5	44	0,00
Sarampión	15	49	0,00
Chikungunya	2	19	0,00
Rubéola	3	12	0,00
Mortalidad materna	4	11	0,01
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0,01
Tuberculosis farmacoresistente	4	8	0,06
Leptra	5	9	0,07
Mortalidad por IRA 0-4 años	12	9	0,08
Sifilis congénita	25	26	0,08
Mortalidad por EDA 0-4 años	4	3	0,14
Mortalidad por dengue	0	2	0,17
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,30

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Cumplimiento en la notificación

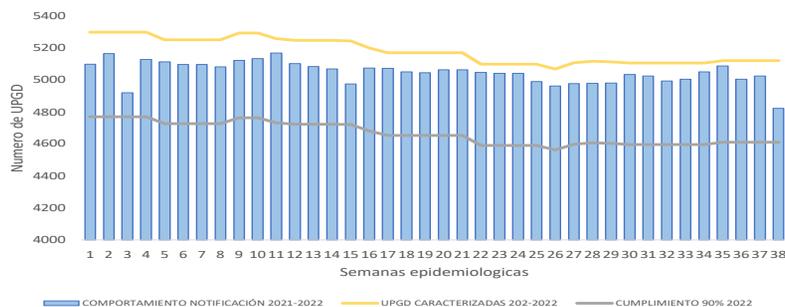
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 94,74 %, disminuyó 5,26 %, con respecto a la semana anterior y el mismo porcentaje con respecto a la misma semana del 2021. El país no cumplió con la meta para esta semana en este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 98,57 % (1 106 / 1 122 UNM). Se observa una disminución de 1,42 %, con respecto a lo presentado en la semana 38 de 2021 y el mismo porcentaje con respecto a la misma semana del 2021, el país cumplió con la meta del 97 %. Sin embargo, el distrito de Santa Marta y el departamento de La Guajira, no realizaron notificación de eventos para esta semana.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 94,15 % (4 824 / 5 124 UPGD); disminuyó 3,95 % con respecto a la semana anterior y 3,96 % con respecto a la semana 38 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 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2022.



Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados

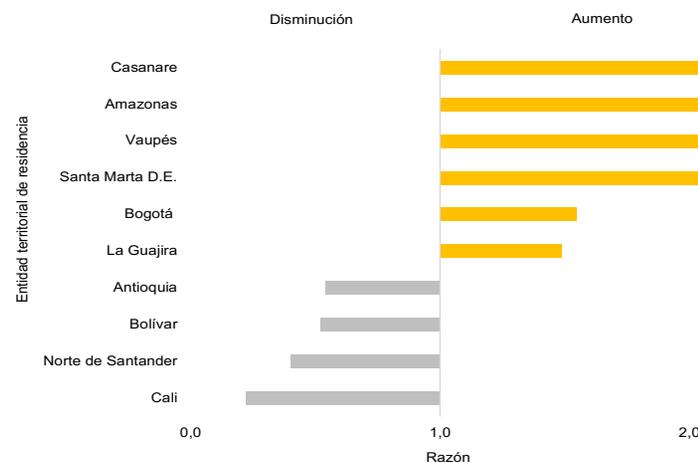
Esta semana se notificaron 22 muertes en menores de cinco años: 12 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, seis probablemente asociadas a desnutrición y cuatro casos por enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Esta semana se notificaron 12 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de cinco años, ocho casos correspondientes a esta semana y cuatro de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 10 casos.

En la semana epidemiológica (SE) 38 se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Bogotá, Casanare, La Guajira, Santa Marta y Vaupés. en comparación con el histórico notificado en la misma semana de 2014 a 2021, mientras que en Antioquia, Bolívar, Cali y Norte de Santander se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Figura 4. Entidades territoriales con variaciones significativas en los casos notificados por muertes por Infección Respiratoria Aguda a semana epidemiológica 38 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 6 muertes probablemente asociadas a desnutrición en menores de cinco años, 2 casos correspondientes a esta semana y 4 casos correspondientes a semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 5 casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Bogotá, Bolívar, Casanare, Chocó, La Guajira, Risaralda, Santa Marta y Tolima en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 38 entre 2014 a 2021, mientras que en Córdoba y Nariño se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron cuatro muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, tres casos correspondientes a esta semana y un caso correspondientes a semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron tres casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Arauca y Cesar en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 38 entre 2014 a 2021, mientras que en Chocó y Risaralda se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

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

Mortalidad materna

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.

Siguiendo 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 38 de 2022 se han notificado 186 casos de muertes maternas tempranas, 86 muertes maternas tardías y 37 casos de muerte por causas coincidentes (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 38, 2020 a 2022

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	211	110	48	369
2020	304	116	28	448
2021	371	112	32	515
2022	186	86	37	309

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 38 es de 41,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna más alta se observó en las entidades territoriales de Vaupés con 196,9; Chocó con 190,2; Vichada con 146,7; Amazonas con 122,4; Santa Marta con 102,1 y La Guajira con 97,1 casos por 100 000 nacidos vivos (Tabla 3).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 3. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Vaupés	1	196,9
Chocó	10	190,2
Vichada	2	146,7
Amazonas	1	122,4
Santa Marta	6	102,1
La Guajira	17	97,1
Arauca	3	94,1
Nariño	11	90,8
Magdalena	9	76,1
Bolívar	10	74,5
Norte de Santander	10	61,6
Boyacá	5	55,4
Quindío	2	53,1
Cesar	9	52,0
Córdoba	10	51,4
Cartagena	6	47,2
Colombia	186	41,6
Cauca	5	36,2
Antioquia	18	34,5
Tolima	4	34,3
Cali	5	31,0
Bogotá	15	30,1
Atlántico	4	29,9
Cundinamarca	7	29,4
Putumayo	1	27,9
Risaralda	2	27,0
Buenaventura	1	27,0
Caquetá	1	20,3
Barranquilla	3	20,0
Sucre	2	18,1
Meta	2	17,9
Caldas	1	17,0
Huila	2	15,4
Santander	1	5,2
Casanare	0	0,0
Guainía	0	0,0
Guaviare	0	0,0
San Andrés y Providencia	0	0,0
Valle del Cauca	0	0,0

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

Para la semana epidemiológica 38 de 2022, comparado con el promedio histórico, se observó disminución significativa en las muertes maternas tempranas en las entidades territoriales de Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Casanare, Cundinamarca, Meta, Santander, Sucre y Valle del Cauca. En las restantes entidades territoriales 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 38 de 2022

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	18	25	0,034
Bogotá	15	22	0,034
Cundinamarca	7	18	0,003
Atlántico	4	12	0,005
Barranquilla	3	9	0,018
Meta	2	8	0,016
Sucre	2	7	0,022
Santander	1	10	0,001
Casanare	0	4	0,030
Valle del Cauca	0	7	0,001

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 40,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 28 % (Tabla 5).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 5. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2022

Razón /Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	109	58,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	52	28,0
Hemorragia obstétrica	31	16,7
Sepsis relacionada con el embarazo	18	9,7
Embolia de líquido amniótico	4	2,2
Otras causas directas: Embarazo ectópico	3	1,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,5
INDIRECTA	75	40,3
Otras causas indirectas: cáncer	11	6,1
Evento tromboembólico como causa básica	11	6,1
Otras causas indirectas: trastornos cardíacos	10	5,5
Sepsis no obstétrica	10	5,0
Otras causas indirectas	8	3,9
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	6	3,3
Sepsis no obstétrica: Neumonía	6	3,3
Desconocida/indeterminada	4	2,2
Otras causas indirectas: Lupus	3	1,7
Otras causas indirectas: Tuberculosis	2	1,1
Otras causas indirectas: dengue	1	0,6
Otras causas indirectas: VIH	1	0,6
Otras causas indirectas: Anemia de Células Falciformes	1	0,6
Otras causas indirectas: Diabetes	1	0,6
EN ESTUDIO	2	1,1

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 38 de 2022, se han notificado 6 176 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 92 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 176 casos, 126 corresponden a esta semana y 50 a notificaciones tardías.

A la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,6 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 (31,0); Amazonas (22,0); Arauca (20,1); La Guajira (19,7) y Vaupés (19,7).

Tabla 6. Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos
Chocó	163	31,0
Amazonas	18	22,0
Arauca	64	20,1
La Guajira	345	19,7
Vaupés	10	19,7
Buenaventura	65	17,6
Cartagena	219	17,2
Vichada	23	16,9
Córdoba	314	16,1
Atlántico	208	15,6
Cauca	212	15,3
Casanare	67	14,7
Putumayo	52	14,5
San Andrés y Providencia	7	14,5
Santa Marta	85	14,5
Barranquilla	217	14,4
Colombia	6084	13,6
Quindío	51	13,6
Meta	151	13,5
Guainía	13	13,5
Sucre	148	13,4
Caldas	78	13,3
Cali	212	13,1
Bolívar	173	12,9
Magdalena	152	12,9
Bogotá	641	12,9
Boyacá	115	12,7
Risaralda	94	12,7
Antioquia	657	12,6
Huila	160	12,3
Norte de Santander	200	12,3
Nariño	149	12,3
Cundinamarca	289	12,1
Cesar	205	11,8
Valle del Cauca	161	11,4
Tolima	122	10,5
Santander	195	10,1
Guaviare	10	9,8
Caquetá	39	7,9

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

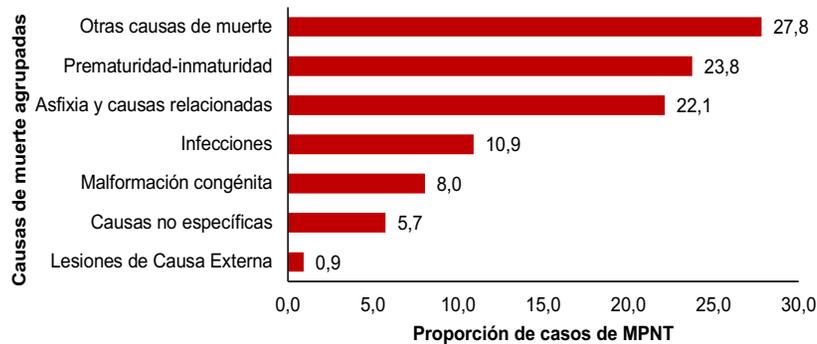
COVID-19

Tablas

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 46,8 % (2 847), seguido de neonatales tempranas con 27,8 % (1 691), neonatales tardías con 15,9 % (970) y perinatales intraparto con 9,5 % (575).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 27,8 %, corresponden principalmente trastornos de origen neonatal y placentarios, seguido de prematuridad-inmadurez con el 23,8 % y asfixia y causas relacionadas con el 22,1 % (Figura 5).

Figura 5. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2022



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

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2017 y 2021, se presenta un decremento en la notificación de Antioquia, Cali, Magdalena y Santander; 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

EVENTOS TRAZADORES

Infeción respiratoria aguda

A nivel nacional se identifica aumento en la notificación de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa 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 38, 2021 y 2022

Tipo de servicio	2021 semana 38	2022 semana 38	Variación
Consulta externa y urgencias	3 492 449	5 644 513	61,6 Aumento
Hospitalización en sala general	206 336	21 7998	5,7 Ninguna
Hospitalización en UCI / UCIM	65 192	29 154	-55,3 Disminución

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

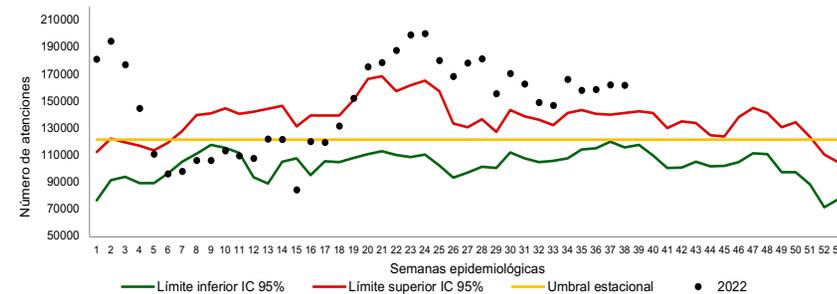
En Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2022, se han notificado 5 644 513 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA, presentando incremento frente a lo notificado en la misma semana de 2021 con el 61,6 %; 72,5 % frente a 2020 y del 14,7 % respecto a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se observa incremento en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Risaralda, Santa Marta, Santander, Vaupés y Vichada. Se presenta disminución en Amazonas, Guainía y Guaviare. En las 22 entidades territoriales restantes no se presentan comportamientos inusuales.

En las últimas 4 semanas (35 a 38) se han notificado 641 183; en este período, por grupos de edad, los adultos de 5 a 19 años representan el 24,5 % (156 886), seguido por el de 20 a 39 años con el 24,2 % (155 020). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presenta en niños de 2 a 4 años con el 44,5 % seguido de los niños menores de un año con 13,1 %.

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 13 (exceptuando la semana 15), se observan por encima del umbral estacional; desde la semana 19 hasta la semana 38 se observa un incremento por encima del límite superior histórico establecido (figura 6).

Figura 6-. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 38, entre 2015 y 2022



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

Se notificaron 217 998 hospitalizaciones por IRAG en sala general, comparado con lo notificado a la misma semana de 2021, el comportamiento es similar, con una variación del 5,7 %. Se observa incremento del 54,3 % con respecto a 2020 y del 27,9 % frente a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en Atlántico Guainía, Quindío, San Andrés, Santa Marta y Vichada; e incremento en Amazonas, Arauca, Bogotá, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Putumayo, Tolima y Vaupés. No se presentan comportamientos inusuales en 15 entidades territoriales.

En las últimas cuatro semanas (35 a 38) se han notificado 21 381 hospitalizaciones por IRAG en sala general; por grupos de edad, los niños de 2 a 4 años con el 23,0 % (4 916), seguido por los adultos mayores de 60 años y más con el 17,9 % (3 817). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRAG sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presenta en niños de 2 a 4 años con el 26,9 %, seguido por los niños de un año con el 25,6 %.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

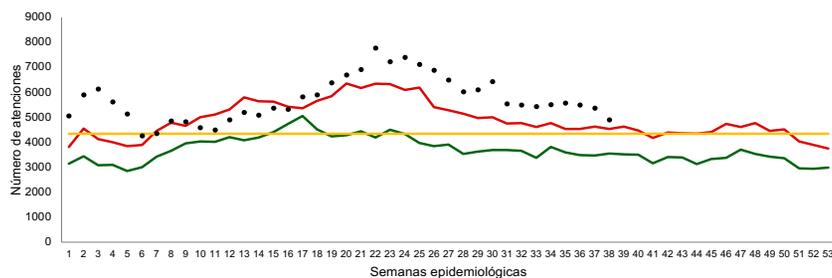
Brotos

COVID-19

Tablas

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 semana actual, se observaron por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 38, entre 2015 y 2022



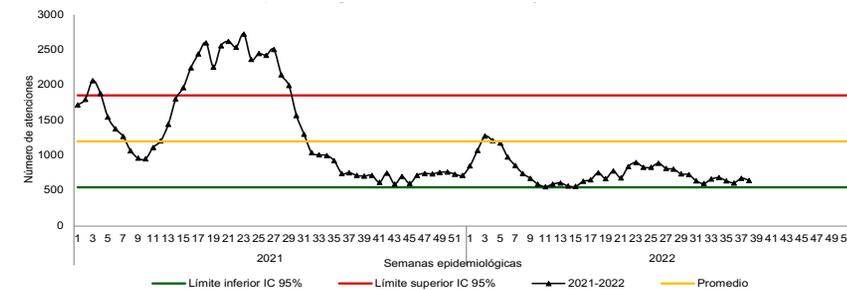
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 29 154 hospitalizaciones por IRAG en UCI / UCIM, presentando disminución del 55,3 % respecto a 2021, y aumento del 5,4 % con relación a lo notificado en la misma semana en 2020 y de 83,0 % en 2019. Se presenta disminución en las entidades territoriales de Atlántico, Cali y San Andrés. Se presentó aumento en 21 entidades territoriales y no se presentan comportamientos inusuales en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Buenaventura, Cartagena, Chocó, Guainía, La Guajira, Nariño, Risaralda, Santander, Sucre y Vichada.

Para el período comprendido entre las semanas 35 a 38 se han notificado 2 582 atenciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos. Por grupos de edad; los de 2 a 4 años representan el 32,4 % (289), seguido por los de un año con el 29,3 % (160). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas, se presenta en los niños de menores de un año con el 30,2 %, seguido por los mayores de 60 años con el 29,7 %.

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 se observan disminución frente a la semana anterior (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, entre 2020 y 2022



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

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 desde la semana 30 a la 38 permanecen en el umbral estacional (figura 9).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

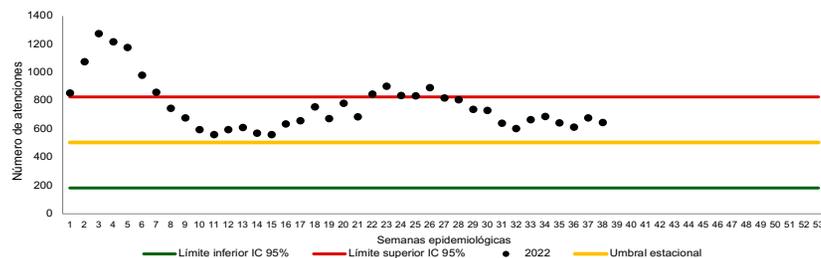
Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana 38, Colombia, entre 2016 y 2020



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

METODOLOGÍA:

Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 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 38 de 2022 se notificaron 1 606 casos probables de dengue: 829 casos de esta semana y 777 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 48 093 casos: 22 563 (46,9 %) sin signos de alarma; 24 589 (51,1%) con signos de alarma y 941 (2,0%) de dengue grave.

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 733 municipios. Las entidades territoriales de Meta, Sucre, Casanare, Bolívar, Córdoba, Cesar, Barranquilla, Cali, Atlántico, Norte de Santander y Tolima, aportan el 61,6 % (31 700) de los casos a nivel nacional (tabla 8).

Tabla 8. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2022

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Meta	4043	8,6	24	2,6	4067	8,5
Sucre	3883	8,2	96	10,2	3979	8,3
Casanare	3666	7,8	41	4,4	3707	7,7
Bolívar	3013	6,4	84	8,9	3097	6,4
Córdoba	2755	5,8	71	7,5	2826	5,9
Cesar	2723	5,8	72	7,7	2795	5,8
Barranquilla	2491	5,3	71	7,5	2562	5,3
Cali	2213	4,7	33	3,5	2246	4,7
Atlántico	2107	4,5	108	11,5	2215	4,6
Norte de Santander	2111	4,5	32	3,4	2143	4,5
Tolima	2038	4,3	25	2,7	2063	4,3
La Guajira	1875	4,0	56	6,0	1931	4,0
Antioquia	1858	3,9	45	4,8	1903	4,0
Cartagena	1771	3,8	49	5,2	1820	3,8
Santander	1347	2,9	24	2,6	1371	2,9
Arauca	1077	2,3	5	0,5	1082	2,2
Huila	1030	2,2	26	2,8	1056	2,2
Valle del Cauca	982	2,1	9	1,0	991	2,1
Caquetá	854	1,8	8	0,9	862	1,8
Magdalena	675	1,4	12	1,3	687	1,4
Chocó	561	1,2	8	0,9	569	1,2
Putumayo	565	1,2	2	0,2	567	1,2
Nariño	455	1,0	3	0,3	458	1,0
Cundinamarca	430	0,9	8	0,9	438	0,9
Cauca	369	0,8	4	0,4	373	0,8
Amazonas	366	0,8	2	0,2	368	0,8
Santa Marta	323	0,7	4	0,4	327	0,7
Guaviare	296	0,6	0	0,0	296	0,6
Buenaventura	218	0,5	1	0,1	219	0,5
Exterior	207	0,4	8	0,9	215	0,4
Boyacá	170	0,4	3	0,3	173	0,4
Caldas	150	0,3	0	0,0	150	0,3
Quindío	134	0,3	3	0,3	137	0,3
Guainía	133	0,3	1	0,1	134	0,3
Archipiélago de San Andrés	101	0,2	0	0,0	101	0,2
Risaralda	99	0,2	1	0,1	100	0,2
Vichada	64	0,1	1	0,1	65	0,1
Total	47 153	100	940	100	48 093	100

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

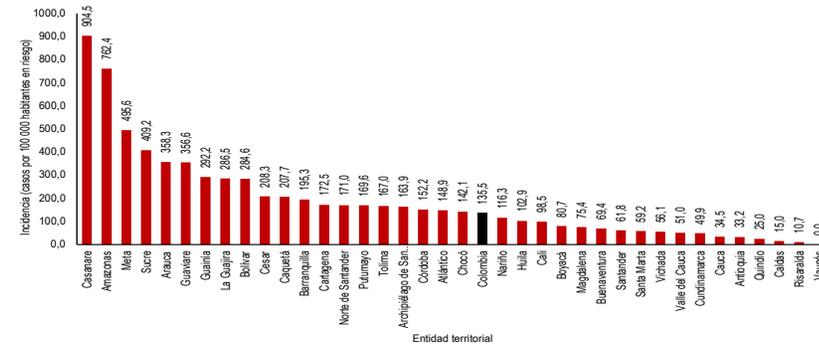
El 58,2 % (28 009) de los casos de dengue se reportaron en 42 municipios, con mayor frecuencia en: Barranquilla con el 5,3 % (2 662); Cali - Valle del Cauca con el 4,7 % (2 246); Cartagena con el 3,8 % (1 820); Yopal - Casanare con 3,7 % (1 798); Sincelejo - Sucre con el 3,1 % (1 488); Villavicencio - Meta (1 276) con el 2,6 %; Cúcuta - Norte de Santander con el 2,5 % (1 205); Acacías - Meta con el 2,0 % (959); Montería - Córdoba con el 1,9 % (929); El Carmen de Bolívar - Bolívar, con el 1,7 % (835); Soledad - Atlántico (790) y Valledupar - Cesar (761) con el 1,6 % cada uno; Santiago de Tolú - Sucre (712) y Espinal - Tolima (704) con el 1,5 % cada uno; Arjona - Bolívar (671) y Riohacha - La Guajira (667) con el 1,4 % cada uno; Neiva - Huila con el 1,3 % (605); Saravena - Arauca con el 1,2 % (586); Corozal - Sucre con el 1,1 % (508); y Aguazul - Casanare (493) y Maicao - La Guajira (470) con el 1,0 %.

Se hospitalizó al 84,5 % (20 774) de los casos de dengue con signos de alarma y al 97,0 % (913) 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: Buenaventura, Valle del Cauca, Bolívar, Quindío, Magdalena, Vichada y Chocó. Las entidades notificadoras en las que no se registró hospitalización del 100 % de los casos de dengue grave fueron: Barranquilla, Sucre, Cartagena, Córdoba, Cesar, Cali, La Guajira, Tolima, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Bolívar, Caquetá, Chocó, Arauca y Santa Marta.

A semana 38 de 2022 se han confirmado el 62,3 % (29 940) de los casos de dengue notificados. Según clasificación, se confirmó el 72,0 % (17 704) de los casos de dengue con signos de alarma y 86,3 % (812) de los casos de dengue grave. La entidad que ha confirmado el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados es Chocó y Vaupés; mientras que, Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Nariño, Putumayo, Quindío y Risaralda, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

La incidencia nacional de dengue es de 135,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Casanare, Amazonas, Meta, Sucre, Arauca, Guaviare, Guainía, La Guajira y Bolívar, se estiman tasas de incidencia superiores a 280 casos por 100 000 habitantes (figura 10).

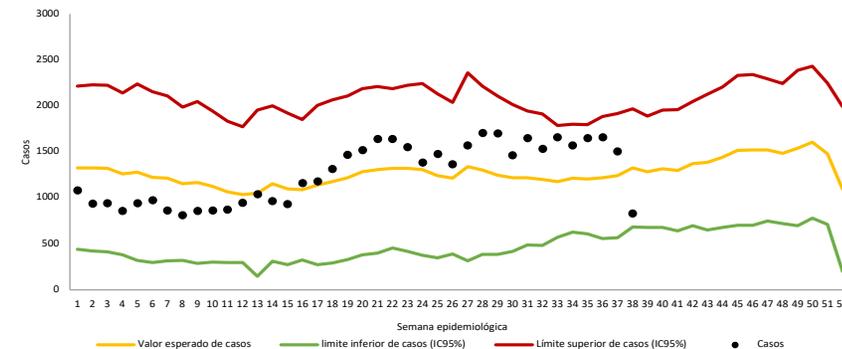
Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 38 de 2022



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

A semana epidemiológica 38 de 2022, el evento a nivel nacional se encuentra en situación: **alerta**, comparado con su comportamiento histórico (figura 11).

Figura 11. Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 38 de 2022



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

De acuerdo con el canal endémico, la situación epidemiológica evidencia que 10 entidades territoriales se encuentran *dentro de lo esperado*; nueve entidades se encuentran en situación de *alerta* y 18 entidades presentan casos por *encima del valor esperado*, comparado con el comportamiento histórico (tabla 9).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 9. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 35 a 37 de 2022

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

A semana 38 de 2022, se han notificado 158 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 33 muertes procedentes de: Cesar con 10 casos, La Guajira con cinco casos; Bolívar con tres casos; Atlántico, Córdoba, Meta y Santander con dos casos cada uno; Cali, Casanare, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Tolima y Exterior con un caso cada uno. Se descartaron 83 casos y se encuentran en estudio 50 muertes procedentes de: Antioquia con siete casos, La Guajira y Sucre con cinco casos cada uno; Cesar con cuatro casos; Barranquilla, Cali, Cartagena, Casanare, Magdalena y Santander con dos casos cada uno; Atlántico, Buenaventura, Cundinamarca, Huila, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta, Tolima y Exterior con un caso cada uno.

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 38 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 %.

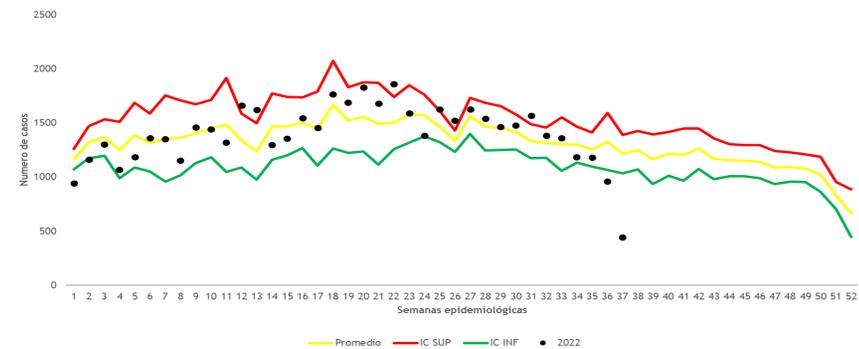
En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

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 12).

Figura 12. Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 38, 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 38 se notificaron 1 389 casos de malaria, teniendo un acumulado de 53 826 casos, de los cuales 52 552 son de malaria no complicada y 1 274 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 59,4 % (31 961), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 39,6 % (21 311) e infección mixta con 1,0 % (554).

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (33,5 %), Nariño (15,9 %), Córdoba (13,2 %), Antioquia (10,1 %) y Guainía (6,2 %) aportan el 79,0 % de los casos de malaria no complicada (Tabla 10).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Tabla 10. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 38 de 2022

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malariae</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	262	9681	0	7671	17614	33,50
Nariño	61	6141	0	2133	8335	15,90
Córdoba	31	1067	0	5858	6956	13,20
Antioquia	37	860	0	4428	5325	10,10
Guainía	34	176	0	3058	3268	6,20
Norte de Santander	0	4	0	1607	1611	3,10
Amazonas	1	10	0	1414	1425	2,70
Cauca	2	1350	0	54	1406	2,70
Risaralda	16	216	0	982	1214	2,30
Buenaventura	5	787	0	269	1061	2,00
Guaviare	6	84	0	926	1016	1,90
Bolívar	41	171	0	734	946	1,80
Vichada	9	271	0	657	937	1,80
Exterior	10	90	0	496	596	1,13
Meta	3	29	0	443	475	0,90
Vaupés	0	7	0	70	77	0,10
Caquetá	1	43	0	29	73	0,10
Sucre	1	10	0	25	36	0,10
Valle del Cauca	0	7	0	23	30	0,10
Putumayo	1	10	0	17	28	0,10
La Guajira	0	1	0	18	19	0,00
Desconocido	0	4	0	13	17	0,03
Cesar	0	1	0	11	12	0,00
Magdalena	0	1	0	11	12	0,00
Arauca	0	0	0	11	11	0,00
Cali	0	1	0	9	10	0,00
Casanare	0	0	0	9	9	0,00
Caldas	0	3	0	6	9	0,00
Santander	0	0	0	8	8	0,00
Huila	0	2	0	4	6	0,00
Quindío	1	0	0	5	6	0,00
Atlántico	1	0	0	3	4	0,00
Total	523	21027	0	31002	52552	100

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

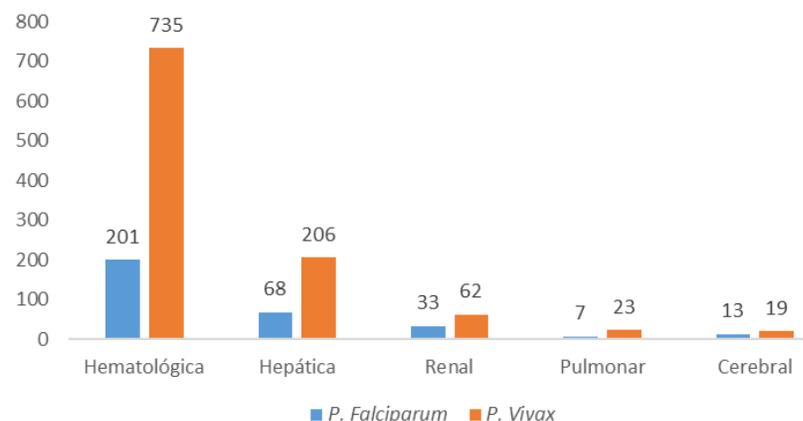
Malaria Complicada

Se notificaron 1 274 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 30 casos procedentes del exterior. Antioquia, Chocó, Nariño, Risaralda, Meta, Córdoba y Norte de Santander notifican el 73,2 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 62,8 % (800) corresponde a hombres. El 51,0% (650) se presenta en personas de 15 a 34 años; el 12,3% (157) se presentó en afrocolombianos; el 20,3 % (259) en Indígenas. Por lugar de procedencia el 48,5% (618) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación el 60,8% (775) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 73 % (936) presentaron complicaciones hematológicas, 22 % (274) complicaciones hepáticas, 7 % (95) complicaciones renales, 2 % (30) a nivel pulmonar y 3 % (32) complicación cerebral (Figura 13).

Figura 13. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semana epidemiológica 38 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 38 de 2022 se han notificado 14 casos probables de muerte por malaria, diez casos confirmados como muerte por malaria por unidad de análisis: dos procedentes de Tierralta - Córdoba (tasa de mortalidad: 2,06 muertes por 100.000 hab.), una procedente de Bagadó - Chocó (municipio IREM; tasa de mortalidad: 8,73 muertes por 100.000 hab.), una procedente de Alto Baudó - Chocó (tasa de mortalidad: 3,47 muertes por 100.000 hab.), una procedente de Zaragoza - Antioquia (tasa de mortalidad: 3,77 muertes por 100.000 hab.), una procedente de Cali (tasa de mortalidad: 2,14 muertes por 100.000 hab.), una procedente de La Virginia - Risaralda (161,53 muertes por 100.000 hab.), una procedente de Dosquebradas - Risaralda (9,92 muertes por 100.000 hab.), una procedente de Tumaco (Nariño) (tasa de mortalidad: 0,38 muertes por 100.000 hab.), una procedente del Exterior (Nigeria - África) notificada por Bogotá.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 38, cinco departamentos están por encima del número esperado de casos y un departamento están en situación de alerta para malaria (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2022

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

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 38, 14 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: El Bagre (Antioquia), Valencia (Córdoba), Apartadó (Antioquia) (Tabla 12).

Tabla 12. Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 38 en Colombia, 2022

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Antioquia	El Bagre	1108	85	116
Córdoba	Valencia	830	30	86
Antioquia	Apartadó	762	20	69
Amazonas	La Pedrera	662	232	283
Bolívar	Montecristo	544	21	54
Chocó	Bojayá	544	21	54
Chocó	Carmen del Darién	507	18	41
Meta	Mapiripán	336	8	41
Chocó	Juradó	216	1	42
Antioquia	Mutatá	166	9	20
Guainía	Barranco minas	158	6	53
Chocó	Condoto	108	11	14
Risaralda	Mistrató	84	7	19
Chocó	Unguía	46	2	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

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 38, 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 Unguía. Se encuentran en decremento: Atrato, Lloró, Quibdó, y en incremento Acandí, Bagadó, Juradó, Riosucio, Unguía.

Tabla 13. Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 38, Colombia, 2022

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica	Estrato de riesgo
Chocó	Acandí	99	7	13	Aumento	Seguridad	4
	Atrato	316	38	20	Disminución	Seguridad	5
	Bagadó	995	121	105	Aumento	Seguridad	5
	Juradó	216	1	42	Aumento	brote	4
	Lloró	577	108	47	Disminución	Seguridad	5
	Medio Atrato	520	46	52	Ninguno	Seguridad	5
	Quibdó	3616	390	156	Disminución	Éxito	5
	Río Quito	417	47	50	Ninguno	Seguridad	5
	Riosucio	98	6	13	Aumento	Seguridad	5
	Unguía	46	2	5	Aumento	brote	4
Buenaventura	Buenaventura	1083	312	168	Ninguno	Seguridad	5
Nariño	Tumaco	1434	182	52	Ninguno	Éxito	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 38 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

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de la situación de viruela símica en Colombia, 26 de septiembre de 2022

Desde el 23 de mayo al 26 de septiembre de 2022, el Sistema de Alerta Temprana y la Sala de Análisis Riesgo de Viruela Símica del INS ha recibido y gestionado las señales, alertas o notificaciones de viruela símica; se han recibido 3 752 alertas, de las cuales se han confirmado 2 042 casos y 1 097 casos se han descartado. Las entidades territoriales de notificación con casos confirmados: Bogotá (1 348), Antioquia (394), Cali (91), Cundinamarca (37), Santander (35), Tolima (29), Barranquilla (13), Risaralda (13), Valle del Cauca (12), Meta (10), Cartagena (9), Cesar (8), Caldas (7), Huila (6), Boyacá (5), San Andrés (4), Atlántico (3), Quindío (3), Bolívar (2), Cauca (2), La Guajira (2), Norte de Santander (2), Putumayo (2), Santa Marta (2), Córdoba (1), Guaviare (1), Sucre (1). De acuerdo con las fuentes de infección el 77,1 % son de fuente desconocida; 14,3 % relacionado con fuente desconocida; 3,3 % relacionado con la importación; 2,9 % en estudio y 2,5 % casos importados. De los casos confirmados 98,5 % son de sexo masculino. En seguimiento 400 contactos de casos activos.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sala de Análisis del Riesgo Nacional. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>

Emergencia por incremento de precipitaciones – Región de La Mojana – Sucre, septiembre 30 de 2022

Se presenta afectación por inundaciones en los municipios de San Benito Abad, Majagual, Guaranda, Caimito y Sucre, por lo que el IDEAM mantiene alerta roja según Boletín de Condiciones Hidrometeorológicas 0818 de 29 de septiembre de 2022. Se desplazó un Equipo de Respuesta Inmediata del INS para apoyar las actividades de caracterización de Alojamiento Temporal de Emergencia (ATE) y activación de rutas de vigi-

lancia sindrómica en los municipios de San Benito y Majagual. La afectación en el municipio de Sucre es del 100 %, no reporta ATE ni cambuches; San Benito Abad con un aproximado de 160 cambuches; Majagual 125 cambuches, Guaranda 25 cambuches y Caimito sin ATE ni cambuches. Se ha realizado el 10 % (35) de la caracterización de San Benito y se caracterizaron 31 cambuches y cuatro auto albergues en casas con tambos. En Majagual se ha caracterizado el 28 % (36) de los cambuches y ATE; se encontraron 35 cambuches y un ATE. La fuente principal de abastecimiento de agua es el caño donde a su vez se realiza la disposición de excretas y residuos sólidos. El acceso a energía eléctrica es mediante conexiones artesanales cable a cable a la intemperie. Al momento sin activación de rutas de atención en salud por actividades de vigilancia sindrómica. Situación en seguimiento.

Fuente: Equipo de Respuesta Inmediata – INS, y Secretaría Departamental de Salud de Sucre

Eventos de control internacional en Colombia

En la semana epidemiológica 38 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.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización Epidemiológica Semanal sobre COVID-19. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 28 de septiembre de 2022.

A nivel mundial, el número de nuevos casos semanales disminuyó un 11 % durante la semana del 19 al 25 de septiembre de 2022 en comparación con la semana anterior, con más de tres millones de nuevos casos

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

notificados. El número de nuevas muertes semanales disminuyó un 18 % en comparación con la semana anterior, con poco más de 8 900 muertes reportadas.

Hasta el 25 de septiembre de 2022, se han notificado más de 612 millones de casos confirmados y más de 6,5 millones de muertes en todo el mundo. A nivel regional, el número de nuevos casos semanales notificados disminuyó o se mantuvo estable en las seis regiones de la OMS: la Región de África (-33 %), la Región del Pacífico Occidental (-19 %), la Región de las Américas (-15 %), la Región de Asia Sudoriental (-11 %), la Región del Mediterráneo Oriental (-8 %) y la Región de Europa (-1 %). El número de nuevas muertes semanales también disminuyó o se mantuvo estable en las seis regiones: la Región de África (-34 %), la Región del Mediterráneo Oriental (-26 %), la Región de Europa (-26 %), la Región del Pacífico Occidental (-16 %), la Región de las Américas (-12 %) y la Región de Asia Sudoriental (-3 %).

A nivel de país, las cifras más altas de casos nuevos semanales se notificaron en Japón (535 502 casos nuevos; -12 %), los Estados Unidos de América (361 599 casos nuevos; -11 %), la Federación Rusa (353 826 casos nuevos; casos; -5 %), China (292 476 casos nuevos; similar a la semana anterior) y Alemania (249 144 casos nuevos; +9 %). Los números más altos de nuevas muertes semanales se informaron en los Estados Unidos de América (2 484 nuevas muertes; -11 %), la Federación Rusa (712 nuevas muertes; similar a la semana anterior), Japón (659 nuevas muertes; -43 %), China (497 nuevas muertes; +38 %) y Brasil (450 nuevas muertes; -8 %).

Distribución geográfica y prevalencia de VOC

A nivel mundial, del 26 de agosto al 26 de septiembre de 2022, se compartieron 106 735 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. Entre estas, 106 686 secuencias eran de la variante de preocupación (VOC) ómicron, lo que representa el 99,9 % de las secuencias notificadas a nivel mundial en los últimos 30 días. Continúa habiendo una mayor diversidad dentro de ómicron y dentro de sus linajes descendientes. Varios de es-

tos linajes descendientes de ómicron están bajo vigilancia. A nivel mundial, y a partir de la semana epidemiológica 36 (del 5 al 11 de septiembre de 2022), los linajes descendientes BA.5 continúan siendo dominantes y representan el 81,2 % de las secuencias, seguidos de los linajes descendientes BA.4 (incluido BA.4.6) que representan el 8,1 % y linajes descendientes BA.2 (incluido BA.2.75) que representan el 2,9 % de las secuencias. Durante la semana del informe (del 5 al 11 de septiembre), las secuencias no asignadas (presuntamente de ómicron) representan el 7,8 % de las secuencias enviadas a GISAID.

Región Africana

La Región de África notificó más de 5 700 nuevos casos semanales, una disminución del 33 % en comparación con la semana anterior. Ocho países (16 %) informaron aumentos en el número de casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Zimbabue (344 frente a 126 casos nuevos; +173 %), Togo (196 frente a 128 casos nuevos; +53 %) y Kenia (57 vs 42 casos nuevos; +36 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Santa Elena (1 357 casos nuevos; 22 352,2 casos nuevos por 100 000 habitantes; +1 867 %), Reunión (1 325 casos nuevos; 148,0 casos nuevos por 100 000; -48 %) y Sudáfrica (1 283 casos nuevos; 2,2 casos nuevos por 100 000; -20 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 34 % en comparación con la semana anterior, con 37 muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se registraron en Sudáfrica (23 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000 habitantes; +35 %), Reunión (ocho nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +60 %) y Malí (dos nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; ningún caso notificado durante la semana anterior).

Región de las Américas

La Región de las Américas notificó más de 485 000 casos nuevos, una disminución del 15 % en comparación con la semana anterior. Uno de los 56 (2 %) países para los que hay datos disponibles notificó un aumento del

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

20 % o más en el número de casos nuevos: Antigua y Barbuda (81 frente a 34 casos nuevos; +138 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (361 599 casos nuevos; 109,2 casos nuevos por 100 000; -11 %), Brasil (45 342 casos nuevos; 21,3 casos nuevos por 100 000; -27 %) y Chile (19 860 casos nuevos; 103,9 casos nuevos por 100 000; -17 %).

El número de nuevas muertes semanales notificadas en la región disminuyó un 12 % con respecto a la semana anterior, con más de 3 700 nuevas muertes notificadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (2 484 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -11 %), Brasil (450 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -8 %) y Canadá (195 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -22 %).

Región del Mediterráneo Oriental

La Región del Mediterráneo Oriental notificó más de 21 000 casos nuevos, una disminución del 8 % en comparación con la semana anterior. Un país (5 %) notificó un aumento de casos nuevos del 20 % o más: Baréin (2 539 frente a 2 048 casos nuevos; +24 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Qatar (5 697 casos nuevos; 197,7 casos nuevos por 100 000; +6 %), la República Islámica de Irán (3 121 casos nuevos; 3,7 casos nuevos por 100 000; -24 %) y Jordania (2 776 nuevos casos; 27,2 nuevos casos por 100 000; -18 %).

El número de nuevas muertes semanales disminuyó en la región un 26 % en comparación con la semana anterior, con más de 100 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República Islámica de Irán (85 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -29 %), Líbano (13 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +8 %) y Arabia Saudita (11 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -27 %).

Región europea

En la Región de Europa, el número de nuevos casos semanales se mantuvo estable esta semana en comparación con la semana anterior, con más de 1,2 millones de nuevos casos notificados. Cinco países (8 %) informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en San Marino (102 frente a 66 casos nuevos; +55 %), Ucrania (36 683 frente a 23 864 casos nuevos; +54 %) y Austria (47 812 frente a 33 909 casos nuevos; +41 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en la Federación de Rusia (353 826 casos nuevos; 242,5 casos nuevos por 100 000; -5 %), Alemania (249 144 casos nuevos; 299,6 casos nuevos por 100 000; +9 %) y Francia (191 463 casos nuevos; 294,4 casos nuevos por 100 000; similar a la semana anterior).

Se reportaron más de 2 500 nuevas muertes semanales en la región, una disminución de 26 % en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la Federación de Rusia (712 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; similar a la semana anterior), Italia (321 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -13 %) y España (284 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -52 %).

Región de Asia Sudoriental

La Región de Asia Sudoriental notificó más de 59 000 nuevos casos, una disminución del 11 % en comparación con la semana anterior. Dos de los 10 países (20 %) de la región para los que se dispone de datos mostraron un aumento en el número de casos nuevos del 20 % o más: Bangladesh (4 076 frente a 2 727 casos nuevos; +49 %) y Myanmar (2 504 frente a 2 046 casos nuevos; +22 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en India (33 926 casos nuevos; 2,5 casos nuevos por 100 000; -13 %), Indonesia (13 723 casos nuevos; 5,0 casos nuevos por 100 000; -16 %) y Tailandia (4 965 casos nuevos; 7,1 casos nuevos por 100 000; -15 %).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

La región reportó más de 400 muertes, similar a la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en India (173 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -7 %), Indonesia (122 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; similar a la semana anterior) y Tailandia (89 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; similar a la semana anterior).

Región del Pacífico Occidental

La región del Pacífico Occidental reportó más de 1,1 millones de casos nuevos, una disminución del 19 % en comparación con la semana anterior. Cinco países (15 %) informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Nueva Zelanda (12 957 frente a 3 178 casos nuevos; +308 %), Papúa Nueva Guinea (44 frente a 25 casos nuevos; +76 %) y Filipinas (16 357 vs 12 069 casos nuevos; +36 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Japón (535 502 casos nuevos; 423,4 casos nuevos por 100 000; -12 %), China (292 476 casos nuevos; 19,9 casos nuevos por 100 000; similar a la semana anterior) y la República de Corea (225 662 casos nuevos; 440,2 casos nuevos por 100 000; -42 %).

La región reportó una disminución del 16 % en las nuevas muertes semanales en comparación con la semana anterior, con más de 2 000 muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Japón (659 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -43 %), China (497 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +38 %) y la República de Corea (385 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; similar a la semana anterior).

Actualización Epidemiológica Semanal sobre COVID-19. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 28 de septiembre de 2022. Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---28-september-2022>

Enfermedad por el virus del Ébola – República Democrática del Congo. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 29 de septiembre de 2022.

El 27 de septiembre de 2022, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo declaró el fin del brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) que afectó al área de salud de Butanuka, zona de salud de Beni, provincia de Kivu del Norte. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, la declaración se realizó 42 días (el doble del período máximo de incubación de las infecciones por el virus del Ébola) después del entierro del último y único caso confirmado.

El brote se presentó del 21 de agosto al 27 de septiembre de 2022, se informaron un total de 9 173 alertas en la zona de salud de Beni, y todas (100 %) fueron investigadas, incluidas 607 (7 %) validadas como casos sospechosos de EVE. Se analizó un total de 682 muestras para EVE.

Un total de 2 390 (92 %) de los 2 608 viajeros registrados en los puntos de entrada fueron examinados para detectar EVE y no se detectaron alertas. Hasta el 27 de septiembre, 550 personas de la zona sanitaria afectada fueron vacunadas contra la EVE mediante la estrategia del anillo, dirigida a contactos y contactos de contacto. Los trabajadores de atención médica de primera línea constituían la mayoría de los vacunados (483).

El Ministerio de Salud, junto con la OMS y otros socios, llevaron a cabo medidas de respuesta para controlar el brote y evitar una mayor propagación. Se activaron comités de gestión de emergencias nacionales y distritales para coordinar la respuesta. Se desplegaron equipos multidisciplinarios para buscar activamente y brindar atención a los casos; identificar, contactar y dar seguimiento a los contactos; y sensibilizar a las comunidades sobre las intervenciones de prevención y control de brotes.

Fuente: Enfermedad por el virus del Ébola – República Democrática del Congo. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 29 de septiembre de 2022. Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON411>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Enfermedad del Ébola causada por el virus de Sudán – Uganda. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 26 de septiembre de 2022.

El 20 de septiembre de 2022, las autoridades sanitarias de Uganda declararon un brote de la enfermedad del Ébola, causada por el virus de Sudán, tras la confirmación de laboratorio de un paciente de una aldea en el subcondado de Madudu, distrito de Mubende, Uganda central.

El caso era un hombre de 24 años que desarrolló una amplia gama de síntomas el 11 de septiembre, incluyendo fiebre alta, convulsiones tónicas, vómito con sangre y diarrea, pérdida de apetito, dolor al tragar, dolor en el pecho, tos seca y sangrado en los ojos. Visitó dos clínicas privadas, sucesivamente entre el 11-13 y el 13-15 de septiembre sin mejoría. Posteriormente fue remitido al Hospital Regional de Referencia el 15 de septiembre donde fue aislado como caso sospechoso de fiebre hemorrágica viral. Se recogió una muestra de sangre el 17 de septiembre y se envió al Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI) en Kampala, donde las pruebas de RT-PCR realizadas dieron positivo para SUDV el 19 de septiembre. El mismo día, el paciente falleció.

Al 25 de septiembre de 2022, se ha informado un número acumulado de 18 casos confirmados y 18 casos probables en los distritos de Mubende, Kyegegwa y Kassanda, incluidas 23 muertes, de las cuales cinco se encontraban entre los casos confirmados (Letalidad entre casos confirmados 28 %). Del total de casos confirmados y sospechosos, el 62 % son mujeres y el 38 % son hombres. Actualmente hay 13 casos confirmados hospitalizados. La mediana de edad de los casos es de 26 años (rango 1 año a 60 años). Se ha enumerado un número acumulado de 223 contactos.

Este es el primer brote de la enfermedad del Ébola causado por el virus de Sudán (SUDV) en Uganda desde 2012. No existen vacunas o tratamientos autorizados para la prevención y el tratamiento de la enfermedad por el virus de Sudán.

Uganda ha notificado cuatro brotes de SUVD, en 2000, 2011 y 2012 (dos brotes). Uganda también notificó un brote de enfermedad por el virus Bundobugyo en 2007 y un brote de enfermedad por el virus del Ébola en 2019.

En ausencia de vacunas y terapias autorizadas para la prevención y el tratamiento de la enfermedad del virus de Sudán, el riesgo de un posible impacto grave en la salud pública es alto. Las muertes comunitarias y la atención de pacientes en establecimientos y hospitales privados y otros servicios de salud comunitarios con protección limitada y medidas de prevención y control de infecciones implican un alto riesgo de muchas cadenas de transmisión. Se están realizando investigaciones para determinar el alcance del brote y la posibilidad de que se propague a otros distritos. En esta etapa no se puede descartar la importación de casos a países vecinos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Enfermedad del Ébola causada por el virus de Sudán – Uganda. Fecha de publicación: 26 de septiembre de 2022. Fecha de consulta: 29 de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON410>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

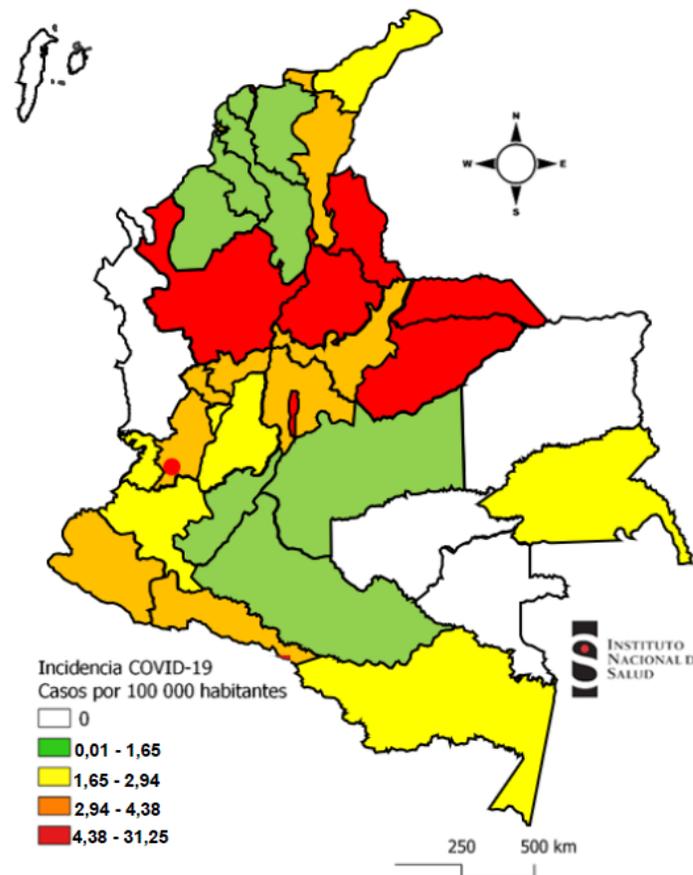
Tablas

SITUACIÓN COVID-19

Entre el 01 de enero de 2022 hasta el 29 de septiembre de 2022 en Colombia se han confirmado por laboratorio 927 066 casos y 10 277 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 1 828,10 casos por cada 100 000 habitantes. El 0,3 % (2 505) de los casos se encuentran activos, procedentes principalmente de Bogotá D.C. con el 21,7 % (544); Antioquia con el 15,6 % (391); Valle del Cauca con el 8,3 % (209), Cesar con el 6,9 % (175), Santander con el 5,5 % (139), Cundinamarca con el 4,6 % (116).

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 35 a 38 en el país se notificaron 2 775 casos de COVID-19 procedentes de 174 municipios y 23 muertes procedentes de 15 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 6,13 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 0,04 muertes por cada 100 000 habitantes, indicadores que al compararlos con el periodo anterior (SE 31 – 34) se observa un descenso significativo en la incidencia con una variación de (0,2) y un descenso de la mortalidad no significativo con una variación de (0,1). Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (6,21) casos por 100 000 habitantes fueron: Bogotá (23,97); Cali (12,06); Antioquia (8,68); Barranquilla (6,46) (mapa 3).

Mapa 3. Incidencia de casos confirmados COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 35 a 38, 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 (13,48 casos por cada 100 000 habitantes), así como la mayor tasa de mortalidad (0,29 muertes por cada 100 000 habitantes) (tabla 14).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Tabla 14. Indicadores COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 34 a 37, 2022

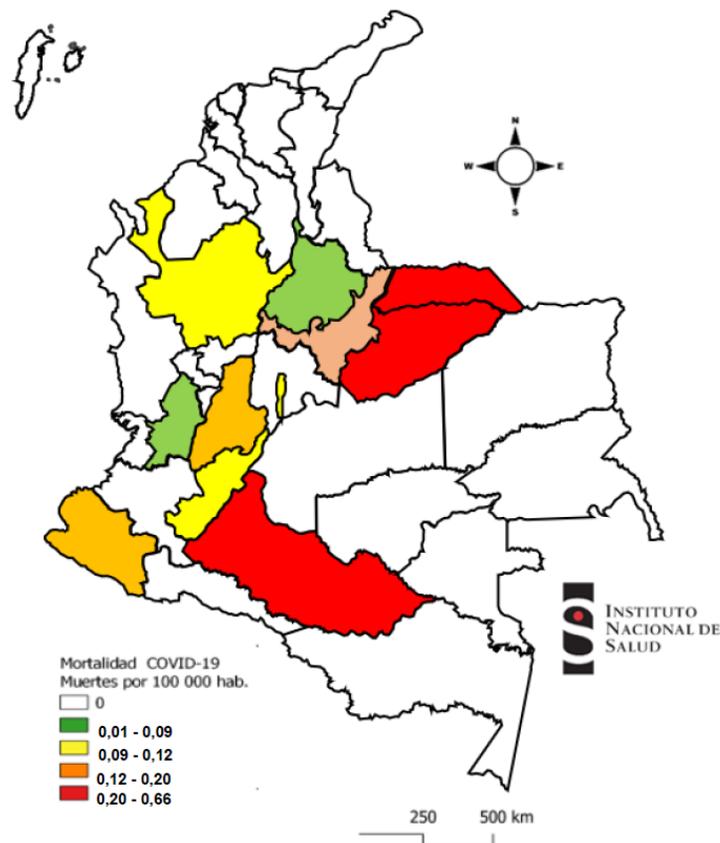
Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes
0 - 4 años	272	7,19	0	--
5 - 11 años	134	2,50	0	--
12 - 19 años	116	1,92	0	--
20 - 39 años	709	5,20	0	--
40 - 59 años	678	6,75	2	0,02
60 años y más	866	13,48	21	0,29

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

Entre la SE 35 a 38 de 2022 se notificaron 23 muertes por COVID-19 procedentes de 15 municipios. Las entidades con mayor registro de fallecidos fueron: Bogotá con el 21,7 % (5); Antioquia con el 13,0 % (3); y mientras que, las que presentaron las mayores tasas de mortalidad (muertes por 100 000 habitantes) fueron: Arauca (0,66); Casanare (0,23); Nariño (0,12) (mapa 4).

Los municipios con la mayor tasa de mortalidad en el periodo analizado fueron: Los Andes - Nariño (10,8); Aguazul- Casanare (2,6); Arauca - Arauca (2,0); La Estrella - Antioquia (1,29).

Mapa 4. Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 35 - 38, 2022



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

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad de las semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2022 respecto al periodo anterior (SE 31 a 34 de 2022), se observó que de los 15 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, un municipio presentó incremento significativo en el indicador de mortalidad (Los Andes - Nariño).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 38

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			EAPV			Hepatitis A			IRAG inusitado		
	A acumulado 2022	Esperado	Observado	A acumulado 2022	Esperado	Observado	A acumulado 2022	Esperado	Observado	A acumulado 2022	Esperado	Observado	A acumulado 2022	Esperado	Observado	A acumulado 2022	Esperado	Observado
Amazonas	36	1	1	265	23	36	368	13	26	0	0	0	2	0	1	56	16	11
Antioquia	467	12	12	11.523	1.127	1.117	1.903	437	252	28	1	1	334	29	28	12.131	2.315	1.906
Arauca	83	3	2	481	45	48	1.082	36	193	1	0	0	1	2	0	2.088	387	420
Atlántico	121	2	3	2.187	196	239	2.215	84	395	2	0	0	5	1	0	1.455	300	351
Barranquilla	21	1	1	2.083	170	224	2.562	66	517	5	0	0	10	2	0	2.111	349	335
Bogotá	1	0	0	15.366	1.616	1.561	0	0	0	81	7	6	55	13	7	30.011	4.803	4.951
Bolívar	243	6	8	1.807	163	175	3.097	131	370	6	0	0	4	1	0	124	24	10
Boyacá	53	1	0	4.050	420	426	173	38	30	8	0	2	1	1	0	1.490	213	165
Buenaventura	18	1	2	137	8	13	219	12	21	2	0	0	0	0	0	117	12	24
Caldas	58	1	1	2.400	263	260	150	31	22	9	0	2	4	1	0	1.788	406	362
Cali	7	0	0	3.743	403	375	2.246	367	312	15	2	2	134	14	9	5.483	835	796
Caquetá	139	3	2	786	80	93	862	38	69	3	0	2	1	0	0	1.448	263	146
Cartagena	16	0	2	1.055	83	134	1.820	34	337	3	0	0	1	1	0	202	40	13
Casanare	147	4	7	919	99	91	3.707	85	137	4	0	0	18	2	1	465	81	22
Cauca	90	2	2	3.857	407	426	373	20	39	6	0	0	2	1	0	1.716	329	390
Cesar	193	7	9	1.388	138	150	2.795	162	428	5	0	0	4	2	0	1.567	333	240
Chocó	148	3	3	105	9	7	569	16	84	2	0	0	0	0	0	168	21	23
Córdoba	277	6	9	3.302	248	289	2.826	199	400	4	0	0	0	1	0	851	130	57
Cundinamarca	57	1	1	8.876	878	983	438	172	91	14	0	1	12	5	0	6.355	1.140	849
Guainía	17	0	0	95	8	12	134	2	9	0	0	0	3	0	0	9	1	1
Guaviare	67	0	0	212	18	27	296	20	63	2	0	0	0	0	0	131	34	35
Huila	96	2	4	3.970	330	404	1.056	299	118	9	0	0	17	1	0	2.077	337	209
La Guajira	115	2	3	1.333	121	137	1.931	32	233	1	0	0	6	1	0	481	38	28
Magdalena	134	4	7	1.598	162	150	687	59	92	0	0	0	7	4	0	367	92	99
Meta	223	5	5	2.490	240	287	4.067	173	357	1	0	0	54	1	1	2.721	546	384
Nariño	83	2	2	4.549	411	514	458	23	44	8	0	1	14	1	1	1.381	295	202
Norte de Santander	276	6	5	3.543	310	385	2.143	204	315	6	1	0	34	26	0	2.403	428	355
Putumayo	122	2	2	1.040	93	109	567	44	42	5	0	0	4	0	1	314	29	9
Quindío	7	0	0	1.833	188	162	137	56	25	5	0	0	6	1	0	463	36	15
Risaralda	32	1	0	2.697	263	270	100	32	20	10	1	0	8	2	1	1.733	251	232
San Andrés	0	0	0	189	22	26	101	3	7	1	1	0	0	0	0	10	4	1
Santa Marta D.E.	32	0	1	916	156	82	327	22	68	1	0	0	1	0	0	691	198	105
Santander	162	3	4	4.204	363	462	1.371	272	220	8	1	0	27	5	1	899	130	46
Sucre	68	3	1	1.720	155	173	3.979	157	593	5	0	0	2	1	0	690	38	21
Tolima	108	2	1	4.111	393	452	2.063	332	297	7	0	0	2	1	0	1.088	150	122
Valle del Cauca	39	0	0	5.025	524	498	991	195	132	9	0	0	19	2	0	1.692	274	239
Vaupés	46	0	1	99	10	15	0	0	0	0	0	0	1	0	0	41	5	9
Vichada	34	1	2	181	15	15	65	6	16	0	0	0	0	0	0	41	4	13
Total nacional	3.836	87	103	104.135	10.158	10.827	47.878	3.872	6.374	276	14	17	793	122	51	86.858	14.887	13.196

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 38

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	1.433	274	334	13	1	0	5.343	640	398	108	6	21	0	0	0	3.648	455	393
Antioquia	5.589	449	465	107	21	10	982.610	77.624	115.204	33.562	2.420	3.036	4.498	67	347	314.552	38.601	32.710
Arauca	19	5	1	5	1	0	18.478	2.583	1.988	1.273	97	242	22	1	1	4.952	689	611
Atlántico	5	2	1	11	3	2	125.745	10.363	17.340	1.507	183	103	631	72	26	32.092	3.889	3.307
Barranquilla	0	1	0	36	4	5	189.235	16.018	23.362	4.855	330	423	1.264	65	75	43.836	5.846	4.358
Bogotá	0	2	0	152	18	35	1.430.924	111.264	166.415	65.146	4.720	6.193	8.231	509	723	532.168	63.857	49.799
Bolívar	1.007	78	93	27	5	3	121.318	11.391	11.356	2.463	221	288	342	1	51	22.926	2.684	2.436
Boyacá	0	1	0	24	4	7	120.167	12.846	13.732	5.771	333	429	598	22	37	34.337	4.409	3.417
Buenaventura	1.083	159	168	3	1	1	7.303	1.183	922	157	0	21	16	0	0	2.161	665	199
Caldas	10	2	2	6	2	1	60.618	8.485	6.465	2.646	260	189	833	34	50	20.559	3.592	2.095
Cali	11	5	0	61	9	11	198.149	20.322	24.013	5.151	380	410	490	47	20	73.747	14.185	7.583
Caquetá	81	7	1	13	2	2	28.403	4.014	2.955	1.707	110	248	388	2	8	9.780	1.759	942
Cartagena	0	1	0	18	2	4	181.209	18.289	18.862	3.230	429	376	990	129	104	33.538	4.220	3.880
Casanare	9	8	1	3	1	1	28.471	2.684	2.778	937	64	129	110	0	9	8.354	1.110	638
Cauca	1.420	181	115	25	4	6	93.596	9.064	9.563	2.031	86	367	182	1	10	41.756	5.354	4.886
Cesar	14	1	2	12	3	5	97.178	9.907	11.249	5.625	545	867	469	42	140	26.961	3.871	1.980
Chocó	17.820	1.702	1.463	12	2	2	21.613	1.281	2.291	1.154	124	150	67	0	1	7.054	869	568
Córdoba	7.034	441	676	25	4	7	178.096	14.594	20.863	5.420	235	497	509	20	43	32.253	4.645	3.149
Cundinamarca	0	1	0	33	9	8	360.733	23.349	39.157	12.055	683	1.165	2.188	40	261	129.092	12.816	12.573
Guainía	3.317	199	329	0	1	0	2.079	228	153	177	21	12	12	0	0	1.315	109	159
Guaviare	1.081	85	92	2	1	0	4.938	659	445	417	43	39	64	0	7	1.782	300	186
Huila	7	2	0	25	3	10	111.254	10.107	11.147	5.799	282	411	520	29	42	33.828	4.909	3.251
La Guajira	23	4	1	4	1	1	161.083	11.709	16.306	4.761	564	500	355	44	34	28.625	4.582	2.879
Magdalena	14	1	5	10	2	1	82.484	8.465	8.767	3.947	212	325	17	1	2	27.219	3.505	2.381
Meta	566	20	58	9	2	1	74.353	6.690	7.164	3.267	160	386	471	20	48	30.866	4.741	3.180
Nariño	8.467	915	485	37	8	6	125.440	14.327	12.543	4.945	342	377	272	7	9	34.682	8.116	4.157
Norte de Santander	1.678	168	94	33	6	7	122.196	11.595	12.485	8.132	639	748	1.040	51	91	42.547	6.110	4.842
Putumayo	36	7	0	3	2	0	25.546	2.415	2.414	1.543	103	142	97	0	3	7.716	1.280	963
Quindío	7	1	0	2	1	0	48.590	5.656	5.599	630	242	84	201	14	22	18.913	3.148	1.998
Risaralda	1.308	62	113	20	3	9	88.403	8.580	11.474	2.909	229	272	162	12	14	27.289	4.568	2.873
San Andrés	0	0	0	4	0	1	7.055	702	496	506	82	38	17	1	0	2.486	295	377
Santa Marta D.E.	0	0	0	6	2	2	47.797	14.703	19.447	1.058	1.094	1.273	467	147	171	7.723	1.296	644
Santander	12	3	3	26	8	6	166.503	2.275	5.097	11.526	153	94	1.723	26	60	61.157	6.832	5.991
Sucre	43	4	7	5	3	1	76.799	9.272	8.417	5.002	552	606	766	82	95	19.621	3.087	1.625
Tolima	0	2	0	11	3	1	108.030	10.047	12.180	5.675	294	641	624	74	44	33.985	6.058	3.724
Valle del Cauca	39	8	6	32	6	8	134.562	11.943	13.088	2.758	246	251	460	10	30	52.465	7.515	4.967
Vaupés	79	34	11	2	1	0	3.276	243	414	116	6	23	55	0	4	732	97	52
Vichada	965	127	64	3	1	0	4.936	337	484	32	8	5	3	0	0	1.119	143	116
Total nacional	53.177	4.962	4.590	820	150	164	5.644.513	485.854	637.033	217.998	16.498	21.381	29.154	1.570	2.582	1.807.836	240.207	179.889

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 38

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	18	2	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	46	20	4
Antioquia	657	87	48	11	10	1	533	74	48	57	5	1	351	46	21	1.773	585	155
Arauca	64	5	5	1	1	0	15	2	0	4	0	0	4	3	1	68	29	18
Atlántico	208	28	18	1	3	0	35	8	4	1	1	0	8	1	1	244	242	16
Barranquilla	217	33	18	3	2	0	70	11	10	0	2	0	33	1	6	289	234	42
Bogotá	641	86	76	16	11	0	828	363	116	343	6	5	689	81	44	3.255	1.037	312
Bolívar	173	23	14	2	3	0	31	3	2	0	1	0	12	5	1	187	118	30
Boyacá	115	12	9	6	2	0	126	24	20	28	1	0	22	6	1	540	173	40
Buenaventura	65	9	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	14	5	0
Caldas	78	10	6	0	2	0	67	7	6	4	1	0	4	3	0	326	84	26
Calí	212	28	17	2	3	0	209	24	19	1	2	0	36	7	1	864	297	50
Caquetá	39	7	3	1	1	0	14	4	1	0	0	0	16	4	0	121	40	7
Cartagena	219	28	23	1	2	0	29	2	5	0	1	0	11	3	3	251	143	49
Casanare	67	7	9	1	1	0	19	3	2	4	0	0	1	2	0	198	55	15
Cauca	212	25	18	6	3	0	57	14	1	1	1	0	21	4	1	242	84	12
Cesar	205	28	25	2	3	0	29	5	1	3	2	0	9	8	2	220	97	17
Cocó	163	18	14	1	1	0	1	0	0	0	0	0	54	3	2	22	6	2
Córdoba	314	42	39	1	4	0	91	28	0	0	2	0	6	3	0	508	238	56
Cundinamarca	289	39	34	8	6	0	240	56	29	78	3	0	144	16	14	10	1	0
Guainía	13	2	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	1	1	1.428	358	123
Guaviare	10	1	2	0	0	0	4	0	1	3	0	0	0	0	0	30	16	1
Huila	160	18	18	9	3	0	149	17	16	6	1	0	47	6	3	387	90	32
La Guajira	345	39	34	1	2	0	23	3	0	0	2	0	94	0	0	177	87	14
Magdalena	152	19	9	0	2	0	20	4	2	1	1	0	14	1	0	113	72	9
Meta	151	16	16	3	2	0	50	13	4	13	1	0	28	4	8	299	115	46
Nariño	149	21	14	5	3	1	94	10	10	5	1	0	76	6	7	624	163	57
Norte de Santander	200	25	24	12	3	1	121	24	12	5	2	0	36	12	2	718	241	49
Putumayo	52	4	7	2	1	0	39	4	1	1	0	0	12	0	3	90	52	6
Quindío	51	6	6	0	1	0	37	3	9	10	0	0	10	1	2	428	76	22
Risaralda	94	11	7	3	1	0	39	6	5	0	1	0	8	1	4	444	94	40
San Andrés	7	2	2	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	23	19	5
Santa Marta D. E.	85	13	8	0	1	0	10	2	1	0	1	0	34	1	0	53	45	11
Santander	195	23	10	5	4	0	56	11	9	0	2	0	95	15	10	509	222	43
Sucre	148	19	18	3	2	0	60	12	8	4	1	0	100	30	19	221	160	35
Tolima	122	18	15	3	2	0	55	7	8	10	1	0	20	5	0	634	136	49
Valle del Cauca	161	21	20	3	3	0	82	13	5	3	1	0	21	2	2	737	187	42
Vaupés	10	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	18	2	0
Vichada	23	3	2	1	0	0	3	0	0	1	0	0	2	2	0	11	6	0
Total nacional	6.084	780	595	113	87	3	3.246	758	355	590	43	6	2.026	283	159	16.122	5.629	1.435

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 38

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	0	0	0	0	2	1	43	54	9	13	5	15	1	1	2	0
Antioquia	1	0	21	4	1	1	2	9	3.467	3.890	868	761	361	479	25	18	10	7
Arauca	1	1	3	0	0	0	2	0	134	124	13	9	5	7	2	3	1	6
Atlántico	0	0	7	2	0	0	1	2	530	672	2	0	25	33	12	4	0	2
Barranquilla	0	0	6	0	0	0	2	1	557	691	1	1	37	88	9	3	1	0
Bogotá	0	0	0	0	2	3	5	23	2.124	4.144	0	0	43	95	22	15	0	3
Bolívar	0	0	2	0	0	0	1	3	321	426	266	245	47	63	7	10	3	3
Boyacá	0	0	2	0	0	0	2	1	531	804	81	67	10	19	5	5	0	2
Buenaventura	0	0	1	0	0	0	0	0	37	66	18	6	37	58	4	1	0	0
Caldas	0	0	3	0	0	0	0	2	759	860	149	54	12	39	4	1	1	0
Cali	0	0	37	0	0	0	47	20	1.015	1.310	3	1	67	184	7	5	0	0
Caquetá	0	0	6	1	0	0	3	0	176	202	183	176	12	76	3	1	1	0
Cartagena	0	0	4	3	0	0	0	1	364	416	2	1	15	82	8	6	1	0
Casanare	7	2	11	1	0	0	0	3	198	228	7	5	16	18	4	0	1	2
Cauca	0	0	2	2	0	0	2	5	583	576	75	36	25	45	6	5	4	2
Cesar	2	0	2	0	1	0	0	0	420	394	32	45	22	53	11	9	4	7
Chocó	0	0	1	0	0	0	0	0	69	55	192	135	41	46	9	10	21	7
Córdoba	0	0	3	1	0	0	3	0	619	784	94	107	22	61	14	10	2	1
Cundinamarca	0	0	26	4	0	0	13	18	1.266	1.702	133	119	45	78	18	7	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	15	26	30	11	3	24	1	0	1	0
Guaviare	0	0	11	13	0	0	1	1	37	24	336	301	18	29	1	0	0	0
Huila	0	0	19	0	0	0	1	1	638	630	25	4	40	79	3	2	1	0
La Guajira	0	0	1	0	0	0	1	0	168	179	37	17	6	15	22	17	15	18
Magdalena	0	0	1	0	0	0	1	2	225	257	5	4	9	17	11	9	3	4
Meta	0	0	18	0	0	0	4	6	480	572	196	143	13	30	8	2	1	1
Nariño	0	0	0	2	0	0	0	1	878	1.126	444	198	15	77	9	11	3	2
Norte de Santander	1	3	8	0	2	0	2	1	652	829	263	114	11	50	11	10	3	2
Putumayo	0	0	27	2	0	0	20	1	232	260	167	168	8	14	3	1	1	1
Quindío	0	0	5	1	0	0	0	2	413	396	1	2	27	50	1	2	0	0
Risaralda	0	0	13	3	0	0	3	0	723	948	156	56	79	143	3	2	7	1
San Andrés	0	0	1	0	0	0	0	0	10	23	0	0	1	1	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	3	0	0	1	0	0	167	183	9	5	6	47	8	6	1	1
Santander	0	4	33	1	0	1	7	0	821	1.169	471	449	33	95	10	1	1	0
Sucre	0	0	3	0	0	1	2	0	292	338	50	84	26	38	7	2	1	2
Tolima	0	0	45	3	0	0	15	7	869	931	330	105	175	213	5	4	2	1
Valle del Cauca	0	0	11	12	0	2	4	5	912	979	20	10	144	117	7	0	4	5
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	41	25	39	25	3	2	1	1	1	2
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	3	14	25	37	34	2	2	3	2	3	3
Total nacional	12	10	336	55	6	9	146	119	20.800	26.318	4.744	3.511	1.466	2.582	285	186	100	85

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 38

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 farmacoresistente		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	7	2	2	1	0	3	1	10	13	0	0	33	48	0	3	263	300
Antioquia	50	27	9	7	101	65	95	138	607	936	3	1	1.907	2.521	65	72	13.811	11.425
Arauca	2	3	1	1	4	2	31	33	101	131	0	2	90	107	1	1	545	675
Atlántico	6	9	4	2	22	2	29	45	179	308	3	1	283	343	11	13	1.446	1.704
Barranquilla	8	5	2	3	19	6	53	57	207	341	1	1	431	567	7	11	1.080	1.735
Bogotá	42	65	1	4	115	586	117	121	605	732	0	1	818	993	22	31	8.156	18.890
Bolívar	14	7	8	15	17	2	31	47	138	257	3	2	106	138	1	2	1.549	1.722
Boyacá	4	1	1	2	18	8	8	21	48	91	0	2	90	136	1	2	2.081	2.326
Buenaventura	1	0	0	2	5	0	8	16	79	113	0	0	123	93	10	6	158	251
Caldas	4	3	0	0	15	6	13	14	86	97	0	0	213	227	2	3	1.833	2.142
Cali	9	2	0	2	33	6	23	42	271	345	0	0	919	1.128	26	27	4.746	5.910
Caquetá	4	6	2	1	6	1	8	0	55	50	0	0	146	183	5	1	676	696
Cartagena	10	7	2	2	15	1	32	61	127	256	1	1	245	292	2	1	650	924
Casanare	1	6	2	4	6	0	10	30	59	106	0	1	127	79	2	5	870	607
Cauca	6	4	3	1	22	2	15	23	95	164	0	1	198	205	1	3	2.130	2.309
Cesar	14	10	11	14	20	5	12	29	210	262	2	0	275	311	2	0	1.776	1.583
Chocó	23	27	12	27	8	9	25	49	80	203	0	0	153	125	1	1	203	280
Córdoba	9	12	6	2	27	4	28	25	194	239	4	1	196	206	1	2	2.062	2.722
Cundinamarca	15	17	3	4	51	63	58	53	201	258	1	0	329	364	6	5	6.128	8.599
Guainía	1	2	1	1	1	0	3	12	5	16	0	0	11	16	0	0	59	118
Guaviare	1	1	0	1	1	3	2	4	13	19	0	0	26	37	0	2	173	201
Huila	5	6	3	2	17	7	12	20	109	122	1	0	268	297	2	0	3.923	4.694
La Guajira	26	38	27	56	15	3	33	46	136	301	1	0	246	401	3	2	854	982
Magdalena	14	16	9	9	13	0	24	26	144	174	2	3	102	124	1	0	1.051	1.152
Meta	8	5	4	5	16	2	23	22	111	176	1	0	374	440	13	10	1.335	1.578
Nariño	8	6	5	1	24	33	15	18	149	186	2	3	116	122	5	3	2.639	2.848
Norte de Santander	8	3	4	3	24	12	26	77	236	381	0	0	400	546	6	11	2.322	3.022
Putumayo	3	4	3	2	5	5	5	3	49	87	1	0	72	78	1	2	661	882
Quindío	4	3	0	1	8	4	10	11	71	57	0	0	165	188	2	6	1.391	1.690
Risaralda	4	4	2	5	14	5	7	24	117	142	0	0	397	493	19	30	2.135	2.763
San Andrés	0	0	0	0	1	0	1	1	2	5	0	0	7	10	0	0	65	103
Santa Marta D.E.	2	5	1	5	8	0	9	14	42	80	1	0	144	151	1	2	442	459
Santander	7	5	1	1	34	6	34	62	199	298	1	0	494	685	11	26	3.724	4.514
Sucre	7	5	3	1	14	10	21	17	138	161	2	2	70	83	1	0	1.171	1.439
Tolima	8	5	1	6	20	6	26	32	90	158	1	4	352	388	5	13	1.615	1.972
Valle del Cauca	5	5	7	6	29	14	20	41	176	254	0	0	482	512	13	10	4.297	4.991
Vaupés	2	6	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	7	21	0	0	144	133
Vichada	5	5	8	8	2	0	1	9	10	36	0	0	17	28	0	0	96	138
Total nacional	335	342	142	208	752	878	872	1.244	5.150	7.556	31	26	10.432	12.686	249	306	78.260	98.479

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Semana epidemiológica 38

18 al 24 de septiembre de 2022



Tema Central:

Irene Alejandra Pinilla Farias ipinilla@ins.gov.co
Katterine Isabel Urieles Sierra kurieles@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/10.33610/23576189.2022.38>
2020

Asistencia técnica de:

Situación Nacional

Grupo Sivigila sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohana Catalina Chaparro Rodríguez ychaparro@ins.gov.co
Gerhard Misael Acero Parra gacero@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



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**