

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

Semana epidemiológica 42
16 a 22 de octubre de 2022

Parálisis flácida aguda

Parálisis Flácida Aguda



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.

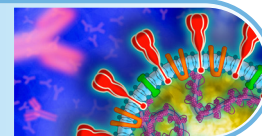


Brotes

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.



Desde el año 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el objetivo de erradicar la poliomielitis en el mundo. Esta sería la segunda enfermedad inmunoprevenible erradicada, después de la viruela. Después del lanzamiento de la Iniciativa para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI), los casos de poliomielitis han disminuido de 350 000 (1988) a solo seis casos confirmados en 2021 a nivel mundial (1).

En 2013 se creó el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013 – 2018 (The Polio Endgame Strategy), como una estrategia integral a largo plazo que aborda la erradicación total de la poliomielitis. La primera fase tuvo logros importantes, los poliovirus salvajes de tipo 2 y 3 (PVS2 y PVS3) se declararon erradicados en 2015 y 2019, respectivamente; la región de Asia Sudoriental se declaró libre de poliovirus en 2014 y en agosto de 2020 se certificó la región de África libre de poliovirus salvajes (2).

Sin embargo, la estrategia se ha visto en riesgo por la persistencia de la circulación sostenida y endémica de poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1) en Pakistán y Afganistán, en 2020 se confirmaron 140 casos, para 2021 seis casos y 29 casos a octubre de 2022 por PVS1; adicionalmente en noviembre de 2021 se detectó un caso PVS1 en Malawi y un segundo caso identificado en marzo de 2022 en Mozambique, región de África, la secuenciación genética indicó que estos poliovirus corresponden a importaciones de Pakistán y Afganistán. El incremento de casos está relacionado con el aumento de la cohorte de niños perdidos debido a las prohibiciones de vacunación en estos países y al efecto de las medidas sanitarias para el control de la pandemia por COVID-19 (2).

El riesgo de propagación internacional de virus circulantes de la vacuna tipo 2 (cVDPV2) continúa siendo alto, a septiembre de 2022 se han evidenciado elevados niveles de transmisión en Yemen, Nigeria y República Democrática del Congo, donde se concentran el 70 % de los casos a nivel mundial, atribuible a bajas coberturas de vacuna-

ción. En febrero de 2022 en Jerusalén Israel se detectó un brote de cVDPV3 en un subgrupo que rechaza la vacunación. El 21 de julio de 2022 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó un caso de poliomielitis paralítica por poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2) en el condado de Rockland Nueva York, un masculino de 20 años inmunocompetente no vacunado, posteriormente se identificó el virus en muestras ambientales clasificándolo como virus circulante de la vacuna tipo 2 (cVDPV2) (3). Adicionalmente en aguas residuales en Reino Unido e Israel se han identificado VDPV2 (4).

Debido a esto se realizó una revisión acerca de los obstáculos que se presentan para la erradicación de la poliomielitis y se traza una nueva estrategia 2022 – 2026 denominada “El cumplimiento de una promesa” la cual consiste en un conjunto de medidas para fortalecer el programa de acuerdo con las necesidades actuales (5).

Esta fase cuenta con 3 objetivos:

1. Erradicación:

- Interrupción de la transmisión de todos los poliovirus salvajes.
- Acabar con todos los brotes de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV), en los 120 días posteriores a su detección y eliminar el riesgo de futuros VDPV.

2. Integración:

- Contribuir al refuerzo de la inmunización y de los sistemas sanitarios para alcanzar y mantener la erradicación de la poliomielitis.
- Asegurar una vigilancia sensible del poliovirus integrándola en los sistemas de vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV) o enfermedades transmisibles.
- Prepararse y responder en caso de futuros brotes y emergencias.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

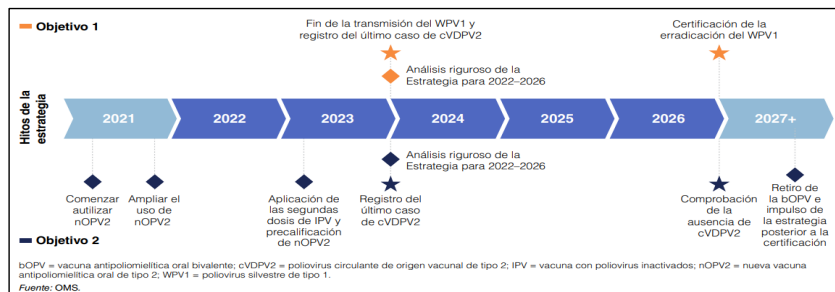
COVID-19

Tablas

3. Certificación y contención:

- Certificación de la erradicación del poliovirus salvaje. Contención de todos los poliovirus.

Figura 1. Cronograma para la planificación de la Estrategia de erradicación de la poliomiélitis, 2022 – 2026



Fuente: <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/03/Spanish-Polio-Endgame-Strategy-Executive-Summary.pdf>

La erradicación presenta problemas que amenazan el éxito de la estrategia, estos son fundamentalmente la inseguridad y el conflicto; los sistemas sanitarios débiles o frágiles; relacionados con la gestión, operaciones y recursos.

En Colombia entre 1980 y 1985, se reportaron 1017 casos de poliomiélitis, con un último gran brote en 1981 con 576 casos. Entre 1984 y 1985 se realizaron jornadas de vacunación con vacuna oral de polio (VOP) como parte del Plan regional de la erradicación de la poliomiélitis, mediante la vacunación de todos los niños menores de 5 años, logrando reducir los casos a 12 en 1985 (6). En septiembre de 1985, el gobierno colombiano adquirió el compromiso con los gobiernos de las Américas para unir sus esfuerzos en la meta de erradicar la poliomiélitis del hemisferio en 1990. A partir de esta fecha, el Ministerio de Salud y Protección social intensificó la vacunación por medio de jornadas nacionales y la vigilancia epidemiológica estricta de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) (7).

En 1991 se confirmó el último caso por poliovirus salvaje tipo 1 en Colombia, en un niño de seis años, no vacunado, residente en el municipio de Arjona (Bolívar). El país es declarado libre de polio en 1994;

posteriormente se han identificado casos derivados de la vacuna, el último caso fue identificado en marzo de 2018 en Tuluá – Valle, un caso por poliovirus derivado de vacuna tipo 1, en una niña de 11 meses de edad con inmunodeficiencia combinada.

De acuerdo con el objetivo “retirar la vacuna oral de polio (VOP)” del Plan de erradicación de la poliomiélitis 2013 -2018, en mayo de 2016 a nivel mundial se realiza el “switch” o cambio de la vacuna trivalente oral contra la poliomiélitis (tOPV) a la vacuna bivalente oral contra la poliomiélitis (bOPV) y la introducción de la primera dosis de vacuna inactivada contra la poliomiélitis (VIP), posteriormente, en noviembre de 2018, Colombia introdujo la segunda dosis de VIP, en abril de 2020 la tercera dosis y finalmente en julio de 2022 la cuarta dosis; actualmente el esquema de vacunación antipoliomielítica en Colombia consta de cuatro dosis de VIP y una dosis de VOPb.

En este contexto, el sistema de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA), ha demostrado ser sensible para la captación e investigación oportuna de casos VDPV. Sin embargo, es necesario fortalecer la respuesta al sistema de los casos probables desde el ingreso.

En cuanto a la capacidad básica de vigilancia, la tasa de notificación de PFA a semana epidemiológica 40 en Colombia se ubicó en 1,01 casos por cada 100 000 menores de 15 años, cumpliendo con la meta establecida para el país. Cinco entidades territoriales mantuvieron su tasa de notificación en cero al no realizar notificación de casos. Siete entidades territoriales, realizaron reporte de casos; sin embargo, su tasa de notificación no logró la esperada para el periodo evaluado, 21 entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación.

Los indicadores de la vigilancia de PFA son: investigación de casos en las primeras 48 horas, que a semana epidemiológica 40 fue del 80 % en el territorio nacional; recolección de muestras en los primeros 14 días y envío oportuno de muestras, cuyos resultados fueron 88 % y 84 % respectivamente. El 95,1 % de las muestras fueron procesadas oportunamente en el laboratorio de virología de la Dirección de redes del Instituto Nacional de Salud.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Así mismo, el país ha generado una matriz para la valoración de riesgo la cual se realiza a partir de la categorización y estratificación de tres indicadores:

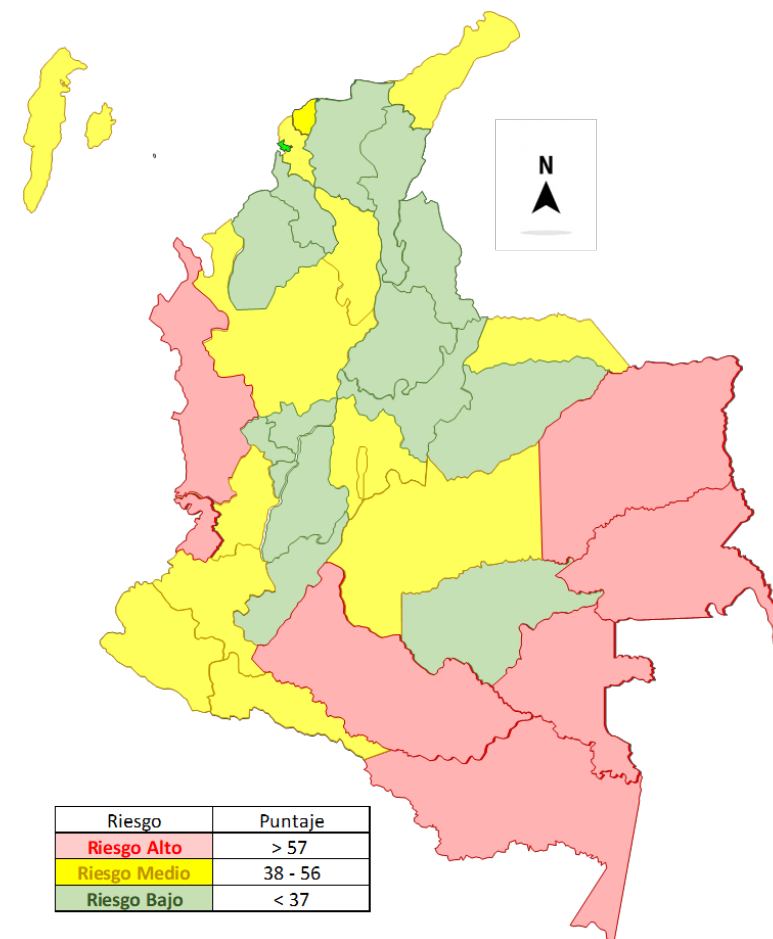
1. Inmunidad: evalúa coberturas de vacunación superiores al 95 % con trazador VOP en menores de un año y cobertura VIP primera dosis; asignando una ponderación del 60 %.
2. Número de indicadores de vigilancia (6) cumplidos durante 2021, se le asignó 30 %
3. Riesgo de importación evalúa entidades territoriales que cuentan con puertos (aéreos o marítimos) de entrada internacionales; riesgo de propagación, que evalúa las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y a población migrante, se le asignó 10 %.

Para determinar el riesgo de cada una de las entidades territoriales se categorizó así: Riesgo alto; > 57 %, Riesgo medio entre 38 % y 56 %, Riesgo bajo <37 %.

El resultado de la valoración del riesgo de importación de las 38 entidades territoriales incluidas, evidencia que el 19 % (7) de las entidades territoriales se clasifica en riesgo alto, el 44 % (16) se clasifica en riesgo medio y el 38 % (14) en riesgo bajo. El riesgo general para Colombia está ubicado en riesgo moderado con 41 % (Figura1).

Esta matriz evalúa el riesgo de brote por casos derivados de la vacuna, dado que la evaluación del riesgo para importación de casos por WPV requiere otros análisis, teniendo en cuenta que el país ha mantenido coberturas de VOP3 superiores al 80 % en los últimos 10 años, adicionalmente cuenta con un sistema de vigilancia sensible a pesar de las dificultades presentadas durante la pandemia de COVID-19 (Mapa 1).

Mapa 1. Mapa de riesgo de importación de poliomielitis en Colombia, 2021



Fuente: Sivigila 2021 - INS

Adicionalmente desde el INS se han generado estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia como asistencias técnicas y capacitaciones en el protocolo y lineamientos vigentes a entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y demás actores del sistema de vigilancia. Así mismo, el país cumple con los indicadores de erradicación tanto en Laboratorio como en Vigilancia Epidemiológica.

A pesar de que no se ha identificado circulación de poliovirus derivados de la vacuna, existe riesgo de importación de casos o brotes en el país por este tipo de agentes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Poliomielitis. [Internet] 2022. 24 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomielitis>.
2. Polio Eradication Initiative. Our misión. [Internet]. 2022. Fecha de consulta 24 de octubre de 2022. Disponible en: <https://polioeradication.org/who-we-are/our-mission/>
3. Organización Panamericana de Salud OPS/OMS Actualización Alerta Epidemiológica Detección de virus polio derivado de la vacuna tipo 2 en los Estados Unidos: Consideraciones para la Región de las Américas – 13 de septiembre de 2022, Washington, DC. [Internet]. 2022. Fecha de consulta 24 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-poliovirus-derivado-vacuna-tipo-2-circulante-estados-unidos>
4. Polio Eradication Initiative. Estrategia de erradicación de la poliomielitis 2022-2026: Cumpliendo una promesa. [Internet] 2021. Fecha de consulta 24 de octubre de 2022. Disponible en: <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración del trigésimo segundo Comité de Emergencia del RSI contra la poliomielitis [Internet] 2022. Fecha de consulta 24 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/24-06-2022-statement-of-the-thirty-second-polio-ihr-emergency-committee>
6. Instituto Nacional de Salud. Un país y sus niños. Las Jornadas Nacionales de Vacunación, Colombia, 1984. Serie Publicaciones Científicas, No 5. Bogotá.
7. Plan de erradicación de la Poliomielitis 1987-1990 - Colombia [Internet]. The Communication Initiative Network. [Internet]. Fecha de consulta 26 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.comminit.com/content/plan-de-erradicacion-C3%B3n-de-la-poliomielitis-1987-1990-colombia>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

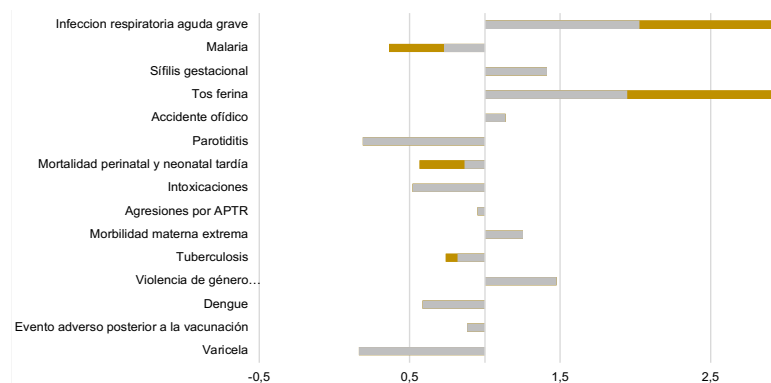
SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se compara el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada con la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos. 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. De esta forma, se identifica que en la semana epidemiológica 42 de 2022, la notificación de infección respiratoria aguda grave y tos ferina, se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos de malaria, mortalidad perinatal y neonatal tardía y tuberculosis 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 42 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 42 de 2022, los eventos de leptospirosis y mortalidad por dengue se encuentran por encima de lo esperado, mientras que leishmaniasis cutánea, sarampión, Zika, chikungunya, rubéola y lepra, 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 42 de 2022

Evento	Observado	Esperado	p
Leptospirosis	35	7	0,00
Mortalidad por dengue	5	2	0,02
Leishmaniasis cutánea	6	146	0,00
Zika	6	36	0,00
Sarampión	19	53	0,00
Chikungunya	1	20	0,00
Rubéola	2	12	0,00
Lepra	2	6	0,03
Sífilis congénita	22	24	0,08
Mortalidad por IRA 0-4 años	11	9	0,09
Mortalidad materna	7	10	0,10
Tuberculosis farmacoresistente	8	6	0,10
Mortalidad por EDA 0-4 años	0	2	0,11
EAPV	10	11	0,12
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,25
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,30

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

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

Cumplimiento en la notificación

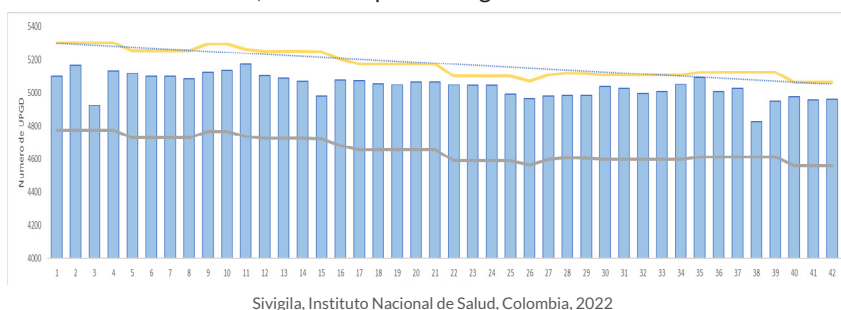
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %; presentando el mismo comportamiento (100 %) de la semana anterior y permaneciendo igual respecto a la misma semana del 2021. El país 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 100 % (1 122 / 1 122 UNM). Se observa el mismo cumplimiento (100 %) respecto a la semana 42 de 2021 y presenta igual cumplimiento respecto a la semana anterior del presente año, el país cumplió con la meta del 97 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,93 % (4 961/ 5 066 UPGD); aumentó 0,06 % respecto a la semana anterior y aumentó 0,22 % respecto a la semana 42 del 2021. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica correspondiente a la vigencia 2021 - 2022. Se observan las UPGD caracterizadas, el comportamiento en la notificación y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). 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 42 de 2022.



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados

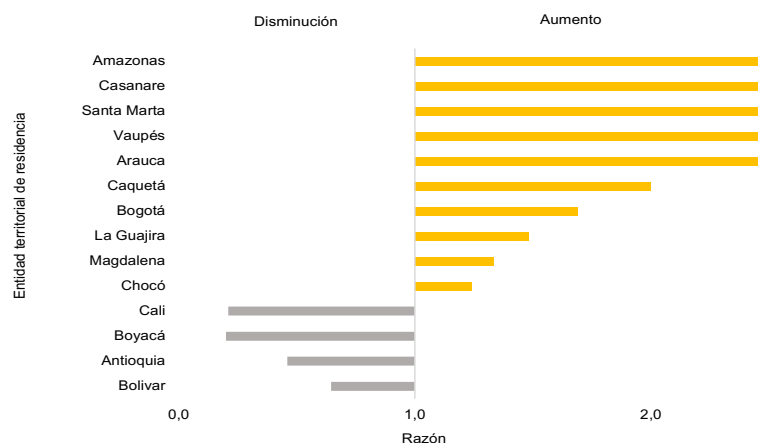
Esta semana se notificaron 16 muertes en menores de cinco años: 11 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, cinco probablemente asociadas a desnutrición y ningún caso por enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

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

En la semana epidemiológica (SE) 42 se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Arauca, Bogotá, Caquetá, Casanare, Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Vaupés en comparación con el histórico notificado en la misma semana de 2014 a 2021, mientras que en Antioquia, Bolívar, Boyacá y Cali 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 42 de 2022 en comparación con el histórico 2014 a 2021, Colombia*



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

Mortalidad por desnutrición

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

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Casanare, Chocó, La Guajira, Risaralda, Santa Marta, Tolima y Cali en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 42 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

Para esta semana no se notificaron casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron dos casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos acumulados en las entidades territoriales de Arauca, Cesar y La Guajira en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 42 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 42 de 2022 se han notificado 202 casos de muertes maternas tempranas, 91 muertes maternas tardías y 39 casos de muerte por causas coincidentes (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 42, 2019 a 2022

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	236	120	51	407
2020	330	124	30	484
2021	396	120	35	551
2022	209	93	39	341

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 42 es de 41,9 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna más alta se observó en las entidades territoriales de Vichada con 332,0; Vaupés con 172,4; Chocó con 172,4; Amazonas con 111,6; Santa Marta con 91,4 y La Guajira con 90,7 casos por 100 000 nacidos vivos (Tabla 3).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Tabla 3. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Vichada	5	332,0
Vaupés	1	172,4
Chocó	10	172,4
Amazonas	1	111,6
Santa Marta	6	91,4
La Guajira	18	90,7
Nariño	11	82,3
Córdoba	15	69,5
Magdalena	9	68,0
Bolívar	10	66,5
Boyacá	6	59,5
Arauca	2	55,9
Cesar	10	51,7
Norte de Santander	9	49,5
Cartagena	7	48,8
Quindío	2	47,6
Cauca	7	45,5
Colombia	209	41,9
Barranquilla	7	41,1
Risaralda	3	36,4
Antioquia	19	32,7
Tolima	4	30,9
Bogotá	17	30,6
Cundinamarca	8	30,2
Cali	5	27,9
Atlántico	4	26,6
Putumayo	1	25,2
Buenaventura	1	24,4
Sucre	3	24,3
Huila	3	20,8
Caquetá	1	18,2
Meta	2	16,0
Caldas	1	15,3
Santander	1	4,7
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

Tabla 4. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2018-2021, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2022

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	19	27	0,024
La Guajira	18	24	0,039
Bogotá	17	23	0,038
Cundinamarca	8	19	0,002
Atlántico	4	13	0,004
Meta	2	8	0,011
Sucre	3	8	0,039
Santander	1	10	0,000
Buenaventura	1	5	0,050
Casanare	0	4	0,024
Valle del Cauca	0	8	0,001

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

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas, el 60,3 % corresponden a causas directas y el 39,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 30,1 % (Tabla 5).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Para la semana epidemiológica 42 de 2022, comparado con el promedio histórico, se observó disminución significativa en las muertes maternas tempranas en las entidades territoriales de Antioquia, Atlántico, Bogotá, Buenaventura, Casanare, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Santander, Sucre y Valle del Cauca. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. (Tabla 4).

Tabla 5. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2022

Razón /Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	126	60,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	63	30,1
Hemorragia obstétrica	34	16,3
Sepsis relacionada con el embarazo	19	9,1
Embolia de líquido amniótico	5	2,4
Otras causas directas: Embarazo ectópico	3	1,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1,0
INDIRECTA	82	39,2
Evento tromboembólico como causa básica	13	6,2
Otras causas indirectas: cáncer	11	5,3
Sepsis no obstétrica	10	4,8
Otras causas indirectas: trastornos cardíacos	10	4,8
Otras causas indirectas	10	4,8
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID-19	6	2,9
Sepsis no obstétrica: Neumonía	7	3,3
Desconocida/indeterminada	4	1,9
Otras causas indirectas: Lupus	3	1,4
Otras causas indirectas: Tuberculosis	2	1,0
Otras causas indirectas: dengue	1	0,5
Otras causas indirectas: Malaria	1	0,5
Otras causas indirectas: VIH	1	0,5
Otras causas indirectas: Anemia de Células Falciformes	1	0,5
Otras causas indirectas: Epilepsia	1	0,5
Otras causas indirectas: Diabetes	1	0,5
EN ESTUDIO	1	0,5

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 42 de 2022, se han notificado 6 829 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 99 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 152 casos, 111 corresponden a esta semana y 41 a notificaciones tardías.

A la semana epidemiológica analizada la razón nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía preliminar es de 13,5 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en la tabla 1 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 (31,2); Amazonas (22,3); Vaupés (20,7); San Andrés y Providencia (20,0) y La Guajira (19,4).

Tabla 6. Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos
Chocó	181	31,2
Amazonas	20	22,3
Vaupés	12	20,7
San Andrés y Providencia	11	20,0
La Guajira	386	19,4
Arauca	67	18,7
Vichada	26	17,3
Cartagena	244	17,0
Buenaventura	69	16,9
Atlántico	244	16,2
Córdoba	341	15,8
Cauca	224	14,6
Casanare	72	14,2
Santa Marta	93	14,2
Meta	176	14,1
Barranquilla	237	13,9
Colombia	6730	13,5
Cali	241	13,4
Putumayo	53	13,4
Bolívar	199	13,2
Quindío	55	13,1
Sucre	161	13,0
Bogotá	703	12,6
Caldas	82	12,5
Boyacá	126	12,5
Norte de Santander	227	12,5
Magdalena	165	12,5
Nariño	166	12,4
Cundinamarca	328	12,4
Risaralda	102	12,4
Cesar	239	12,4
Antioquia	716	12,3
Guainía	13	12,2
Huila	171	11,9
Valle del Cauca	175	11,2
Tolima	139	10,7
Guaviare	11	9,9
Santander	211	9,8
Caquetá	44	8,0

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

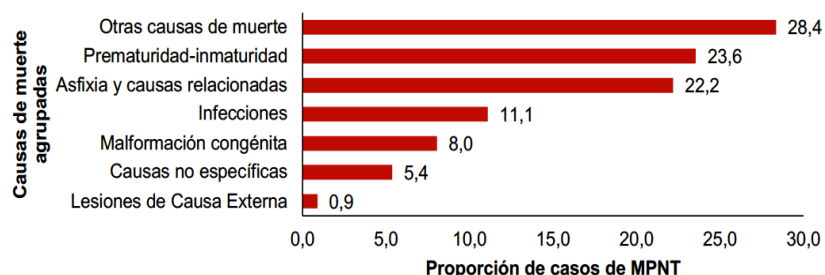
COVID-19

Tablas

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 46,7 % (3 145), seguido de neonatales tempranas con 27,9 % (1 881), neonatales tardías con 15,7 % (1 058) y perinatales intraparto con 9,6 % (645).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: otras causas de muerte 28,4 %; corresponden principalmente trastornos de origen neonatal y placentarios, seguido de prematuridad - inmadurez con el 23,6 % y asfixia y causas relacionadas con el 22,2 % (Figura 5).

Figura 5. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 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 incremento en la notificación de San Andrés y Providencia, este comportamiento podría estar explicado por las acciones de búsqueda activa institucional que realiza el equipo de vigilancia territorial. Por otra parte, se presenta un decremento en la notificación de Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Cauca, Córdoba, 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

Brotes

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 42, 2021 y 2022

Tipo de servicio	2021 semana 42	2022 semana 42	Variación
Consulta externa y urgencias	3 914 901	6 267 119	60,1 Aumento
Hospitalización en sala general	222 390	240 486	8,1 Ninguna
Hospitalización en UCI / UCIM	67 997	31 935	-53,0 Disminución

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

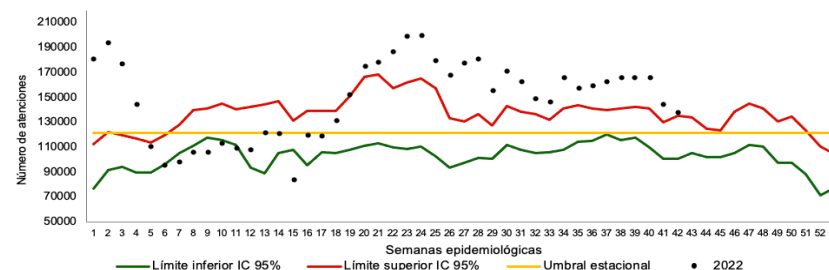
En Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2022, se han notificado 6 267 119 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA, presentando incremento frente a lo notificado en la misma semana de 2021 con el 60,1 %; 75,9 % frente a 2020 y del 14,7 % respecto a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se observa incremento en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Risaralda, Santa Marta, Santander, Vaupés y Vichada. Se presenta disminución en Guainía y Guaviare. En las 24 entidades territoriales restantes no se presentan comportamientos inusuales.

En las últimas 4 semanas (39 a 42) se han notificado 615 240; en este período, por grupos de edad, los adultos de 20 a 39 años representan el 25,4% (155 990), seguido por el de 5 a 19 años con el 22,5 % (138 273). 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 17,2% seguido de los niños menores de un año con 13,7 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las primeras cuatro semanas del año se ubican por encima del límite superior

histórico, desde la semana 05 y hasta la 12 se sitúan en zona de seguridad por debajo del umbral estacional. A partir de la semana 13 (exceptuando la semana 15), se observan por encima del umbral estacional; desde la semana 19 hasta la semana 42 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 42, entre 2015 y 2022



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

Se notificaron 240 486 hospitalizaciones por IRAG en sala general, comparado con lo notificado a la misma semana de 2021, el comportamiento es similar, con una variación del 8,1 %. Se observa incremento del 52,2 % con respecto a 2020 y del 29,2 % frente a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación de los últimos siete años, se presenta disminución en Guainía, Guaviare, Quindío y San Andrés e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Tolima y Valle. No se presentan comportamientos inusuales en 12 entidades territoriales.

En las últimas cuatro semanas (39 a 42) se han notificado 22 115 hospitalizaciones por IRAG en sala general; por grupos de edad, los menores de un año representan el 30,6% (2 608); seguido por los niños de dos a cuatro años con el 27,5 % (4 759). 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 21,5%; seguido por los niños de un año con el 30,7 %.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

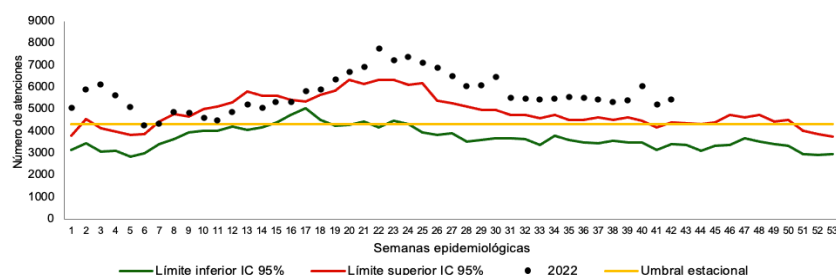
Brotes

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 42, entre 2015 y 2022



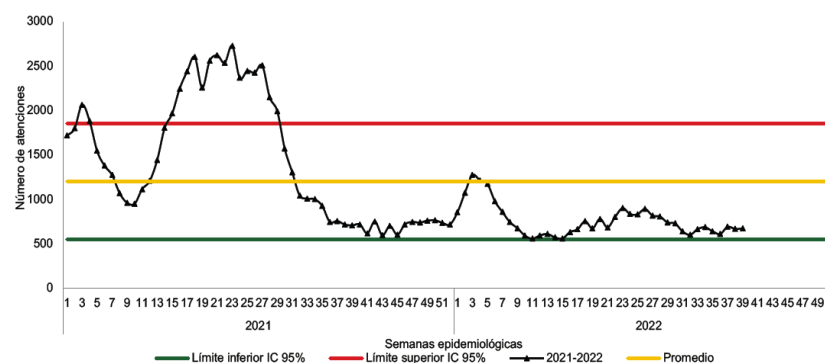
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 31 935 hospitalizaciones por IRAG en UCI / UCIM, presentando disminución del 53,0 % respecto a 2021, y aumento del 11,2% con relación a lo notificado en la misma semana en 2020 y de 81,5% en 2019. Se presenta disminución en las entidades territoriales de Arauca, Cartagena, César y Tolima. Se presentó aumento en 23 entidades territoriales y no se presentan comportamientos inusuales en Amazonas, Atlántico, Buenaventura, Cali, Choco, Córdoba, Guainía, La Guajira, Norte Santander, San Andrés y Santander.

Para el período comprendido entre las semanas 38 a 42 se han notificado 2 736 atenciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos. Por grupos de edad; los de 2 a 4 años representa el 36,8 % (288); seguido por los menores de un año con el 33,9 % (158). 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 mayores de 60 años con el 30,6%, seguido de los menores de un año con un 30,2% %.

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).

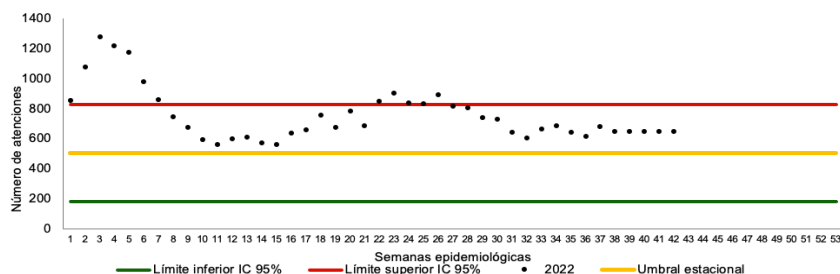
Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, entre 2020 y 2022



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 42 permanecen en el umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana 42, 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 42 de 2022 se notificaron 1827 casos probables de dengue: 877 casos de esta semana y 950 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 53 090 casos, 24 717 (46,6 %) sin signos de alarma, 27 300 (51,4 %) con signos de alarma y 1 073 (2,0 %) de dengue grave.

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 746 municipios. Las entidades territoriales de Meta, Sucre, Casanare, Bolívar, Barranquilla, Córdoba, Cesar, Atlántico, Cali, Tolima, Norte de Santander, La Guajira y Cartagena, aportan el 74,1 % (39 330) 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 42 de 2022

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Meta	4362	8,4	30	2,8	4392	8,3
Sucre	4176	8,0	106	9,9	4282	8,1
Casanare	3770	7,2	46	4,3	3816	7,2
Bolívar	3224	6,2	89	8,3	3313	6,2
Barranquilla	3200	6,2	85	7,9	3285	6,2
Córdoba	3059	5,9	77	7,2	3136	5,9
Cesar	2976	5,7	80	7,5	3056	5,8
Atlántico	2524	4,9	129	12,0	2653	5,0
Cali	2411	4,6	35	3,3	2446	4,6
Tolima	2377	4,6	30	2,8	2407	4,5
Norte de Santander	2258	4,3	32	3,0	2290	4,3
La Guajira	2087	4,0	66	6,2	2153	4,1
Cartagena	2042	3,9	59	5,5	2101	4,0
Antioquia	1954	3,8	48	4,5	2002	3,8
Santander	1520	2,9	29	2,7	1549	2,9
Arauca	1197	2,3	5	0,5	1202	2,3
Huila	1054	2,0	30	2,8	1084	2,0
Valle del Cauca	1038	2,0	12	1,1	1050	2,0
Caquetá	903	1,7	10	0,9	913	1,7
Magdalena	754	1,4	13	1,2	767	1,4
Chocó	633	1,2	10	0,9	643	1,2
Putumayo	590	1,1	4	0,4	594	1,1
Nariño	535	1,0	4	0,4	539	1,0
Cundinamarca	506	1,0	10	0,9	516	1,0
Cauca	405	0,8	4	0,4	409	0,8
Amazonas	391	0,8	2	0,2	393	0,7
Guaviare	374	0,7	3	0,3	377	0,7
Santa Marta	351	0,7	4	0,4	355	0,7
Buenaventura	254	0,5	1	0,1	255	0,5
Exterior	226	0,4	10	0,9	236	0,4
Boyacá	178	0,3	3	0,3	181	0,3
Caldas	163	0,3	0	0,0	163	0,3
Guainía	132	0,3	1	0,1	133	0,3
Risaralda	121	0,2	1	0,1	122	0,2
Archipiélago de San Andrés	105	0,2	0	0,0	105	0,2
Quindío	100	0,2	4	0,4	104	0,2
Vichada	66	0,1	1	0,1	67	0,1
Total	52 017	100	1 073	100	53 090	100

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

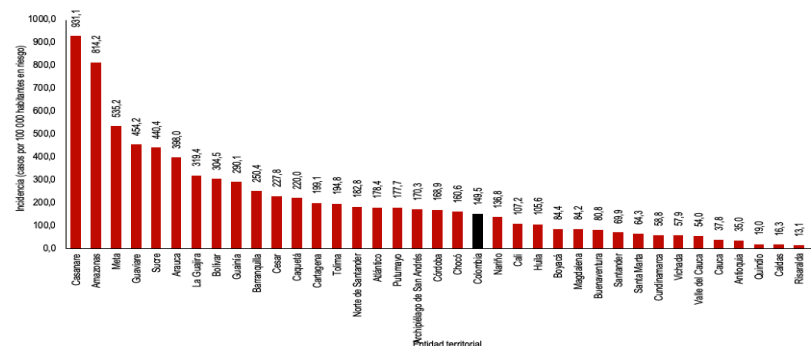
El 58,3 % (30 945) de los casos de dengue se reportaron en 41 municipios, con mayor frecuencia en: Barranquilla, con el 6,2 % (3 285); Cali, con el 4,6 % (2 446); Cartagena, con el 4,0 % (2 101); Yopal – Casanare, con 3,5 % (1 853); Sincelejo – Sucre, con el 2,9 % (1 540); Villavicencio – Meta, con el 2,7 % (1 457); Cúcuta – Norte de Santander, con el 2,4 % (1 277); Montería – Córdoba (1 016) y Soledad – Atlántico (1 007), con el 1,9 % cada uno; Acacías – Meta, con el 1,8 % (981); Valledupar – Cesar (867), Espinal – Tolima (858) y El Carmen de Bolívar – Bolívar (828), con el 1,6 % cada uno; Arjona – Bolívar (737) y Santiago de Tolú – Sucre (77), con el 1,4 % cada uno; Riohacha – La Guajira (695) y Saravena – Arauca (665), con el 1,3 % cada uno; Neiva – Huila (640), con el 1,2 %; Corozal – Sucre (596) y Maicao – La Guajira (595), con el 1,1 % cada uno.

Se hospitalizó al 84,4 % (23 045) de los casos de dengue con signos de alarma y al 96,6 % (1 036) 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: Valle del Cauca, Magdalena, Bolívar, Vichada, Quindío y Chocó. Las entidades notificadoras en las que no se registró hospitalización del 100 % de los casos de dengue grave fueron: Sucre, Cartagena, Córdoba, Barranquilla, Norte de Santander, La Guajira, Tolima, Cali, Cesar, Santander, Antioquia, Bolívar, Caquetá, Arauca y Santa Marta.

A semana 42 de 2022 se han confirmado el 64,4 % (34 208) de los casos de dengue notificados. Según clasificación, se confirmó el 73,8 % (20 146) de los casos de dengue con signos de alarma y 87,4 % (938) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Chocó y Vaupés; mientras que, Caquetá, Cauca, Córdoba, Guainía, Guaviare, Magdalena, Nariño, Quindío y Risaralda, han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

La incidencia nacional de dengue es de 149,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Casanare, Amazonas, Meta, Guaviare, Sucre, Arauca, La Guajira y Bolívar, se estiman tasas de incidencia superiores a 300 casos por 100 000 habitantes (figura 10).

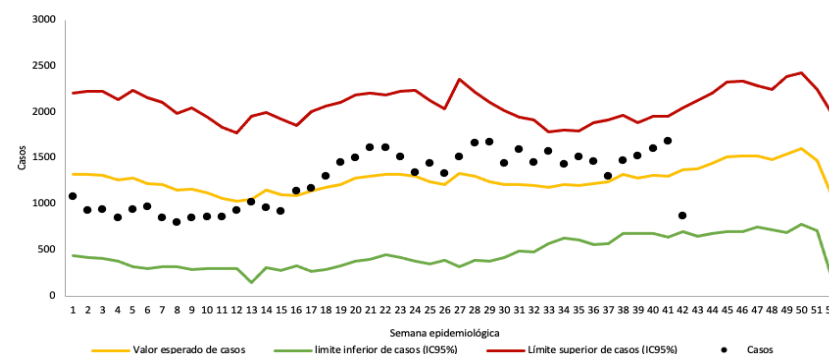
Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 42 de 2022



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

A semana epidemiológica 42 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 42 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*; 13 entidades se encuentran en situación de *alerta* y 14 entidades presentan casos *por encima del valor esperado*, comparado con el comportamiento histórico (tabla 9).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Tabla 9. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 39 a 41 de 2022

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

A semana 42 de 2022, se han notificado 186 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 36 muertes procedentes de: Cesar con 12 casos; La Guajira, con 5 casos; Bolívar, con 3 casos; Atlántico, Córdoba, Meta y Santander, con 2 casos cada uno; Cali, Casanare, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Tolima y Exterior, con 1 caso cada uno. Se descartaron 96 casos y se encuentran en estudio 54 muertes procedentes de: Antioquia, con 6 casos, La Guajira, con 5 casos, Bolívar, Cartagena y Sucre, con 4 casos cada uno; Barranquilla y Córdoba, con 3 casos cada uno; Cali, Casanare, Cesar, Cundinamarca, Huila, Magdalena y Meta, con 2 casos cada uno; Atlántico, Buenaventura, Chocó, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta, Santander, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Exterior, con 1 caso cada uno.

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 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 %.

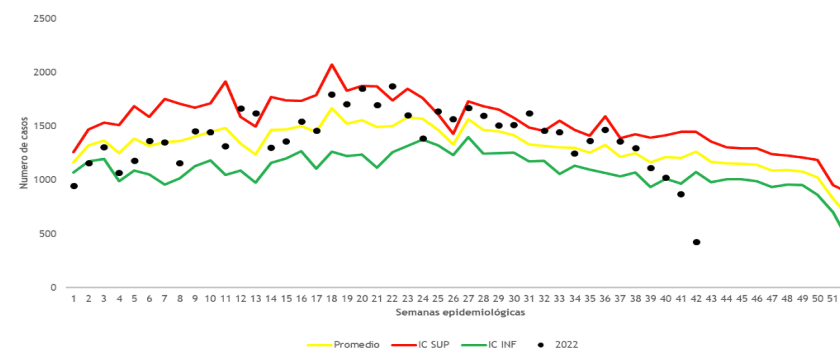
En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

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 42, 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 42 se notificaron 1 628 casos de malaria, teniendo un acumulado de 59 519 casos, de los cuales 58 146 son de malaria no complicada y 1 373 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 59,9 % (35 667); seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 39,1 % (23 250) e infección mixta con 1,0 % (602).

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (33,3 %); Nariño (15,3 %); Córdoba (13,0 %); Antioquia (10,0 %) y Guainía (6,4 %) aportan el 78,0 % 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 42 de 2022

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malariae</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	292	10627	0	8446	19365	33,30
Nariño	61	6567	0	2277	8905	15,30
Córdoba	33	1127	0	6420	7580	13,00
Antioquia	38	925	0	4843	5806	10,00
Guainía	35	193	0	3472	3700	6,40
Amazonas	1	11	0	1779	1791	3,10
Norte de Santander	0	3	0	1688	1691	2,90
Risaralda	20	280	0	1280	1580	2,70
Cauca	2	1492	0	64	1558	2,70
Vichada	10	359	0	868	1237	2,10
Guaviare	8	91	0	1055	1154	2,00
Buenaventura	7	851	0	292	1150	2,00
Bolívar	41	173	0	782	996	1,70
Exterior	10	97	0	542	649	1,12
Meta	3	34	0	500	537	0,90
Vaupés	0	11	0	112	123	0,20
Caquetá	2	51	0	36	89	0,20
Sucre	1	10	0	27	38	0,10
Valle del Cauca	0	8	0	27	35	0,10
Putumayo	1	10	0	17	28	0,00
La Guajira	0	2	0	18	20	0,00
Desconocido	0	5	0	15	20	0,03
Cali	0	6	0	9	15	0,00
Cesar	0	1	0	13	14	0,00
Arauca	0	0	0	13	13	0,00
Magdalena	0	1	0	10	11	0,00
Casanare	0	1	0	9	10	0,00
Caldas	0	3	0	6	9	0,00
Santander	1	0	0	7	8	0,00
Huila	0	2	0	5	7	0,00
Quindío	1	0	0	4	5	0,00
Atlántico	0	0	0	2	2	0,00
Total	567	22941	0	34638	58146	100

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

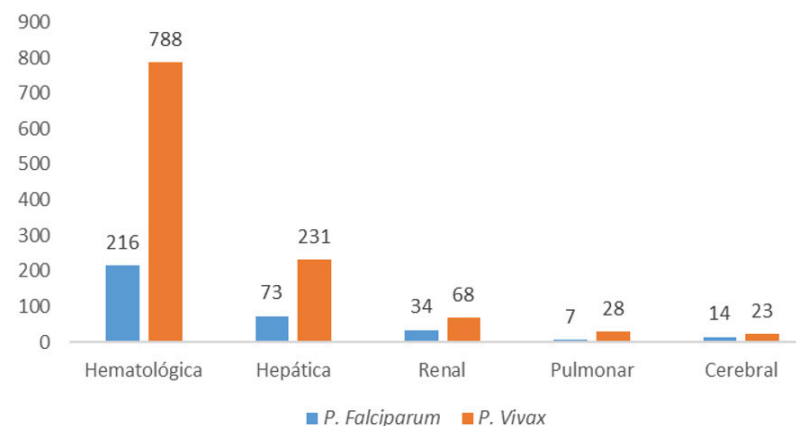
Malaria Complicada

Se han notificado 1 373 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 30 casos procedentes del exterior. Antioquia, Chocó, Nariño, Meta, Risaralda Córdoba y Guaviare notifican el 72,9 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 63,0 % (865) corresponde a hombres. El 45,2 % (621) se presenta en personas de 5 a 24 años; el 11,9 % (164) se presentó en afrocolombianos, el 20,9 % (287) en Indígenas. Por lugar de procedencia el 48,0 % (659) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación el 60,9 % (836) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 73 % (1004) presentaron complicaciones hematológicas, 22 % (304) complicaciones hepáticas, 7 % (102) complicaciones renales, 3 % (35) a nivel pulmonar y 3 % (37) complicación cerebral (Figura 13).

Figura 13. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semana epidemiológica 42 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 42 de 2022 se han confirmado catorce casos 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 Pueblo Rico (Pereira) (tasa de mortalidad: 5,97 muertes por 100 000 hab.); una procedente de La Virginia - Risaralda (161,53 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Pereira - Risaralda (1,31 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Tumaco (Nariño) (tasa de mortalidad: 0,38 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Santa Bárbara (Nariño) (tasa de mortalidad: 7,54 muertes por 100 000 hab.); una procedente de El Retorno (Guaviare) (tasa de mortalidad: 6,99 muertes por 100 000 hab.), una procedente de

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Inírida (Guainía) (tasa de mortalidad: 2,86 muertes por 100 000 hab.), una procedente del Exterior (Nigeria - África) notificada por Bogotá.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 42, dos departamentos están por encima del número esperado de casos y tres departamentos están en situación de alerta para malaria (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2022

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

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2022 Colombia

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

A semana epidemiológica 42, 14 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Pueblo Rico (Risaralda), Valencia (Córdoba), San José del Guaviare (Guaviare), Apartadó (Antioquia) (Tabla 12).

Tabla 12. Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 42 en Colombia, 2022

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Risaralda	Pueblo Rico	1537	66	190
Córdoba	Valencia	912	45	84
Guaviare	San José del Guaviare	849	62	95
Antioquia	Apartadó	816	27	50
Chocó	Bojayá	784	51	70
Chocó	Medio Atrato	601	47	76
Antioquia	Zaragoza	590	38	66
Chocó	Carmen del Darién	558	25	45
Chocó	El Cantón de San pablo	471	27	33
Meta	Mapiripán	364	8	20
Antioquia	Cáceres	335	9	27
Guainía	Barranco Minas	274	12	48
Chocó	Juradó	227	8	13
Risaralda	Mistrató	96	3	10

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

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

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

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

A semana epidemiológica 42, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, se encuentran en situación de brote el municipio de Juradó. Se encuentran en decremento: Lloró, Quibdó, Río quito, Tumaco, y en incremento Juradó, Medio Atrato y Unguía.

Tabla 14. Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 42, Colombia, 2022

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica	Estrato de riesgo
Chocó	Acandí	111	5	9	Ninguno	Seguridad	4
	Atrato	328	18	12	Ninguno	Seguridad	5
	Bagadó	1101	85	96	Ninguno	Seguridad	5
	Juradó	227	8	13	Aumento	brote	4
	Lloró	606	54	28	Disminución	Seguridad	5
	Medio Atrato	601	47	76	Aumento	Seguridad	5
	Quibdó	4184	328	239	Disminución	Éxito	5
	Río Quito	438	30	18	Disminución	Seguridad	5
	Rosucio	114	15	17	Ninguno	Seguridad	5
	Unguía	54	4	9	Aumento	Seguridad	4
Buenaventura	Buenaventura	1173	108	92	Ninguno	brote	5
Nariño	Tumaco	1570	136	48	Disminución	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 42 de 2022, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

BROTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de la situación de viruela símica en Colombia, 27 de octubre de 2022

Desde el 23 de mayo al 27 de octubre de 2022 el Sistema de Alerta Temprana y la Sala de Análisis Riesgo de Viruela Símica del INS han recibido y gestionado 5 891 alertas o notificaciones, de las cuales se han confirmado 3 405 casos y 1 861 casos se han descartado. Las entidades territoriales de notificación con casos confirmados son: Bogotá (1 809), Antioquia (976), Cali (233), Santander (74), Cundinamarca (66), Tolima (41), Risaralda (33), Barranquilla (26), Valle del Cauca (23), Meta (21), Caldas (16), Cesar (11), Quindío (10), Cartagena (9), Atlántico (8) casos; las entidades territoriales de Boyacá y Huila (7) casos cada una; San Andrés (6); Cauca y Córdoba (5) casos cada una; La Guajira (4), Sucre (3); Santa Marta, Bolívar, Putumayo y Norte de Santander (2) casos cada una y un (1) caso en las entidades de Guaviare, Casanare, Caquetá y Nariño. De acuerdo con las fuentes de infección 79,4 % son fuente desconocida, 11 % relacionado con fuente desconocida, 1,6 % importados, 2,7 % relacionados con la importación y en estudio 5,3 %. De los casos confirmados 97,4 % son de sexo masculino. En seguimiento 556 contactos de casos activos. Información sujeta a cambios, en seguimiento.

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

Brote de varicela en población de Fuerzas Militares (FFMM) de Solano, Caquetá, 8 de octubre de 2022

Evento notificado el 8 de octubre de 2022 con fecha de inicio de síntomas del caso índice el 7 de octubre. Nueve casos de un total de 21 per-

sonas expuestas para una tasa de ataque del 42 %; un caso hospitalizado y no se reportan casos con complicaciones ni fallecidos. Acciones de control implementadas: búsqueda activa diaria, aislamiento de casos; recomendaciones para el uso de tapabocas, intensificación de lavado de manos, limpieza y desinfección. Brote activo en seguimiento por 42 días. Situación en seguimiento

Fuente: Informe de brote de varicela, Secretaría de Salud de Caquetá.

Brote de varicela en Población Privada de la Libertad (PPL) de Medellín, Antioquia; 20 de octubre de 2022

Evento notificado el 20 de octubre de 2022 con fecha de inicio de síntomas caso índice el 19 de octubre de 2022. Un caso de un total de 297 personas expuestas para una tasa de ataque del 0,33 %. No se registran casos hospitalizados, con complicaciones ni fallecidos. Acciones de control implementadas: búsqueda activa diaria, educación de signos de alarma, suspensión de traslados. Situación en seguimiento.

Fuente: Informe de brote de varicela, Secretaría de Salud de Antioquia.

Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) en Manaure, La Guajira, 25 de octubre de 2022

El 25 de octubre de 2022 se presentaron desbordamientos de arroyos en zona urbana y rural por incremento de lluvias que afectaron seis barrios donde los afectados fueron evacuados. El 26 de octubre se instalan tres ATE: el primer ATE con 30 familias (34 adultos, 41 niños, 40 niñas), cuentan con condiciones higiénicas y sanitarias; el segundo ATE con 183 familias y el tercero con: 85 familias (85 adultos, 226 niños), no cuentan con adecuadas condiciones higiénicas y sanitarias. Situación epidemiológica de base a semana epidemiológica 41: se observa incremento en la notificación de dengue, eventos adversos posteriores a la vacunación, morbilidad por IRA, leptospirosis, mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda-desnutrición-infección respiratoria aguda;

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

sífilis congénita y gestacional y tuberculosis. Recomendaciones: intensificación de acciones de vigilancia en salud pública, implementación de vigilancia comunitaria y caracterización de riesgo sanitario en los ATE, activación de la Sala de Análisis de Riesgo Departamental. Acciones de control: articulación con programas de promoción y prevención para desplegar intervenciones necesarias, fortalecimiento en comunicación de riesgo y educación. Situación en seguimiento.

Fuente: Alojamiento temporal de emergencia, Secretaría de Salud del Distrito de Caldas.

Focos de influenza aviar (H5N1) en aves, en Acandí, chocó, octubre 25 de 2022

Con corte a 27 de octubre de 2022 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) ha confirmado cinco focos zoonóticos de influenza aviar (H5N1) en población mixta (aves de traspatio y silvestres). La circulación permanece en el área de perifoco delimitado como área de contención: a la fecha se ha realizado vigilancia en un total de 120 predios (22 en área de perifoco, 60 en área de vigilancia 3 km, y 38 en área de protección de 5 km) con un total de 1 154 aves muestreadas. Acciones de vigilancia en salud pública: el equipo de respuesta inmediata del INS en articulación con el departamento de Chocó y municipio de Acandí realizaron 24 visitas de campo con 24 muestras recolectadas incluidas de nueve personas con síntomas respiratorios y 15 asintomáticos, todos con reportes negativos para los virus de Influenza A, Influenza B y Adenovirus, búsqueda activa comunitaria, búsqueda activa institucional, capacitación a talento humano. Situación en seguimiento.

Fuente: Equipo de respuesta inmediata Nacional, Secretaría de Salud de Chocó.

Eventos de control internacional en Colombia

En la semana epidemiológica 42 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.

talamiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica de Cólera. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 25 de octubre de 2022

Haití

Desde la notificación de los dos primeros casos confirmados de *Vibrio cholerae* O1 en el área del gran Puerto Príncipe el 2 de octubre de 2022, al 23 de octubre de 2022, el Ministerio de Salud de Haití (Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP por sus siglas en francés), informó un total de 2.243 casos sospechosos, incluidos 219 casos confirmados, 1 415 casos sospechosos internados y 55 defunciones registradas. De un total de 818 muestras analizadas por el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP por sus siglas en francés), la tasa de positividad ha sido del 25,3 %. Los departamentos de Artibonite, Grand'Anse, Nippes y Sud-Est han confirmado sus casos mediante pruebas de diagnóstico rápido, mientras que los casos de Centre y Ouest se han confirmado por cultivo.

Del total de casos sospechosos notificados con información disponible, 58 % son hombres y el 53 % son personas de 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años seguido del de 5 a 9 años.

República Dominicana

El 20 de octubre de 2022, el Ministerio de Salud Pública de República Dominicana confirmó el primer caso importado de cólera en el país. Se trata de una mujer de 32 años de nacionalidad haitiana, que ingresa a la República Dominicana el 17 de octubre procedente de Puerto Príncipe para luego viajar a la provincia de La Altagracia. El caso inició síntomas el

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

18 de octubre con diarrea aguda, motivo por el cual se sospechó cólera. El caso fue internado en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia del municipio de Higüey y actualmente continua bajo tratamiento. El 20 de octubre, el Laboratorio Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud, Dr. Defilló, confirmó la presencia de *Vibrio cholerae* serogrupo O1, serotipo Ogawa.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros la necesidad de que continúen con sus esfuerzos para fortalecer y mantener la vigilancia del cólera para detectar precozmente los casos sospechosos, proporcionar el tratamiento adecuado y prevenir su propagación. El tratamiento precoz y adecuado mantiene la tasa de letalidad de los pacientes hospitalizados en cifras menores a 1 %. La OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a que simultáneamente continúen con sus esfuerzos, para garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico y acceso al agua potable, además de la promoción de higiene y movilización social, con el fin de reducir el impacto del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica cólera. 25 de octubre de 2022: Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-colera-25-octubre-2022>

Actualización Epidemiológica Semanal sobre COVID-19. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 26 de octubre de 2022

A nivel mundial, el número de nuevos casos semanales disminuyó un 15 % durante la semana del 17 al 23 de octubre de 2022 en comparación con la semana anterior, con más de 2,6 millones de nuevos casos notificados. El número de nuevas muertes semanales disminuyó un 13 % en comparación con la semana anterior, con más de 8 500 muertes reportadas. Hasta el 23 de octubre de 2022, se han notificado más de 624 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 (-41 %), la región de Europa (-23 %), la región del Mediterráneo Oriental (-9 %), la región del Pacífico Occidental (-5 %), la región de Asia Sudoriental (-4 %) y la región de las Américas (+2 %). El número de nuevas muertes semanales disminuyó en cuatro de las seis regiones: la región de África (-72 %), la región de Europa (-24 %), la región de Asia Sudoriental (-13 %) y la región del Pacífico Occidental (-8 %); mientras que el número permaneció estable en la región de las Américas (-1 %) y aumentó en la región del Mediterráneo Oriental (+9 %).

A nivel de país, las cifras más altas de casos nuevos semanales se informaron en Alemania (498 787 casos nuevos; -23 %), Francia (307 610 casos nuevos; -22 %), China (285 348 casos nuevos; -13 %), Estados Unidos de América (255 116 casos nuevos; -1 %) e Italia (252 777 casos nuevos; -12 %).

Los números más altos de nuevas muertes semanales se informaron en los Estados Unidos de América (2 538 nuevas muertes; similar a la semana anterior), la Federación Rusa (636 nuevas muertes; -9 %), Italia (586 nuevas muertes; +23 %), Francia (484 nuevas muertes; +21 %) y China (469 nuevas muertes; +9 %).

Distribución geográfica y prevalencia de VOC

A nivel mundial, del 24 de septiembre al 24 de octubre de 2022, se compartieron 107 952 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. Entre estas, 107 678 secuencias fueron la variante preocupante (VOC) de ómicron, que representó el 99,7 % de las secuencias notificadas a nivel mundial en los últimos 30 días. Durante la semana epidemiológica 40 (3 al 9 de octubre de 2022), al 11,7 % de todas las secuencias compartidas aún no se les ha asignado un nombre específico de Pango, pero se presume que son linajes descendientes de ómicron (categoría no asignada). En el mismo período del informe, el 1,4 % de las secuencias se asignan como recombinantes, la mayoría de las cuales son XBB y su subvariante descendiente XBB.1. No se han informado secuencias distintas de ómicron en los últimos 30 días.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

La diversificación genética continúa y ha dado lugar a 390 linajes descendientes de ómicron, así como a 48 recombinantes identificados. Todas estas variantes están siendo monitoreadas y evaluadas por la OMS con base a criterios de constelaciones genéticas de mutaciones y/o indicaciones de un aumento en la prevalencia en una ubicación geográfica, así como cualquier evidencia de cambios fenotípicos.

Los linajes descendientes BA.5 siguen siendo predominantes con una prevalencia del 77,1 % a partir de la semana epidemiológica 40, seguidos de los linajes descendientes BA.4 con una prevalencia del 5,4 %. Los linajes descendientes BA.2 han aumentado en prevalencia, lo que representa el 4,3 % de las secuencias dentro del mismo período de informe. La prevalencia de BA.1.X es < 1 % y las secuencias BA.3.X no se han informado a nivel mundial en las últimas ocho semanas.

Región Africana

La región de África notificó más de 3 900 casos nuevos, una disminución del 41 % en comparación con la semana anterior. Seis países (12 %) informaron aumentos en el número de casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en la República Democrática del Congo (55 frente a cuatro casos nuevos; +1275 %), Kenia (178 vs 78 casos nuevos; +128 %) y Argelia (41 vs 29 casos nuevos; +41 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Sudáfrica (2 017 casos nuevos; 3,4 casos nuevos por 100 000 habitantes; -22 %), Reunión (340 casos nuevos; 38,0 casos nuevos por 100 000; +1 %) y Comoras (191 casos nuevos; 22,0 casos nuevos por 100 000; +3 720 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 72 % en comparación con la semana anterior, con 17 muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Sudáfrica (11 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000 habitantes; -79 %), Reunión (dos nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; similar a la semana anterior) y Togo (dos nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +100 %).

Región de las Américas

La región de las Américas notificó más de 365 000 casos nuevos, un aumento del 2 % en comparación con la semana anterior. Diez de 56 (18 %) países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en el número de casos nuevos del 20 % o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Saint Maarten (32 frente a 11 casos nuevos; +191 %). Curazao (28 vs 16 casos nuevos; +75 %) y Paraguay (368 vs 221 casos nuevos; +67 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (255 116 casos nuevos; 77,1 casos nuevos por 100 000; -1 %), Chile (34 497 casos nuevos; 180,5 casos nuevos por 100 000; +38 %) y Brasil (34 180 casos nuevos; 16,1 casos nuevos por 100 000; +9 %).

El número de nuevas muertes semanales notificadas en la región disminuyó un 1 % con respecto a la semana anterior, con más de 3 400 nuevas muertes notificadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (2 538 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; similar a la semana anterior), Brasil (383 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +12 %) y Canadá (278 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +18 %).

Región del Mediterráneo Oriental

La región del Mediterráneo Oriental notificó algo menos de 14 000 casos nuevos, una disminución del 9 % en comparación con la semana anterior. Seis países (27 %) informaron aumentos de casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en el Líbano (1 083 frente a 361 casos nuevos; +200 %), Marruecos (181 frente a 115 casos nuevos; +57 %) y Arabia Saudita (1 564 vs 1 102 nuevos casos; +42 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en Qatar (3 732 casos nuevos; 129,5 casos nuevos por 100 000; -19 %), los Emiratos Árabes Unidos (2 262 casos nuevos; 22,9 casos nuevos por 100 000; +11 %) y Bahréin (2 084 casos nuevos; 122,5 casos nuevos por 100 000; +3 %).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

El número de nuevas defunciones semanales aumentó en la región un 9 % con respecto a la semana anterior, con 73 nuevas defunciones notificadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República Islámica de Irán (27 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -29 %), Arabia Saudita (13 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -7 %) y Líbano (11 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +175 %).

Región de Europa

En la región de Europa, el número de nuevos casos semanales disminuyó un 23 % en comparación con la semana anterior, con más de 1,4 millones de nuevos casos notificados. Tres (5 %) países informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en Mónaco (87 frente a 66 casos nuevos; +32 %), Malta (184 frente a 147 casos nuevos; +25 %) y España (25 422 vs 20 652 casos nuevos; +23 %). Alemania (498 787 casos nuevos; 599,7 casos nuevos por 100 000; -23 %), Francia (307 610 casos nuevos; 473,0 casos nuevos por 100 000; -22 %) e Italia (252 777 nuevos casos; 423,8 nuevos casos por 100 000; -12 %).

Se reportaron más de 3 500 nuevas muertes semanales en la región, una disminución de 24 % en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la Federación de Rusia (636 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -9 %), Italia (586 nuevas muertes; 1,0 nuevas muertes por 100 000; +23 %) y Francia (484 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +21 %).

Región de Asia Suroriental

La región de Asia Sudoriental notificó poco menos de 35 000 nuevos casos, una disminución del 4 % en comparación con la semana anterior. Tres de los 10 países (30 %) de la Región para los que se dispone de datos mostraron un aumento en el número de casos nuevos del 20 % o más: Bhután (83 frente a 48 casos nuevos; +73 %), Sri Lanka (73 frente a 52

casos nuevos; +40 %) y Maldivas (86 vs 69; +25 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en Indonesia (14 093 casos nuevos; 5,2 casos nuevos por 100 000; +18 %), India (13 914 casos nuevos; 1,0 casos nuevos por 100 000; -17 %) y Tailandia (2 616 casos nuevos; 3,7 casos nuevos por 100 000; +17 %).

La región reportó más de 200 muertes, una disminución del 13 % en comparación con la semana anterior. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en Indonesia (116 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +7 %), India (66 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -31 %) y Tailandia (40 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -25 %).

Región del Pacífico Occidental

La región del Pacífico Occidental reportó más de 812 000 casos nuevos, una disminución del 5 % en comparación con la semana anterior. Dos países (6 %) informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, y los mayores aumentos proporcionales se observaron en Fiyi (nueve frente a tres casos nuevos; +200 %) y Malasia (14 525 frente a 11 957 casos nuevos; +21 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en China (285 348 casos nuevos; 19,4 casos nuevos por 100 000; -13 %), Japón (233 682 casos nuevos; 184,8 casos nuevos por 100 000; +7 %) y la República de Corea (176 869 casos nuevos; 345,0 casos nuevos por 100 000; +18 %).

La región reportó una disminución del 8 % en las nuevas muertes semanales en comparación con la semana anterior, con más de 1 200 muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en China (469 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +9 %), Japón (404 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -1 %) y Filipinas (159 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -35 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Semanal sobre COVID-19. Fecha de publicación: 26 de octubre de 2022. Fecha de consulta: 27 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---26-october-2022>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

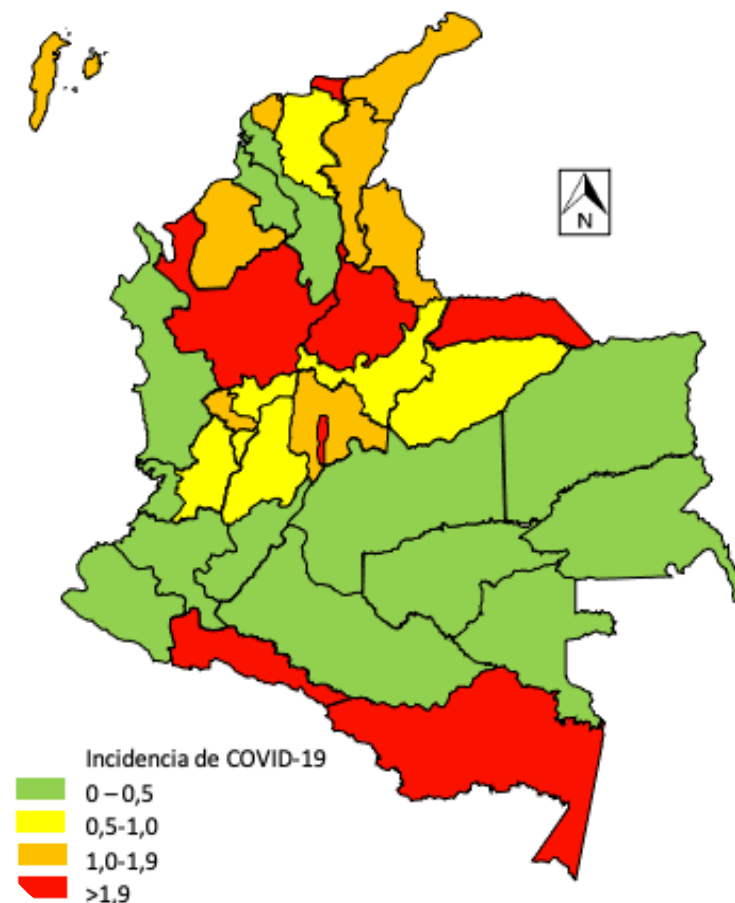
Tablas

SITUACIÓN COVID-19

Entre el 01 de enero de hasta el 27 de octubre de 2022 en Colombia se han confirmado por laboratorio 929 409 casos y 10 253 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 1 832,72 casos por cada 100 000 habitantes. El 0,1 % (916) de los casos se encuentran activos, procedentes principalmente de Bogotá D.C. con el 21,7 % (199); Antioquia con el 14,7 % (135); Valle del Cauca con el 11,1 % (102), Cesar con el 6,9 % (64), Santander con el 4,2 % (38).

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 39 a 42 en el país se notificaron 1 356 casos de COVID-19 procedentes de 126 municipios y 6 muertes procedentes de 4 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 3,03 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 0,01 muertes por cada 100 000 habitantes, indicadores en los que, al compararlos con el periodo anterior (SE 35 – 38), se observa un descenso significativo en la incidencia con una variación de (0,4) y un descenso de la mortalidad no significativo con una variación de (0,2). Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (3,03) casos por 100 000 habitantes fueron: Bogotá (10,12), Barranquilla (8,29), Cali (7,02), Amazonas (4,04), Santa Marta (3,85), Antioquia (3,77) (mapa 2).

Mapa 2. Incidencia de casos confirmados COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 39 a 42, 2022



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

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

Durante el mismo periodo, la mayor tasa de incidencia por grupos etarios se presentó en las edades de 60 años y más (6,48 casos por cada 100 000 habitantes), así como la mayor tasa de mortalidad (0,05 muertes por cada 100 000 habitantes) (tabla 14).

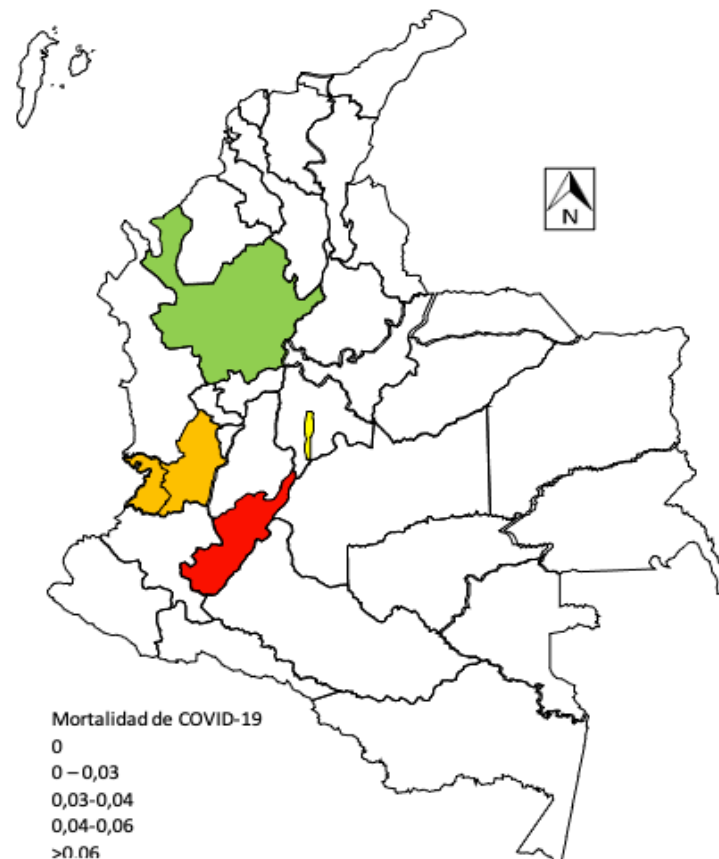
Tabla 14. Indicadores COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 38 a 41, 2022

Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes
0 - 4 años	162	4,28	0	--
5 - 11 años	56	1,04	0	--
12 - 19 años	42	0,69	0	--
20 - 39 años	330	2,42	0	--
40 - 59 años	350	3,49	2	0,02
60 años y más	416	6,48	4	0,05

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

Entre la SE 39 a 42 de 2022 se notificaron 6 muertes por COVID-19 procedentes de 4 municipios. Las entidades que registraron muertes por COVID-19 y sus tasas de mortalidad (por 100000 habitantes) fueron: Bogotá (3 casos, tasa de mortalidad: 0,04); Antioquia (1 caso, tasa de mortalidad: 0,01), Huila (1 caso; tasa de mortalidad: 0,09), Valle del Cauca (1 caso; tasa de mortalidad: 0,05). Los municipios que presentaron casos de mortalidad en este periodo fueron: Medellín – Antioquia (0,04); Bogotá (0,04); Pitalito – Huila (0,77); Dagua – Valle del Cauca (2,02).

Mapa 3. Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 39 – 42, 2022



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

A nivel nacional, al comparar la tasa de mortalidad de las semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2022 respecto al periodo anterior (SE 35 a 38 de 2022), se observó que de los 4 municipios que reportaron muertes por COVID-19 durante el periodo analizado, ningún municipio presentó incremento significativo en el indicador de mortalidad.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 42

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			EAPV			Hepatitis A			IRAG inusitado		
	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
Amazonas	37	1	0	300	23	33	393	13	29	0	0	0	2	0	0	65	12	8
Antioquia	523	15	18	12.841	1.127	1.209	2.002	446	210	30	1	3	400	29	27	13.844	2.504	993
Arauca	96	3	2	550	45	68	1.202	33	124	3	1	1	1	1	0	2.548	568	265
Atlántico	151	2	6	2.421	196	234	2.653	104	468	0	0	0	5	1	0	1.656	410	128
Barranquilla	25	0	0	2.315	170	222	3.285	99	701	5	0	0	10	2	0	2.430	468	128
Bogotá	2	0	0	17.199	1.616	1.724	0	0	0	95	6	14	67	13	10	34.654	6.089	2.877
Bolívar	282	7	9	2.007	163	187	3.313	161	303	6	0	0	4	1	0	130	10	5
Boyacá	58	1	1	4.565	420	493	181	39	16	9	3	0	1	1	0	1.690	238	112
Buenaventura	19	0	1	148	8	7	255	12	26	2	0	0	0	0	0	135	28	11
Caldas	63	1	2	2.697	263	288	163	26	23	10	3	0	4	1	0	2.089	459	178
Cali	7	0	0	4.225	403	364	2.446	354	229	16	2	2	163	10	3	6.031	942	339
Caquetá	153	3	0	899	80	89	913	41	58	1	0	0	1	0	0	1.581	172	106
Cartagena	17	0	0	1.198	83	124	2.101	51	418	3	0	0	1	0	0	229	22	7
Casanare	157	2	2	1.024	99	98	3.816	75	128	4	0	0	19	1	0	492	28	16
Cauca	98	3	1	4.302	407	418	409	20	41	7	0	1	3	1	0	2.007	494	177
Cesar	225	6	4	1.559	138	159	3.056	203	418	5	0	0	5	2	1	1.781	310	100
Chocó	161	4	1	118	9	13	643	14	71	2	0	0	1	0	1	184	27	11
Córdoba	332	5	12	3.681	248	299	3.136	217	307	3	0	0	0	1	0	958	83	44
Cundinamarca	66	1	0	9.899	878	965	516	186	113	16	1	2	13	5	1	7.432	1.093	486
Guainía	16	0	0	111	8	14	133	2	6	0	0	0	3	0	0	12	1	3
Guaviare	74	1	3	257	18	43	377	13	83	2	0	0	0	0	0	153	51	3
Huila	107	2	3	4.425	330	424	1.084	295	116	13	1	3	32	2	14	2.239	265	98
La Guajira	131	3	4	1.485	121	138	2.153	45	260	2	0	1	6	1	0	520	40	24
Magdalena	161	4	8	1.786	162	180	767	82	97	0	0	0	7	4	0	468	145	33
Meta	240	4	4	2.780	240	282	4.392	162	352	1	0	0	62	1	1	2.985	428	200
Nariño	91	3	2	5.074	411	501	539	25	68	8	1	0	14	1	0	1.585	255	149
Norte de Santander	318	6	13	4.007	310	439	2.290	257	281	7	0	0	37	24	1	2.707	418	208
Putumayo	133	2	1	1.184	93	132	594	47	46	6	1	0	4	0	0	325	13	8
Quindío	7	1	0	2.077	188	226	104	56	21	5	0	0	8	2	1	468	18	3
Risaralda	33	1	0	3.007	263	289	122	33	25	9	0	0	14	2	6	1.905	276	127
San Andrés	0	0	0	219	22	28	105	4	5	1	0	0	0	0	0	11	2	0
Santa Marta D.E.	40	1	3	1.031	156	95	355	39	41	1	0	0	1	0	0	826	164	68
Santander	178	5	3	4.737	363	506	1.549	255	231	11	0	2	27	4	0	931	58	14
Sucre	80	3	2	1.900	155	173	4.282	198	465	5	0	0	2	1	0	706	24	8
Tolima	123	3	6	4.619	393	481	2.407	362	369	6	0	0	2	1	0	1.205	148	81
Valle del Cauca	47	1	1	5.591	524	541	1.050	196	126	9	0	1	36	2	9	1.866	301	110
Vaupés	49	1	1	112	10	10	1	0	1	0	0	0	1	0	0	23	4	1
Vichada	39	1	1	213	15	27	67	6	3	0	0	0	0	0	0	47	14	5
Total nacional	4.339	96	114	116.563	10.158	11.523	52.854	4.171	6.279	303	20	30	956	114	75	98.918	16.582	7.134

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 42

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	1.805	293	268	14	1	1	5.911	640	511	131	10	23	0	0	0	3.950	463	243
Antioquia	6.084	454	431	122	21	20	1.090.691	77.624	107.957	36.700	2.189	3.088	4.871	67	371	343.916	38.053	29.277
Arauca	22	4	2	5	1	0	20.676	2.398	2.177	1.456	88	183	22	1	0	5.394	689	442
Atlántico	3	1	0	15	4	5	141.706	9.992	15.688	1.525	138	122	664	58	42	35.849	4.344	3.687
Barranquilla	0	2	0	36	5	2	213.151	15.278	22.430	5.861	319	1.002	1.366	60	102	49.129	6.160	4.849
Bogotá	0	1	0	171	21	39	1.586.575	111.264	154.525	71.170	4.659	6.030	9.100	457	868	581.624	64.657	48.388
Bolívar	1.064	84	57	28	6	2	132.566	11.391	11.231	2.772	213	309	411	1	69	25.465	2.800	2.528
Boyacá	0	0	0	26	4	7	130.715	12.392	11.541	6.247	330	481	631	22	32	37.149	4.384	3.041
Buenaventura	1.173	128	92	4	1	2	8.403	1.272	1.100	173	0	16	16	0	0	2.390	693	229
Caldas	10	2	0	6	2	0	67.303	8.357	6.631	2.864	257	210	896	25	62	22.743	3.592	2.141
Cali	19	6	5	69	7	12	223.944	20.857	24.214	5.567	380	335	540	47	50	81.388	13.994	6.615
Caquetá	97	9	10	13	4	1	31.169	3.076	2.753	1.916	110	209	399	1	11	10.908	1.759	1.126
Cartagena	0	1	0	22	2	6	200.124	17.029	18.906	3.696	424	462	1.063	128	76	38.218	4.220	4.660
Casanare	10	5	1	3	1	0	31.311	2.571	2.811	1.088	57	151	116	0	6	9.003	1.180	644
Cauca	1.569	190	131	28	4	6	103.306	8.953	9.620	2.402	86	371	187	2	5	47.045	5.354	5.264
Cesar	16	2	2	13	3	3	107.362	9.874	10.273	6.270	529	645	497	42	28	29.296	4.109	2.318
Chocó	19.588	1.659	1.352	13	1	1	24.289	1.234	2.660	1.304	114	150	67	0	0	7.779	831	714
Córdoba	7.658	413	559	27	3	6	195.285	13.924	17.035	6.086	235	501	566	29	26	36.091	4.609	3.219
Cundinamarca	0	0	0	39	7	9	395.367	22.336	34.583	13.043	651	988	2.428	33	240	139.397	12.988	11.542
Guainía	3.751	235	311	0	1	0	2.228	229	149	189	22	12	12	0	0	1.392	115	77
Guaviare	1.229	88	141	2	1	0	5.350	634	388	439	42	23	68	0	4	1.955	308	173
Huila	8	1	1	29	4	11	121.319	9.714	10.040	6.303	274	500	564	28	44	37.215	5.015	3.331
La Guajira	24	3	1	5	2	2	189.712	12.307	28.644	5.316	564	555	387	44	32	31.665	4.947	3.023
Magdalena	12	2	0	11	2	1	90.882	7.907	8.331	4.203	213	256	19	1	2	29.524	3.366	2.269
Meta	641	16	68	10	3	0	81.941	6.290	7.540	3.612	139	340	524	17	49	34.209	4.531	3.320
Nariño	9.049	722	452	39	8	4	137.240	14.038	11.862	5.383	325	435	287	7	15	38.799	8.116	4.090
Norte de Santander	1.764	135	77	39	8	11	134.781	12.142	12.873	8.840	659	708	1.113	56	72	47.140	5.875	4.575
Putumayo	36	5	1	6	1	3	27.722	2.210	2.160	1.688	92	145	100	0	3	8.712	1.279	993
Quindío	7	1	1	2	1	0	54.476	5.390	5.809	7.117	215	87	234	13	33	23.379	2.908	2.236
Risaralda	1.679	60	206	21	4	5	100.889	8.580	12.471	3.540	226	633	185	10	23	32.709	4.544	5.420
San Andrés	0	0	0	4	0	1	7.659	711	604	543	82	37	17	1	0	2.832	324	346
Santa Marta D.E.	0	1	0	7	1	1	57.648	12.150	19.238	1.427	1.045	1.278	523	134	170	9.121	1.322	641
Santander	12	2	1	29	8	5	185.855	2.275	6.992	12.845	145	254	1.896	30	43	66.318	6.985	5.900
Sucre	45	4	2	6	2	2	84.052	8.918	7.137	5.795	698	793	950	76	184	23.395	3.077	2.097
Tolima	0	3	0	14	4	3	118.068	9.794	10.037	6.155	294	480	649	64	25	37.532	6.457	3.547
Valle del Cauca	43	6	5	37	5	8	148.306	11.943	13.442	3.049	207	280	498	10	38	56.559	7.487	3.890
Vaupés	126	47	32	3	1	1	3.707	241	385	132	7	16	64	0	9	820	101	82
Vichada	1.269	129	92	3	1	0	5.430	308	492	39	9	7	5	0	2	1.313	152	193
Total nacional	58.813	4.714	4.301	921	155	180	6.267.119	476.243	615.240	240.486	16.047	22.115	31.935	1.464	2.736	1.991.323	241.788	177.130

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 42

Decremento
Incremento

Departamento	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela		
	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
Amazonas	20	2	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	53	13	4
Antioquia	716	85	48	12	11	0	600	75	51	70	6	0	387	45	29	1.961	597	144
Arauca	67	6	3	1	1	0	15	2	0	4	0	0	4	3	0	80	29	10
Atlántico	244	29	24	2	3	0	41	12	5	1	1	0	8	1	0	297	257	49
Barranquilla	237	33	12	2	2	0	75	14	1	0	2	0	37	1	1	359	234	44
Bogotá	703	88	58	18	12	0	949	394	98	390	6	3	739	81	38	3.588	1.037	304
Bolívar	199	22	17	2	3	0	37	4	3	1	1	0	15	5	3	221	117	24
Boyacá	126	12	11	7	2	1	154	25	17	30	1	0	23	5	1	590	170	33
Buenaventura	69	8	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	16	5	2
Caldas	82	9	3	0	2	0	77	9	5	4	1	0	5	3	1	361	95	31
Cali	241	27	23	2	4	0	246	21	20	1	2	0	40	7	2	959	303	63
Caquetá	44	6	6	1	1	0	17	3	1	0	0	0	16	3	0	147	50	21
Cartagena	244	27	19	1	2	0	40	4	2	0	1	0	13	3	1	326	162	44
Casanare	72	7	4	1	1	0	21	3	1	7	0	0	2	1	1	212	52	13
Cauca	224	23	8	6	3	0	69	11	10	1	1	0	24	4	1	261	90	16
Cesar	239	26	23	2	3	0	31	9	1	3	2	0	13	9	0	244	105	20
Chocó	181	17	15	1	1	0	1	0	0	0	0	0	62	3	4	23	5	1
Córdoba	341	39	26	1	4	0	115	24	4	0	2	0	6	3	0	626	242	87
Cundinamarca	328	39	37	8	6	0	284	50	29	88	3	0	165	15	15	10	0	0
Guainía	13	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	1	0	1.581	399	138
Guaviare	11	1	1	0	0	0	4	0	0	3	0	0	0	0	0	34	15	2
Huila	171	16	8	10	3	1	163	17	9	7	1	0	59	6	8	434	101	35
La Guajira	386	37	35	2	3	0	24	2	0	0	2	0	99	1	1	195	103	13
Magdalena	165	17	13	0	2	0	23	4	1	1	1	0	15	1	0	129	71	14
Meta	176	16	20	4	2	0	56	11	2	13	1	0	31	4	3	347	100	34
Nariño	166	21	14	5	3	0	116	10	8	6	1	0	83	6	7	677	163	47
Norte de Santander	227	23	23	13	3	0	135	21	9	6	2	0	38	14	1	772	241	50
Putumayo	53	5	1	2	1	0	47	4	5	2	0	0	13	0	0	105	39	9
Quindío	55	6	5	0	1	0	43	3	2	10	0	0	12	1	1	436	68	21
Risaralda	102	10	7	3	2	0	47	6	6	1	1	0	8	1	0	470	103	25
San Andrés	11	1	5	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	25	21	2
Santa Marta D.E.	93	13	6	0	1	0	10	2	0	0	1	0	34	1	0	64	46	9
Santander	211	25	14	6	4	0	65	12	9	0	2	0	107	13	11	575	218	46
Sucre	161	18	12	3	2	0	67	9	6	4	1	0	116	26	13	261	153	41
Tolima	139	15	15	3	2	0	69	11	10	11	1	0	22	5	1	707	155	58
Valle del Cauca	175	19	13	3	4	0	104	18	17	3	2	0	20	2	1	820	187	71
Vaupés	12	2	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	18	2	0
Vichada	26	3	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	2	14	6	2
Total nacional	6.730	755	538	122	96	2	3.758	791	332	672	45	3	2.228	275	146	17.998	5.754	1.527

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 42

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	3	0	0	0	2	0	49	60	10	14	6	19	1	1	2	0
Antioquia	1	0	22	4	0	1	3	4	3.835	4.427	954	859	400	531	27	19	10	6
Arauca	1	1	3	0	0	0	2	1	146	142	14	13	6	7	2	2	2	6
Atlántico	0	0	7	4	0	0	2	2	586	746	2	1	31	48	13	4	0	2
Barranquilla	0	0	7	0	0	0	2	3	627	768	1	0	47	109	9	7	2	0
Bogotá	0	0	0	0	1	3	5	27	2.381	4.610	0	0	49	106	23	17	0	2
Bolívar	0	0	3	0	0	0	1	4	351	469	297	262	57	68	8	10	3	2
Boyacá	0	0	2	0	0	0	2	1	592	897	87	76	13	18	5	6	0	2
Buenaventura	0	0	1	0	0	0	0	0	43	80	20	7	42	63	5	1	0	0
Caldas	0	0	5	0	0	0	0	2	847	994	172	63	13	38	4	1	1	0
Cali	0	0	43	10	0	1	53	22	1.135	1.474	3	1	74	191	7	5	0	0
Caquetá	0	0	7	2	0	0	4	0	195	229	197	201	12	90	3	1	1	0
Cartagena	0	0	5	0	0	0	0	1	401	464	2	1	21	105	8	7	1	0
Casanare	7	3	12	1	0	0	0	4	222	258	8	6	20	20	4	0	1	2
Cauca	0	0	3	0	0	0	2	3	645	647	80	40	27	45	7	7	4	3
Cesar	2	0	3	0	0	0	0	0	462	443	34	50	27	65	12	10	4	7
Chocó	0	0	1	0	0	0	0	0	77	59	215	147	46	53	10	10	21	7
Córdoba	0	0	3	1	0	0	3	0	683	877	102	133	28	75	15	15	2	1
Cundinamarca	0	0	34	5	0	0	13	17	1.404	1.939	149	140	49	83	19	8	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	1	17	29	32	11	3	17	1	0	1	1
Guaviare	0	0	12	41	0	0	1	2	41	30	384	346	20	37	1	0	0	0
Huila	0	0	21	0	0	0	2	1	703	699	27	3	44	66	3	3	1	0
La Guajira	0	0	1	0	0	0	1	0	186	196	38	18	6	18	24	18	15	20
Magdalena	0	0	1	0	0	0	1	1	249	282	6	6	10	23	12	9	3	4
Meta	0	0	21	2	0	0	5	4	540	646	216	173	14	29	8	2	1	1
Nariño	0	0	1	2	0	1	0	1	976	1.268	486	204	18	82	10	11	3	2
Norte de Santander	1	3	9	1	1	0	2	1	720	915	283	137	13	56	11	9	3	2
Putumayo	0	0	31	2	0	0	20	2	259	292	183	194	8	15	3	1	1	1
Quindío	0	0	6	1	0	0	0	2	451	452	1	2	32	50	1	2	0	0
Risaralda	0	0	16	3	0	0	3	3	802	1.072	172	69	90	163	3	3	8	2
San Andrés	0	0	1	0	0	0	0	0	10	24	0	0	1	1	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	3	0	0	1	0	0	181	215	11	7	7	55	8	6	2	1
Santander	0	5	38	1	0	0	9	1	917	1.313	510	496	28	95	10	1	1	0
Sucre	0	1	4	0	0	1	2	0	329	385	55	100	30	53	8	3	1	2
Tolima	0	0	54	3	0	0	16	14	964	1.042	368	124	193	245	5	4	2	1
Valle del Cauca	0	0	12	4	0	2	5	5	1.007	1.128	22	11	154	131	8	0	4	4
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	47	29	41	27	3	1	1	1	1	2
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	3	17	30	42	41	2	1	4	5	3	3
Total nacional	12	13	395	87	2	10	161	132	23.097	29.630	5.224	3.983	1.644	2.872	303	209	101	86

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 42

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	4	1	11	13	0	0	44	51	0	4	305	347
Antioquia	57	27	9	9	111	80	108	150	669	1.025	3	1	2.150	2.793	71	82	15.202	12.926
Arauca	2	4	1	1	5	2	34	39	114	150	0	2	99	113	1	2	605	783
Atlántico	7	10	4	3	24	2	39	52	205	349	3	1	309	376	11	15	1.599	1.914
Barranquilla	8	5	2	4	21	7	63	66	241	384	1	1	466	620	10	11	1.217	1.938
Bogotá	45	80	1	4	128	649	137	131	686	805	0	1	926	1.087	24	32	9.348	21.112
Bolívar	16	10	8	18	19	4	33	54	156	286	3	2	116	147	1	3	1.722	1.933
Boyacá	5	1	1	2	20	8	11	23	57	102	0	2	99	152	1	2	2.316	2.607
Buenaventura	1	0	0	2	5	1	9	18	87	129	0	0	136	116	13	6	182	290
Caldas	4	3	0	0	17	7	15	15	101	109	0	0	239	263	2	4	2.039	2.417
Caía	10	2	0	4	37	7	28	42	303	385	0	0	1.020	1.229	31	31	5.263	6.666
Caquetá	4	8	2	1	7	1	9	0	65	59	0	0	170	199	5	1	755	804
Cartagena	12	9	2	2	17	1	37	65	145	286	1	0	263	330	3	1	722	1.079
Casanare	2	6	2	5	7	1	12	32	68	118	0	2	140	89	2	5	967	690
Cauca	7	4	3	2	24	2	19	26	110	178	0	1	216	228	1	4	2.357	2.579
Cesar	14	11	12	16	22	5	15	34	220	302	2	0	307	337	2	0	1.950	1.754
Chocó	25	31	13	27	9	10	29	52	82	226	1	0	166	156	1	1	230	323
Córdoba	10	13	7	3	30	4	32	29	216	263	4	2	213	222	1	4	2.295	3.065
Cundinamarca	16	17	3	4	56	72	65	57	217	286	1	1	361	392	8	8	6.826	9.634
Guainía	1	2	2	1	1	0	3	13	5	18	0	0	14	19	0	0	65	150
Guaviare	1	2	0	1	1	3	2	5	14	21	0	0	29	38	0	2	193	224
Huila	5	8	3	2	18	7	13	23	119	136	1	0	295	320	2	1	4.361	5.233
La Guajira	27	40	32	63	16	3	36	52	147	335	1	1	275	447	3	2	938	1.073
Magdalena	14	18	10	10	15	0	24	32	153	208	2	3	115	152	1	0	1.154	1.266
Meta	9	5	4	7	17	2	26	28	121	196	1	0	417	495	13	12	1.488	1.790
Nariño	8	6	6	1	26	36	17	22	171	209	2	4	133	137	5	3	2.939	3.208
Norte de Santander	8	4	5	4	27	14	30	79	271	441	0	0	450	599	7	12	2.568	3.350
Putumayo	4	3	3	2	6	5	7	4	60	96	1	0	82	89	1	2	736	991
Quindío	5	2	0	1	9	5	10	11	78	64	0	0	191	215	2	7	1.549	1.896
Risaralda	5	5	2	6	16	5	7	25	128	159	0	0	441	545	19	31	2.371	3.009
San Andrés	0	0	0	0	1	0	1	1	2	5	0	0	8	11	0	0	72	120
Santa Marta D.E.	2	7	1	4	9	0	9	15	47	91	1	0	153	155	1	2	486	507
Santander	8	5	1	1	38	6	34	73	224	322	1	0	541	758	13	29	4.146	5.055
Sucre	8	5	4	1	16	10	22	17	155	171	3	2	75	87	1	1	1.305	1.606
Tolima	8	7	1	6	22	7	29	38	102	171	0	4	391	424	5	12	1.799	2.217
Valle del Cauca	6	5	8	7	32	13	24	46	200	290	0	0	545	575	15	9	4.779	5.585
Vaupés	2	6	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	9	23	0	0	161	153
Vichada	5	6	9	8	2	0	1	9	11	40	0	0	19	35	0	0	106	159
Total nacional	367	384	156	234	833	979	995	1.379	5.762	8.430	32	30	11.623	14.024	276	341	87.116	110.453

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 42

16 al 22 de octubre de 2022



Temas Centrales:

Parálisis flácida aguda Yenny Marcela Elizalde Rodríguez yelizalde@ins.gov.co

Expertos Temáticos

Dra. Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

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

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

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

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Publicación en línea: ISSN 2357-6189
<https://doi.org/10.33610/23576189.2022.42>
2020

Asistencia técnica de:



Situación Nacional

Grupo Sivigila sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohanna 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
Edna Carolina Avila Villabona eavila@ins.gov.co
Carolina Ferro Mendez cferro@ins.gov.co

Brote

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

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguett Aragón chuguett@ins.gov.co

Editor

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

Correctora de estilo

Paola Elena León Velasco pleon@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Alexander Casas acasasc@ins.gov.co



Conozca más en
www.ins.gov.co



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL