

BES



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Contenido

Portada	1
Cumplimiento en la notificación	2
Inmunoprevenibles.....	5
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	18
Enfermedades transmitidas por vectores.....	25
Infecciones de transmisión sexual	45
Micobacterias.....	50
Zoonosis	54
Factores de Riesgo Ambiental.....	59
Enfermedades no Transmisibles	62
Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública.....	70

Dirección de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en
Salud Pública



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



Semana epidemiológica número 52 de 2015 (27 dic. al 02 ene.)



Portada

“GESTANTES CON ZIKA DEBEN CATALOGARSE COMO EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”.

Una de cada 1 000 mujeres embarazadas con Zika pueden tener un niño con alteraciones neurológicas, de acuerdo con las proyecciones oficiales.

Si desea más información sobre este tema ingrese al siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gestantes-con-zika-deben-catalogarse-como-embarazos-de-alto-riesgo-.aspx>



Los *Lineamientos para la vigilancia y control en salud pública 2015* establecen que:

Todos los integrantes del Sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deberán efectuar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos, y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

De esta manera, las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) deben efectuar el envío de la notificación al Instituto Nacional de Salud los miércoles antes de las 3:00 p.m. únicamente a los correos ins.sivigila@gmail.com y sivigila@ins.gov.co.

El resultado del procesamiento y análisis de los datos recibidos semanalmente es expuesto en el presente boletín. La información aquí contenida está sujeta a los ajustes que se presenten en cada semana epidemiológica.

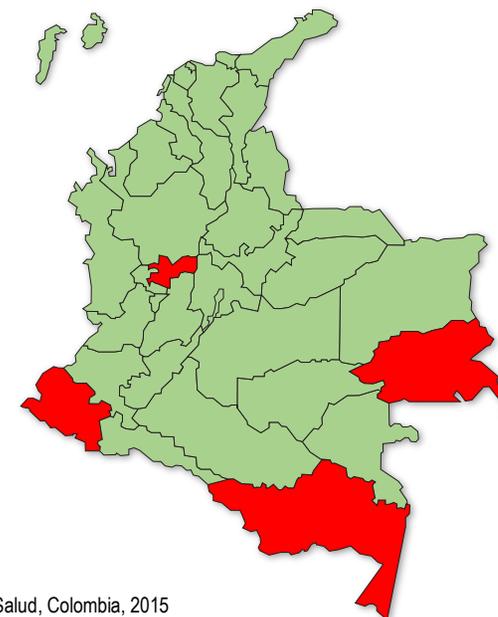
Cumplimiento en la notificación Semana epidemiológica No 52

La notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud, correspondiente a la semana epidemiológica 52 de 2015, fue del 100% para las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND) permaneció igual en relación con la semana anterior y a la misma semana de 2014.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 97,0 % (1 092 de 1 122 municipios) disminuyó 1,0 % en relación con la semana anterior y 2,0 % en relación con la misma semana de 2014. En consecuencia, el país cumplió la meta de 95 % en la notificación semanal por UNM.

Para esta semana, los departamentos de Amazonas, Caldas, Guainía y Nariño presentaron un porcentaje inferior a la meta establecida del 95 % (ver mapa 1).

Mapa 1. Cumplimiento de la notificación por UNM, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2015

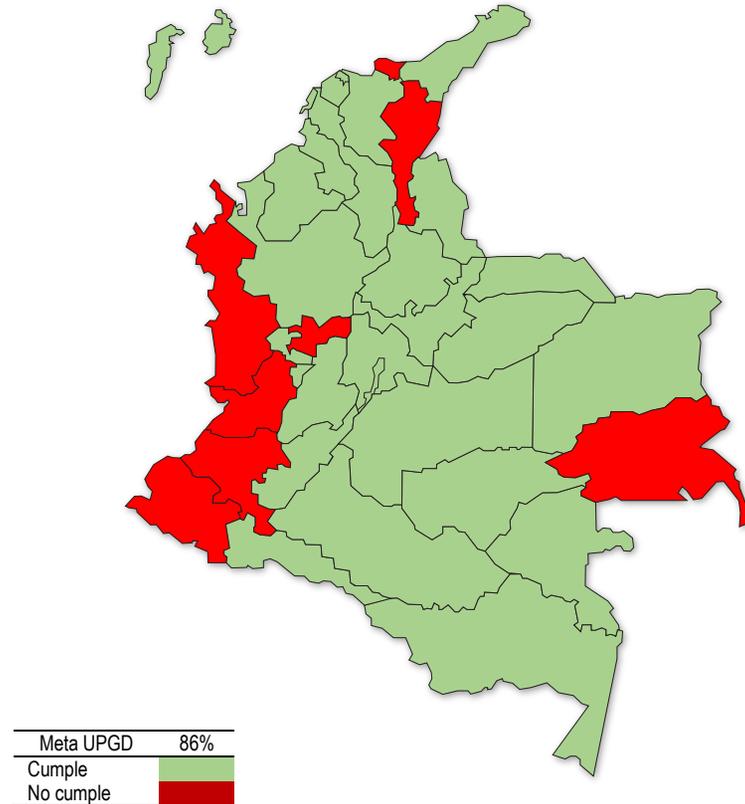


Meta UNM	95%
Cumple	
No cumple	

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

El cumplimiento a nivel nacional de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en esta semana fue del 91,0 % (5 002 de 5 505 UPGD); en consecuencia, se cumplió la meta del 86 % para este nivel en el territorio nacional. La notificación disminuyó 2,0 % con relación a la semana anterior y permaneció igual con respecto a la misma semana del año 2014. Los departamentos de Cauca, Caldas, Cesar, Chocó, Guainía, Nariño, Santa Marta y Valle incumplieron la meta por UPGD (ver mapa 2).

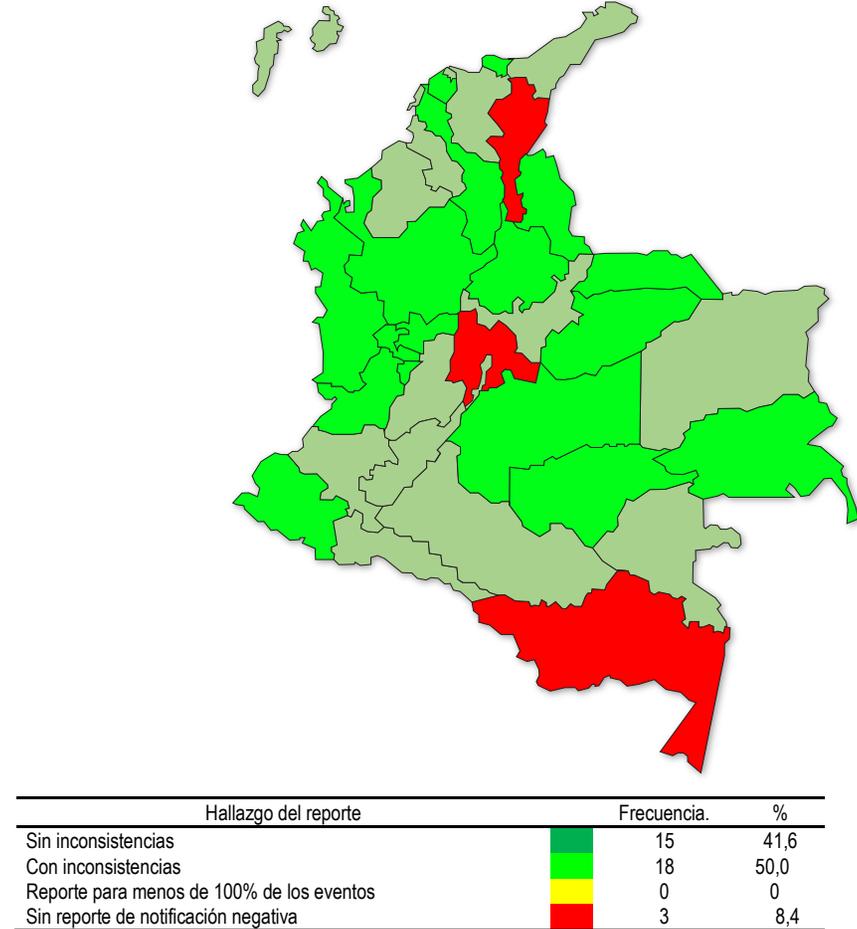
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2015



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

En lo que se refiere a la notificación negativa de los eventos priorizados para la semana epidemiológica 52 de 2015, de las 36 entidades territoriales departamentales y distritales, 41,6 % emitieron el reporte correcto para todos los eventos, en correspondencia con la base de datos de notificación. Por otra parte, 50,0 % entidades territoriales presentaron inconsistencias en el reporte y el 8,4 % presentaron el reporte de notificación negativa (ver mapa 3).

Mapa 3. Distribución geográfica del comportamiento de la notificación negativa de los eventos en erradicación, eliminación y control internacional, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2015

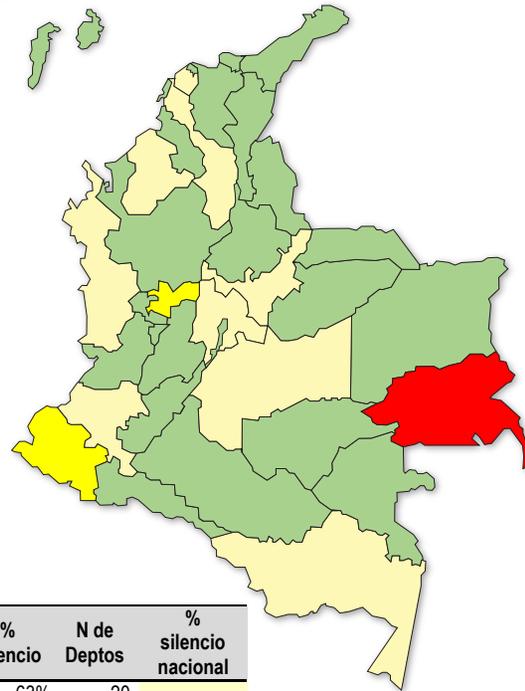


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Para esta semana el porcentaje de silencio en Colombia fue del 3% aumento 1,0% en relación con la semana anterior, lo que lo clasifica como bajo riesgo. El 63,0% de las entidades territoriales departamentales no presentaron municipios en silencio epidemiológico.

Los departamentos de Amazonas, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Chocó, Cauca, Córdoba, Cundinamarca y Meta el 28,0% tuvieron riesgo bajo, es decir, menos del 10,0% de sus municipios en silencio; de otra parte, Caldas y Nariño presentó riesgo medio entre el 10,0% a 20,0% de sus municipios en silencio y en riesgo alto continua Guainía con tres de sus corregimientos en silencio (ver mapa 4).

Mapa 4. Distribución geográfica del riesgo según proporción de municipios en silencio epidemiológico por departamento, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2015.



Intervalo % de UNM en silencio	Convención	Riesgo	% Silencio	N de Deptos	% silencio nacional
0		Ninguno	63%	20	3%
De 1% a 9%		Bajo	28%	9	
De 10% a 20%		Medio	6%	2	
De 21% a 100%		Alto	3%	1	

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

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Inmunoprevenibles

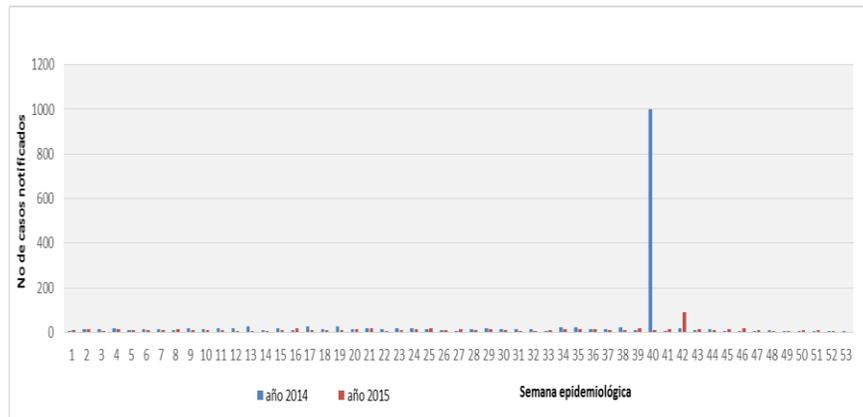
- Difteria**

A la semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado cuatro casos probables de difteria; uno procedente del Valle del Cauca, uno de Sucre, uno de Santander y uno del exterior, los cuales fueron descartados.

- Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)**

La notificación de casos sospechosos de ESAVI hasta la semana epidemiológica 52 (683 casos) registra una disminución del 60,4 %, en relación con el año 2014, donde se notificaron 1 726 casos (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Casos sospechosos de ESAVI notificados, Colombia a semana epidemiológica 52, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015

Las entidades territoriales que hasta la semana 52 han notificado casos sospechosos de ESAVI son Bogotá con el 23,1% (158 casos), Bolívar con el 13,8 % (94 casos), Antioquia con el 11,3 %

(77 casos), Valle del Cauca con el 6,1 % (42 casos), Norte de Santander con el 5 % (34 casos), Santander con el 4,1 % (28 casos), Cundinamarca con el 2,9 % (20 casos), Caldas con el 2,8 % (19 casos), Quindío con el 2,5 % (17 casos), Cauca con el 2,5 % (17 casos), Sucre con el 2,3 % (16 casos) y Barranquilla con el 2,3 % (16 casos) y otras entidades territoriales 21,2 % (145 casos).

- Infección respiratoria aguda**

Vigilancia IRAG inusitado

En la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 37 casos de IRAG inusitado por 15 entidades territoriales, de estos 27 cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo nacional, los 10 restantes corresponden a casos ambulatorios o casos sin criterios de riesgo (ver tabla 1).

Tabla 1. Casos de IRAG inusitado según entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad Territorial de notificación	No cumple	Cumple	Total casos notificados
Antioquia	4	3	7
Bogotá	0	5	5
Caldas	0	1	1
Cundinamarca	0	1	1
Meta	0	1	1
Risaralda	1	1	2
Tolima	0	3	3
Valle del Cauca	2	2	4
Huila	0	1	1
Cesar	0	3	3
Santander	0	4	4
Boyacá	0	1	1
Chocó	1	0	1
Caqueta	1	1	2
Casanare	1	0	1
Total	10	27	37

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

Según los criterios de clasificación el 74,0 % (20) de los casos notificados que cumplen con la definición establecida corresponde a pacientes con deterioro clínico notificados en unidad de cuidados intensivos (UCI), el 15,0 % corresponde a defunciones por IRA sin etiología establecida (ver tabla 2).

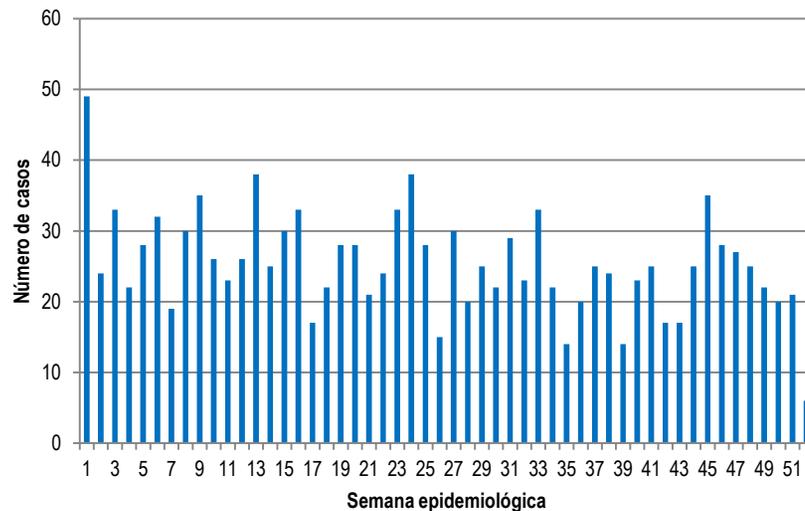
Tabla 2. Casos de IRAG inusitado según criterio de clasificación, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Criterios de clasificación	Casos	Porcentaje
Criterio de gravedad UCI	20	74,0
Defunción	4	15,0
Contacto con sintomático respiratorio	2	7,0
Viaje internacional	1	4,0
Total	27	100

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

A la semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 1 319 casos que cumplen con la definición establecida en el protocolo nacional, con un promedio de 25,7 casos semanales (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de IRAG inusitado, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014.2015

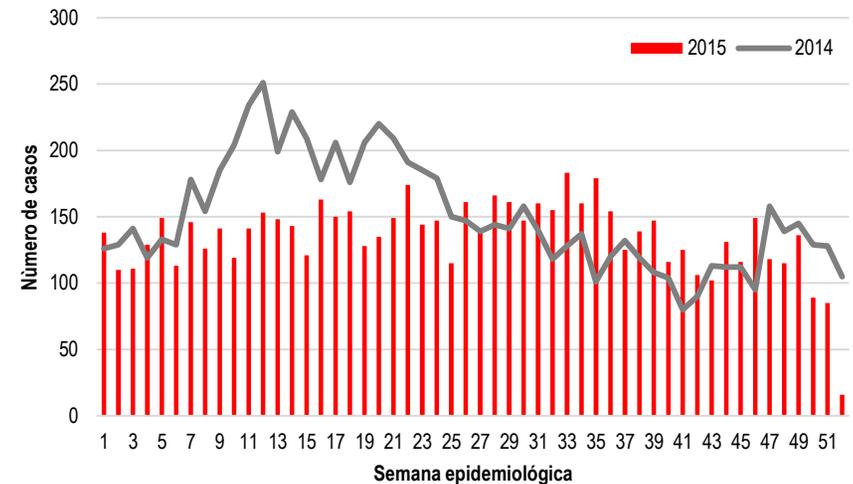


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015

Vigilancia centinela ESI – IRAG

Durante la semana epidemiológica 52 se notificaron 95 casos mediante la estrategia de vigilancia centinela de ESI-IRAG; de los cuales 81 casos corresponden a pacientes con IRAG y 14 casos a pacientes con ESI, para un acumulado total de 7 026 casos. El comportamiento de la notificación de casos de ESI-IRAG a semana epidemiológica 52 de 2015 registra una disminución del 10,6 % en relación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Casos de ESI-IRAG notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

Los casos notificados durante la semana epidemiológica 52 de 2015 corresponden a las entidades territoriales de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Cartagena, Guaviare, Nariño, Meta, Norte de Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver tabla 3).

Tabla 3. Casos de ESI-IRAG según entidad territorial de notificación y UPGD centinela, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad Territorial	UPGD Centinela	Casos
Amazonas	Hospital San Rafael de Leticia	3
	Clínica Leticia	0
Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul	18
Arauca	Hospital San Vicente de Arauca	7
Barranquilla	Clínica General del Norte	7
	Hospital el Tunal	2
	Hospital Occidente de Kennedy	4
Bogotá	Hospital Santa Clara	2
	Fundación Cardioinfantil	22
	Hospital de Suba	2
	Corporación IPS Saludcoop Boyacá	2
Boyacá	E.S.E Santiago de Tunja	0
	Hospital San Rafael de Tunja	0
Caldas	El Piloto Assbasalud	0
	Servicios Especiales de Salud	0
Cartagena	Gestión Salud	1
	Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja	0
Guaviare	Laboratorio Departamental de Salud Publica	9
Meta	Hospital Departamental de Villavicencio	1
	Corporación IPS Saludcoop Clínica Llanos	0
Nariño	Hospital Infantil los Ángeles	1
	Fundación Hospital San Pedro	2
Norte Santander	Policlínico Atalaya	6
Tolima	Hospital Federico Lleras Acosta	1
Valle del Cauca	Fundación Valle de Lili	4
	Red de Salud de Ladera	1
Total		95

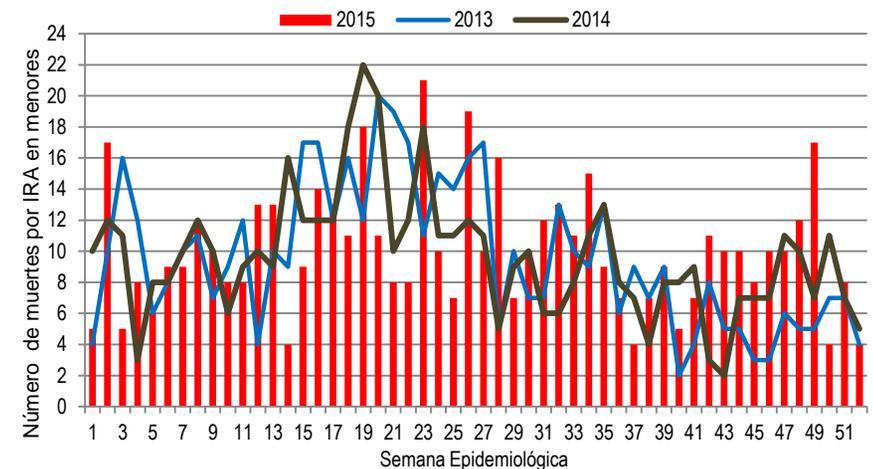
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Vigilancia mortalidad por IRA en menores de cinco años

Durante la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron siete muertes por IRA en menores de cinco años, al ajustar estas muertes por fecha de defunción, tres corresponde a notificación tardía y cuatro a la semana epidemiológica 52; durante esta semana se descartó un caso para un acumulado total de 522 muertes.

La notificación de muertes por IRA en menores de cinco años a semana epidemiológica 52 de 2015 registra un aumento del 3,5 % en relación con el mismo periodo de 2014 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Muertes por IRA en menores de cinco años, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

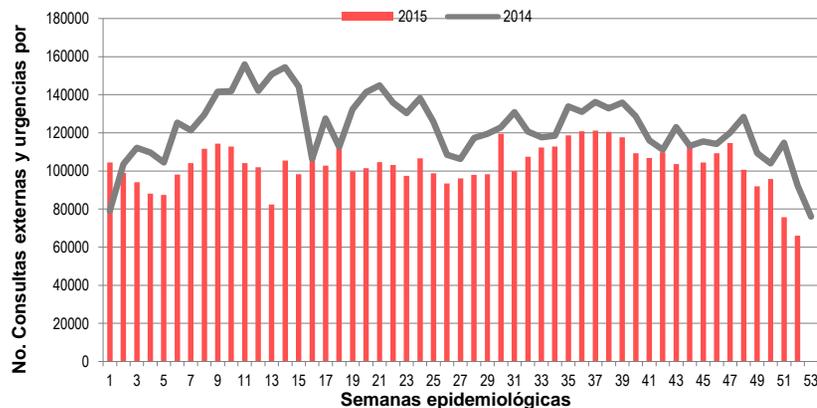
Las entidades territoriales de residencia de las muertes en menores de cinco años notificados durante esta semana son: La Guajira y Cesar con dos casos, Amazonas, Bogotá y Santander con un caso cada uno.

A semana epidemiológica 52 la mortalidad nacional es de 12,1 por cada 100 000 menores de cinco años. Las entidades territoriales con la mayor mortalidad son Chocó, Vichada y La Guajira.

Vigilancia de morbilidad por IRA

La notificación de consultas externas y urgencias por IRA correspondió esta semana a un total de 66 027 registros de un total de 859 311 consultas externas y urgencias por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 7,7%. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 52 se registra una disminución del 16,3 % (Gráfica 5).

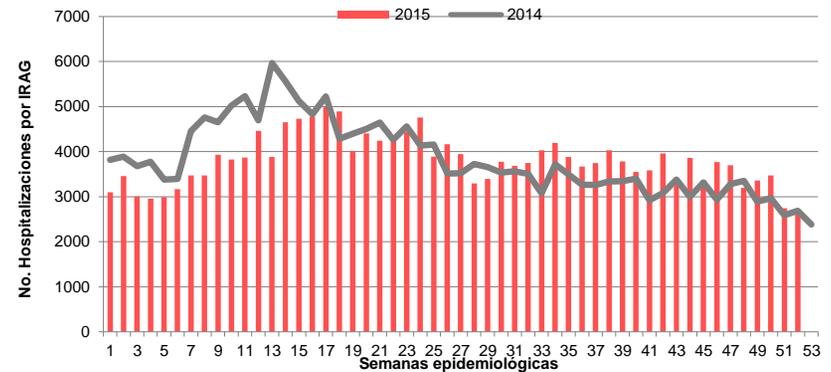
Gráfica 5. Consultas externas y urgencias por IRA, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015

La notificación de hospitalizaciones en sala general por IRA registró esta semana un total de 2 707 registros de un total de 42 237 hospitalizaciones en sala general por todas las causas obteniendo una proporción de IRAG del 6,4%. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 52 se registra una disminución del 1,6 % (Gráfica 6).

Gráfica 6. Hospitalizaciones por IRAG, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015

La notificación de hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos (UCI) correspondió esta semana a un total de 230 registros de un total de 3 243 hospitalizaciones en UCI por todas las causas obteniendo una proporción de IRA del 7,1%. En comparación con la notificación de 2014, este año a semana epidemiológica 52 ha habido una disminución del 4,0 %.

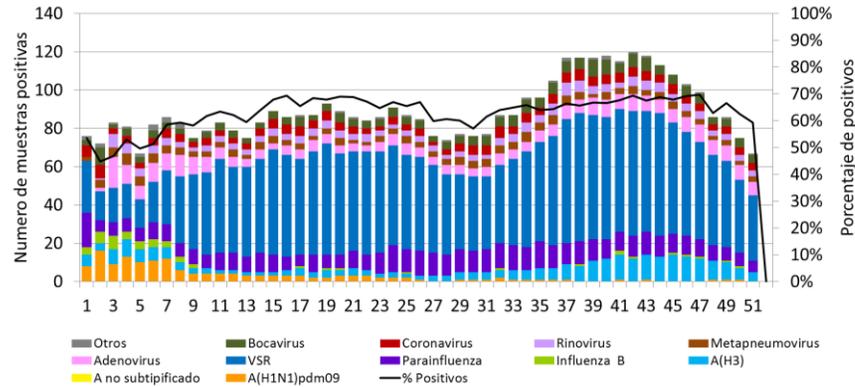
Vigilancia de Influenza y otros Virus Respiratorios

Según la información consolidada de los resultados de inmunofluorescencia y RT-PCR de las muestras procesadas por los LDSP o el Laboratorio de Virología del INS, hasta la semana epidemiológica 51 de 2015 se han analizado 7 239 muestras, de las cuales el porcentaje de muestras positivas corresponde al 63,0%; de estas el 10,1% fueron positivas para influenza y el 56,1% positivas para otros virus respiratorios diferentes a influenza.

La circulación viral en relación con el total de muestras positivas corresponde principalmente a Virus Sincitial Respiratorio con el 52,1%, seguido de Parainfluenza con el 11,0%, Adenovirus con el 7,2%, Bocavirus con el 5,2%, Coronavirus con el 4,7%, Rinovirus

con el 4,1 %, Metapneumovirus con el 3,9 % y otros virus con el 0,9 % (ver gráfica 7).

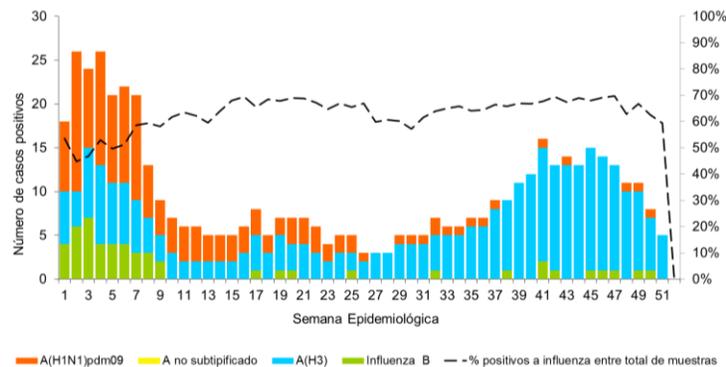
Gráfica 7. Distribución de virus respiratorios, Colombia, semana epidemiológica 51, 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS, 2015

En cuanto al virus de Influenza se observa circulación de los subtipos de A y B, siendo el subtipo de influenza A(H3N2) con el 66,7 % el de mayor proporción seguido por influenza A(H1N1)pdm09 con el 33,3 % (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución de virus de influenza, Colombia, semana epidemiológica 51, 2015



Fuente: Consolidación nacional, Laboratorio de Virología SLNR – INS, 2015

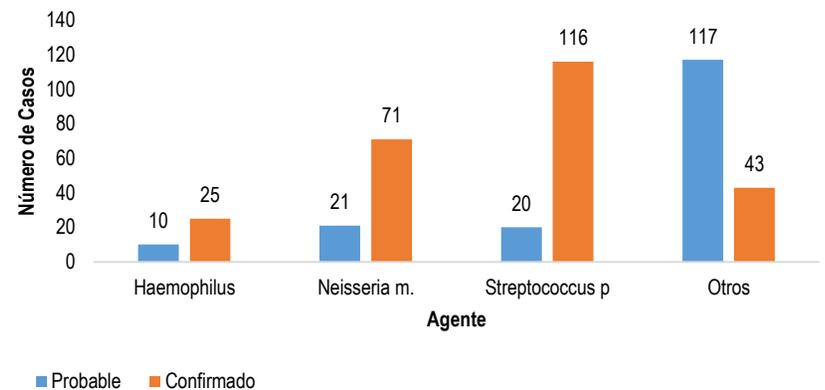
• **Meningitis**

A semana epidemiológica 52 de 2015 fueron notificados al Sivigila 661 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 238 (36 %) fueron descartados por laboratorio, para un total de 423 casos.

De estos 423 casos, 168 (39,7 %) corresponden a casos probables, 255 (60,3 %) corresponden a casos confirmados. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana epidemiológica 52 registra un aumento del 31,7 % en la notificación en relación con la semana del año anterior, en la cual se habían reportado 502 casos.

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas a semana epidemiológica 52 de 2015 son meningitis por Neisseria meningitidis 92 (21,7 %), meningitis por Streptococcus pneumoniae 136 (32,2 %), meningitis por Haemophilus influenzae 35 (8,3 %) y meningitis por otros agentes 160 (37,8 %) (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

Las entidades territoriales de procedencia con el mayor número de casos notificados son Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Bolívar, Cartagena, Cundinamarca, y Santander con el 65,5 % del total de casos (ver tabla 4).

Tabla 4. Casos confirmados y probables de meningitis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Otros	Total	Porcentaje
Antioquia	6	14	25	25	70	16,5
Bogotá	6	21	35	7	69	16,3
Valle del Cauca	7	9	10	18	44	10,4
Bolívar	3	5	5	12	25	5,9
Cartagena		7	12	5	24	5,7
Cundinamarca	3	8	3	10	24	5,7
Santander	1	4	7	9	21	5,0
Cauca	1	1	2	13	17	4,0
Meta	1	6	1	6	14	3,3
Córdoba		6	3	4	13	3,1
Arauca	1	1	2	7	11	2,6
Barranquilla	1		2	6	9	2,1
Choco	1	1	2	5	9	2,1
Nariño			3	5	8	1,9
Huila		2	5	1	8	1,9
Cesar	1		1	5	7	1,7
Tolima		1	4	1	6	1,4
Atlántico		1	1	4	6	1,4
Boyacá			5		5	1,2
Risaralda		2	2	1	5	1,2
Guajira			1	3	4	0,9
Norte Santander	1	1	2		4	0,9
Sucre			2	1	3	0,7
Magdalena		1		2	3	0,7
Quindío		1		2	3	0,7
Caquetá			1	2	3	0,7
Santa Marta D.E.				2	2	0,5
Vichada				2	2	0,5
Guainía	1				1	0,2
Amazonas				1	1	0,2
Caldas				1	1	0,2
Putumayo	1				1	0,2
Total general	35	92	136	160	423	100

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

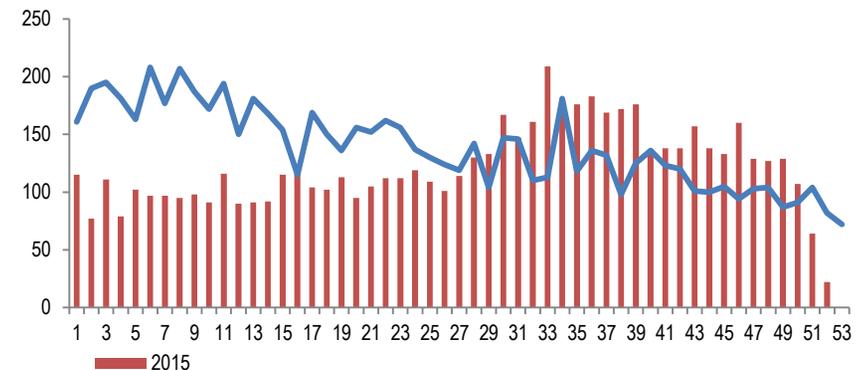
A semana epidemiológica 52 se notificaron 53 muertes confirmadas: 29 muertes por meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, 14 muertes por meningitis por *Neisseria meningitidis*,

tres muertes por meningitis por *Haemophilus influenzae* y siete muertes por otros agentes bacterianos.

• **Parotiditis**

A la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila 6 354 casos de parotiditis confirmados por clínica. Se registró una disminución del 12,9% en relación con la misma semana epidemiológica del año 2014, que registró 7 296 casos (ver gráfica 10).

Gráfica 10. Casos de parotiditis notificados, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

Las entidades territoriales con mayor número de casos según procedencia fueron: Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca, Atlántico, Boyacá, Santander, Sucre, Norte Santander y Tolima con el 80,9% de los casos; las entidades territoriales con mayor notificación son Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca con 56,6 % del total de casos (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Casos de parotiditis notificados según entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial	casos	%
Bogotá	2 369	37,3
Antioquia	717	11,3
Cundinamarca	432	6,8
Valle del Cauca	371	5,8
Atlántico	274	4,3
Boyacá	263	4,1
Santander	225	3,5
Sucre	200	3,1
Norte Santander	164	2,6
Tolima	125	2,0
Cesar	119	1,9
Huila	109	1,7
Nariño	102	1,6
Meta	95	1,5
Guajira	90	1,4
Choco	85	1,3
Caldas	85	1,3
Cauca	82	1,3
Risaralda	76	1,2
Magdalena	75	1,2
Caquetá	56	0,9
Quindío	37	0,6
San Andrés	32	0,5
Cartagena	30	0,5
Córdoba	29	0,5
Bolívar	28	0,4
Casanare	21	0,3
Putumayo	20	0,3
Arauca	16	0,3
Vichada	14	0,2
Barranquilla	4	0,1
Amazonas	4	0,1
Guaviare	2	0,0
Exterior	2	0,0
Guainía	1	0,0
Total general	6 354	100

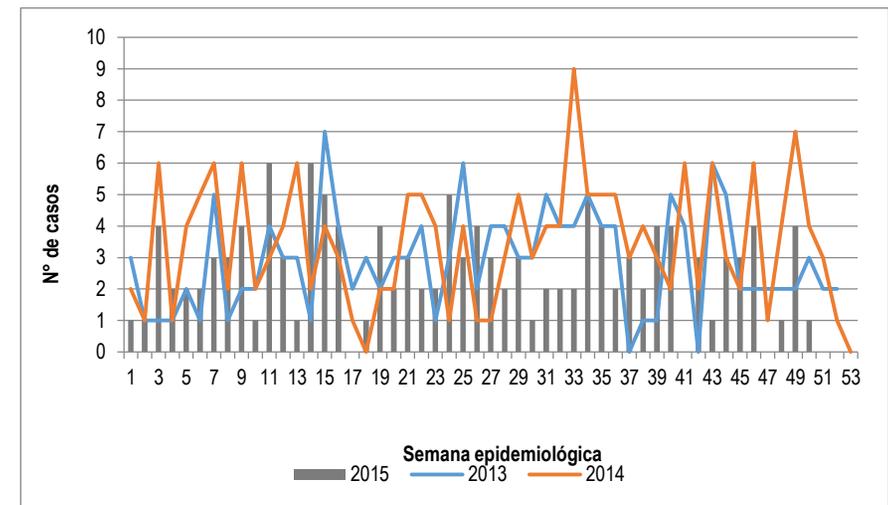
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Se registraron casos de parotiditis en 454 municipios, de los cuales el 51,6 % de los casos corresponden a Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

• **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado al Sivigila 137 casos probables de parálisis flácida aguda, esta notificación registra una disminución del 25,1 % en relación con la misma semana del año 2014, en el cual se habían notificado 183 casos (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Casos probables de PFA notificados en Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



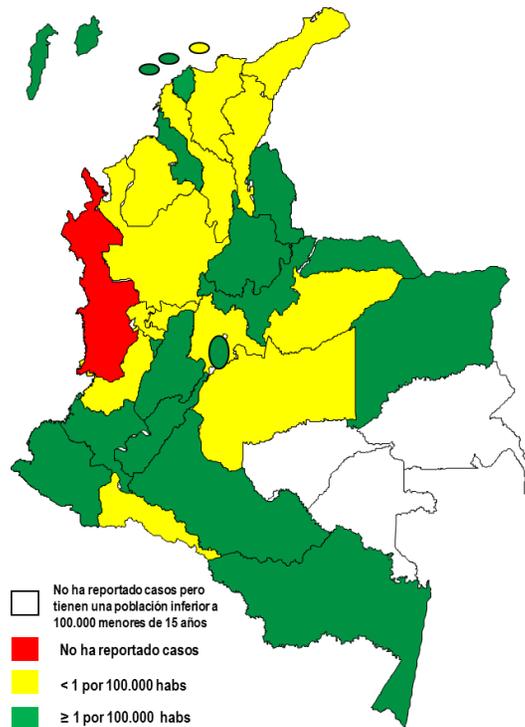
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

La tasa de notificación a semana 52 es de 1,07 casos por 100 000 menores de 15 años (esperada a semana epidemiológica 52 es de 1). Las entidades territoriales que para esta semana superan o alcanzan la tasa de notificación esperada son: Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Boyacá, Caquetá, Cauca, Huila,

Nariño, Norte de Santander, Quindío, San Andres, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

Esta semana se notificaron cuatro casos probables de PFA procedentes de los departamentos de Antioquia, Meta, Sucre y Tolima. Las otras entidades territoriales mantienen su condición de la semana anterior (ver mapa 5).

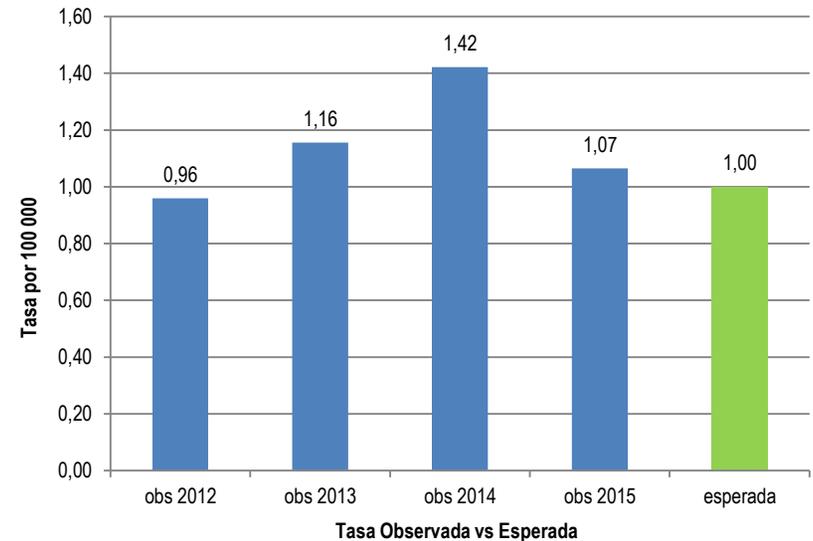
Mapa 5. Cumplimiento de la tasa de notificación de PFA por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52 de 2015 la tasa de notificación observada en el Sivigila es de 1,07 casos por 100 000 menores de 15 años, de manera que se cumple a nivel nacional con la tasa esperada (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Tasa de notificación de casos probables de PFA esperada contra la tasa observada, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012- 2015.

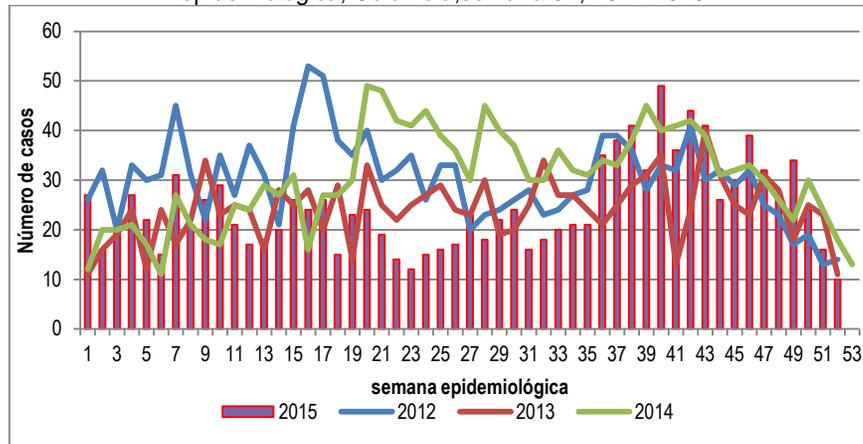


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

• Sarampión y rubéola

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se registraron 1 277 casos sospechosos de sarampión. La notificación registra un descenso del 19,6% en relación con el año 2014, en el cual se registraron 1 588 casos, se observa un aumento del 1,5% en relación con el año 2013 y una caída del 18,8% en relación con el año 2012 (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Casos sospechosos de sarampión notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 52, 2012-2015

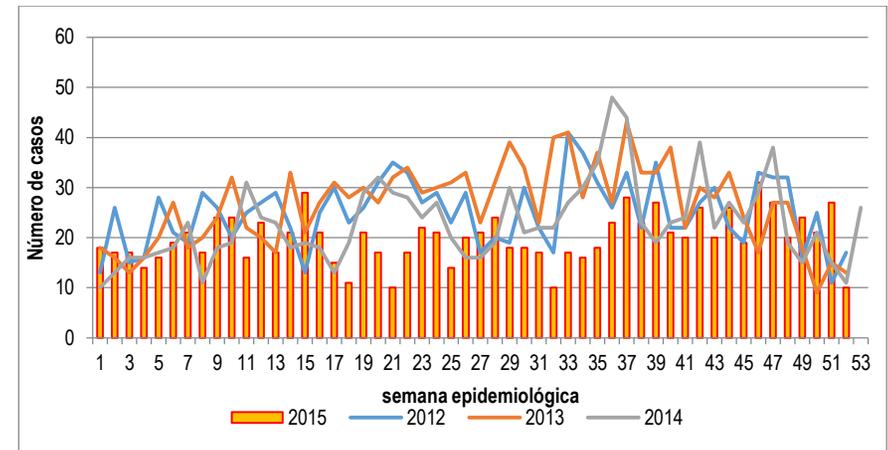


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

Según departamento o distrito de procedencia, el 93,7 % de los casos sospechosos de sarampión son de 14 entidades territoriales Bogotá (740), Antioquia (126), Cundinamarca (74), el distrito de Barranquilla (56), San Andrés (37), Cesar (28), Atlántico (24), el distrito de Cartagena (23), el distrito de Santa Marta (19), Norte de Santander (18), Sucre (15), Valle del Cauca (15), Boyacá (11) y Caldas (10); otras entidades territoriales que notificaron casos fueron Nariño y Santander con ocho cada uno, Risaralda con siete, Meta con seis, Arauca con cinco, Bolívar, Cauca y Huila con cuatro cada uno, Caquetá, Casanare, Quindío y Vichada con tres cada uno, Chocó, Córdoba y Tolima con dos cada uno, Guaviare, La Guajira, Magdalena y Putumayo con un caso cada uno; se notifican 13 casos del exterior, seis de Venezuela, dos procedentes de Brasil, uno de Aruba, uno de Chile, uno de México, uno de Suiza (confirmado por laboratorio) y otro con país desconocido.

A semana epidemiológica 52 de 2015 se reportaron 1 034 casos sospechosos de rubéola. La notificación registra una disminución del 13,3% en relación con el año anterior que registró 1 193 casos; comparado con el 2013 hay un descenso del 25,2 % y con el 2012 un descenso del 20,3 % (ver gráfica 15).

Gráfica 15. Casos sospechosos de rubéola notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 52, 2012- 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

Según departamento o distrito de procedencia, el 92,6% de los casos sospechosos de rubéola son de seis entidades territoriales Bogotá con 731, Antioquia con 115, Cundinamarca con 57, Caldas con 23, Valle del Cauca con 17 y Boyacá con 15; otras entidades que notificaron casos fueron Nariño y Norte de Santander con ocho cada uno, Risaralda, San Andrés y Santander con siete cada uno, Meta con seis, Quindío y Tolima con cinco cada uno, Bolívar, Huila y el distrito de Cartagena con tres cada uno, Cauca y el distrito de Santa Marta con dos cada uno, Arauca, Atlántico, Caquetá, Cesar, Córdoba, Sucre, Vaupés y el distrito de Barranquilla, con un caso cada uno. Se notifican dos casos del exterior, uno procedente de China reportado por Bogotá descartado por laboratorio y uno procedente de España, notificado por Cartagena descartado por laboratorio.

La tasa de notificación nacional es de 4,8 casos por 100 000 habitantes, con lo cual se duplica la tasa de notificación para la semana 52 de 2,0 casos por 100 000 habitantes.

Un total de 14 entidades territoriales cumplen con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola a la semana 52 San Andrés con 57,6, Bogotá con 18,7, Cundinamarca con 4,9, Barranquilla con 4,7, Santa Marta con 4,3,

Vichada con 4,2, Antioquia con 3,7, Caldas con 3,3, Cesar con 2,8, Cartagena con 2,6, Arauca con 2,3, Vaupés con 2,3, Boyacá con 2,0 y Atlántico con 2,0. No cumplen con la tasa esperada Norte de Santander, Sucre, Risaralda, Quindío, Meta, Nariño, Guaviare, Casanare, Caquetá, Santander, Valle del Cauca, Bolívar, Huila, Tolima, Cauca, Chocó, Putumayo, Córdoba, Magdalena y La Guajira. Dos entidades territoriales no han notificado casos sospechosos de sarampión o rubéola Amazonas y Guainía (ver tabla 6).

Tabla 6. Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

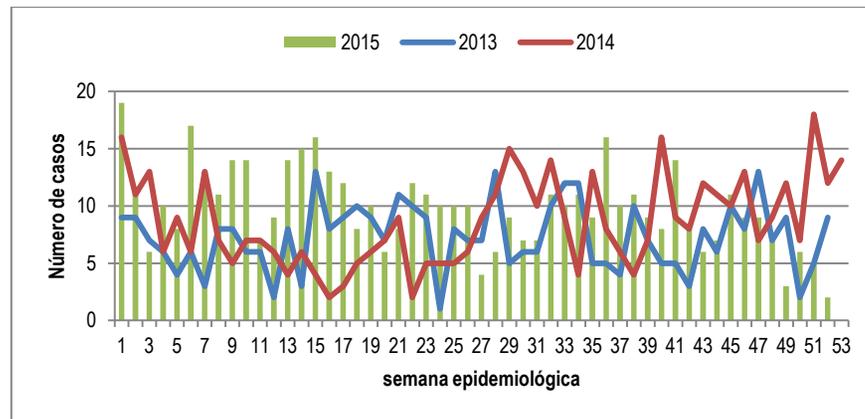
Entidad territorial	Evento (Sarampión/ Rubéola) SIVIGILA	Población total- 2015	Tasa de notificación por 100 000 habitantes (SIVIGILA)
San Andrés	44	76 442	57,6
Bogotá, D.C.	1471	7 878 783	18,7
Cundinamarca	131	2 680 041	4,9
Barranquilla	57	1 218 475	4,7
Santa Marta	21	483 865	4,3
Vichada	3	71 974	4,2
Antioquia	241	6 456 299	3,7
Caldas	33	987 991	3,3
Cesar	29	1 028 890	2,8
Cartagena	26	1 001 755	2,6
Vaupés	1	43 665	2,3
Arauca	6	262 315	2,3
Boyacá	26	1 276 407	2,0
Atlántico	25	1 242 388	2,0
Norte de Santander	26	1 355 787	1,9
Sucre	16	851 515	1,9
Risaralda	14	951 953	1,5
Quindío	8	565 310	1,4
Meta	12	961 334	1,2
Nariño	16	1 744 228	0,9
Guaviare	1	111 060	0,9
Casanare	3	356 479	0,8
Caquetá	4	477 642	0,8
Santander	15	2 061 079	0,7
Valle del Cauca	32	4 613 684	0,7
Bolívar	7	1 095 406	0,6
Huila	7	1 154 777	0,6
Tolima	7	1 408 272	0,5
Cauca	6	1 379 169	0,4
Chocó	2	500 093	0,4
Putumayo	1	345 204	0,3
Córdoba	3	1 709 644	0,2
Magdalena	1	775 957	0,1
La Guajira	1	957 797	0,1
Amazonas	0	76 243	0,0
Guainía	0	41 482	0,0
Exterior	15	NA	NA
Total	2311	48 203 405	4,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, Proyección Censo DANE 2005
Tasa esperada a semana 52= 2,0 casos por 100 000 habitantes

• **Vigilancia de síndrome de rubéola congénita**

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 508 casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita; comparado con la misma semana de 2014 la notificación de casos registra un incremento del 11,4 %, se reportaron 456 casos (ver gráfica 16).

Gráfica 16. Casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita notificados por semana epidemiológica, Colombia, semana 52, 2013- 2015



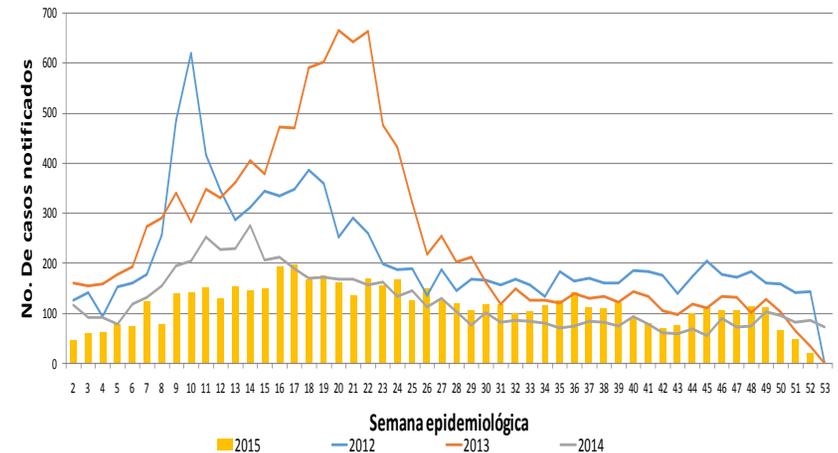
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

Según procedencia, el 85,7 % de los casos provienen de cinco entidades territoriales; Antioquia con 275, Bogotá con 113, Cundinamarca con 19, Sucre con 16 y Nariño con 12; otras entidades que registraron casos sospechosos fueron Casanare y Tolima con ocho cada uno, Boyacá, Huila y Meta con seis cada uno, Bolívar con cinco, Caldas, Norte de Santander, Putumayo y Valle del Cauca con cuatro cada uno, Chocó y Córdoba con tres cada uno, Atlántico, Caquetá y Guainía con dos cada uno y Cauca, Cesar, Guaviare, Quindío, Vaupés y Vichada con un caso cada uno. Diez entidades territoriales no reportan casos sospechosos de SRC en el Sivigila.

• **Tos ferina**

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 6 035 casos. Se registra una disminución del 6,8 % en la notificación en relación con el año 2014, en el cual se registró un acumulado de 6 474 casos a la misma semana epidemiológica (ver gráfica 17).

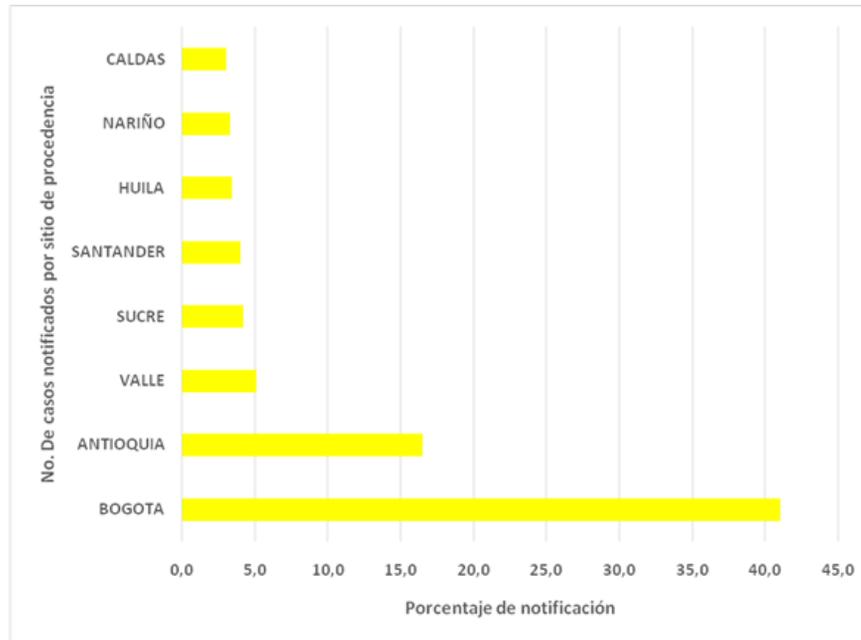
Gráfica 17. Notificación de casos de tos ferina, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012- 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

De los 6 035 casos notificados para tos ferina a Sivigila, el 80,0 % de los casos se concentra en nueve entidades territoriales: Bogotá con el 41,1 %, Antioquia con el 16,5 %, Valle del Cauca con el 5,1 %, Sucre con el 4,2 %, Santander con el 4,0 %, Huila con el 3,4 %, Nariño con el 3,3 % y Caldas con el 3,0 % (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Proporción de casos de tos ferina notificados según procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

De los 6 035 casos notificados a semana 52 se han confirmado 709 casos para tos ferina y según entidad territorial de procedencia; el 81,8% de los casos se registraron en Antioquia con el 17,9%, Bogotá con el 14,8%, Valle del Cauca con el 8,6%, Huila con el 7,9%, Santander con el 5,0%, Caldas con el 5,1%, Sucre con el 4,7%, Norte de Santander con el 3,8%, Arauca Nariño y Cundinamarca 3,7%.

Se registra un caso confirmado de Venezuela, atendido en Norte de Santander.

A semana 52 se han registrado 15 muertes confirmadas por laboratorio distribuidas así dos en Antioquia, una en Arauca, Guajira, Huila, Norte de Santander y Santa Marta respectivamente, tres en Bogotá y cinco en Nariño.

• *Tétanos*

Tétanos neonatal

En la semana epidemiológica 52 de 2015 se descartó un caso probable de tétanos neonatal procedente de Bogotá y se notificó un caso procedente de Pueblo Rico, Risaralda de la comunidad indígena Embera Katio, en un menor de cuatro días de edad, con inicio de síntomas el 01 de enero de 2016 y consultó en el municipio de Quimbaya, Quindío.

A semana 52 se ha notificado seis casos, distribuidos así:

- Dos casos confirmados por clínica procedentes de Barbacoas, Nariño y El Dovio, Valle del Cauca.
- Dos casos descartados procedentes de Bogotá y Antioquia.
- Dos casos aún se encuentran como probables, son procedentes de Tumaco, Nariño y un caso Pueblo Rico, Risaralda.

Tétanos accidental

En la semana epidemiológica 52 no se notificaron casos probables de tétanos accidental. En el acumulado del año 2015 hasta la semana epidemiológica 52 se han notificado 53 casos, de los cuales:

- Se registran 43 casos confirmados por clínica, Antioquia con cuatro, Atlántico con ocho, Córdoba y Nariño cuatro cada uno, Bolívar, Cauca, Chocó, Huila, Magdalena, Putumayo y el distrito de Santa Marta con dos cada uno, Barranquilla, Caquetá, Cartagena, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Sucre y Tolima con un caso cada uno.
- Hay siete casos probables que corresponden a Antioquia y Sucre con dos cada uno y Barranquilla, Córdoba y La Guajira con un caso cada uno.

- Tres casos fueron descartados, dos de Cartagena y uno del Meta.
- De los casos confirmados, 18 tienen como condición final muerto y corresponden a las entidades territoriales de Antioquia, Barranquilla, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Huila, Magdalena, Santa Marta y Sucre con uno, Cartagena y Nariño con dos y Atlántico con cuatro.

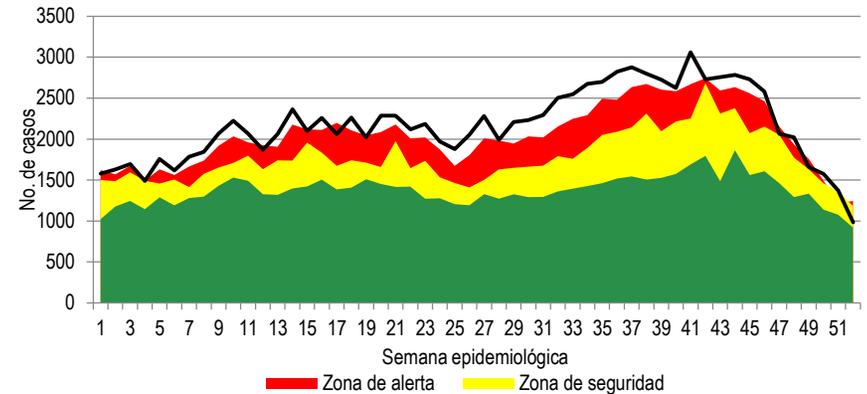
En relación con el año 2014, se notificaron 76 casos y se confirmaron 59; esto representa una disminución del 30,0% en los casos notificados y del 27,1% en los casos confirmados.

• Varicela

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 115 148 casos de varicela, registrando un aumento del 9,2% en relación con el año anterior, donde se registraron 105 394 casos. A semana 52 la incidencia para el país es de 238,9 casos por 100 000 habitantes.

De acuerdo con el canal endémico de los casos notificados al Sivigila varicela ha tenido un comportamiento epidémico durante todo el año 2015; iniciamos el año en zona de alerta, para la semana epidemiológica 52 se termina en zona de seguridad probablemente debido a la notificación tardía (ver gráfica 19).

Gráfica 19. Canal endémico de varicela, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

A semana 52 se han notificado 37 muertes asociadas a varicela, una procedente de Barranquilla, dos muertes de Carmen de Viboral y Caucasia (Antioquia), una de Huila en Acevedo, cuatro de Sucre en San Juan de Betulia, Corozal, San Pedro y Cinse, una de Puerto Wilches (Santander), una El Carmen (Norte de Santander), tres de Bogotá, tres de Magangué (Bolívar), una de Cartagena, siete muertes en Córdoba procedentes de Planeta Rica, Tierralta, Momil, Cerete, Montería y Valencia, tres muertes de Santa Marta, dos de Villavicencio (Meta), una muerte en Arauca, una de Valle de Cauca, una de Tolima, una de Chocó y una del exterior notificada por Barranquilla; a semana epidemiológica 52 se descartaron tres muertes asociadas a varicela.

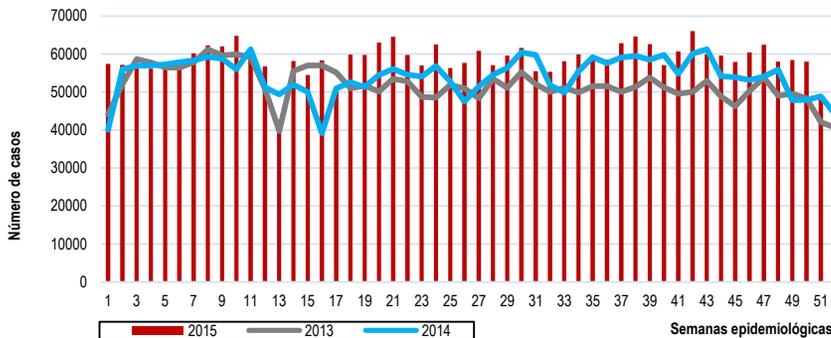
Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por el agua

• Enfermedad diarreica aguda

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 52 se notificaron dos casos de muerte por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años correspondientes uno a la semana epidemiológica 51 y el otro a esta semana epidemiológica, para un acumulado nacional de 124 casos de muertes (Ver gráfica 20).

Gráfica 20. Notificación de casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años por semana epidemiológica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

La tasa de mortalidad para el país es de 28,7 x 1 000 000 habitantes menores de cinco años; se registra una mayor tasa de mortalidad en el grupo de menores de un año (ver tabla 7).

Tabla 7. Tasa de mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de cinco años, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Grupo de edad (menores de cinco años)	Población estimada DANE 2015 menores de cinco años	Número de casos a SE 52	Mortalidad por 1 000 000 habitantes menores de cinco años
Menores de un año	873 444	65	74,4
Menores de 1 a 4 años	3 448 193	59	17,1
Total país	4 321 637	124	28,7

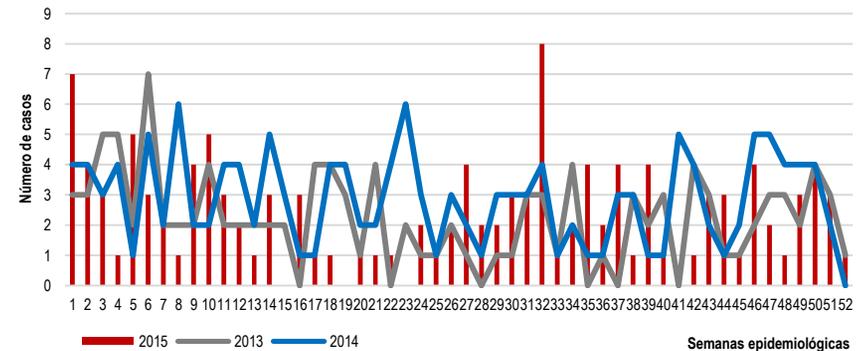
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52 de 2015, 28 de las entidades territoriales registraron casos de muerte por EDA en menores de cinco años.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en todos los grupos de edad

Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento. Durante la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron 45 997 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) analizados por entidad territorial de procedencia; con un total acumulado para el país de 3 041 766 casos (ver gráfica 21).

Gráfica 21. Notificación de casos de morbilidad por EDA por semana epidemiológica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013- 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2013-2015

Todas las entidades territoriales notificaron morbilidad por EDA con corte a la semana epidemiológica 52; esta semana se registra un aumento del 4,4% de casos en relación con el año anterior (ver tabla 8).

Tabla 8. Comparativo de las tendencias de notificación de casos de morbilidad por EDA, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Casos semana epidemiológica 52	2014	2015	Variación
Notificados	44 049	45 997	4,4%
Acumulados	2 860 286	3 041 766	6,3%

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

A semana epidemiológica 52 de 2015 nueve las entidades territoriales superan la incidencia nacional de morbilidad por EDA de 63,1 casos por 1 000 habitantes, Amazonas registra la proporción de incidencia más alta y Bogotá el mayor número de casos (ver tabla 9).

Tabla 9. Incidencia de EDA por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

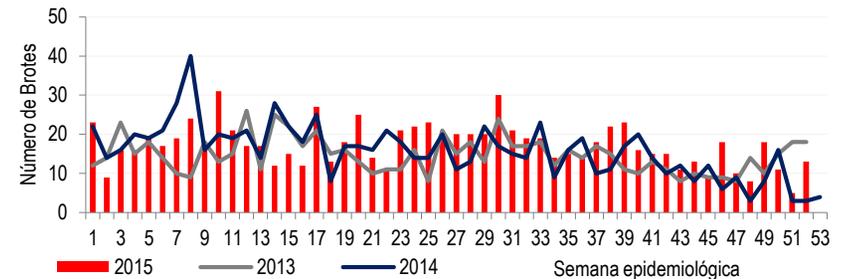
Entidad territorial	Número de casos notificados	Porcentaje	Población estimada (DANE 2015)	Incidencia x 1000 habitantes
Amazonas	7 847	0,3%	76 243	102,9
Bogotá	785 107	25,8%	7 878 783	99,7
Quindío	43 810	1,4%	565 310	77,5
Meta	64 668	2,1%	961 334	67,3
Barranquilla	81 022	2,7%	1 218 475	66,5
La Guajira	63 227	2,1%	957 797	66,0
Nariño	114 345	3,8%	1 744 228	65,6
Magdalena	49 685	1,6%	775 957	64,0
Antioquia	408 748	13,4%	6 456 299	63,3
Colombia	3 041 766	100	48 203 405	63,1

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

ETA

A semana epidemiológica 52 del 2015 se notificaron al Sivigila 10 381 casos de ETA, involucrados en 895 brotes. En relación con el año anterior a esta semana se registró un aumento en la notificación del 8,0%. Durante el 2015 el promedio de brotes por semana fue de 17,2 (ver gráfica 22).

Gráfica 22. Notificación de brotes de ETA, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015

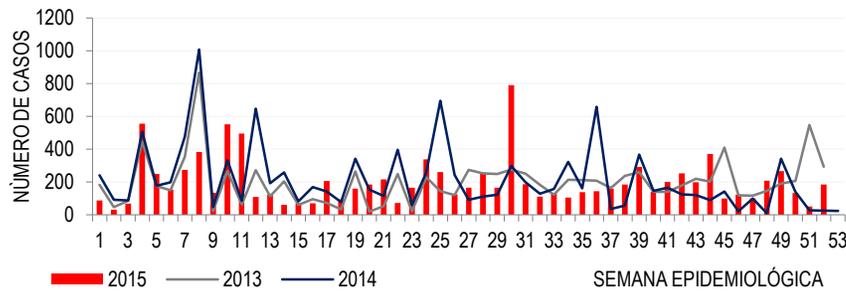


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

En la semana epidemiológica 52 se notificaron 13 brotes, las entidades territoriales de procedencia fueron Huila, Barranquilla, Bogotá, Cauca, Casanare, Quindío y Sucre; los establecimientos implicados fueron hogar con ocho brotes, restaurante comercial con dos brotes, establecimiento penitenciario con un brote y otros establecimientos con tres brotes.

En cuanto a los casos registrados por brotes de ETA, por semana hubo una disminución del 7,7% en relación con el año anterior. Durante el 2015 el promedio de casos por semana fue de 199,6 (ver gráfica 23).

Gráfica 23. Notificación de casos de ETA, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

De los casos notificados a semana epidemiológica 52 del 2015, el grupo de edad que registró mayor proporción fue el de 10 a 14 años con el 15,7%. El 56,0% de los casos están confirmados por clínica, el 24,0% como probables, el 15,0 % confirmados por laboratorio y el 5,0 % confirmados por nexos epidemiológicos.

La entidad territorial por procedencia que registró el mayor número de brotes fue Bogotá (ver tabla 10).

Tabla 10. Brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad Territorial de Procedencia	Número Brotes	Porcentaje
Bogotá	115	12,8
Antioquia	113	12,6
Atlántico	87	9,7
Sucre	60	6,7
Valle Del Cauca	54	6,0
Huila	48	5,4
Magdalena	42	4,7
Nariño	34	3,8
La Guajira	33	3,7
Cartagena	31	3,5
Boyacá	29	3,2
Cesar	25	2,8
Quindío	23	2,6
Bolívar	21	2,3
Santander	20	2,2
Norte De Santander	17	1,9
Barranquilla	16	1,8
Casanare	15	1,7
Tolima	14	1,6
Putumayo	14	1,6
Cundinamarca	12	1,3
Risaralda	11	1,2
Caldas	10	1,1
Meta	10	1,1
Cauca	10	1,1
Caquetá	9	1,0
Arauca	8	0,9
Chocó	6	0,7
Córdoba	3	0,3
San Andrés	2	0,2
Vichada	2	0,2
Guaviare	1	0,1
NACIONAL	895	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015.

En 35 brotes se han identificado agentes patógenos procedentes de muestras biológicas y en 29 brotes se han identificado agentes patógenos procedentes de muestras de alimentos (ver tabla 11).

Tabla 11. Agentes etiológicos identificados en muestras biológicas, alimentos y agua procedentes de brotes de ETA (notificación colectiva), Colombia, periodo epidemiológico XII - 2015.

Agente etiológico identificado	Muestra biológica	Muestra de alimentos	Total
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	28	34
**Coliformes totales	9	23	32
<i>Escherichia coli</i>	15	10	25
**Coliformes fecales	4	19	23
<i>Salmonella</i> spp	18	0	18
<i>Fasciola hepática</i>	12	0	12
<i>Iodamoeba butschlii</i>	5	0	5
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	1	3
<i>Shigella</i> sp	1	2	3
<i>Taenia solium</i>	3	0	3
<i>Bacillus cereus</i>	1	1	2
<i>Vibrio</i> sp	2	0	2
Hepatitis A	2	0	2
<i>Endolimax nana</i>	2	0	2
<i>Streptococcus</i> sp	1	0	1
<i>Proteus</i> sp	1	0	1
Rotavirus	1	0	1
Complejo <i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	1	0	1
Uncinarias	1	0	1
<i>Listeria monocytogenes</i>	0	1	1
Total	87	85	172

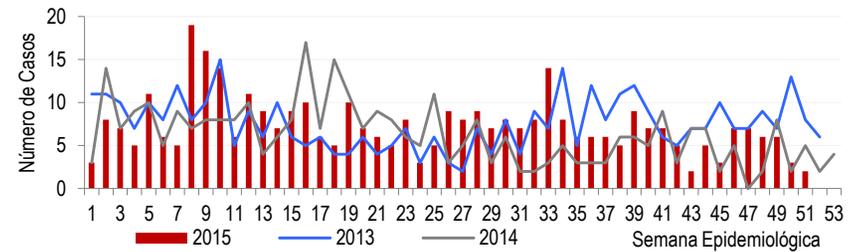
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

** No se consideran agentes etiológicos causales de ETA.

• Fiebre tifoidea y paratifoidea

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 371 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, para esta semana no se notificaron casos. Se observa un aumento en la notificación del 13,5% en relación con el año anterior (ver gráfica 24).

Gráfica 24. Notificación de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013- 2015

El 75,0 % de las entidades territoriales notificaron casos para este evento; la mayor proporción de casos fueron notificados por Antioquia con el 28,6 % (ver tabla 12).

Tabla 12. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial	Número de casos	Porcentaje
Antioquia	106	28,6
Norte de Santander	83	22,4
Huila	26	7,0
Valle del Cauca	24	6,5
Meta	17	4,6
Cauca	13	3,5
Bolívar	12	3,2
Nariño	12	3,2
Chocó	10	2,7
Sucre	10	2,7
Bogotá	9	2,4
Cesar	6	1,6
Santander	6	1,6
Cartagena	5	1,3
Caldas	4	1,1
Cundinamarca	4	1,1
La Guajira	4	1,1
Santa Marta	4	1,1
Barranquilla	3	0,8
Magdalena	3	0,8
Risaralda	3	0,8
Putumayo	2	0,4
Córdoba	1	0,3
Exterior	1	0,3
Quindío	1	0,3
San Andrés	1	0,3
Tolima	1	0,3
Total	371	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52 de 2015, el grupo de edad que se registró con mayor proporción fue el de cinco a nueve años con el 15,4 % (ver tabla 13).

Tabla 13. Casos notificados de fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Grupo de edad	Número de casos	Porcentaje
0-4	29	7,8
5-9	57	15,4
10-14	46	12,4
15-19	34	9,2
20-24	43	11,6
25-29	35	9,4
30-34	25	6,7
35-39	25	6,7
40-44	9	2,4
45-49	11	3,0
50-54	16	4,3
55-59	12	3,2
60-64	9	2,4
65-69	5	1,3
70-74	7	1,9
75-79	1	0,3
80 Y MÁS	7	1,9
TOTAL	371	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

En 14 entidades territoriales se han confirmado casos para fiebre tifoidea, la entidad territorial que registró la tasa de incidencia más alta fue Norte de Santander (ver tabla 14).

Tabla 14. Casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.

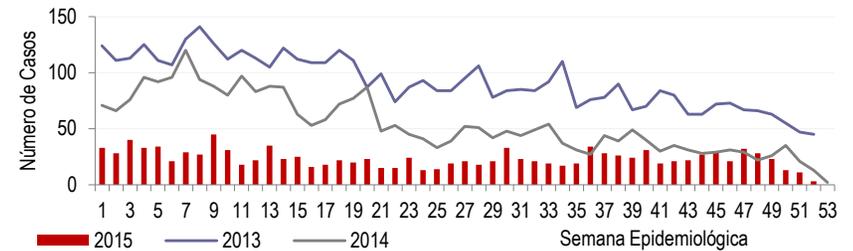
Entidad Territorial	Número de Casos	Tasa de incidencia por 100 000 habitantes
Norte de Santander	70	5,16
Antioquia	67	1,04
Meta	9	0,94
Nariño	11	0,63
Huila	4	0,35
Bolívar	5	0,24
Cesar	2	0,19
Sucre	1	0,12
Risaralda	1	0,11
Santander	2	0,10
Valle del Cauca	4	0,09
Bogotá D.C.	6	0,08
Cundinamarca	2	0,07
Córdoba	1	0,06
Colombia	185	0,38

Fuente: LNR – grupo de microbiología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

• Hepatitis A

A semana epidemiológica 52 se notificaron 1 227 casos de hepatitis A, de los cuales tres se notificaron esta semana; el 52,4 % fueron confirmados por laboratorio, el 46,9% por clínica y el 0,7 % por nexo epidemiológico. A la semana epidemiológica 52 se registró una disminución en la notificación del 56,5 % en relación con el año anterior (ver gráfica 25).

Gráfica 25. Comportamiento de la notificación de casos de hepatitis A, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



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

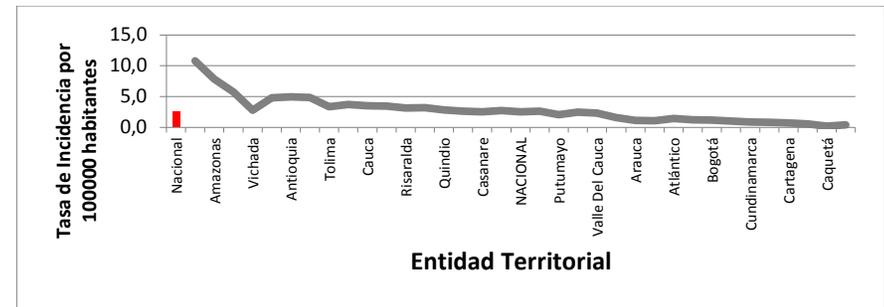
Según el lugar de procedencia la mayor proporción de casos notificados provienen de Antioquia con el 26,2 % (ver tabla 15).

Tabla 15. Casos de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad Territorial	Nº Casos	Porcentaje
Antioquia	321	26,2
Valle del Cauca	107	8,7
Bogotá	91	7,4
Huila	66	5,4
Norte de Santander	50	4,1
Cauca	48	3,9
Tolima	47	3,8
Meta	46	3,7
Nariño	46	3,7
Barranquilla	39	3,2
Atlántico	35	2,9
Boyacá	35	2,9
La Guajira	33	2,7
Santander	33	2,7
Risaralda	30	2,4
Caldas	26	2,1
Cundinamarca	23	2,0
Córdoba	21	1,7
Sucre	21	1,7
Quindío	16	1,3
Bolívar	12	0,9
Guaviare	12	0,9
Cesar	11	0,9
Magdalena	10	0,8
Casanare	9	0,7
Cartagena	7	0,6
Putumayo	7	0,6
Amazonas	6	0,5
Santa Marta	5	0,4
Exterior	4	0,3
Arauca	3	0,2
Chocó	2	0,2
Guainía	2	0,2
Vichada	2	0,2
Caquetá	1	0,1
TOTAL	1 227	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

Gráfica 26. Proporción de incidencia de hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

El 79 % de los casos estaban ubicados en la cabecera municipal, el 13 % en rural y el 8 % en centro poblado. En cuanto a la población, el 95,4% pertenece a “otros” grupos étnicos, el 2,4% a indígenas, el 1,7 % afrocolombianos, el 0,3 % a ROM y gitanos.

Los grupos de edad más afectados fueron los de 20 a 24 años con el 15,9 %, 25 a 29 años con el 12,8 % y 5 a 9 años con el 11,8 %. El 37 % de los casos fueron hospitalizados.

La proporción de incidencia nacional a semana epidemiológica 52 fue de 2,7 por 100 000 habitantes; el departamento de procedencia con mayor proporción de incidencia fue Guaviare con 11,7 casos por 100 000 habitantes (ver gráfica 26).

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por vectores

• Chagas

En la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila cuatro casos de enfermedad de Chagas, correspondientes a casos crónicos, de estos uno corresponde a la semana 52 y tres casos a semanas anteriores.

A semana epidemiológica 52 de 2015 el acumulado es de 877 casos, de los cuales 96,5% corresponden a casos crónicos (440 confirmados y 446 probables) y 3,5% casos agudos (13 confirmados y 18 probables).

Esta notificación muestra un aumento del 2,6% en relación con el año anterior, en el cual se notificaron 855 casos a la misma semana.

Los casos crónicos fueron notificados por 30 entidades territoriales. Boyacá notificó el mayor número de casos con un 15,8%, seguido de Casanare con un 15,6%, Santander con un 15,6%, Bogotá con un 13,7%, y La Guajira con un 10,3%. Estos departamentos notificaron el 71,0% del total de casos a nivel nacional (Ver tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de enfermedad de Chagas crónica por entidad territorial notificadora, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad Territorial	Casos Probables	Frecuencia relativa	Casos Confirmados	Frecuencia relativa	Total casos	Frecuencia relativa
BOYACA	120	30,0	14	3,1	134	15,8
CASANARE	13	3,3	119	26,7	132	15,6
SANTANDER	63	15,8	69	15,5	132	15,6
BOGOTA	65	16,3	51	11,4	116	13,7
GUAJIRA	2	0,5	85	19,1	87	10,3
CESAR	39	9,8	24	5,4	63	7,4
NORTE SANTANDER	6	1,5	33	7,4	39	4,6
ARAUCA	12	3,0	20	4,5	32	3,8
TOLIMA	27	6,8	4	0,9	31	3,7
CUNDINAMARCA	11	2,8	7	1,6	18	2,1
HUILA	6	1,5	4	0,9	10	1,2
GUAVIARE	8	2,0	0	0,0	8	0,9
META	6	1,5	1	0,2	7	0,8
GUAINIA	1	0,3	4	0,9	5	0,6
ANTIOQUIA	3	0,8	1	0,2	4	0,5
CAQUETA	4	1,0	0	0,0	4	0,5
BOLIVAR	0	0,0	3	1,1	3	0,4
SUCRE	1	0,3	2	0,4	3	0,4
VALLE	2	0,5	1	0,2	3	0,4
BARRANQUILLA	2	0,5	0	0,0	2	0,2
CALDAS	2	0,5	0	0,0	2	0,2
QUINDIO	2	0,5	0	0,0	2	0,2
PUTUMAYO	1	0,3	1	0,2	2	0,2
ATLANTICO	1	0,3	0	0,0	1	0,1
CAUCA	0	0,0	1	0,2	1	0,1
CORDOBA	1	0,3	0	0,0	1	0,1
NARIÑO	0	0,0	1	0,2	1	0,1
RISARALDA	1	0,3	0	0,0	1	0,1
STA MARTA D.E.	1	0,3	0	0,0	1	0,1
VICHADA	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Total casos	400	100%	446	100%	846	100%

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

En cuanto a la distribución de casos agudos de la enfermedad de Chagas, el 71,0% de los casos proceden de las territoriales de Casanare, Cesar, Antioquia, Boyacá y Córdoba, el 41,9% del total de casos notificados en fase aguda han sido confirmado por laboratorio (ver tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de enfermedad de Chagas agudo por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.

Entidad territorial	Probables	Confirmados	Total	Frecuencia de Confirmados
CASANARE	2	8	10	25,8
CESAR	5	1	6	3,2
ANTIOQUIA	2	0	2	0
BOYACA	1	1	2	3,2
CORDOBA	1	1	2	3,2
ARAUCA	1	0	1	0
BOLIVAR	1	0	1	0
CAUCA	1	0	1	0
CUNDINAMARCA	1	0	1	0
GUAJIRA	1	0	1	0
NORTE SANTANDER	0	1	1	3,2
SUCRE	1	0	1	0
TOLIMA	1	0	1	0
*EXTERIOR	0	1	1	3,2
TOTAL	18	13	31	41,9

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

*El caso fue notificado por el departamento de Norte de Santander

• Chikunguña

Durante el año 2014 se registraron 106 763 casos, a semana epidemiológica 52 se notificaron 359 728 casos, de los cuales 356 079 fueron confirmados por clínica, 3 202 confirmados por laboratorio y 447 sospechosos (ver tabla 18).

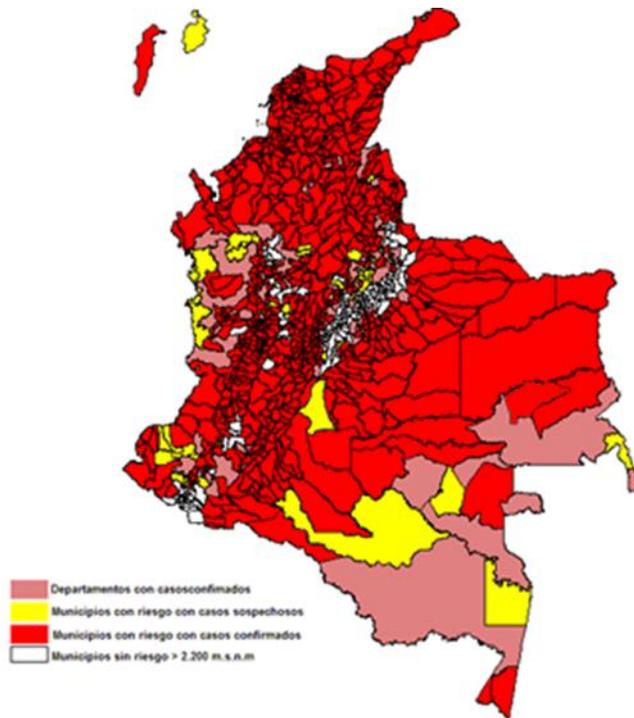
Tabla 18. Total de casos de chikunguña notificados, Colombia a 2 de Enero, 2016.

	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
Semana 52-2015	547	0	8	555
Acumulado 2015	356 079	3 202	447	359 728
Acumulado 2014	104 405	1 456	902	106 763

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Se ha demostrado circulación viral en 35 entidades territoriales quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y sospechosos: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Guainía, Guaviare, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; en estos casos la entidad territorial aparecerá en rosado (ver mapa 6).

Mapa 6. Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia a 2 de Enero, 2016.



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Casos notificados por regiones de Colombia

En la región de la Amazonía se han notificado 199 casos confirmados por laboratorio procedentes de las entidades territoriales de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Vaupés y Putumayo (ver tabla 19).

Tabla 19. Distribución de casos de autóctonos de chikunguña en la región Amazonía por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	AMAZONAS	12	5	4	21
	CAQUETA	6 637	41	17	6.695
	GUAINIA	54	25	1	80
	GUAVIARE	1 928	105	0	2.033
	VAUPES	2	3	1	6
	PUTUMAYO	1.003	20	0	1.023
Total		9.636	199	23	9.858

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

En la región Central se han reportado casos confirmados por laboratorio y por clínica en las entidades territoriales de Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Quindío y Tolima (ver tabla 20).

Tabla 20. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Central por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	14.678	181	153	15.012
	BOGOTA*	0	1	2	3
	CALDAS	2.974	57	18	3.049
	CUNDINAMARCA	17.756	249	10	18.015
	HUILA	28.781	205	0	28.986
	QUINDIO	5.879	29	0	5.908
	RISARALDA	4.852	67	1	4.920
	TOLIMA	41.351	351	34	41.736
Total		116.271	1.140	218	117.629

*Bogotá D.C: es necesario que el distrito de Bogotá ajuste la procedencia de los casos notificados al Sivigila.

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

En la región Oriental se han reportado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Boyacá, Norte de Santander y Santander (ver tabla 21).

Tabla 21. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Oriental por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	759	67	7	833
	NORTE SANTANDER	6.148	86	6	6.240
	SANTANDER	11.736	90	58	11.884
	Total	18.643	243	71	18.957

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La región Orinoquía ha notificado 355 casos confirmados por laboratorio en las entidades territoriales de Arauca, Casanare, Meta y Vichada (ver tabla 22).

Tabla 22. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Orinoquía por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	5.466	64	0	5.530
	CASANARE	15.517	136	0	15.653
	META	21.082	129	79	21.290
	VICHADA	290	26	0	316
Total		42.355	355	79	42.789

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La región Pacífica ha notificado casos confirmados por laboratorio en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Chocó (ver tabla 23).

Tabla 23. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Pacífico por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	CAUCA	3.748	50	3	3.801
	CHOCO	941	31	32	1.004
	NARIÑO	2.253	48	14	2.315
	VALLE	119.109	1.023	4	120.136
Total		126.051	1.152	53	127.256

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia

En la región Caribe se ha presentado casos confirmados por clínica reportados por las entidades territoriales de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés, Sucre y Santa Marta (ver tabla 24).

Tabla 24. Distribución de casos autóctonos de chikunguña en la región Caribe por entidad territorial de procedencia, Colombia, acumulado, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	2.014	7	0	2.021
	BARRANQUILLA	6.307	3	0	6.310
	BOLIVAR	626	8	0	634
	CARTAGENA	697	5	0	702
	CESAR	3.803	48	0	3.851
	CORDOBA	12.708	9	1	12.718
	GUAJIRA	4.479	9	0	4.488
	MAGDALENA	2.515	4	0	2.519
	SAN ANDRES	1.237	2	2	1.241
	STA MARTA D.E.	1.647	7	0	1.654
	SUCRE	7.090	11	0	7.101
	Total		43.123	113	3

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Muertes

Según las unidades de análisis realizadas en el Instituto Nacional de Salud durante el 2015, se han confirmado 54 muertes por chikunguña en el país. La letalidad corresponde a 0.015% (54/359.281).

La distribución de las muertes por departamento de procedencia y notificación se presentan a continuación (ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución de casos de muertes por chikunguña, Colombia, 2015.

DPTO. PROCEDENCIA	MUN. PROCEDENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	13	14	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	29	31	36	42
AMAZONAS	LETICIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARAUCA	ARAUCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ATLANTICO	SABANALARGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
BOLIVAR	MAGANGUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
CAQUETA	FLORENCIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAUCA	SANTANDER DE QUILICHAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CESAR	AGUSTIN CODAZZI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
CORDOBA	MONTERIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CORDOBA	SAN PELAYO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUNDINAMARCA	GUADUAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUNDINAMARCA	VIANI	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUNDINAMARCA	VIOTA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXTERIOR	VENEZUELA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUILA	AIPE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUILA	NEIVA	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
META	GUAMAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
META	VILLAVICENCIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NARIÑO	TUMACO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NORTE SANTANDER	CUCUTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NORTE SANTANDER	TIBU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
QUINDIO	LA TEBAIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RISARALDA	PEREIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SUCRE	SINCELEJO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	ARMERO (GUAYABAL)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	CARMEN DE APICALA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	CHAPARRAL	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	ESPINAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	GUAMO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	IBAGUE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
TOLIMA	MELGAR	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	PURIFICACION	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOLIMA	SAN LUIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
VALLE	CALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0
VALLE	VERSALLES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
VICHADA	CUMARIBO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Recomendaciones en vigilancia

- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920, con lo cual además se podrán verificar o buscar casos a través las búsquedas activas institucionales.
- Es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- No debe existir doble notificación ante la sospecha de dengue y chikunguña, solo en la excepción de tener resultado de laboratorio positivos para los dos eventos.
- Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva
- En los municipios que tienen casos importados, pero donde no se ha demostrado circulación autóctona no deben confirmarse casos por clínica.
- Deben ajustarse los casos en el Sivigila que han sido notificados por dengue y son confirmados por clínica o laboratorio como chikunguña y viceversa.
- Han sido notificados muchos casos sin información acerca del municipio de procedencia, por lo que se recuerda fortalecer el proceso de registro de dicha información.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikunguña deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto nacional de Salud.
- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, mayores de 65 años y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217 y se deben enviar muestras para análisis de laboratorio aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.

- Todas las muertes probables por chikunguña deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.
- Una vez confirmadas o descartadas la muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales.

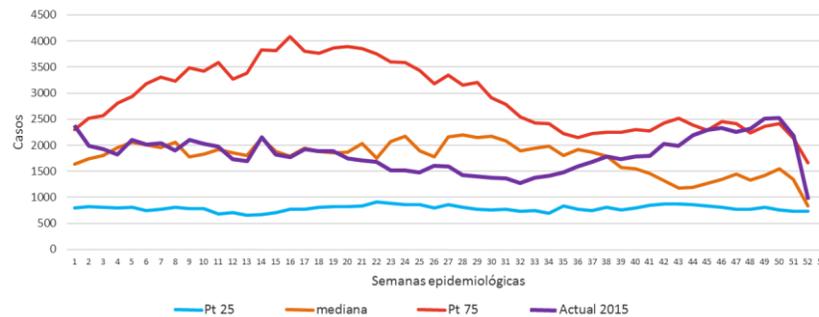
• Dengue

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 94 916 casos de dengue, el 98,6 % corresponde a dengue y el 1,4 % a dengue grave.

En relación a la semana epidemiológico 52 del año anterior, se registró una reducción de 14 396 casos, lo que representa un 13,2% de variación. Se han notificado en promedio 1825 casos semanales en lo corrido de 2015.

El canal endémico de dengue se ha ubicado en zona de brote durante el 11,5 % de las semanas epidemiológicas, 53,8 % en zona de éxito y seguridad; y 34,6% en la zona de alarma. Es importante tener en cuenta los efectos que pueden ocasionarse en la construcción del canal debido al retraso en la notificación. La metodología utilizada corresponde a la de medianas e incluye los casos reportados entre los años 2010 a 2014 (ver gráfica 27).

Gráfica 27. Canal endémico de dengue, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

En las últimas dos semanas epidemiológicas, 16 entidades territoriales se ubicaron en brote (Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cesar, Huila, Magdalena, Putumayo, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca y Vichada), 11 entidades en situación de alarma (Cauca, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Nariño, Norte de Santander y Sucre) y ocho entidades territoriales en zona de éxito y seguridad (Meta, Guaviare, Santander, Santa Marta, Amazonas, Vaupés, Cartagena y Casanare.

En la distribución según el sexo, el 51,6 % de los casos de dengue se presentó en hombres. En general el 49,5 % de los casos pertenecen al régimen contributivo, 41,8% al régimen subsidiado. El 33,9 % de los casos de dengue se concentró en los menores de 14 años y 51,5 % de los casos de dengue grave. En general, se han notificado 979 casos (1,0 %) en población indígena y 2555 casos (2,7 %) en afrocolombianos (ver tabla 26).

Tabla 26. Comportamiento social y demográfico de los casos de dengue y dengue grave, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Variable	Categoría	Dengue	%	Dengue grave	%	Total	%	
Sexo	Femenino	45248	48,4%	651	47,9%	45899	48,4%	
	Masculino	48308	51,6%	709	52,1%	49017	51,6%	
Tipo de régimen	Contributivo	46457	49,7%	518	38,1%	46975	49,5%	
	Especial	2748	2,9%	32	2,4%	2780	2,9%	
	No afiliado	3110	3,3%	55	4,0%	3165	3,3%	
	Excepción	2299	2,5%	19	1,4%	2318	2,4%	
Subsidiado		38923	41,6%	735	54,0%	39658	41,8%	
	Pertenencia étnica	Indígena	959	1,0%	20	1,5%	979	1,0%
		ROM, Gitano	393	0,4%	10	0,7%	403	0,4%
Raizal		113	0,1%	0	0,0%	113	0,1%	
Palenquero		14	0,0%	0	0,0%	14	0,0%	
Negro, Mulato, afro colombiano		2523	2,7%	32	2,4%	2555	2,7%	
Otro	89554	95,7%	1298	95,4%	90852	95,7%		
Grupos de edad	Menor de 1 año	2751	2,9%	92	6,8%	2843	3,0%	
	1 a 4 años	6475	6,9%	118	8,7%	6593	6,9%	
	5 a 9 años	10575	11,3%	271	19,9%	10846	11,4%	
	10 a 14 años	11883	12,7%	219	16,1%	12102	12,8%	
	15 a 19 años	10342	11,1%	144	10,6%	10486	11,0%	
	20 a 24 años	8820	9,4%	96	7,1%	8916	9,4%	
	25 a 29 años	7767	8,3%	51	3,8%	7818	8,2%	
	30 a 34 años	6701	7,2%	46	3,4%	6747	7,1%	
	35 a 39 años	5258	5,6%	42	3,1%	5300	5,6%	
	40 a 44 años	4303	4,6%	37	2,7%	4340	4,6%	
	45 a 49 años	3884	4,2%	34	2,5%	3918	4,1%	
	50 a 54 años	3819	4,1%	43	3,2%	3862	4,1%	
	55 a 59 años	2907	3,1%	31	2,3%	2938	3,1%	
60 a 64 años	2232	2,4%	26	1,9%	2258	2,4%		
65 y más años	5839	6,2%	110	8,1%	5949	6,3%		

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

El 80,2 % de los casos de dengue procede de 12 entidades territoriales: Valle del Cauca con el 20,7 %, Tolima con el 9,6 %, Santander con el 8,8 %, Antioquia con el 7,2 %, Meta con el 6,5 %, Huila con el 5,0 %, Cesar con el 4,6 %, Norte de Santander con

4,3 %, Quindío con el 3,9 %, Cundinamarca con el 3,4 %, Atlántico con el 3,1 % y Sucre con el 3,0 %. Para dengue grave el 80 % de los casos se concentró en 12 entidades territoriales: Tolima con el 21,7 %, Huila con el 13,4 %, Valle del Cauca con el 9,7 %, Bolívar con el 5,2 %, Cesar con el 4,9 %, Antioquía con el 4,4 %, Sucre con el 4,2 %, Norte De Santander con el 4,0 %, Atlántico con 3,9 %, Meta con el 3,2 %, Santander con el 3,1 % y Barranquilla con el 2,9 %.

El 50,0 % de los casos de dengue procede de 24 municipios, los cuales aportan el mayor número de casos Cali, Ibagué, Medellín, Bucaramanga, Villavicencio, Cúcuta, Valledupar, Armenia y Neiva, que a su vez han notificado más de 1 700 casos durante las 52 semanas epidemiológicas del año. Para dengue grave, El 50,0 % de los casos de dengue procede de 21 municipios, de los cuales aportan el mayor número de casos Ibagué, Cali, Neiva, Barranquilla, Medellín Purificación, Cúcuta y Magangué que a su vez han notificado más de 30 casos en 2015.

La incidencia nacional de dengue a semana epidemiológica 52 de 2015 es de 355 casos x 100 000 habitantes; cuya población a riesgo corresponde a la población urbana del país. La incidencia nacional fue superada por 19 entidades territoriales, siendo Tolima, Meta, Boyacá, Casanare, Quindío, Cundinamarca, Putumayo y Huila las entidades que presentaron proporciones de incidencia superiores a 580 casos por 100 000 habitantes en riesgo.

En cuanto a la proporción de incidencia para dengue en municipio hiperendemicos se observó que Acacias, Melgar, Ibagué, Espinal, Yopal, San Gil, Aguazul, Calarcá, Garzón, Armenia y Cali, presentaron incidencias superiores a 600 casos por 100 000 habitantes. Para dengue grave los municipios de Ibagué, Espinal, Neiva y Aguazul presentaron incidencias superiores a 10,6 casos por 100 000 habitantes.

A nivel nacional, la hospitalización para los casos de dengue con signos de alarma fue de 65,5 %. La hospitalización para los casos de dengue grave fue de 92,5 %, Guaviare, Arauca, Magdalena, Atlántico, Casanare y La Guajira, presentaron hospitalizaciones

inferiores al 80,0 %. Solo siete entidades territoriales reportaron un 100 % de hospitalización (San Andrés, Putumayo, Cartagena, Nariño, Caldas, Amazonas y Boyacá.

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han confirmado 72 muertes por dengue, lo que representa una letalidad del 5,3 % para dengue grave. Las entidades que concentran el mayor número de muertes fueron: Tolima, Valle del Cauca y Cundinamarca, con 18, ocho y seis muertes confirmadas, respectivamente. Amazonas registra la mayor letalidad con 100 %, seguida de Caquetá con un 50,0 % (ver tabla 27).

Tabla 27. Mortalidad por dengue, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Departamento de procedencia	Muertes confirmadas	Casos dengue grave	Letalidad
Tolima	18	295	6,1%
Valle del Cauca	8	132	6,1%
Cundinamarca	6	35	17,1%
Meta	4	44	9,1%
Bolívar	4	71	5,6%
Norte Santander	4	54	7,4%
Caquetá	4	8	50,0%
Huila	4	182	2,2%
Córdoba	3	25	12,0%
Santander	3	42	7,1%
Cesar	3	66	4,5%
Caldas	2	14	14,3%
Sucre	2	57	3,5%
Santa Marta D.E.	1	20	5,0%
Magdalena	1	26	3,8%
Casanare	1	10	10,0%
Quindío	1	23	4,3%
Amazonas	1	1	100,0%
Guajira	1	21	4,8%
Sin dato	1	NA	NA

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

- **Fiebre amarilla**

En la semana epidemiológica 52 de 2015 no se notificaron casos probables de fiebre amarilla al Sivigila.

El acumulado a semana epidemiológica 52 de 2015 es de 26 casos notificados al Sivigila como casos probables, procedentes de 14 entidades territoriales siendo Meta el de mayor proporción con un 23,1% de la notificación, seguido de Antioquia con el 11,5%, se notificaron dos casos procedentes del exterior y un caso de procedencia desconocida, notificado por el departamento de Meta. En relación con el año anterior esta notificación muestra una disminución del 35,0%, en el cual se habían notificado 40 casos a la misma semana. De los 26 casos notificados como probables el 84,6% tienen reportes de laboratorio negativos para fiebre Amarilla, cuatro casos se encuentran en estudio, un caso notificado por Antioquia (procedente del valle) no ha enviado muestras (Ver tabla 28).

Tabla 28. Distribución de los casos de fiebre amarilla notificados por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Departamento de procedencia	Casos Confirmados	Resultados Negativos	En Estudio	Total de Casos	Frecuencia Relativa
META	0	5	1	6	23,1
ANTIOQUIA	0	3	0	3	11,5
CAQUETA	0	1	1	2	7,7
GUAVIARE	0	2	0	2	7,7
VICHADA	0	1	1	2	7,7
ARAUCA	0	1	0	1	3,7
CORDOBA	0	1	0	1	3,7
GUAINIA	0	1	0	1	3,7
HUILA	0	1	0	1	3,7
MAGDALENA	0	1	0	1	3,7
NARIÑO	0	1	0	1	3,8
RISARALDA	0	1	0	1	3,8
VALLE	0	0	1	1	3,8
DESCONOCIDO	0	1	0	1	3,8
*EXTERIOR	0	2	0	2	7,7
TOTAL	0	22	4	26	100

Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

*Los casos fueron notificado por las entidades territoriales de Antioquia y Valle del Cauca

- **Leishmaniasis**

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificaron al Sivigila 7 900 casos confirmados de Leishmaniasis distribuidos así: 7 777 casos (98,4%) de Leishmaniasis cutánea, 108 casos (1,4%) de Leishmaniasis mucosa y 15 casos (0,2%) de leishmaniasis visceral. Respecto al mismo periodo del año 2014, se presentó una reducción de 3 777 casos, es decir 32,3% de variación.

Los casos proceden de 31 entidades territoriales y 453 municipios, con una mayor carga en los departamentos de Antioquía, Meta, Tolima, Chocó, Santander, Nariño, Norte de Santander y Guaviare, que a su vez concentraron el 72,3% de la notificación (ver tabla 29).

Tabla 29. Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por forma clínica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. mucosa	Casos L. visceral	Frecuencia		
				Absoluta	Relativa	Relativa acumulada
Antioquia	1575	22	0	1597	20,2%	20,22%
Meta	1014	13	0	1027	13,0%	33,22%
Tolima	940	3	0	943	11,9%	45,15%
Choco	494	6	0	500	6,3%	51,48%
Santander	490	3	0	493	6,2%	57,72%
Nariño	395	4	0	399	5,0%	62,77%
Norte Santander	390	1	0	391	4,9%	67,72%
Guaviare	349	13	0	362	4,5%	72,30%
Bolívar	273	4	10	287	3,6%	75,94%
Risaralda	269	0	0	269	3,4%	79,34%
Caquetá	254	8	0	262	3,3%	82,66%
Córdoba	211	4	2	217	2,7%	85,41%
Putumayo	195	4	0	199	2,5%	87,92%
Cundinamarca	171	6	0	177	2,2%	90,16%
Valle del Cauca	120	1	0	121	1,5%	91,70%
Vichada	114	0	0	114	1,4%	93,14%
Caldas	98	1	0	99	1,2%	94,39%
Cauca	85	2	0	87	1,1%	95,49%
Boyacá	67	2	0	69	0,8%	96,37%
Sucre	43	0	3	46	0,5%	96,95%
Guainía	42	2	0	44	0,5%	97,51%
Vaupés	35	1	0	36	0,4%	97,96%
Amazonas	27	1	0	28	0,3%	98,32%
Huila	26	1	0	27	0,3%	98,66%
Desconocido	21	1	0	22	0,2%	98,94%
Arauca	17	2	0	19	0,2%	99,18%
Cesar	18	1	0	19	0,2%	99,42%
Exterior	15	0	0	15	0,1%	99,61%
Guajira	9	1	0	10	0,1%	99,73%
Casanare	7	0	0	7	0,1%	99,82%
Santa Marta D. E	5	1	0	6	0,1%	99,90%
Cartagena	5	0	0	5	0,1%	99,96%
Magdalena	3	0	0	3	0,0%	100%
Total	7777	108	15	7900	100%	

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

El 26 % de los casos se concentró en los municipios de: Rovira (Tolima) con 270 casos (3,4 %), Rio Blanco (Risaralda) con 242 casos (3,1 %), Pueblo Rico (Risaralda) con 236 casos (3,0 %),

Tumaco (Nariño) con 228 casos (2,9 %), San José del Guaviare con 209 casos (2,6 %), Dabeiba (Antioquía) con 182 casos (2,3 %), Chaparra (Tolima) con 152 casos (1,9 %), Arboledas (Norte de Santander) con 149 casos (1,9 %), Taraza (Antioquía) con 128 casos (1,6 %), Tierra Alta (Córdoba) con 127 casos (1,6 %) y Vista Hermosa (Meta) con 120 casos (1,5 %). Para el caso de leishmaniasis visceral, los casos se concentraron en el municipio de El Carmen de Bolívar con ocho casos (57,1%).

Los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa se concentraron en hombres, en los grupos de edad de 20 a 24 años, con mayor frecuencia en pacientes que pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el régimen de excepción; de áreas rurales, es decir, que corresponden a población joven y expuesta a la picadura del vector por sus actividades en áreas enzoóticas del parásito. Para leishmaniasis visceral los casos se concentraron en pacientes menores de cuatro años (93,3 %), que en su totalidad refieren aseguramientos al régimen subsidiado (ver tabla 30).

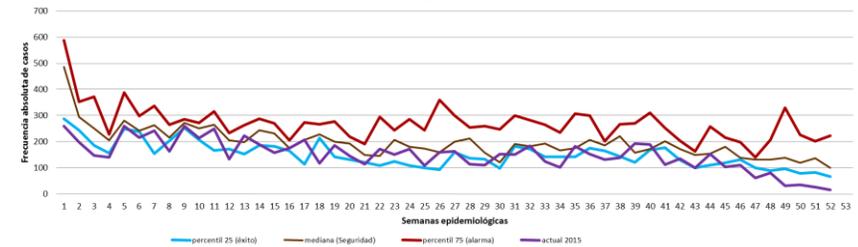
Tabla 30. Comportamiento social y demográfico de los casos de leishmaniasis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Variable social y demográfica		Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
Casos		7777	108	15
Sexo	Femenino	20,5%	16,7%	53,3%
	Masculino	79,5%	83,3%	46,7%
Grupos edad	Menor de 1 año	0,4%	0,0%	26,7%
	1 a 4 años	4,4%	0,0%	66,7%
	5 a 9 años	5,5%	1,9%	0,0%
	10 a 14 años	6,7%	1,9%	6,7%
	15 a 19 años	11,6%	10,2%	0,0%
	20 a 24 años	27,3%	23,1%	0,0%
	25 a 29 años	15,2%	21,3%	0,0%
	30 a 34 años	8,7%	8,3%	0,0%
	35 a 39 años	4,9%	9,3%	0,0%
	40 a 44 años	3,4%	8,3%	0,0%
	45 a 49 años	2,7%	4,6%	0,0%
	50 a 54 años	2,5%	3,7%	0,0%
	55 a 59 años	2,4%	1,9%	0,0%
60 a 64 años	1,5%	2,8%	0,0%	
65 y más años	2,7%	2,8%	0,0%	
Pertenencia étnica	Indígena	4,7%	0,9%	6,7%
	ROM	0,3%	0,0%	0,0%
	Raizal	0,1%	0,0%	0,0%
	Palenquero	0,1%	0,0%	0,0%
	Afrocolombiano	5,4%	9,3%	0,0%
Otros	89,5%	89,8%	93,3%	
Área de procedencia	Cabecera municipal	11,4%	13,0%	13,3%
	Centro poblado	17,2%	34,3%	46,7%
	Rural disperso	71,5%	52,8%	40,0%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,2%	13,0%	0,0%
	Especial	0,5%	0,9%	0,0%
	No afiliado	4,7%	3,7%	0,0%
	Excepción	42,1%	50,0%	0,0%
Subsidiado	47,6%	32,4%	100%	

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

El canal endémico de leishmaniasis cutánea se ha ubicado entre las zonas de éxito y seguridad durante 45 semanas epidemiológicas (86,5 %) y en zona de alarma en las semanas epidemiológicas 13, 22, 30, 32, 35, 39 y 40 del año 2015 (ver gráfica 28).

Gráfica 28. Canal endémico nacional de Leishmaniasis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

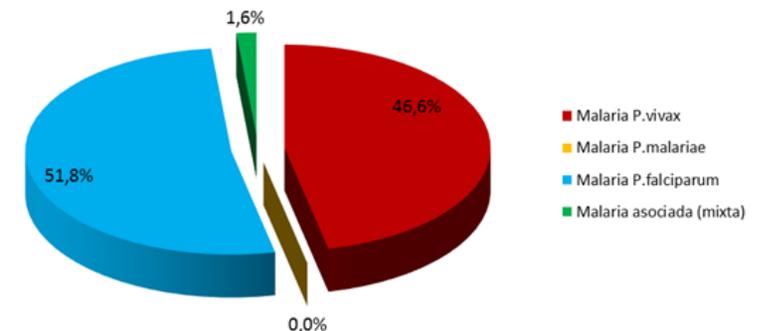


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Malaria

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila 52 416 casos de malaria no complicada, distribuidos en: 24 420 casos (46,6%) por *P. vivax*, 27 173 casos (51,8%) por *P. falciparum* y 823 casos (1,6%) por malaria asociada. Se notificaron 838 casos de malaria complicada y 2 muertes confirmadas por malaria (ver gráfica 29).

Gráfica 29. Proporción de casos de malaria no complicada por especie parasitaria, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

Malaria no complicada

Se notificaron casos de malaria no complicada procedentes de 35 entidades territoriales y 358 municipios. El 83,5% de los casos se concentró en tres departamentos, Chocó con el 52,0%, Antioquia con 12,2% y Nariño con el 11,8%. (ver tabla 31).

Tabla 31. Distribución de los casos de malaria por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Departamento	Malaria Mixta	Malaria Falciparum	Malaria Malarie	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Choco	476	17248	0	9530	27254	52,0%	52,0%
Antioquia	35	1499	0	4872	6406	12,2%	64,2%
Nariño	13	6003	0	180	6196	11,8%	76,0%
Amazonas	56	409	0	3470	3935	7,5%	83,5%
Valle	15	627	0	1609	2251	4,3%	87,8%
Córdoba	9	129	0	1129	1267	2,4%	90,3%
Otros Departamentos	219	1258	0	3630	5107	9,7%	100,0%
Total	823	27173	0	24420	52416	100%	

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

Por municipio de procedencia, los que notificaron mayor número de casos fueron Quibdó con una frecuencia de 13,0% seguido de Tadó con 5,2% y Buenaventura con 3,7%. (Ver tabla 32).

Tabla 32. Comportamiento de malaria no complicada por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Municipio de procedencia	Malaria mixta	Malaria Falciparum	Malaria malariae	Malaria Vivax	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia acumulada
Quibdó	167	4446	0	2036	6649	12,9%	12,9%
Tadó	5	1755	0	940	2700	5,3%	18,2%
Buenaventura	5	525	0	1415	1945	3,8%	22,0%
Lloró	30	1173	0	729	1932	3,8%	25,7%
Bagadó	30	580	0	1276	1886	3,7%	29,4%
Tumaco	8	1569	0	68	1645	3,2%	32,6%
Bajo Baudó (Pizarro)	16	1239	0	337	1592	3,1%	35,7%
Puerto Nariño	14	104	0	1240	1358	2,6%	38,3%
El Charco	1	1329	0	19	1349	2,6%	41,0%
El Bagre	6	386	0	909	1301	2,5%	43,5%
Leticia	2	53	0	1245	1300	2,5%	46,0%
Nóvita	19	929	0	301	1249	2,4%	48,4%
Otros Departamentos	502	12478	0	13520	26500	51,6	100%
Total Colombia	805	26566	0	24035	51406	100%	

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

Según la distribución social y demográfica, se notificaron 29808 casos (58,0%) en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado corresponde al de 10 a 14 años con el 13,4% de la notificación. Por pertenencia étnica el 52,2 % de los casos se presentó en población afrocolombiana y 25,8% en indígenas. Por sistema general de seguridad social en salud se tiene una concentración de casos en el régimen subsidiado con el 70,7 %.

Es importante resaltar que hay un porcentaje considerable de casos sin afiliación (20,1 %) (Ver tabla 33).

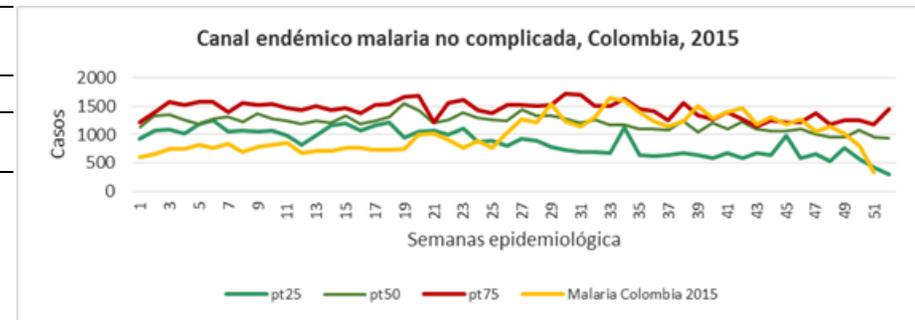
Tabla 33. Comportamiento social y demográfico de los casos de malaria no complicada por forma parasitaria, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Variable Social y demográfica		Malaria Asociada	Malaria Falciparum	Malaria Vivax	Total
Casos		805	26 566	24 035	51 406
Sexo	Femenino	37,5%	43,4%	40,7%	42,0%
	Masculino	62,4%	56,6%	59,3%	58,0%
Grupos de edad	Menor de 1 año	1,0%	0,7%	1,7%	1,2%
	1 a 4 años	1,0%	0,7%	1,7%	1,2%
	5 a 9 años	10,7%	7,1%	12,2%	9,5%
	10 a 14 años	12,5%	12,6%	13,1%	12,8%
	15 a 19 años	12,8%	14,4%	12,3%	13,4%
	20 a 24 años	12,3%	12,7%	12,6%	12,6%
	25 a 29 años	13,5%	11,0%	11,0%	11,1%
	30 a 34 años	8,7%	9,4%	8,3%	8,9%
	35 a 39 años	6,7%	7,3%	7,4%	7,3%
	40 a 44 años	5,7%	6,0%	6,0%	6,0%
	45 a 49 años	4,6%	4,8%	4,4%	4,6%
	50 a 54 años	3,1%	4,1%	3,6%	3,8%
55 a 59 años	3,1%	3,5%	3,1%	3,3%	
60 a 64 años	3,0%	2,8%	2,4%	2,6%	
65 y más años	1,2%	1,8%	1,4%	1,6%	
Pertenencia étnica	Indígena	30,1%	14,0%	38,7%	25,8%
	ROM	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
	Raizal	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Palenquero	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
	Afrocolombiano	35,2%	75,5%	27,1%	52,2%
	Otros	34,5%	10,2%	34,0%	21,7%
Área de procedencia	Cabecera municipal	30,3%	36,8%	22,4%	30,0%
	Centro Poblado	42,1%	32,8%	24,0%	28,8%
	Rural disperso	27,6%	30,4%	53,6%	41,2%
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	5,0%	5,0%	5,4%	5,2%
	Especial	4,5%	2,7%	3,2%	3,0%
General de Seguridad Social en Salud	Sin afiliación	23,5%	20,2%	20,0%	20,1%
	Excepción	2,0%	0,6%	1,3%	1,0%
Social en Salud	Subsidiado	65,1%	71,5%	70,1%	70,7%

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

El canal endémico de malaria no complicada se ha ubicado en la zona de éxito y seguridad durante 32 semanas epidemiológicas 62,7%; en zona de alarma en nueve semanas epidemiológicas 17,6% y zona de brote en nueve semanas 17,6% (Ver grafica 30).

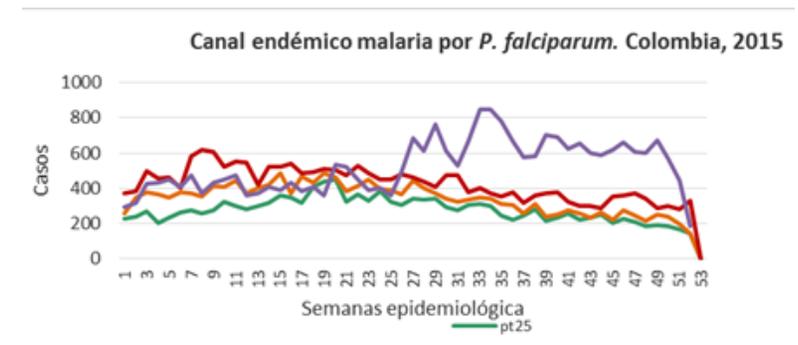
Gráfica 30. Canal endémico nacional de malaria no complicada, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

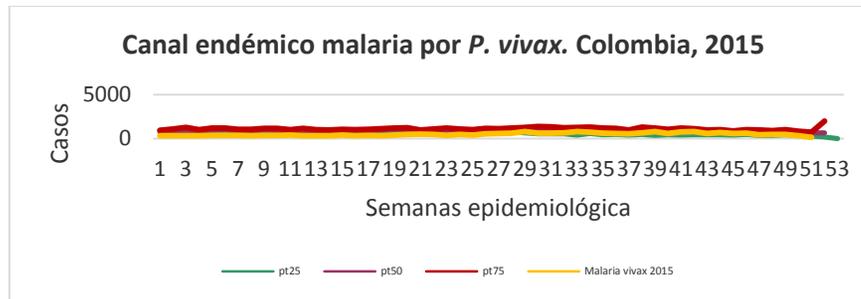
El canal endémico de malaria por *P. falciparum* se ha ubicado en zona de alarma durante el 26,9% de las semanas epidemiológicas del año, en zona de brote en el 53,8% de las semanas y zonas de éxito y seguridad en el 19,2% (ver gráfica 31).

Gráfica 31. Canal endémico nacional de malaria por *P. falciparum*, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

El canal endémico de malaria por *P. Vivax* se ha ubicado en zonas de éxito y seguridad durante el 100% de las semanas epidemiológicas del año (ver gráfica 32).

Gráfica 32. Canal endémico nacional de malaria por *P. vivax*, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

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

El riesgo epidemiológico de malaria hasta semana epidemiológica 52 de 2015 fue de 4,6 casos por cada 1 000 habitantes, con 59 municipios ubicados en alto riesgo epidemiológico (IPA mayor a 10 casos por 1 000 habitantes) al igual que la semana anterior, dentro de estos Bagadó, Lloró y Nóvita en Chocó, Tarapacá y Puerto Nariño en Amazonas; que han presentado más de 130 casos por 1 000 habitantes (Ver tabla 34).

Tabla 34. Municipios en mayor riesgo epidemiológico para malaria, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.

Municipio	IPA	IVA	IFA
Bagadó	239,6	162,2	73,4
Tarapacá (ANM)	184,4	124,2	50,8
Lloró	188,6	68,9	116,3
Puerto Nariño	168,4	153,7	12,9
Nóvita	159,4	38,4	118,6
Tadó	141,9	49,3	92,4
El Cantón del San Pablo	107,1	14,3	91,7
Vigía del Fuerte	96,9	36,2	60,7
Pueblo Rico	91,3	61,7	28,5
Bajo Baudó	94,4	19,8	73,6
Río Quito	84,3	15,5	68,3
Medio San Juan	76,9	29,9	43,9
Río Iro	74,2	26,2	41,5
Atrato	69,1	10,9	57,1
Carmen del Darien	64,0	24,8	39,0
La Pedrera (ANM)	58,2	57,2	1,0
Quibdó	58,9	18,1	39,3
El Bagre	55,2	38,5	16,5
Medio Baudó	57,2	39,2	17,0
Inírida	51,9	48,0	3,2

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

Malaria complicada

Se notificaron 838 casos de malaria complicada con mayor distribución en los departamentos de Chocó (38,7%), Valle del Cauca (15,5%), Antioquía (12,7%) y Nariño (9,4%), que a su vez concentraron el 76,3% de la notificación. Los municipios con mayor concentración de casos fueron: Quibdó (Chocó) con 109 casos (13,3%), Buenaventura (Valle del Cauca) con 77 casos (9,4%), Tumaco (Nariño) con 58 casos (7,1%), Leticia con 41 casos (5,0%) e Inírida (Guainía) con 27 casos (3,3%) (Ver tabla 35).

Tabla 35. Distribución de los casos de malaria complicada por departamento de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Departamento de procedencia	Número de casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia relativa acumulada de casos
Choco	326	38,9%	38,9%
Valle	132	15,8%	54,7%
Antioquia	105	12,5%	67,2%
Nariño	77	9,2%	76,4%
Amazonas	52	6,2%	82,6%
Guainia	27	3,2%	85,8%
Cordoba	21	2,5%	88,3%
Bolivar	17	2,0%	90,3%
Risaralda	15	1,8%	92,1%
Vichada	12	1,4%	93,6%
Exterior	10	1,2%	94,7%
Cauca	9	1,1%	95,8%
Meta	5	0,6%	96,4%
Guaviare	5	0,6%	97,0%
Caqueta	4	0,5%	97,5%
Santander	3	0,4%	97,9%
Caldas	3	0,4%	98,2%
Quindio	3	0,4%	98,6%
Tolima	2	0,2%	98,8%
Barranquilla	2	0,2%	99,0%
Putumayo	2	0,2%	99,3%
Huila	1	0,1%	99,4%
Desconocido	1	0,1%	99,5%
Cundinamarca	1	0,1%	99,6%
Sucre	1	0,1%	99,8%
Magdalena	1	0,1%	99,9%
Cartagena	1	0,1%	100,0%
Total Colombia	838	100%	

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

Mortalidad por malaria

A semana epidemiológica se mantienen dos muertes atribuibles a malaria. La primera corresponde a menor de sexo femenino de un año, procedente del municipio Medio San Juan en Chocó, pertenencia étnica indígena; se refiere como especie parasitaria de infección, *Plasmodium falciparum*, no se especificó la complicación presentada, no recibió tratamiento etiológico, con ocurrencia en la semana epidemiológica 01 de 2015. Para una letalidad municipal de 0.006 muertes por cada 100 casos y una letalidad departamental de 0,0002 muertes por cada 100 casos.

El segundo caso corresponde a hombre de 35 años, procedente de Venezuela, atendido en el municipio de Norte de Santander, se refieren complicaciones cerebrales, renales hepáticas y pulmonares, la muerte ocurrió en la semana 14.

Se tienen 16 muertes en estudio procedentes de los departamentos de Antioquía con 3, Chocó con 7, Nariño con 2, Valle del Cauca con 2, Guaviare con 1 y Córdoba con 1.

- **Zika**

A partir de la confirmación de la circulación de virus Zika (ZIKAV) en el país y como resultado del trabajo de vigilancia intensificada de dengue, chikunguña y otras enfermedades eruptivas por el laboratorio de virología del INS, se han confirmado por laboratorio a semana epidemiológica 52 de 2015 un total 746 casos confirmados por laboratorio distribuidos en 28 de las 36 entidades territoriales, 9132 casos confirmados por clínica procedentes de 26 de las 36 entidades territoriales y 1834 casos sospechosos de la infección procedentes de 31 de las 36 entidades territoriales. A la fecha se han notificado 11 712 casos de enfermedad por virus Zika en todo el territorio nacional desde que inició la fase epidémica en la semana epidemiológica 40 de 2015 (ver tabla 36).

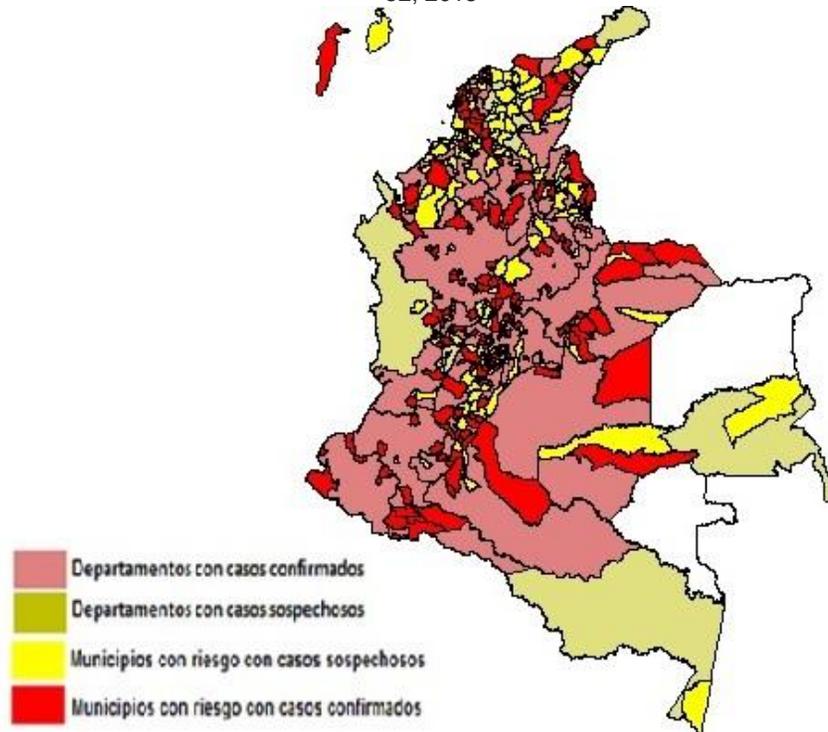
Tabla 36. Distribución de casos confirmados y sospechosos por virus Zika según entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Departamento de procedencia	Casos conf. Laboratorio	% conf. Laboratorio	Casos conf. Clínica	% conf. Clínica	Casos sospechosos	% sospechosos	Total
NORTE							
SANTANDER	196	26,3	1423	15,6	195	10,6	1814
CUNDINAMARCA	37	5,0	1573	17,2	109	5,9	1719
BARRANQUILLA	6	0,8	1200	13,1	0	0,0	1206
STA MARTA D.E.	4	0,5	901	9,9	0	0,0	905
TOLIMA	39	5,2	583	6,4	133	7,3	755
SUCRE	24	3,2	495	5,4	225	12,3	744
CORDOBA	5	0,7	520	5,7	152	8,3	677
HUILA	13	1,7	582	6,4	76	4,1	671
CARTAGENA	52	7,0	612	6,7	0	0,0	664
SAN ANDRES	51	6,8	572	6,3	35	1,9	658
BOLIVAR	91	12,2	323	3,5	77	4,2	491
ATLANTICO	4	0,5	65	0,7	399	21,8	468
MAGDALENA	0	0,0	0	0,0	264	14,4	264
CESAR	6	0,8	111	1,2	13	0,7	130
ANTIOQUIA	75	10,1	28	0,3	6	0,3	109
GUAJIRA	2	0,3	23	0,3	63	3,4	88
RISARALDA	31	4,2	22	0,2	2	0,1	55
CALDAS	15	2,0	13	0,1	16	0,9	44
PUTUMAYO	24	3,2	12	0,1	1	0,1	37
SANTANDER	13	1,7	6	0,1	13	0,7	32
CASANARE	7	0,9	20	0,2	5	0,3	32
BOYACA	23	3,1	8	0,1	1	0,1	32
CAQUETA	3	0,4	20	0,2	1	0,1	24
VALLE	5	0,7	10	0,1	8	0,4	23
BOGOTA	0	0,0	0	0,0	17	0,9	17
ARAUCA	7	0,9	5	0,1	1	0,1	13
META	2	0,3	4	0,0	3	0,2	9
NARIÑO	7	0,9	1	0,0	0	0,0	8
AMAZONAS	0	0,0	0	0,0	6	0,3	6
EXTERIOR	0	0,0	0	0,0	5	0,3	5
CAUCA	3	0,4	0	0,0	1	0,1	4
QUINDIO	0	0,0	0	0,0	3	0,2	3
GUAINIA	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2
GUAVIARE	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2
CHOCO	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1
VAUPE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
VICHADA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total general	746	100	9132	100	1834	100	11712

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Se han confirmado casos por laboratorio en 163 municipios del territorio nacional, de los cuales 78 (47,85 %) corresponden a la Región Central y 29 (17,79 %) corresponden a la Región Caribe. Antioquia es la entidad territorial con el mayor número de municipios con casos confirmados de 22 municipios (ver mapa 7).

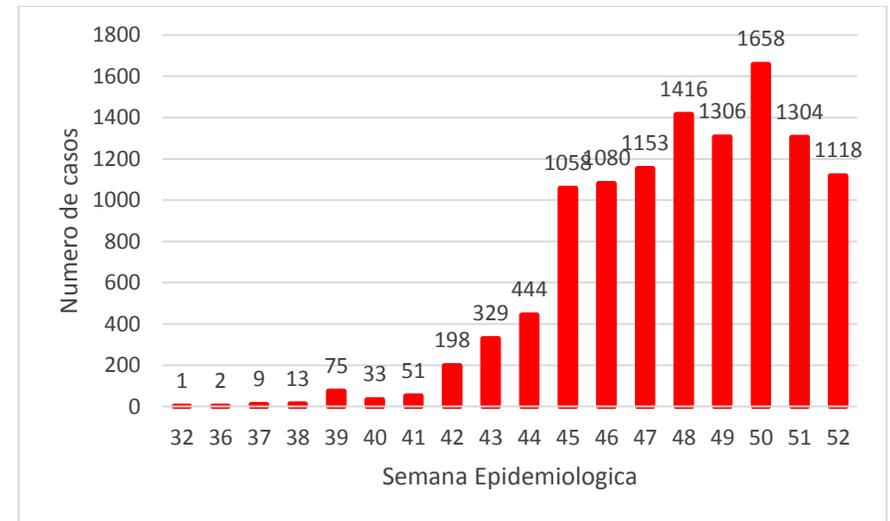
Mapa 7. Distribución de casos de virus Zika en Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La curva de notificación muestra un aumento significativo de la notificación de los casos desde la semana epidemiológica 39, el mayor ingreso de casos al sistema de vigilancia se presentó en la semana epidemiológica 50 (1 658 casos). El promedio de notificación de las últimas cinco semanas fue de 1 360 casos/semana (ver gráfico 33).

Gráfico 33. Distribución de casos notificados de enfermedad por virus Zika por semanas epidemiológicas, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Respecto a la distribución de casos confirmados por clínica y casos sospechosos de virus Zika en Colombia a semana epidemiológica 52 de 2015, se registra la mayor frecuencia de casos confirmados por clínica en la Región Caribe presentando 4 822 casos distribuidos en 11 entidades territoriales y 27 municipios, los casos sospechosos proceden de ocho entidades territoriales y 94 municipios (ver tabla 37).

Tabla 37. Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Caribe, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Caribe	ATLANTICO	4	65	399	468
	BARRANQUILLA	6	1200	0	1206
	BOLIVAR	91	323	77	491
	CARTAGENA	52	612	0	664
	CESAR	6	111	13	130
	CORDOBA	5	520	152	677
	GUAJIRA	2	23	63	88
	MAGDALENA	0	0	264	264
	SAN ANDRES	51	572	35	658
	STA MARTA D.E.	4	901	0	905
	SUCRE	24	495	225	744
	Total		245	4822	1228

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La región central registró un total de 2 801 casos confirmados por clínica (procedentes de seis entidades territoriales y 39 municipios) y 362 casos sospechoso (procedentes de ocho entidades territoriales y 52 municipios) (ver tabla 38).

Tabla 38. Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Central, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Central	ANTIOQUIA	75	28	6	109
	BOGOTA	0	0	17	17
	CALDAS	15	13	16	44
	CUNDINAMARCA	37	1573	109	1719
	HUILA	13	582	76	671
	QUINDIO	0	0	3	3
	RISARALDA	31	22	2	55
	TOLIMA	39	583	133	755
	Total		210	2801	362

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La siguiente región con mayor número de casos confirmados por clínica es la Región Oriental con un total de 1 437 casos (procedentes de tres entidades territoriales y 12 municipios) y 209 casos sospechosos (procedentes de tres entidades territoriales y 25 municipios) (ver tabla 39).

Tabla 39. Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Oriental, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Oriental	BOYACA	23	8	1	32
	NORTE SANTANDER	196	1423	195	1814
	SANTANDER	13	6	13	32
Total		232	1437	209	1878

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La Región de la Amazonía registró 32 casos confirmados por clínica (distribuidos en dos entidades territoriales y tres municipios) y 11 casos sospechoso (procedentes de cinco entidades territoriales y seis municipios) (ver tabla 40).

Tabla 40. Distribución de casos según clasificación inicial en la Región de la Amazonía, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región de la Amazonía	AMAZONAS	0	0	6	6
	CAQUETA	3	20	1	24
	GUAINIA	0	0	2	2
	GUAVIARE	1	0	1	2
	VAUPES	0	0	0	0
	PUTUMAYO	24	12	1	37
Total		28	32	11	71

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La Región de la Orinoquía registró 29 casos (procedentes de tres entidades territoriales y siete municipios) y nueve casos sospechosos (procedentes de tres entidades territoriales y siete municipios) (ver tabla 41).

Tabla 41. Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Orinoquía, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Orinoquía	ARAUCA	7	5	1	13
	CASANARE	7	20	5	32
	META	2	4	3	9
	VICHADA	0	0	0	0
Total		16	29	9	54

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

En la Región Pacífica se registraron 11 casos confirmados por clínica (distribuidos en dos entidades territoriales y cuatro municipios) y diez casos sospechosos (procedentes de tres entidades territoriales y nueve municipios) (ver tabla 42).

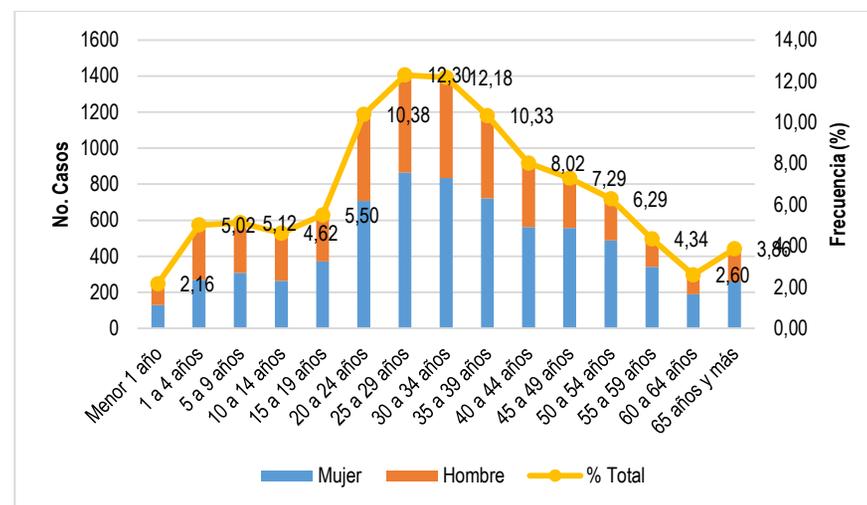
Tabla 42. Distribución de casos según clasificación inicial en la Región Pacífica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Región	Departamento	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmado por clínica	Casos sospechosos	Total general
Región Pacífico	CAUCA	3	0	1	4
	CHOCO	0	0	1	1
	NARIÑO	7	1	0	8
	VALLE	5	10	8	23
Total		15	11	10	36

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

En relación con la distribución de casos sospechosos de enfermedad por virus Zika por grupos de edad y sexo, se presenta mayor frecuencia de casos en el sexo femenino con el 60,6%, el grupo de edad que concentra la mayor proporción de casos son las personas entre los 25 a 29 años con el 12,3% (ver gráfica 34).

Gráfica 34. Distribución de casos notificados de enfermedad por virus Zika por grupos de edad y sexo, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

A semana semana epidemiológica 52 se han notificado 297 mujeres en estado de embarazo, procedentes de 23 entidades territoriales y 58 municipios. De ellas, 14 gestantes tienen resultado para PCR-RT positivo notificado por el laboratorio de virología del INS, 214 gestantes notificadas confirmadas por clínica y 69 gestantes notificadas como sospechosas de la enfermedad. La entidad territorial que más casos ha notificado es el departamento de Norte de Santander con 131 gestantes correspondiente al 44,1% (ver tabla 43).

Tabla 43. Distribución de casos notificados en gestantes por entidad territorial de procedencia y clasificación inicial de caso, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Dpto. Procedencia	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Total	% Total
NORTE					
SANTANDER	114	2	15	131	44,1
BARRANQUILLA	42	1	0	43	14,5
ATLANTICO	0	0	15	15	5,1
MAGDALENA	0	1	13	14	4,7
STA MARTA D.E.	13	0	0	13	4,4
CUNDINAMARCA	4	0	5	9	3,0
SUCRE	6	0	3	9	3,0
TOLIMA	5	1	3	9	3,0
CARTAGENA	8	1	0	9	3,0
HUILA	7	1	0	8	2,7
CORDOBA	0	0	7	7	2,4
SAN ANDRES	6	0	0	6	2,0
BOLIVAR	2	1	2	5	1,7
CESAR	5	0	0	5	1,7
GUAJIRA	0	0	2	2	0,7
ARAUCA	0	1	1	2	0,7
SANTANDER	0	1	1	2	0,7
ANTIOQUIA	2	0	0	2	0,7
PUTUMAYO	0	2	0	2	0,7
CALDAS	0	1	0	1	0,3
QUINDIO	0	0	1	1	0,3
CHOCO	0	0	1	1	0,3
RISARALDA	0	1	0	1	0,3
Total general	214	14	69	297	100

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

El municipio con mayor notificación de casos de enfermedad por virus Zika en mujeres en estado de embarazo es Cúcuta (ver tabla 44).

Tabla 44. Distribución de casos notificados en gestantes por municipio de procedencia y clasificación inicial de caso, Colombia a semana epidemiológica 52 de 2015

Departamento procedencia	Municipio procedencia	Casos Conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Casos Conf. Clínica	Total
ANTIOQUIA	MEDELLIN	0	0	2	2
ARAUCA	ARAUCA	1	0	0	1
	FORTUL	0	1	0	1
ATLANTICO	GALAPA	0	1	0	1
	SABANALARGA	0	1	0	1
	SOLEDAD	0	12	0	12
	PUERTO COLOMBIA	0	1	0	1
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	1	0	42	43
BOLIVAR	CICUCO	0	1	0	1
	MAGANGUE	0	0	1	1
	MARIA LA BAJA	1	0	0	1
	TURBACO	0	0	1	1
	VILLANUEVA	0	1	0	1
CALDAS	VICTORIA	1	1	0	1
CARTAGENA	CARTAGENA	1	0	8	9
CESAR	AGUACHICA	0	0	5	5
CHOCO	LLORO	0	1	0	1
CORDOBA	MONTELIBANO	0	5	0	5
	SAN BERNARDO DEL VIENTO	0	1	0	1
	TUCHIN	0	1	0	1
CUNDINAMARCA	AGUA DE DIOS	0	0	1	1
	GIRARDOT	0	0	3	4
	LA MESA	0	1	0	1
	SASAIMA	0	1	0	1
	UTICA	0	1	0	1
	VILLETIA	0	1	0	1
GUAJIRA	MUNICIPIO DESCONOCIDO	0	1	0	1
	VILLANUEVA	0	1	0	1
HUILA	NEIVA	1	0	7	8
MAGDALENA	CIENAGA	1	12	0	13
	TENERIFE	0	1	0	1
NORTE SANTANDER	ABREGO	0	1	0	1
	CUCUTA	1	0	108	110
	EL ZULIA	1	0	2	2
	GRAMALOTE	0	1	0	1
	HACARI	0	1	0	1
	LOS PATIOS	0	10	0	10
	SAN CAYETANO	0	0	1	1
	SARDINATA	0	1	0	1
	VILLA DEL ROSARIO	0	0	3	3
	SALAZAR	0	1	0	1
PUTUMAYO	PUERTO ASIS	2	0	0	2
QUINDIO	ARMENIA	0	1	0	1
RISARALDA	MISTRATO	1	0	0	1
SAN ANDRES	SAN ANDRES	0	0	6	6
SANTANDER	LEBRIJA	1	0	0	1
	SABANA DE TORRES	0	1	0	1
STA MARTA D.E.	SANTA MARTA	0	0	13	13
SUCRE	SAN MARCOS	0	1	0	1
	SAN PEDRO	0	1	0	1
	SINCELEJO	0	0	6	6
	TOLUVIEJO	0	1	0	1
TOLIMA	ESPINAL	0	0	1	1
	IBAGUE	1	0	2	3
	MELGAR	0	0	2	2
	ORTEGA	0	1	0	1
	SAN ANTONIO	0	1	0	1
	MUNICIPIO DESCONOCIDO	0	1	0	1
Total general		14	69	214	297

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

El análisis de otras variables demográficas en la población gestante notificada para el evento, muestra que un 4,4 % pertenece a grupos étnicos (ROM, Raizales, Palenqueros y Afroamericanos), el 93,3 % residen en el área urbana y el 71,4 % tienen su aseguramiento en el régimen contributivo (ver tabla 45).

Tabla 45. Distribución de casos notificados en gestantes por otras variables de interés y definición inicial de caso, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Pertenencia étnica	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Tota I	% Total
Gitano, ROM	0	0	1	1	0,3
Raizal	3	0	0	3	1
Palenquero	0	1	1	2	0,7
Afrocolombiano	1	0	6	7	2,4
Otros grupos	210	13	61	284	95,6
Area residencia	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Tota I	% Total
Urbano	210	11	56	277	93,3
Centro poblado	4	1	8	13	4,4
Rural	0	2	5	7	2,3
Tipo aseguramiento	Casos conf. Clínica	Casos conf. Laboratorio	Casos sospechosos	Tota I	% Total
Contributivo	157	4	50	211	71,4
Excepción	3	0	0	3	1
No vinculado	2	0	1	3	1
Especial	5	1	2	8	2,7
Subsidiado	47	9	16	72	23,9
Total general	218	14	70	297	100

Fuente: Sivigila individual. Laboratorio de Arbovirus, Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Recomendaciones para las acciones de vigilancia epidemiológica del evento

- Realizar notificación individual inmediata de los casos sospechosos de Zika a través de la ficha de Sivigila con el código **895**.
- Implementación de la Circular Conjunta MSPS-INS 061 de 2015 sobre lineamientos nacionales para la vigilancia de la enfermedad por virus Zika en su fase epidémica II.
- Implementación de las Circulares Externas del INS 063 y 064 de 2015 sobre intensificación de la vigilancia de defectos congénitos y la vigilancia de los síndromes

neurológicos con fuerte sospecha de infección por virus Zika.

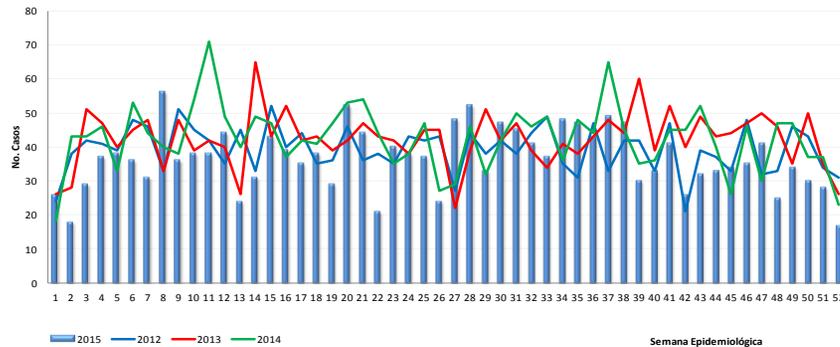
- Garantizar que el 100 % de los casos confirmados por laboratorio, estén registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila individual, bajo el código 895.
- Búsqueda Activa Institucional basada en los RIPS con el código CIE 10 A929 (fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación), en tanto el Equipo de Vigilancia Global de OMS haga efectiva la introducción de los nuevos códigos CIE10 para la Enfermedad por virus ZIKA y sus sinónimos así: **U06** para Enfermedad por virus Zika, **U06.9** para Enfermedad por virus Zika, no especificado.
- Enviar muestras de suero para diagnóstico virológico solo en personas pertenecientes a grupos de riesgo, y de aquellos municipios donde no haya confirmación de la circulación virológica (de acuerdo a los lineamientos del laboratorio Nacional de Referencia del INS).
- Los casos que no cumplan con definición de casos es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue o chikunguña, dada su carga de morbilidad y mortalidad.
- Ante cualquier duda con referencia a la vigilancia epidemiológica, favor comunicarse con el equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del Instituto Nacional de Salud.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública
Infecciones de transmisión sexual

• **Hepatitis B y C**

A semana epidemiológica 52 se han notificado 1898 casos correspondientes a la definición de caso para hepatitis B y 226 casos de hepatitis C. Se registra una disminución en la notificación global para hepatitis virales distintas a la tipo "A" para este año del 13,8%, comparado con el mismo período del año inmediatamente anterior, en el que fueron notificados 2 464 casos (ver gráfica 35).

Gráfica 35. Tendencia de casos hepatitis B, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012-2015

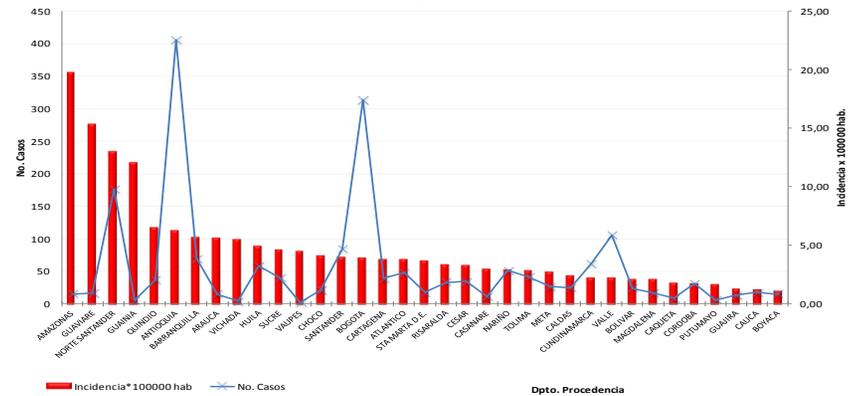


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2012-2015

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de hepatitis B fueron Antioquia con el 21,3 %, Bogotá con el 16,5 %, Norte de Santander con el 9,2 %, Valle del Cauca con el 5,5 % y Santander con el 4,4 %, los cuales en conjunto representan el 57,2 % de los casos notificados hasta la presente semana.

La proporción de incidencia de hepatitis B a la fecha de corte es de 3,9 casos por cada 100 000 habitantes. La entidad territorial con la mayor incidencia fue Amazonas con el 18,3, (ver gráfica 36).

Gráfica 36. Incidencia y número de casos de hepatitis B, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

En la notificación de hepatitis B, se registra mayor proporción en el sexo masculino con el 57,7 %, sin embargo, estas proporciones por sexo varían según departamentos y distritos. La distribución de los casos de hepatitis B por edad, muestra que las tres cuartas partes del total 67,7 % de los casos se presentan en la población entre 20 y 44 años; el grupo de edad más afectado continúa siendo el de 25 a 29 años con un 19,0 % de los casos notificados (ver tabla 46).

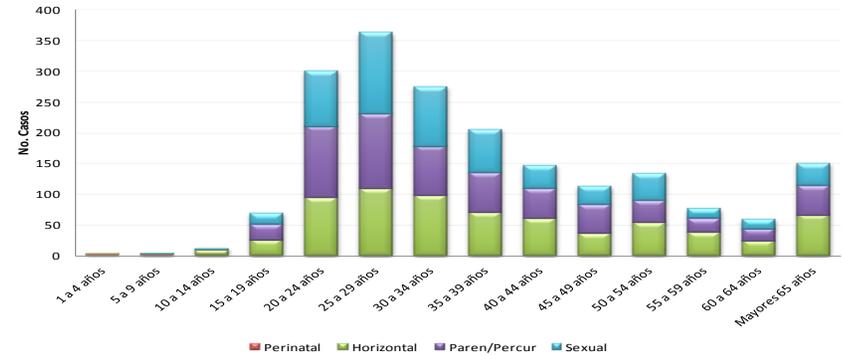
Tabla 46. Casos notificados de hepatitis B según grupo de edad y sexo, Colombia, semana epidemiológica 52 , 2015

Grupo de edad	Mujer	% Mujer	Hombre	% Hombre	Total	% Total
1 a 4 años	1	50,0	1	50,0	2	0,1
5 a 9 años	2	66,7	1	33,3	3	0,2
10 a 14 años	6	54,5	5	45,5	11	0,6
15 a 19 años	46	66,7	23	33,3	69	3,6
20 a 24 años	141	47,2	158	52,8	299	15,8
25 a 29 años	163	45,0	199	54,5	362	19,1
30 a 34 años	130	47,5	144	52,6	274	14,4
35 a 39 años	93	45,6	111	54,4	204	10,8
40 a 44 años	64	43,8	82	56,2	146	7,7
45 a 49 años	25	22,3	87	77,7	112	5,9
50 a 54 años	36	27,1	97	72,9	133	7,0
55 a 59 años	23	30,7	52	69,3	75	4,0
60 a 64 años	22	37,3	37	62,7	59	3,1
Mayores 65 años	50	33,6	99	66,4	149	7,9
Total general	802	42,3	1 096	57,7	1 898	100

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

En el análisis de los tipos de transmisión del virus de la hepatitis B, llama la atención la persistencia en el aumento del reporte de casos por transmisión horizontal del 35,9 %. La transmisión sexual representa el 30,7 % de los casos, donde es notoria la elevada proporción de este mecanismo entre las personas de 15 a 39 años con el 32,2 % (ver gráfica 37).

Gráfica 37. Distribución de los casos de hepatitis B notificados por modo de transmisión y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



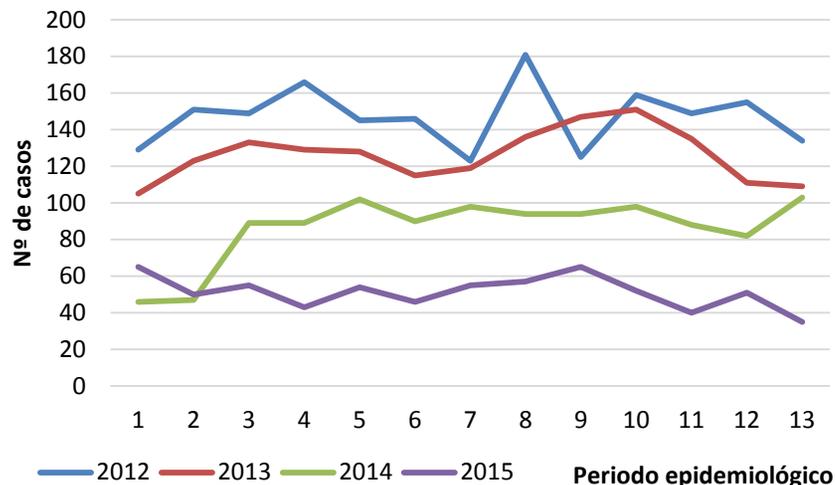
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Durante la semana 52 no se notificaron muertes atribuibles a la infección por el virus de la Hepatitis B, pero si una secundaria a la infección por Hepatitis C. En lo que va corrido del año, se han notificado 34 muertes por hepatitis B y diez muertes por hepatitis C. Hasta el momento no se han presentado picos de notificación de hepatitis B a expensas de la presencia de brotes o ajustes de casos en alguna de las entidades territoriales.

• Sífilis

A semana epidemiológica 52 del 2015 han sido notificados 668 casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso, de acuerdo a instrucciones del Ministerio de Salud y Protección Social, por el periodo de transición de enero a septiembre, se ingresaron aquellos casos que cumplen con la definición antigua. A la misma fecha en 2014 se habían notificado 1 098 casos, por lo tanto, se observa una disminución del 39,2 % en la notificación. Esta disminución puede estar relacionada con el desconocimiento de las nuevas definiciones de caso, el incumplimiento de la guía de práctica clínica y las subsiguientes fallas en la notificación (ver gráfica 38).

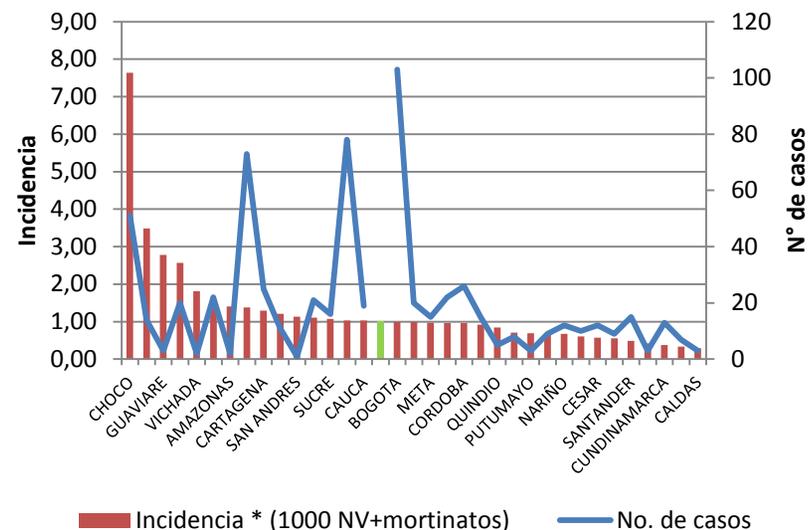
Gráfica 38. Notificación de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012- 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis congénita a semana epidemiológica 52 de 2015 fueron Bogotá, Antioquia, Valle, Chocó y Córdoba. Por incidencia se encuentran: Chocó, Arauca, Guaviare, Caquetá y Vichada (ver gráfica 39).

Gráfica 39. Incidencia y número de casos de sífilis congénita, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



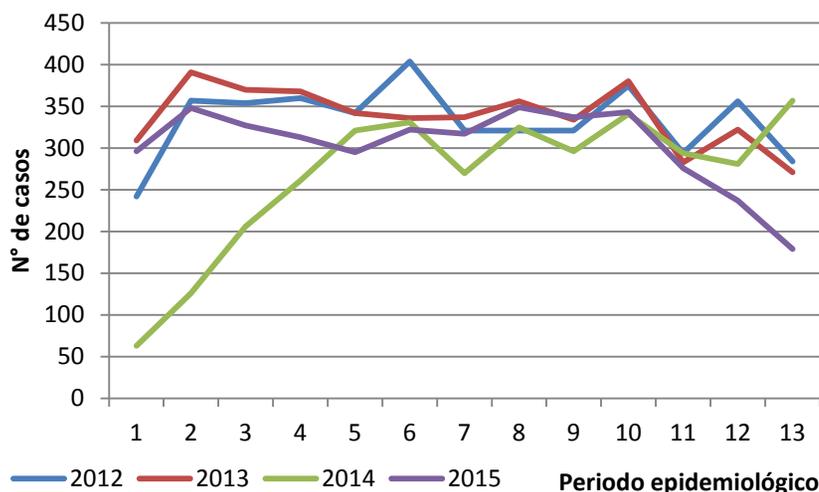
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

A semana 52, la Incidencia de sífilis congénita para Colombia es de 1,0 casos por 1 000 nacidos vivos y la meta para 2015 era de 0,5 casos o menos por 1 000 nacidos vivos.

Sífilis Gestacional

A semana epidemiológica 52 del 2015 han sido notificados 3 939 casos de sífilis gestacional que cumplen definición de caso; de acuerdo a instrucciones del Ministerio de Salud y Protección Social, por el periodo de transición de enero a septiembre, se ingresaron aquellos casos que cumplen definición antigua. A la misma fecha en 2014 se habían notificado 3 410 casos, se observa un incremento del 15,5 % en la notificación (ver gráfica 40).

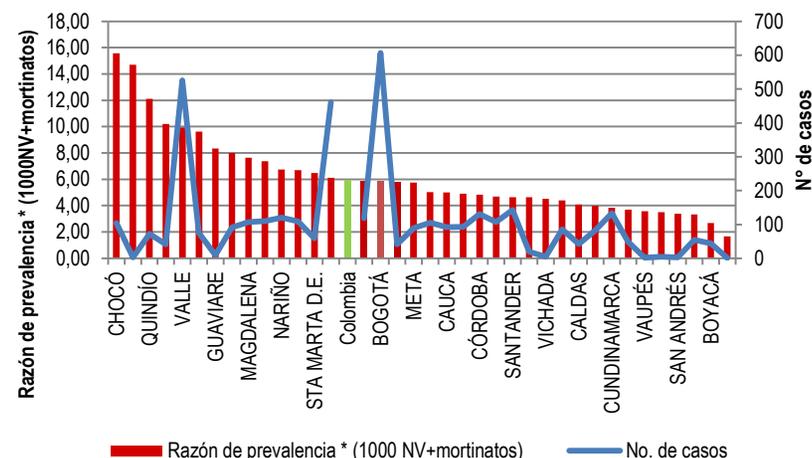
Gráfica 40. Notificación de casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

Las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos de sífilis gestacional a semana epidemiológica 52 de 2015 fueron Bogotá, Valle, Antioquia, Santander y Cundinamarca. Por prevalencia se encuentran: Chocó, Quindío, Arauca, Valle y Caquetá (ver gráfica 41).

Gráfica 41. Razón de prevalencia y número de casos de sífilis gestacional, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

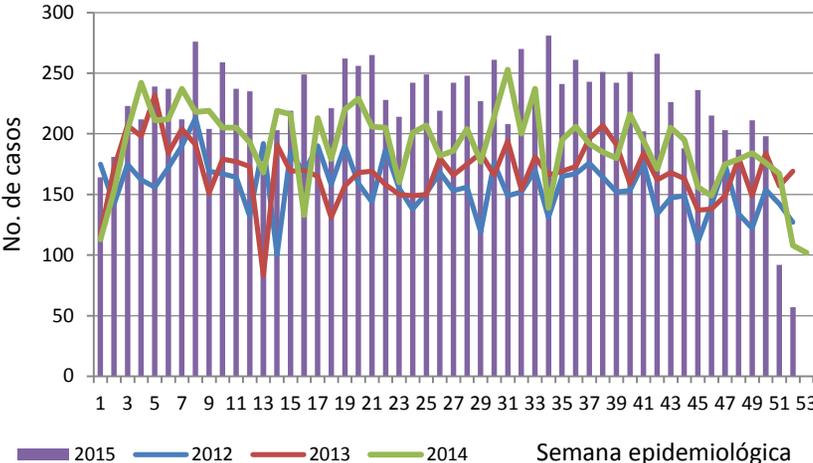
A semana 52, la razón de prevalencia de sífilis gestacional para Colombia es de 5,9 casos por 1 000 nacidos vivos.

• VIH/SIDA y muerte por SIDA

VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 52 de 2013 se notificaron 8 796 casos, para el 2014 se notificaron 10 093 casos y para el 2015 a semana 52 se han reportado 11 606 casos, lo que muestra un aumento entre el 2014 y 2015 del 14,9 % (1 513 casos), tendencia que puede variar más por el ingreso de casos de manera tardía (ver gráfica 42).

Gráfica 42. Notificación de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012- 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

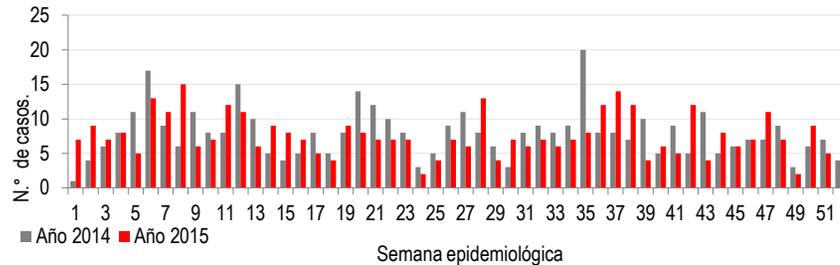
A semana epidemiológica 52, de los 11 606 casos notificados, 10 823 están en estadio VIH y SIDA y 783 aparecen con condición final muerto.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Micobacterias

• Lepra

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado al Sivigila 390 casos de lepra, de estos el 74,9% de los casos fueron confirmados por laboratorio y el 25,1 % confirmados por clínica. En cuanto a la clasificación inicial, el 90,8 % ingresaron como nuevos, el 6,2 % como recidiva. En relación con el año anterior para esta semana se registra una disminución del 4,6 % en la notificación (ver gráfica 43).

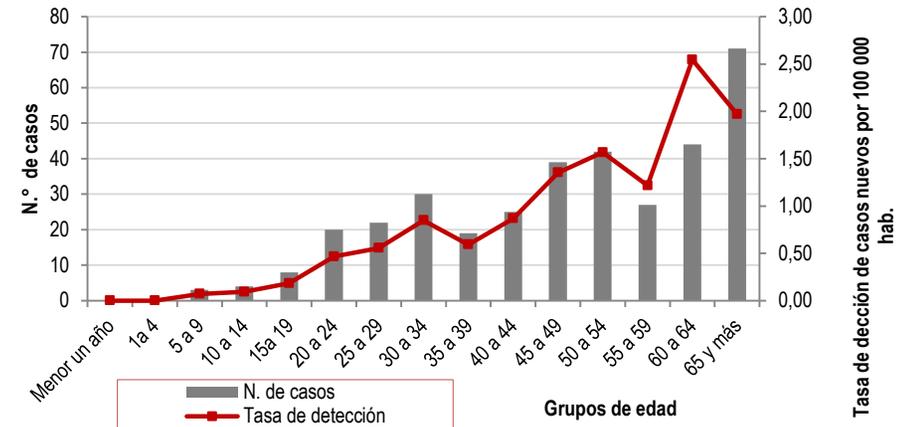
Gráfica 43. Notificación de lepra, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015.

La tasa de detección de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 52 de 2015 es de 0,7 casos por 100 000 habitantes. El 63,3 % (224 casos) de los casos nuevos registrados corresponden al sexo masculino; la tasa de detección más alta se registra en el grupo de edad de 60 a 64 años con 2,6 casos por 100 000 habitantes (ver gráfica 44).

Gráfica 44. Tasa de detección de lepra por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

El departamento de Arauca registra la tasa de detección de casos nuevos más alta para el país con 5,3 casos por 100 000 habitantes. Valle del Cauca ha notificado el mayor número de casos para esta semana aportando el 10,5 % de los casos (41 casos). El 88,9 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, información necesaria para realizar las acciones de vigilancia alrededor del caso y de sus convivientes (ver tabla 47).

Tabla 47. Distribución de casos de lepra y tasa de detección por departamento, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.

Entidad territorial	N.º de casos notificados	N.º de casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
ARAUCA	15	15	14	5,3	1	0
NORTE	38	38	37	2,7	1	0
SANTANDER	28	31	29	2,5	1	1
CESAR	21	21	20	1,9	0	1
CARTAGENA	24	23	19	1,9	3	1
SANTANDER	40	39	39	1,9	0	0
TOLIMA	20	22	22	1,6	0	0
MAGDALENA	21	22	19	1,5	2	1
CASANARE	3	6	5	1,4	1	0
AMAZONAS	0	1	1	1,3	0	0
STA MARTA D.E.	5	6	5	1,0	1	0
GUAVIARE	1	1	1	0,9	0	0
CAQUETA	4	4	4	0,8	0	0
BARRANQUILLA	19	12	10	0,8	2	0
VALLE DEL CAUCA	41	41	37	0,8	0	4
META	6	7	7	0,7	0	0
CAUCA	9	9	9	0,6	0	0
RISARALDA	8	7	5	0,5	1	1
BOLIVAR	15	14	11	0,5	2	1
ATLANTICO	4	11	10	0,4	1	0
CALDAS	5	5	4	0,4	1	0
CHOCO	1	3	2	0,4	1	0
SUCRE	6	6	3	0,3	2	1
PUTUMAYO	2	2	1	0,3	1	0
LA GUAJIRA	2	2	2	0,2	0	0
BOGOTA	30	18	16	0,2	1	1
CUNDINAMARCA	3	6	5	0,2	1	0
QUINDIO	1	1	1	0,2	0	0
CORDOBA	3	3	3	0,2	0	0
NARIÑO	3	3	3	0,2	0	0
BOYACA	2	2	2	0,2	0	0
ANTIOQUIA	10	9	8	0,1	1	0
Total	390	390	354	0,7	24	12

*Tasa Nacional de detección de casos nuevos de lepra

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

De los 390 casos, el 38,2 % corresponde a lepra paucibacilar; de estos, se registran 15 casos con grado dos de discapacidad y el 61,8 % corresponde a lepra multibacilar registrando 35 casos con grado dos de discapacidad. Al momento de la notificación, 155 casos (39,7 %) registran algún grado de discapacidad, lo que refleja un diagnóstico tardío (ver tabla 48).

Tabla 48. Casos de lepra de acuerdo con su clasificación y discapacidad evaluada, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

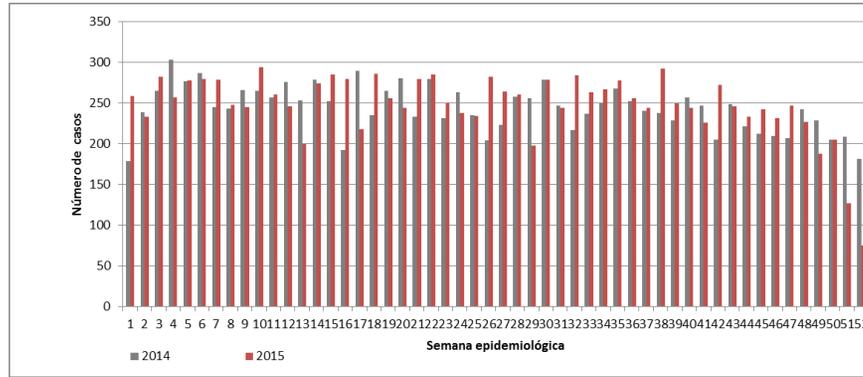
Clasificación lepra	Grado de discapacidad			Total	%
	Grado 0	Grado I	Grado II		
Paucibacilar	91	43	15	149	38,2
Multibacilar	144	62	35	241	61,8
Total	235	105	50	390	100

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

• Tuberculosis todas las formas

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado al Sivigila 12 918 casos de todas las formas de tuberculosis; el 81,4 % (10 519 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 18,4% (2 385 casos) a formas extrapulmonares, de estas se registraron 439 casos con localización meníngea. Se registraron 14 casos sin información de datos complementarios. En relación con el año anterior, para esta semana se registra un aumento del 2,0 % en la notificación. Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento a ajustes y a depuración por calidad del dato (gráfica 45).

Gráfica 45. Tendencia de la notificación de tuberculosis todas las formas, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014- 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015.

De acuerdo con la distribución por tipo de caso, el 73,9% (9 548 casos) ingresaron como confirmados por laboratorio, el 24,2% (3 122 casos) por clínica y el 1,9% (248 casos) por nexa epidemiológico (ver tabla 49).

Tabla 49. Notificación de tuberculosis todas las formas por tipo de caso, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Tipo de Caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Sin dato	Total	%
Confirmado por laboratorio	8 191	1 348	9	9 548	73,9
Confirmado por clínica	2 133	985	4	3 122	24,2
Confirmado por nexa epidemiológico	195	52	1	248	1,9
TOTAL	10 519	2 385	14	12 918	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

En relación con la clasificación de caso a semana epidemiológica 52, el 90,2% (11 647 casos) ingresaron como casos nuevos y el 9,7% como casos previamente tratados (ver tabla 50).

Tabla 50. Tuberculosis todas las formas por clasificación de caso, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.

Clasificación del caso	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis extrapulmonar	Total	%
Nuevo	9 390	2 257	11 647	90,2
Previamente tratados	1 129	128	1 257	9,7
Sin dato	0	0	14	0,1
TOTAL	10519	2385	12918	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

Por pertenencia étnica, el grupo con mayor proporción de casos es “otros” con el 86,7%. A semana epidemiológica 52 se han notificado 926 casos de muerte por este evento.

Del total de casos de tuberculosis extrapulmonar (2 385 casos), las localizaciones anatómicas que registran mayor porcentaje son la pleural con el 36,2%, meníngea con el 18,4% y la ganglionar con el 16,4% (ver gráfica 46).

Gráfica 46. Tuberculosis extrapulmonar por localización anatómica, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PLEURAL	863	36,2
MENINGEA	439	18,4
GANGLIONAR	392	16,4
OTRO	207	8,7
OSTEOARTICULAR	114	4,8
PERITONEAL	89	3,7
SIN DATO	62	2,6
INTESTINAL	53	2,2
GENITOURINARIA	49	2,1
PERICARDICA	43	1,8
RENAL	32	1,3
CUTANEA	42	1,8
TOTAL	2385	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

De los 11 647 casos nuevos distribuidos por entidad territorial de residencia, Amazonas registra la mayor incidencia con 72,1 casos por 100 000 habitantes. La incidencia para el país en esta semana epidemiológica es de 24,2 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 51).

Tabla 51. Notificación de casos de tuberculosis según formas por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52,2015

Entidad territorial de residencia	N.º de casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB pulmonar	N.º de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de TB extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia por 100 000 habitantes
AMAZONAS	52	68,2	3	2,0	55	72,1
ANTIOQUIA	1 730	26,8	475	321,0	2 205	34,2
ARAUCA	89	33,9	26	17,0	115	43,8
ATLANTICO	285	22,9	37	26,0	322	25,9
BARRANQUILLA	471	38,7	62	44,0	533	43,7
BOGOTA	622	7,9	372	229,0	994	12,6
BOLIVAR	74	6,8	22	17,0	96	8,8
BOYACA	71	5,6	27	21,0	98	7,7
CALDAS	230	23,3	47	31,0	277	28,0
CAQUETA	110	23,0	25	20,0	135	28,3
CARTAGENA	192	19,2	44	29,0	236	23,6
CASANARE	70	19,6	20	16,0	90	25,2
CAUCA	172	12,5	55	43,0	227	16,5
CESAR	225	21,9	37	27,0	262	25,5
CHOCO	190	38,0	37	22,0	227	45,4
CORDOBA	164	9,6	40	29,0	204	11,9
CUNDINAMARCA	276	10,3	78	53,0	354	13,2
GUAJIRA	200	20,9	30	3,1	230	24,0
GUAVIARE	28	25,2	2	1,8	30	27,0
GUAINIA	8	19,3	1	2,4	9	21,7
HUILA	255	22,1	49	4,2	304	26,3
MAGDALENA	107	13,5	7	0,9	114	14,4
META	320	33,3	59	6,1	379	39,4
NARIÑO	127	7,3	33	1,9	160	9,2
NORTE						
SANTANDER	329	24,3	62	4,6	391	28,8
PUTUMAYO	74	21,4	13	3,8	87	25,2
QUINDIO	162	28,7	28	5,0	190	33,6
RISARALDA	371	39,0	78	8,2	449	47,2
SAN ANDRES	5	6,5	2	2,6	7	9,2
SANTANDER	469	22,8	98	4,8	567	27,5
STA MARTA D.E.	126	26,0	23	4,8	149	30,8
SUCRE	48	5,6	9	1,1	57	6,7
TOLIMA	356	25,3	77	5,5	433	30,7
VALLE DEL						
CAUCA	1 334	28,9	267	5,8	1 601	34,7
VAUPÉS	8	18,3	3	6,9	11	25,2
VICHADA	21	29,2	2	2,8	23	32,0
EXTERIOR	19	0,0	7	0,0	26	0,0
TOTAL	9 390	19,5	2 257	4,7	11 647	24,2

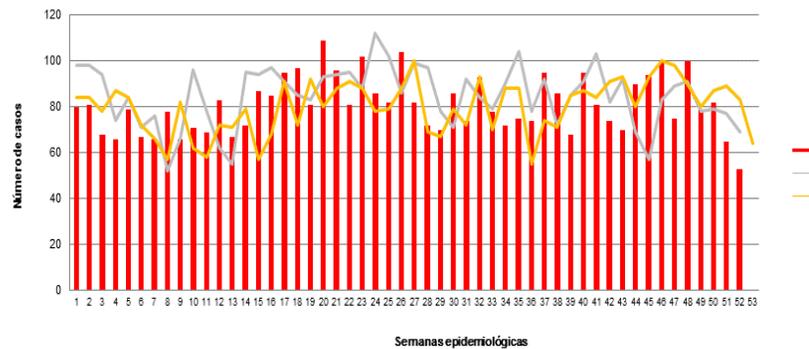
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Zoonosis

• Accidente Ofídico

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han registrado al Sivigila 4 201 accidentes ofídicos en Colombia; en la semana 52 se notificaron 53 casos y de semanas anteriores se reportaron 15. En el año 2014 a la misma semana se registraron 4 174 casos. En promedio, por semana epidemiológica se han reportado en el año 80,8 casos (ver gráfica 47).

Gráfica 47. Notificación de accidente ofídico, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

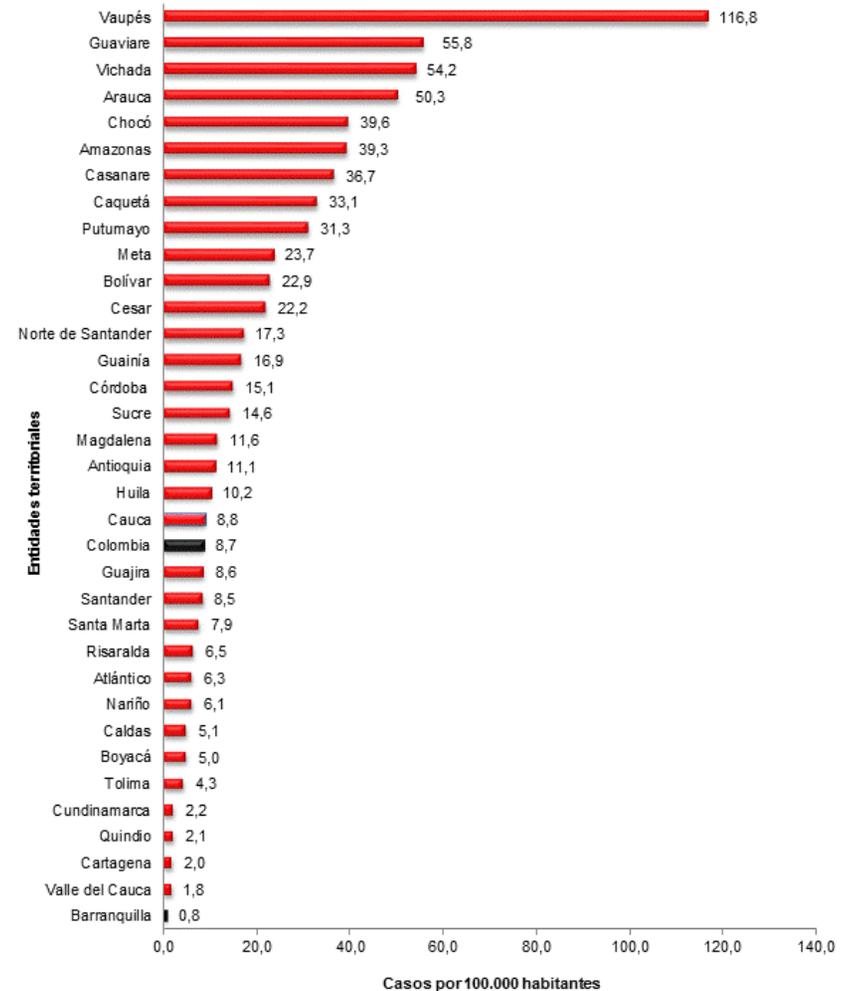


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

De acuerdo con la información de la notificación a la semana 52, de las regiones Occidente y Costa Atlántica proceden la mayor cantidad de casos (1 350 y 1 180 casos respectivamente). Antioquia con el 17,0 % de los casos, Córdoba con el 6,2 %, Bolívar con el 6,0 %, Norte de Santander con el 5,6 %, Cesar y Meta con el 5,4 % cada una, Chocó con el 4,7 %, Santander con el 4,2 %, Caquetá con el 3,8 % y Arauca con el 3,1 %, registran las mayores proporciones de casos; estos diez departamentos registran el 61,4 % de los casos.

La incidencia de accidente ofídico en el país es de 8,7 casos por 100 000 habitantes; la Orinoquia y la Amazonia registran la mayor incidencia con 35,2 y 32,9 casos por 100 000 habitantes respectivamente. Vaupés, Guaviare, Vichada, Arauca, Chocó y Amazonas, registran las mayores incidencias (ver gráfica 48).

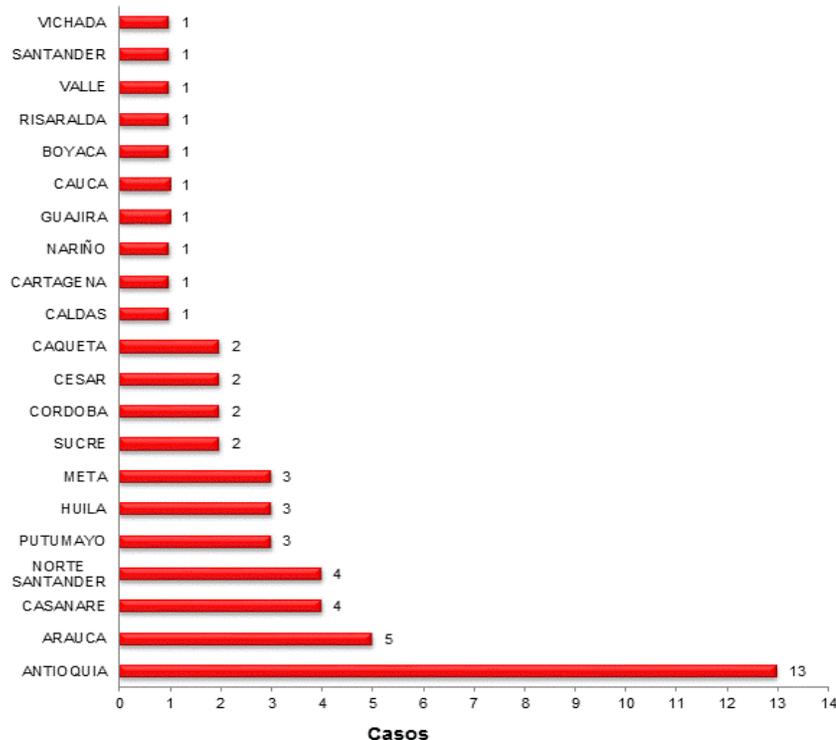
Gráfica 48. Incidencia de accidente ofídico por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.



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

En la semana epidemiológica 52, los 53 accidentes ofídicos fueron notificados por 21 entidades territoriales; Antioquia con el 24,5%, Arauca con el 9,4%, Casanare y Norte de Santander con el 7,5% cada una), Putumayo, Huila y Meta con el 5,7 % cada una registran la mayor frecuencia relativa y acumulan el 70,9% de la notificación durante la semana (ver gráfica 49).

Gráfica 49. Número de casos de accidente ofídico por entidad territorial de notificación en Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

En la semana epidemiológica 52 los casos fueron notificados por 42 municipios; Apartado y Tame con tres casos cada uno, Arauca, Carepa, Cúcuta, Garzón y Montería con dos casos cada uno, acumulan el 30,2% de los accidentes ofídicos registrados esta semana.

El 70,5% de los afectados son hombres; la media de la edad es 32 años; el 78,0% de los pacientes proceden del área rural; el 55,9 % de los casos son hombres de la zona rural.

En relación con el manejo informado, el 62,7% fueron hospitalizadas (la meta es del 100%); el 76 % de las personas recibieron suero antiofídico de acuerdo con la severidad del accidente: leves 1 769 casos (el 42,1 % de los casos), moderados 1 187 casos (28,3% de los casos), 239 graves (5,7% de los casos). Se utilizaron 15 235 ampollas de antiveneno antiofídico para el manejo de los accidentes, con promedio de 3,6 ampollas por paciente, mínimo una y máximo 60.

Comportamiento de la notificación de casos de muerte por accidente ofídico

Se han reportado 31 defunciones en Antioquia (cinco casos), Chocó (cuatro casos), Boyacá, Córdoba, Nariño, Arauca, Bolívar, Cauca, Vaupés (dos casos cada una), Caldas, Norte de Santander, Guaviare, Sucre, La Guajira, Putumayo, Caquetá y Magdalena (un caso cada una), con letalidad de 0,74%.

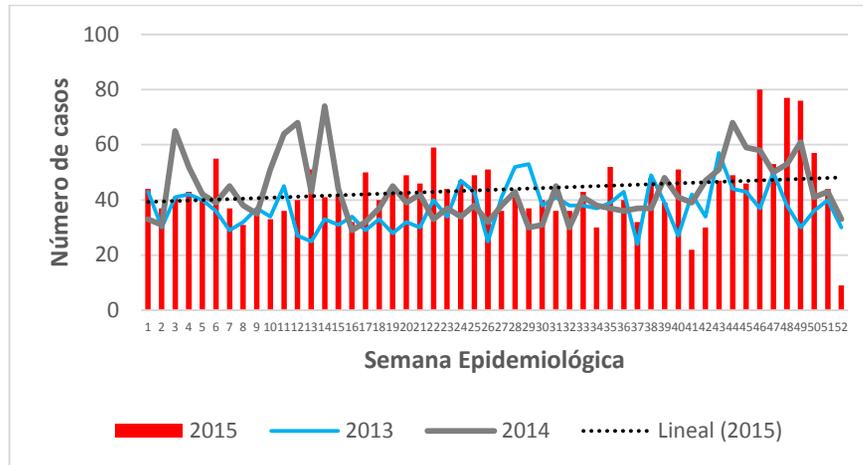
Alertas

En la semana 52 no sucedieron defunciones.

• *Leptospirosis*

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado al Sivigila 2 271 casos de leptospirosis en Colombia, frente a 2 305 en la misma semana del año anterior, lo que implica un incremento en la notificación de 0,6%, esta información está sujeta a cambios debido a la oportunidad en la notificación y a los ajustes que se dan del evento cada semana (ver gráfica 50).

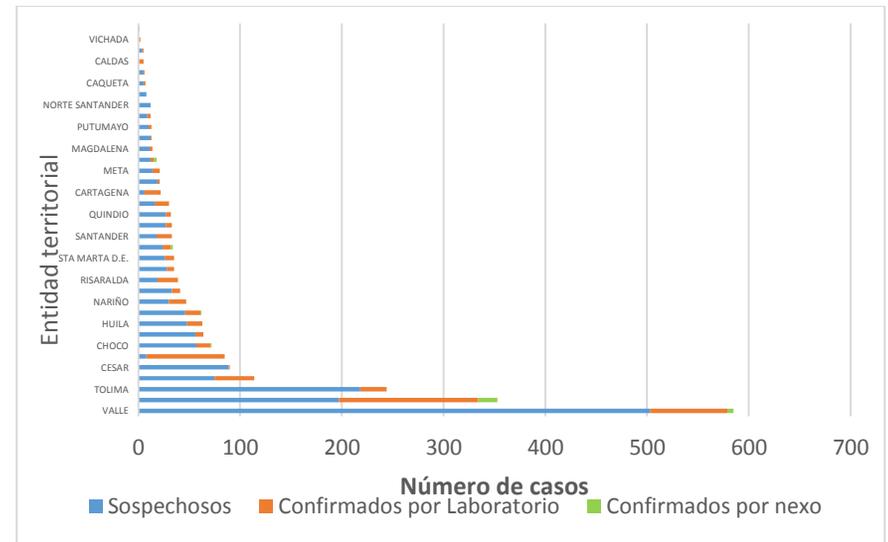
Gráfica 50. Comportamiento de la notificación de leptospirosis, Colombia, semana epidemiológica 52, 2013-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

Los casos proceden de 34 entidades territoriales, el 52,0 % de los reportes se concentraron en Valle del Cauca, Antioquia y Tolima. El 24,8 % de los casos se encuentran confirmados por laboratorio procedentes de los territorios de Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Caldas, Cartagena, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. El 1,4 % fueron confirmados por nexo procedentes de Amazonas, Antioquia, Bogotá, Choco y Risaralda (ver gráfica 51).

Gráfica 51. Casos de leptospirosis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

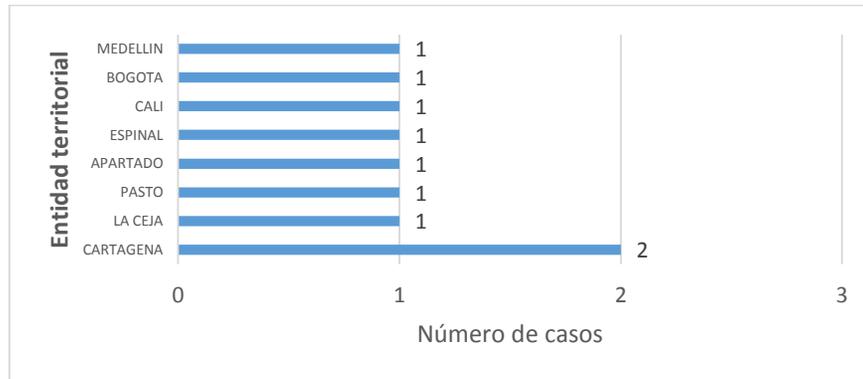


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

La proporción de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 52 es de 1,2 casos por cada 100 000 habitantes, las entidades territoriales de Guaviare, Amazonas, Chocó y Vichada, son las que presentan la mayor incidencia en el país

En la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron nueve casos de leptospirosis, frente a 33 casos ocurridos en la misma semana de 2014, lo que implica una disminución de casos del 72,7 % para la misma semana del presente año. El 22,2 % de los casos fueron notificados por el municipio de Cartagena (ver gráfica 52).

Gráfica 52. Número de casos de leptospirosis por municipio de notificación, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

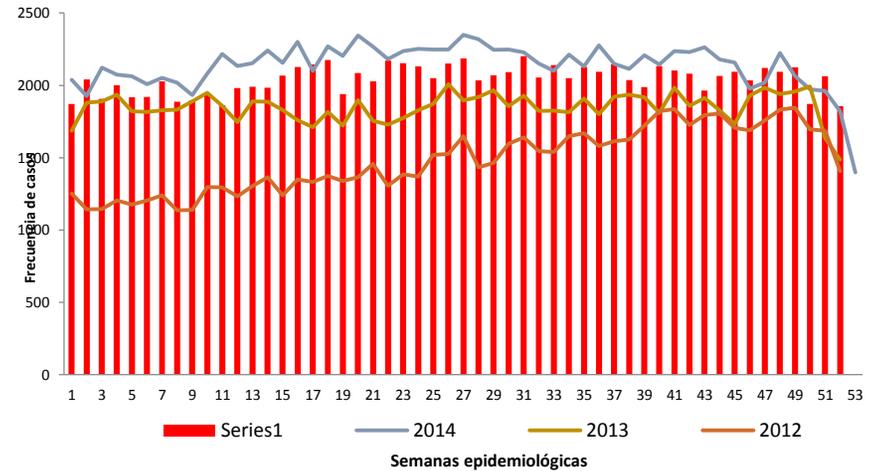
El 60,6 % de los casos ocurrieron en hombres, el promedio de edad de los afectados fue de 32 años; el 76,9% proceden de cabecera municipal; el 53,4 % los casos están afiliados régimen subsidiados y se reportó 79,6 % de hospitalizaciones por este evento.

A semana 52 de 2015 se han notificado 114 casos probables de muerte por leptospirosis en Colombia, de las cuales 75 han sido descartadas y seis están confirmadas.

- **Vigilancia Integrada de la Rabia Humana**

A semana epidemiológica 52, se han notificado al SIVIGILA 106 270 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia, con una disminución de 5,0 % en la notificación de casos en relación con el año 2014 (ver gráfica 53).

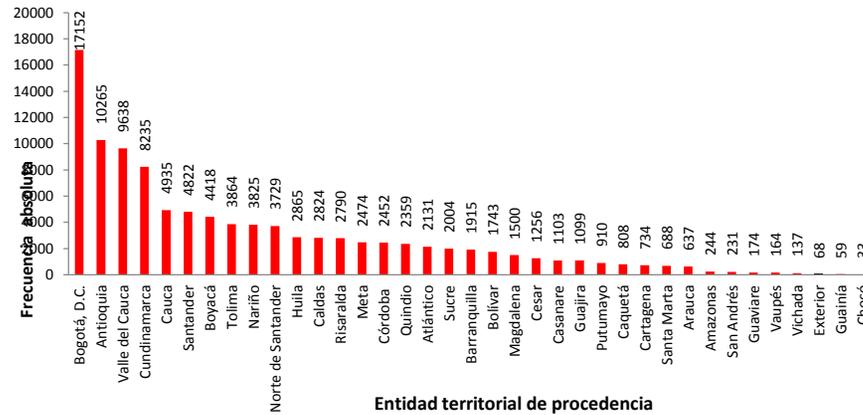
Gráfica 53. Notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2012-2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

La mayor frecuencia de casos procede de las regiones Centro-Oriente con 46 030 agresiones y Occidente con 37 369 casos. Bogotá con el 16,4 %, Antioquia con el 9,9 %, Valle del Cauca con el 9,2 %, Cundinamarca con el 7,9 %, Cauca con el 4,7 % y Santander con el 4,6 %, acumulan el 52,7 % de la notificación del país (ver gráfica 54).

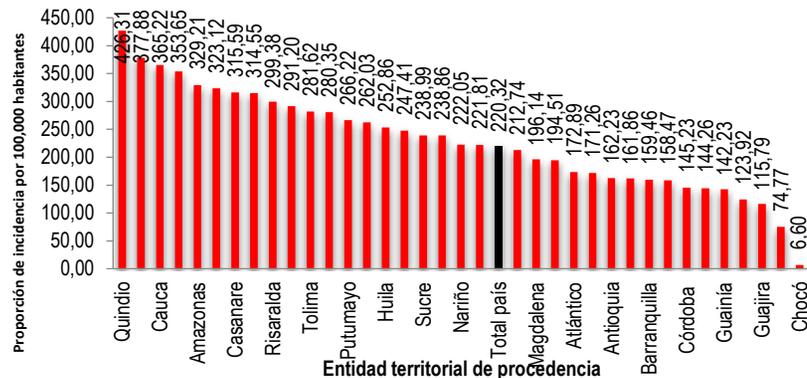
Gráfica 54. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.



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

La incidencia nacional de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contactos con el virus de la rabia es de 220,3 agresiones por 100 000 habitantes. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Quindío, Vaupés, Cauca, Boyacá y Amazonas (ver gráfica 55).

Gráfica 55. Incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia por ente territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.



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

Esta semana se notificaron 1 856 casos de agresiones y contactos con el virus de la rabia, 34 casos menos que en la misma semana de 2014.

Los casos fueron notificados por 32 departamentos, cuatro distritos y 990 unidades notificadoras municipales.

La edad promedio de los pacientes agredidos fue de 28,5 años, el 53,5% de los casos se registraron en hombres y el 2,4% requirieron hospitalización para su manejo.

Se clasificaron como no exposiciones a 62 967 agresiones, como exposiciones leves a 33 502, como exposiciones graves a 8 146 y 1 655 agresiones no fueron clasificadas. En relación con el manejo de los casos, se hizo lavado de la herida con agua y jabón a 101 752 pacientes y sutura a 8 200 pacientes; se ordenó aplicación de suero antirrábico a 8 014 pacientes y de vacuna antirrábica a 38 150 pacientes.

Rabia humana. Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia humana en Colombia.

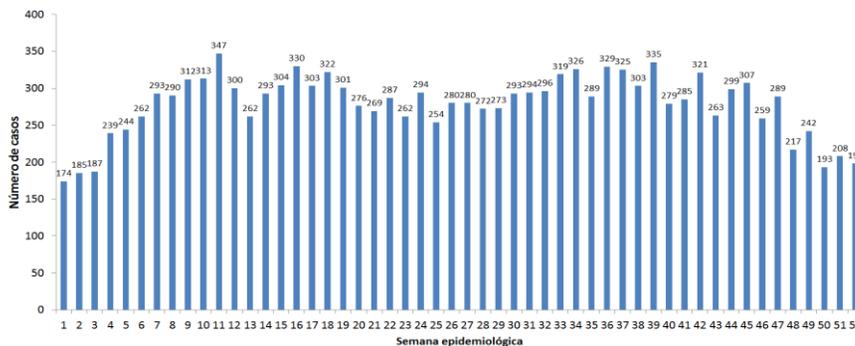
Rabia animal. Durante esta semana epidemiológica no se confirmaron casos de rabia en perros ni en gatos.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública
Factores de Riesgo Ambiental

• *Intencionalidad suicida por intoxicaciones*

En la semana epidemiológica 52, se reportaron al Sivigila 198 casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida, el acumulado a esta semana es de 14 477 casos de los cuales el 53,5% fueron intoxicaciones por medicamentos y 34,4% intoxicaciones por plaguicidas (ver gráfica 56).

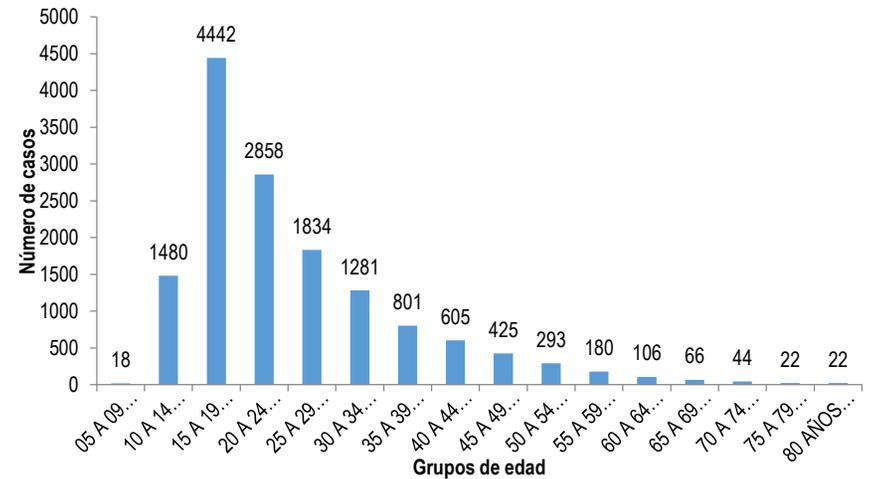
Gráfica 56. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por semana epidemiológica, Colombia, 2015



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

El 30,7 % de las intoxicaciones con intencionalidad suicida reportadas al Sivigila, se presentaron en jóvenes entre los 15 y los 19 años, mientras que el 19,7 % fueron reportadas en adultos jóvenes entre los 20 y los 24 años, estos dos grupos de edad, estos dos grupos reúnen el 50,4 % de los casos reportados (ver gráfica 57).

Gráfica 57. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por grupos quinquenales de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

Según área de residencia de los casos, el 77,7% ocurrieron en cabecera municipal, el 14,5% en rural disperso y el 7,6% en centro poblado (ver tabla 52).

Tabla 52. Intoxicaciones con intencionalidad suicida por tipo de intoxicación y área de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

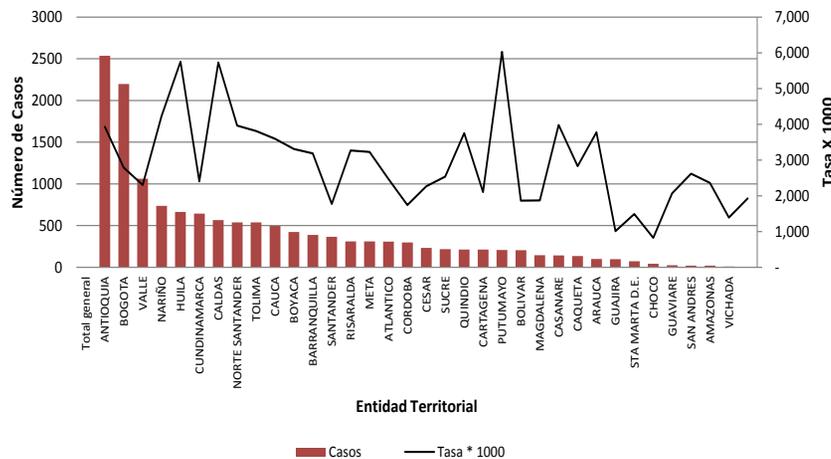
	gases	medicamentos	metales	metanol	otras sustancias	otras sustancias químicas	plaguicidas	solventes	sustancias psicoactivas	total general
cabecera municipal	12	6734	5	24	12	1072	3119	144	136	11261
centro poblado	1	523		3	3	111	442	9	14	1106
rural disperso		488		3	4	172	1420	14	8	2110
total	13	7745	5	30	19	1355	4981	92	158	14477

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Mientras que la intoxicación por medicamentos es el método más común en las intoxicaciones con intencionalidad suicida en las cabeceras municipales con el 59,9% y centros poblados con el 47,5%, en el territorio rural disperso los plaguicidas representan el 67,4% de las intoxicaciones con intencionalidad suicida.

Cinco entidades territoriales agrupan el 50,0% de los casos de intoxicaciones con intencionalidad suicida reportados, Antioquia con el 17,5%, Bogotá con el 15,1%, Valle con el 7,3%, Nariño con el 5% y Huila con el 4,5% (ver gráfica 58).

Gráfica 58. Intoxicación con intencionalidad suicida por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

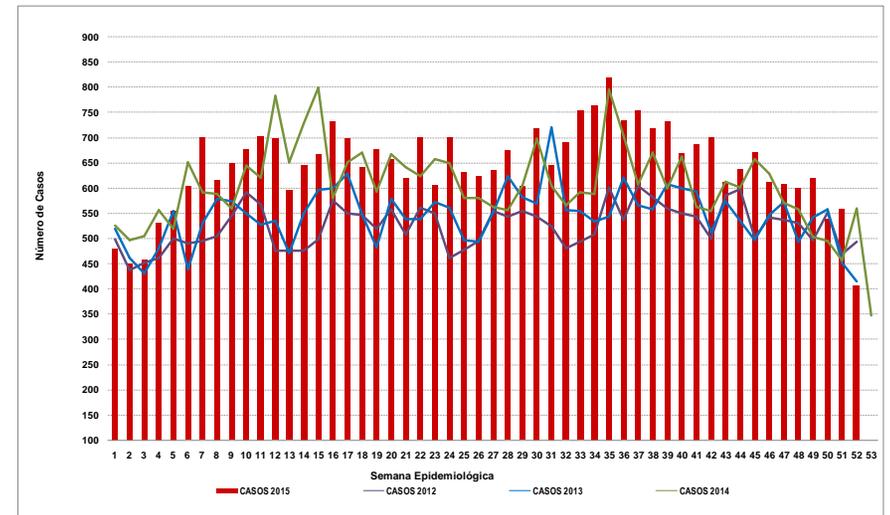


Fuente: SiviGila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

• **Intoxicaciones por sustancias químicas**

A semana epidemiológica 52 del año 2015 se han notificado 33 503 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, en relación con el año anterior se registró un aumento del 5,4% con 31 694 casos (ver gráfica 59).

Gráfica 59. Notificación de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica, Colombia, 2012-2015



Fuente: SiviGila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2012-2015

En promedio se han notificado 644 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por semana epidemiológica durante el 2015. Para la semana epidemiológica 52 se notificaron 408 casos. Adicionalmente, de forma tardía se notificaron 110 casos de intoxicaciones ocurridas durante las 51 semanas epidemiológicas anteriores.

De forma acumulada, el mayor número de casos notificados de intoxicaciones se registró por el grupo de medicamentos con 11 049 casos, seguido por plaguicidas con 8 752 casos y sustancias psicoactivas con 7 006 casos (ver tabla 53).

Tabla 53. Casos de intoxicaciones por sustancias químicas, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Evento	Casos a semana 52	Incidencia por 100 000 habitantes	Casos de semana 52	Incidencia por 100 000 habitantes
Intoxicación por medicamentos	11049	22,9	113	0,2
Intoxicación por plaguicidas	8752	18,2	112	0,2
Intoxicación por sustancias psicoactivas	7006	14,5	100	0,2
Intoxicación por otras sustancias químicas	4566	9,5	51	0,1
Intoxicación por solventes	945	2,0	15	0,0
Intoxicación por gases	837	1,7	5	0,0
Intoxicación por metanol	260	0,5	12	0,0
Intoxicación por metales	88	0,2		0,0
TOTAL	33503	---	408	---
TASA DE INCIDENCIA		69,5		0,8

Fuente. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Reincidencias

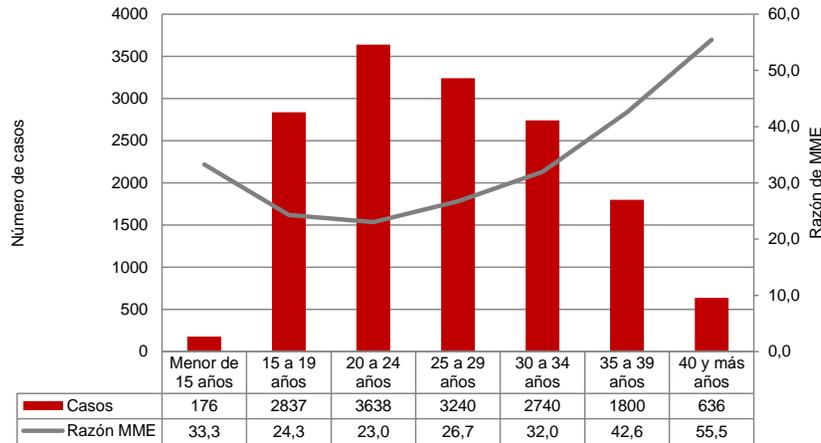
Hasta la semana epidemiológica 52 se notificaron 908 casos de reincidencias, de los cuales un caso es reincidente en ocho oportunidades, otro en siete, tres casos en cuatro oportunidades, un caso en tres oportunidades, 22 casos en dos oportunidades y 377 casos en una oportunidad. La principal intencionalidad de dichas reincidencias fue de tipo suicida con 386 casos, seguidas de aquellas con intencionalidad psicoactiva con 300 casos.

Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública
Enfermedades no Transmisibles

• **Morbilidad materna extrema**

A semana epidemiológica 52 se notificaron 15 067 casos de morbilidad materna extrema. De acuerdo con la edad de las madres la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 20 a 24 años con el 24,1 %, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 21,5 %. En relación con la razón de morbilidad materna extrema, la mayor razón se registra en las edades extremas, mujeres de 40 y más años con 55,5 casos por 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 60).

Gráfica 60. Morbilidad materna extrema por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

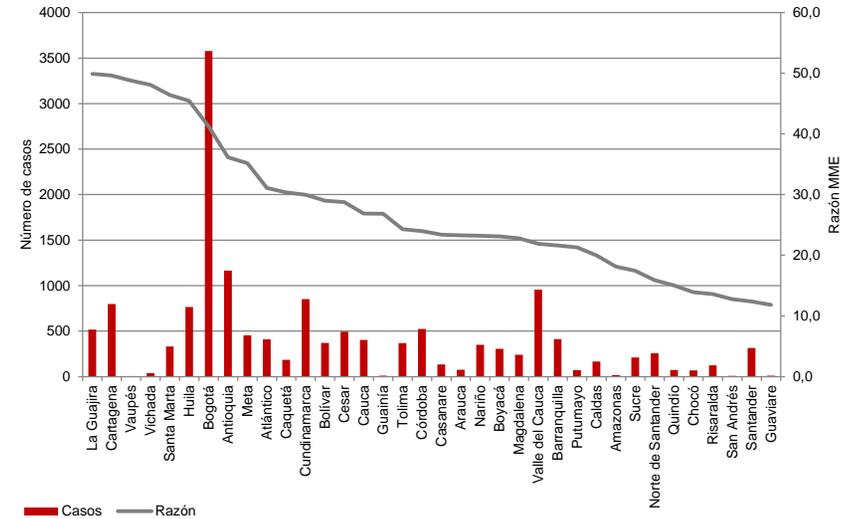


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud, Colombia, 2015
DANE, a 31 de octubre de 2014.

Según el lugar de residencia, el 23,7% de los casos se ha registrado en mujeres residentes en el distrito de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia con el 7,7% y Valle del Cauca con el 6,3%. Frente a la razón de morbilidad materna extrema, las entidades territoriales con el mayor indicador son La Guajira con

49,9 por 1 000 nacidos vivos, Cartagena con 49,6 casos y Vaupés con 48,8 casos por 1 000 nacidos vivos (ver grafica 61).

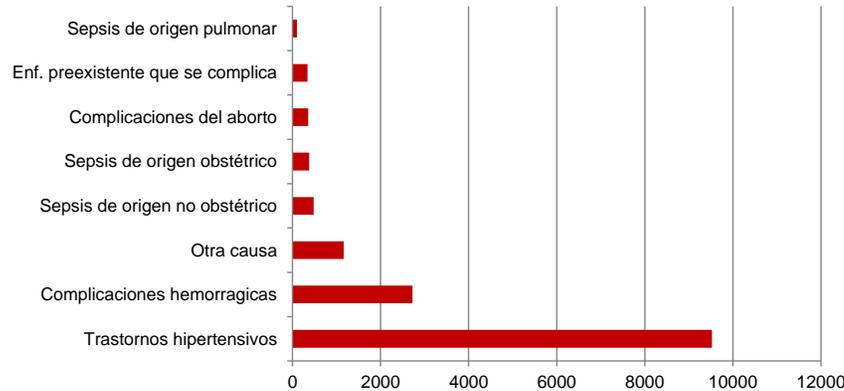
Gráfica 61. Morbilidad materna extrema por entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015
DANE, a 31 de octubre de 2014.

De acuerdo a las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 52, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos con un 63,2% del total de los casos, seguido por las complicaciones hemorrágicas con un 18,1% (ver gráfica 62).

Gráfica 62. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015.



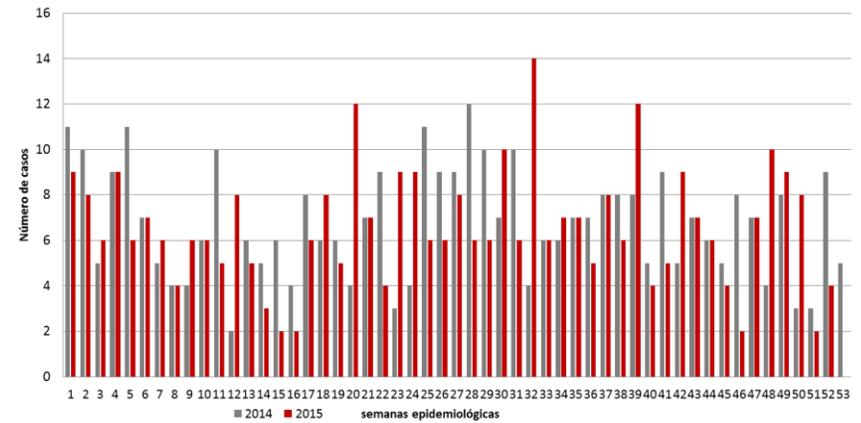
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

• **Mortalidad materna**

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 483 casos de muertes maternas. De estos, 342 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación, 102 casos corresponden a muertes maternas tardías, es decir las que ocurren desde el día 43 hasta el año posterior a la terminación del embarazo y 39 casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa (LCE).

La notificación por semana epidemiológica muestra que en las 52 semanas se notificaron muertes maternas tempranas tanto en 2015 como en 2014, el mayor número de muertes maternas tempranas en 2015 se notificaron en la semana epidemiológica 32 con 14 muertes, seguido de las semanas 20 y 39 con 12 muertes en cada una (ver gráfica 63).

Gráfica 63. Comportamiento de la notificación de muertes maternas tempranas, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



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

Al comparar el número de casos de muerte materna con los años anteriores, de forma preliminar se encuentra una disminución de 3,7% en los casos notificados en relación con el año 2014. Según el momento de ocurrencia, las muertes maternas tempranas han disminuido en 4,6% con respecto a las notificadas en 2014, las muertes maternas tardías con una disminución del 1,9% y las muertes maternas por lesiones de causa externa han disminuido en 17% (ver tabla 54).

Tabla 54. Muertes maternas tempranas, tardías y por lesiones de causa externa, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Año	Tempranas	Tardías	LCE	Total
2013	348	78	33	459
2014	358	104	47	509
2015	342	102	39	483

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

En la semana epidemiológica 52 de 2015 ingresaron ocho casos de muertes maternas de las cuales siete correspondían a semana epidemiológica 52 y uno a semanas anteriores el cual fue notificado tardíamente; cinco casos corresponden a muertes

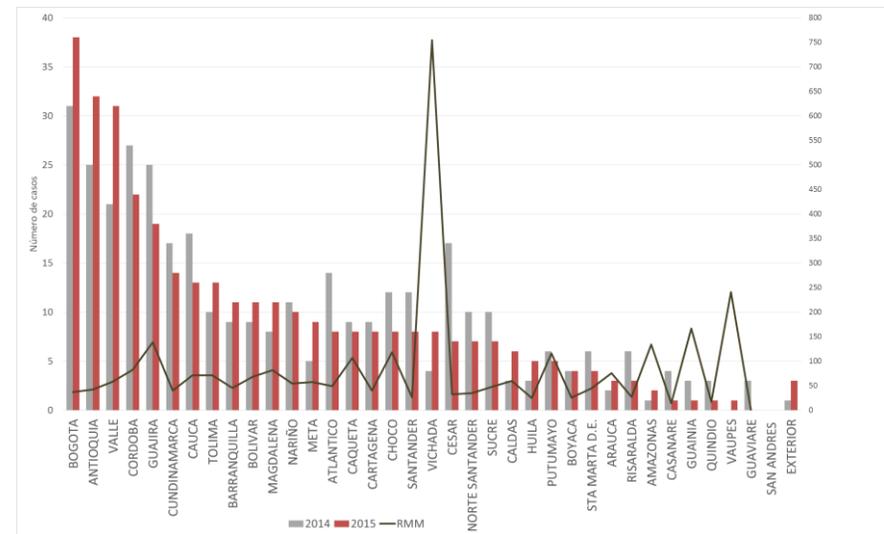
maternas tempranas, tres casos corresponden a muertes maternas tardías, no se notificaron casos por lesión de causa externa.

A semana epidemiológica 52 de 2015 el 94,4% de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana, diez entidades territoriales aportan el 59,6% del total de muertes maternas tempranas a nivel nacional, las entidades son Bogotá con el 11,1%, Antioquia con el 9,3%, Valle con el 9,6%, Córdoba con el 6,4%, Guajira con el 5,5%, Cundinamarca con el 4,0%, Tolima con el 3,8%, Cauca con el 3,8%, Magdalena con el 3,2%, Barranquilla con el 3,2%.

De acuerdo a la razón de mortalidad materna (RMM), la media nacional preliminar a semana epidemiológica 52 de 2015 es de 52 por cada 100 000 nacidos vivos, ocho departamentos presentan RMM por encima de 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos; Vichada con una RMM de 755 es una razón 14 veces más alta sobre la media nacional, Vaupés con 241, Guainía con 166, Guajira con 138, Amazonas con 134, Chocó con 118, Putumayo con 116, Caquetá con 107, 16 departamentos y distritos presentaron una RMM por debajo de la media nacional.

De acuerdo al lugar de residencia, en relación con la misma semana epidemiológica de 2014, ha aumentado la notificación de casos en Vaupés con el 100%, Vichada con el 50%, Caldas con el 50%, Amazonas con el 50%, Meta con el 44%, Huila con el 40%, Arauca con el 33%, Valle con el 32%, Magdalena con el 27%, Tolima con el 23%, Antioquia con el 21%, Bogotá con el 18,4%, Barranquilla con el 18,1% y Bolívar con el 18,1%. Las entidades territoriales que han presentado disminución en la notificación en relación con el año 2014 son Casanare, Quindío, Guainía, Cesar, Risaralda, Atlántico, Santa Marta, Santander, Choco, Sucre, Norte de Santander, Cauca, Guajira, Córdoba, Cundinamarca, Putumayo, Cartagena, Caquetá y Nariño; en contraste Guaviare no ha registrado casos de muertes maternas tempranas hasta semana 52 de 2015. San Andrés notificó de forma tardía un caso de muerte materna por lesión de causa externa durante la semana 49 sin embargo no ha presentado casos de muerte materna temprana en los años 2014 y 2015 (ver gráfica 64).

Gráfica 64. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



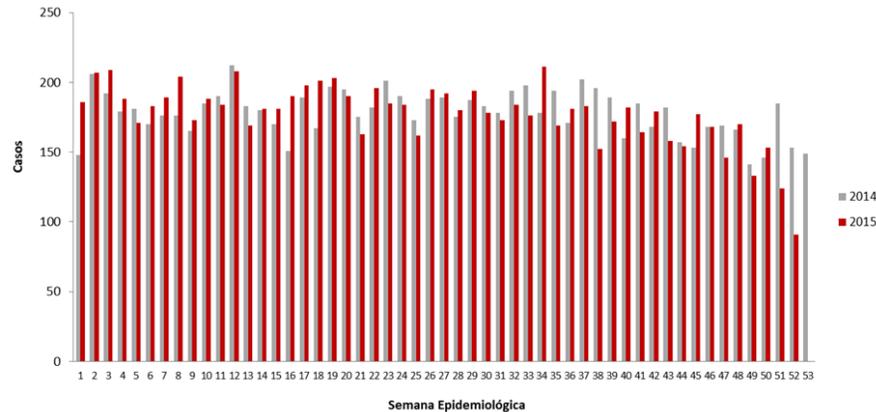
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015
Nacidos Vivos DANE 2014

• Mortalidad Perinatal y Neonatal

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado un total acumulado de 9 232 casos de muertes perinatales y neonatales tardías, para la semana 52 se notificaron 91 casos. La distribución de los casos según el momento de ocurrencia es la siguiente 4 464 casos (48%) corresponden a muertes fetales anteparto, 1034 casos (11%) a muertes fetales intraparto, 2431 casos (26%) neonatales tempranas y 1303 casos (14%) a neonatales tardías.

Con corte a la misma semana de 2014, se notificaron 9 288 casos, lo que representa una disminución del 0,6% (56 casos menos) en el 2015 frente al 2014 (ver gráfica 65).

Gráfica 65. Comportamiento de la notificación de muertes perinatales y neonatales tardías, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

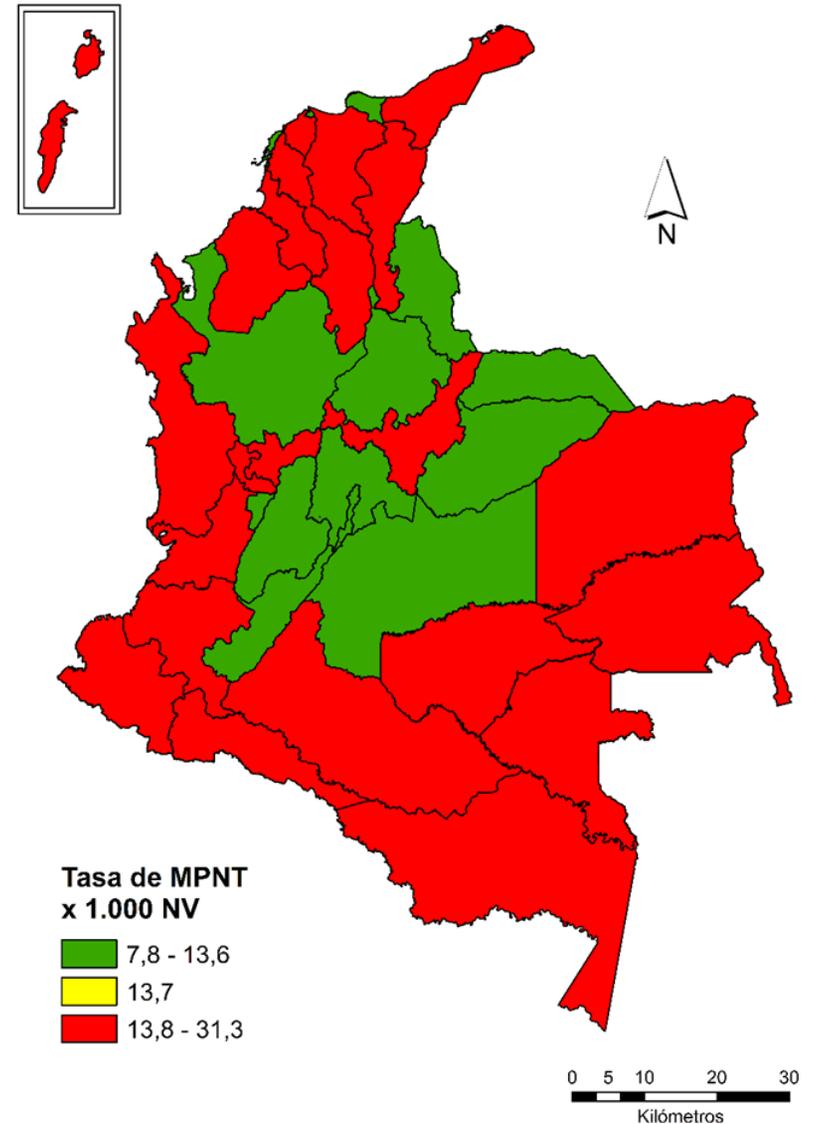


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52, todas las entidades territoriales notificaron casos al Sivigila. Las entidades territoriales por residencia que aportan el 60% total de casos a nivel nacional son Bogotá con el 15%, Antioquia con el 10,7%, Valle del Cauca con el 8,1%, Cundinamarca con el 5%, Córdoba con el 4,7%, Santander con el 3,6%, Cesar con el 3,4%, Cauca con el 3,3%, Barranquilla 286 con el 3,1%, y Nariño con el 3%.

La tasa de incidencia nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía para Colombia a semana epidemiológica 52 fue de 13,7 casos por 1000 nacidos vivos, 22 entidades territoriales se ubicaron por encima de la media nacional; el departamento de San Andrés presentó la tasa de incidencia más alta con 31,3 casos por cada mil nacidos vivos, proporción que dobla la media nacional, seguido de Chocó con 26,3 casos por 1 000 nacidos vivos y Guaviare con 20 casos por 1 000 nacidos vivos (ver mapa 8).

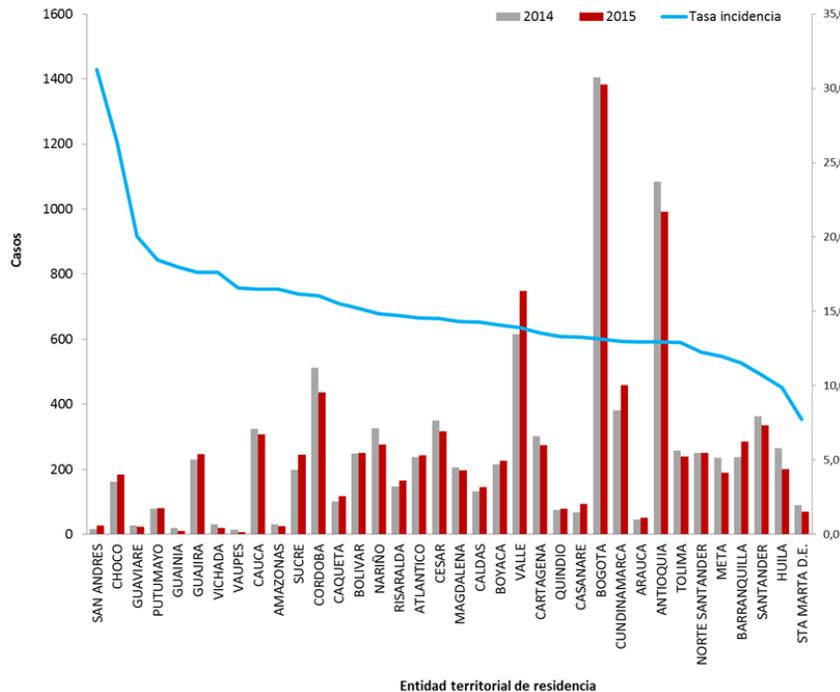
Mapa 8. Tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) según entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales.

Las entidades territoriales de residencia que hasta la semana 52 presentaron un incremento en la notificación de casos mayor al 10,0 % en 2015 en relación con el 2014 fueron San Andrés con el 75%, Casanare con el 38,2%, Sucre con el 22,6%, Valle del Cauca con el 21,6%, Barranquilla con el 20,2%, Cundinamarca con el 19,9%, Caquetá con el 18%, Chocó con el 13,7%, Arauca con el 13% y Risaralda con el 12,9% (ver gráfica 66).

Gráfica 66. Casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014-2015

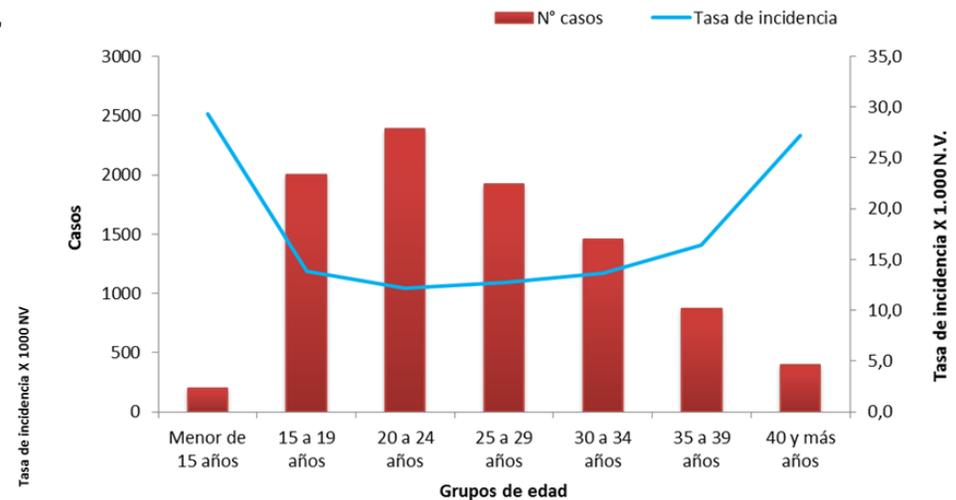


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales, 2014-2015

De acuerdo a la edad de las madres con muertes perinatales o neonatales tardías, la mínima fue de diez años y la máxima de 50 años; 24,0 % de los casos corresponden a mujeres de 10 a 19 años, en el grupo de 20 a 34 años se concentra el 62,0 % de los

casos y en mayores de 34 años el 14,0 %. La incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta está en el grupo de las menores de 15 años con 29,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos y el grupo de 40 y más años con 27,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos (ver gráfica 67).

Gráfica 67. Casos y tasa de incidencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupo de edad de la madre, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



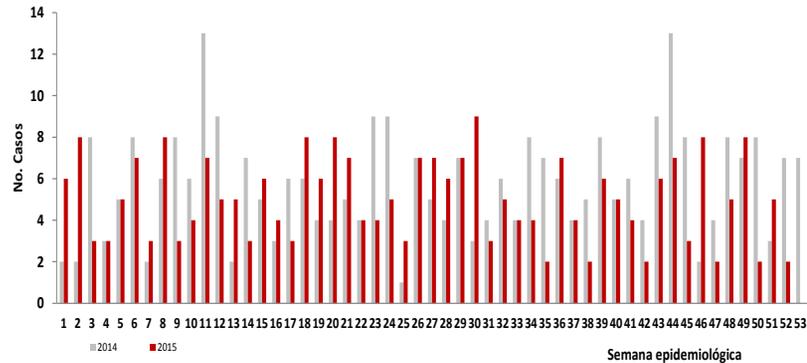
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. DANE - Estadísticas Vitales, 2015

• Mortalidad por y asociada a desnutrición

A semana 52 de 2015, se han notificado 260 muertes de niños menores de cinco años por diferentes patologías, pero que presentan también desnutrición dentro de alguno de sus diagnósticos. Todos esos casos se encuentran en análisis para definir la causa que explica la muerte.

En el año 2014 a la misma semana epidemiológica se notificaron 299 casos, mostrando una disminución del 13 % (ver gráfica 68).

Gráfica 68. Comportamiento de la notificación de muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años, Colombia, semana epidemiológica 52, 2014-2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2015

En la semana 52 se notificaron seis casos, de los cuales dos por fecha de defunción corresponden a esta semana, un caso de la semana 44 y tres casos de la semana 51.

De los seis casos, dos se presentaron en menores de un año y cuatro en niños de uno a cuatro años en Bolívar, Chocó, Meta y Guajira.

Por lugar de residencia, los departamentos con mayor proporción de notificación son: La Guajira con el 14,6%, Cesar y Córdoba con el 6,5% cada uno y Vichada con el 6,2%.

El 58,4% de las muertes ocurrieron en menores de un año; la mayor mortalidad se registra a los tres meses de vida.

Con una mediana de peso al nacer de 2 600 gramos y talla de 47 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 5 kg. y talla de 56 cms. El 41,6% de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 14 meses de vida, con una mediana de peso al momento de la muerte de 7 kg. y talla de 72 cm.

El 56,9 % de las muertes corresponde al sexo masculino. El 79,6 % de los casos se encontraba afiliado al régimen subsidiado,

el 15,8% no estaba afiliado al momento de la muerte y el 3,5% se encontraba afiliado al régimen contributivo. Del total de niños y niñas con aseguramiento, el 26,9% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Por pertenencia étnica, el 51,8 % de los casos corresponde a otros, seguido de población indígena con el 42,8 % y afrocolombianos con el 5,4%.

El 70,8% de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 86,5% pertenecen al estrato socioeconómico uno.

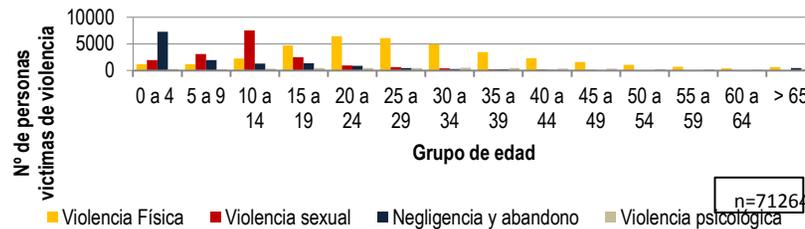
• **Violencia**

A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 73 914 casos de violencia; de estos, el 78,2% se presentó en mujeres: el 23,3% de la violencia fue en niños y niñas, el 27,6% en adolescentes y el 48,1% en población adulta.

De los 73 914 casos notificados de violencias de género, el 50,0% fueron por violencia física, el 23,9% por violencia sexual, 19,5% por negligencia y abandono y el 6,6% por violencia psicológica.

En los menores de cinco años se registró el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se registró con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfica 69).

Gráfica 69. Distribución de los tipos de violencia por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015



Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

Se encuentra diferencia estadística en la violencia registrada en las mujeres con respecto de los hombres en todos los grupos de edad; en general se registraron 3,5 casos de violencia en mujeres por cada caso en hombre (ver tabla 55).

Tabla 55. Incidencia de violencia por sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

GRUPO DE EDAD (Años)	MUJERES		HOMBRES		RR	IC 95%	
	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)	n	INCIDENCIA (por 100.000 habs.)			
Niños (0 a 9)	9365	223,40	7863	179,18	1,25	1,21	1,28
Adolescentes (10 a 19)	16959	401,74	3470	78,75	5,1	4,92	5,29
Adultos (> 20)	31491	196,94	4766	31,76	6,2	6,01	6,39
TOTAL	57815	236,91	16099	67,64	3,5	3,44	3,56

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Colombia, 2015

A semana epidemiológica 52 se notificaron en 24 entidades territoriales 75 casos de violencia física donde el mecanismo utilizado fueron sustancias corrosivas (ácido, álcalis) con tipo de lesión “quemadura”; el 62,7% de estas agresiones fueron a mujeres; Medellín registró el mayor número de casos esta semana (ver tabla 56).

Tabla 56. Casos de violencia física con sustancia corrosiva por entidad territorial, municipio de procedencia, sexo, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

Entidad territorial de procedencia	Municipio	Mujeres	Hombres	Total
ANTIOQUIA	AMAGA	1	0	1
	ARMENIA	1	0	1
	MEDELLIN	6	2	8
ATLANTICO	SOLEDAD	1	0	1
	BARRANQUILLA	0	1	1
BOGOTA	BOGOTA	3	3	6
BOLIVAR	SAN ESTANISLAO	1	0	1
	SAN PABLO	1	0	1
BOYACA	SANTA ROSA	0	1	1
	DUITAMA	1	0	1
	SOGAMOSO	1	0	1
CALDAS	TUNJA	1	0	1
	MANIZALES	0	1	1
	RIOSUCIO	0	1	1
CAQUETA	FLORENCIA	1	0	1
CAUCA	POPAYAN	1	0	1
CESAR	AGUACHICA	1	0	1
	BOSCONIA	0	1	1
	CURUMANI	1	0	1
	SAN ALBERTO	1	0	1
	VALLEDUPAR	2	0	2
CHOCO	QUIBDO	2	0	2
CORDOBA	PURISIMA	1	0	1
CUNDINAMARCA	CAJICA	1	0	1
	CHIA	2	0	2
	MOSQUERA	2	0	2
HUILA	ACEVEDO	0	1	1
	PITALITO	1	0	1
NARIÑO	BARBACOAS	1	0	1
	PASTO	1	0	1
	TUMACO	1	1	2
NORTE SANTANDER	CUCUTA	1	1	2
	OCAÑA	2	0	2
	MOCOA	0	1	1
PUTUMAYO	ARMENIA	0	1	1
	CALARCA	0	1	1
	PEREIRA	2	2	4
RISARALDA	SAN ANDRES	0	1	1
	BARRANCABERMEJA	0	1	1
	BUCARAMANGA	2	1	3
SANTANDER	FLORIDABLANCA	0	1	1
	COROZAL	0	1	1
	TOLU	0	1	1
SUCRE	RIOBLANCO	1	0	1
	CAICEDONIA	0	1	1
TOLIMA	CALI	3	2	5
	EL CERRITO	0	1	1
	VALLE DEL CAUCA	0	1	1
Total general		47	28	75

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

Hasta la fecha, se registran 145 casos sospechosos de muertes por estas causas, de los cuales 84 fueron por negligencia y abandono, 50 por violencia física, 10 por violencia sexual y una por violencia psicológica; en Antioquia se registró el mayor número de casos esta semana (ver tabla 57).

Tabla 57. Casos sospechosos de muerte por violencia de género, por tipo de violencia y entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52, 2015

MUERTES POR VIOLENCIA DE GÉNERO					
Entidad territorial	TIPO DE VIOLENCIA				TOTAL GENERAL
	Negligencia y abandono	Violencia física	Violencia sexual	Violencia Psicológica	
AMAZONAS	1	0	0	0	1
ANTIOQUIA	0	14	3	0	17
ARAUCA	2	1	1	0	4
ATLANTICO	1	0	0	0	1
BARRANQUILLA	0	1	0	0	1
BOGOTA	3	1	0	1	5
BOLIVAR	1	2	1	0	4
BOYACA	4	0	0	0	4
CALDAS	1	5	0	0	6
CAQUETA	1	0	0	0	1
CARTAGENA	3	0	1	0	4
CASANARE	8	1	0	0	9
CAUCA	1	0	0	0	1
CESAR	1	1	0	0	2
CHOCO	2	0	0	0	2
CORDOBA	1	1	0	0	2
CUNDINAMARCA	1	1	0	0	2
GUAINIA	1	0	0	0	1
HUILA	9	2	1	0	12
MAGDALENA	2	1	0	0	3
META	6	2	0	0	8
NARIÑO	3	2	1	0	6
NORTE					
SANTANDER	5	1	1	0	7
PUTUMAYO	1	0	0	0	1
QUINDIO	2	0	0	0	2
RISARALDA	5	1	0	0	6
SANTANDER	8	2	1	0	11
SUCRE	1	0	0	0	1
TOLIMA	5	0	0	0	5
VALLE	1	11	0	0	12
VICHADA	4	0	0	0	4
Total general	84	50	10	1	145

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

Brotos y situaciones de emergencias en salud Pública

- *Alertas internacional*
- **Enfermedad por el virus del Ébola (EVE), África Occidental**

El reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se realiza al 06 de enero de 2016, con fecha de corte del 03 de enero. El número total de casos acumulados es 28 601 con 11 300 muertes reportadas.

Liberia no reportó casos nuevos de EVE. Continúa el seguimiento a los contactos hasta el 14 de enero para completar 42 días sin casos.

Guinea fue declarada libre de EVE el 29 de diciembre de 2015, por lo que entra en fase de vigilancia intensificada por 90 días.

Sierra Leona fue declarada libre de EVE a partir del 7 de noviembre de 2015. Este país se encuentra en la fase de vigilancia intensificada por 90 días programada para concluir el 5 de febrero de 2016.

Fuente: apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-6-january-2016

Infección humana por virus de la gripe aviar A (H5N6), China

Entre el 30 de diciembre de 2015 al 2 de enero de 2016, China notificó dos casos de infección humana con influenza aviar A (H5N6) confirmados por laboratorio, en una mujer de 26 años que inició síntomas el 24 de diciembre y se encuentra en condición crítica, otro caso en una mujer de 40 años que inició síntomas el 22 de diciembre de 2015, el 28 de diciembre es hospitalizada y se encuentra en estado crítico. Se realizaron medidas de vigilancia y control como la obtención y análisis de muestra del caso, investigación epidemiológica (contactos estrechos) y fortalecimiento de la vigilancia de la neumonía inexplicable y vigilancia centinela.

Fuente: <http://www.who.int/csr/don/4-january-2016-avian-influenza-china/en/>

(MERS-CoV) - Arabia Saudita

Entre el 29 de noviembre y 17 de diciembre de 2015 el Centro Nacional de Enlace para el Reino de Arabia Saudita, notificó a la OMS cuatro casos adicionales de (MERS-CoV) infección en Oriente Medio, incluyendo dos muertes, una en un hombre de 48 años con historia de contacto frecuente con camellos y consumo de la leche cruda y una mujer de 35 años, ambos con comorbilidades. Desde septiembre de 2012, la OMS ha sido notificada de 1 625 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV con al menos 586 muertes relacionadas.

Fuente: <http://www.who.int/csr/don/4-january-2016-mers-saudi-arabia/en/>

- *Alertas nacionales*

Intoxicación por Metanol, Bogotá

El 23 diciembre se notificó una intoxicación por metanol en menor de edad, de acuerdo a la investigación de campo la menor se reunió con algunos amigos e ingiere al parecer licor y sustancias psicoactivas. La menor fue trasladada al CAMI y posteriormente al servicio de urgencias de mayor complejidad donde recibió la atención en salud, se obtuvieron muestras de sangre y orina para análisis toxicológico, los cuales fueron positivos para metanol y formaldehído, fue hospitalizada y posteriormente dada de alta. Se realizó la investigación epidemiológica de campo e intervención con en distrito.

Estado: en seguimiento.

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en Dagua, Valle

El 06 de enero se recibe notificación de brote ocurrido el 30 de diciembre de 2015, con afectación de 17 personas de 130 expuestos, con síntomas dados por náuseas, calambres abdominales, diarrea, vómito. Posible alimento implicado fiambre (alimento empacado en hoja de plátano que contiene arroz, carne de res asada, huevo duro y chorizo). En cuanto a las acciones realizadas se lleva a cabo la investigación de campo y se obtuvieron muestras del alimento implicado.

Estado: abierto.

Actualización brote de Varicela en cárcel de Valledupar, Cesar

El 5 de Enero de 2016, se recibe notificación sobre el aumento de casos correspondientes al brote de varicela, con fecha de ocurrencia del 23 de septiembre de 2015, con afectación de 23 internos de 1 238 expuestos y una tasa de ataque del 2%. Se lleva a cabo investigación de campo, búsqueda activa institucional al 100% del centro carcelario, búsqueda diaria de casos, revisión de historias clínicas y acciones de prevención y promoción.

Estado: abierto.



Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General (E)

Mancel Enrique Martínez Duran
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Ana María Blandón Rodríguez – ablandon@ins.gov.co
Ángela Alarcón – aalarcon@ins.gov.co
Edición

Diana Bocanegra - dbocanegra@ins.gov.co
Corrección de estilo

Claudia Clavijo – cclavijo@ins.gov.co
Diagramación

Av. Calle 26 No 51 – 20, Bogotá D. C. – Colombia
PBX (571) 220 77 00

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

2015

BES



BOLETÍN **EPIDEMIOLÓGICO** SEMANAL

www.ins.gov.co