

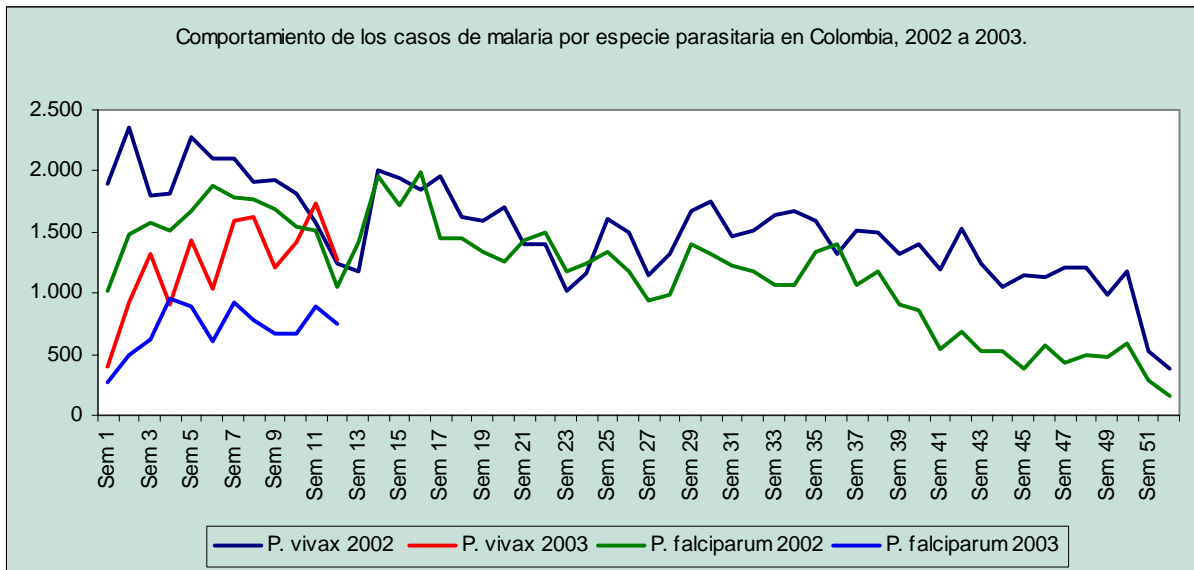
 Libertad y Orden	República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública	Instituto Nacional de Salud Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 Sistema de Vigilancia en Salud Pública			
Boletín Epidemiológico Semanal			
Semana Epidemiológica N° 13		Marzo 23 a Marzo 29 de 2003	

CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE LOS EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.	
COLOMBIA. 2003.	2
Malaria.	2
Leishmaniasis.	5
Dengue clásico y hemorrágico.	5
Fiebre tifoidea.	7
Cólera.	7
Enfermedades transmitidas por alimentos.	8
Conclusiones	12
Recomendaciones	12
Hepatitis B	13
VIH/SIDA	13
Sífilis gestacional y congénita	14
Parálisis flácida aguda en menores de 15 años.	14
Sarampión y rubéola.	15
Sistema de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión- MESS.	16
Indicadores de la Vigilancia de sarampión	16
Parotiditis.	17
Varicela.	17
Tétanos neonatal.	18
Difteria	18
Tos ferina	19
Tuberculosis.	19
Lepra.	21
MORTALIDAD POR CAUSAS EVITABLES	22
Mortalidad por EDA e IRA en menores de cinco años	22
Mortalidad materna y perinatal	23
Mortalidad por malaria y dengue	24
PARA RECORDAR EN MORTALIDAD	25

CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE LOS EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA. COLOMBIA. 2003.

Malaria.

Hasta la semana epidemiológica 12 del año 2003, se han reportado 23.836 casos de malaria de los cuales el 62.5% (14.905) fueron por *P. vivax*, el 35.6% (8.495) por *P. falciparum* y el 1.82% (436) por infección mixta (Gráfica No 1 y Tablas No 1-2-3-4 y 5).



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2003.

En la región amazonia, hasta la semana epidemiológica 12 del año 2003, el promedio del IPA es de 1.49 y la mediana de 0.61. El departamento con IPA más alto que la mediana es Amazonas con 3.69 x 1000 hab. (Tabla No 1).

Tabla No 1: Comportamiento de los casos de malaria en la región Amazonía. Años 2000, 2001, 2002 y acumulado a la semana epidemiológica 12 de 2003.

Dpto	Casos 2000	IPA	Casos 2001	IPA	Casos 2002	IPA	Casos hasta la semana 12, 2003	IPA
Caqueta	6147	10.1	10.135	23.69	5.345	12,24	72	0,16
Putumayo	941	12.0	2.412	7.06	2.543	7,25	219	0,61
Amazonas	1047	5.03	1.300	17.94	1.267	17,03	282	3,69
Total	8.135	X= 9.04 Me = 10.1	13.847	X= 16.23 Me =17.94	9.155	X= 12.17 Me=12.2	573	X= 1.49 Me=0.61

Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

En la región orinoquía, el IPA promedio hasta la semana epidemiológica 12 es de 4.72 y la mediana 1.04. Los departamentos con IPA más alto son Guaviare con 13.21 x 1000 hab, Vichada con 7.38 x 1.000 hab y Guainía con 9.68 x 1.000 hab. (Tabla No 2).

Tabla No 2: Comportamiento de los casos de malaria en la región Orinoquía. Años 2000, 2001, 2002 y acumulado a la semana epidemiológica 12 de 2003.

Dpto	Casos 2000	IPA	Casos 2001	IPA	Casos 2002	IPA	Casos hasta la semana 12 de 2003	IPA
Arauca	456	2.1	421	4.11	884	3,44	219	0,83
Casanare	120	0.34	81	0.21	140	0,46	32	0,10
Meta	5325	6.4	7425	33.5	8.717	11,96	614	0,83
Guainía	216	2.1	313	6.95	253	6,39	395	9,68
Guaviare	5777	100.4	6056	75.1	6.392	51,73	1.675	13,21
Vaupés	213	5.3	489	12.0	1.147	36,72	33	1,04
Vichada	1646	13.2	1539	24.4	2.175	24,47	674	7,38
Total	14.753	X = 18.54 Me = 5.3	16.324	X = 22.32 Me = 12.0	19.708	X= 19.31 Me= 11.9	3.642	X= 4.72 Me= 1.04

Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

En la región centro oriente, el IPA promedio de malaria hasta la semana epidemiológica 12 es de 0.19 y la mediana 0.07. El IPA más alto con respecto a la mediana se encuentra en el departamento de Norte de Santander con 0.82 x 1000 hab. (Tabla No 3).

Tabla No 3: Comportamiento de los casos de malaria en la región Centro oriente.

Años 2000, 2001, 2002 y acumulado a la semana epidemiológica 12 de 2003.

Dpto	Casos 2000	IPA	Casos 2001	IPA	Casos 2002	IPA	Casos hasta semana 12 de 2003	IPA
Cundinamarca	96	0.1	177	0.3	69	0,07	16	0,02
Huila	97	0.2	95	0.2	134	0,35	12	0,03
Norte de Santander	949	1.6	3673	10.6	792	2,08	324	0,82
Boyacá	72	0.2	133	0.1	275	0,35	69	0,09
Santander	140	0.1	467	0.2	481	0,77	85	0,14
Tolima	31	0.1	62	0.2	70	0,14	22	0,04
Total	1.387	X =0.38 Me=0.18	4.607	X = 1.93 Me =0.25	1.821	X=0,63 Me=0,35	528	X=0,19 Me=0,07

Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

En la región occidental pacífica, el IPA promedio de malaria hasta la semana epidemiológica 12 es de 3.53 y la mediana 0.90. Los IPAs más altos con respecto a la mediana son los de Cauca con 15.85 x 1000 hab y Chocó con 6.83 x 1000 hab. (Tabla No 4).

Tabla No 4: Comportamiento de los casos de malaria en la región Occidental pacífica. Años 2000, 2001, 2002 y acumulado a la semana epidemiológica 12 de 2003.

Dpto	Casos 2000	IPA	Casos 2001	IPA	Casos 2002	IPA	Casos semana 12 de 2003	IPA
Antioquia	24.545	27.42	50.627	33.80	51.992	32.26	5.435	3,34
Caldas	5	0.1	40	0.5	135	0,32	3	0,01
Cauca	1.485	4.86	4248	15.79	5.787	6,93	1.488	15,85
Chocó	3.838	14.2	7550	46.43	16.481	40,19	2.812	6,83
Nariño	11.426	32.65	31.525	23.09	39.012	40,09	9	0,03
Quindío	67	0.3	55	0.6	116	1,21	33	0,33
Risaralda	334	0.2	1409	6.38	1.551	6,21	323	1,28
Valle	1.771	3.33	8.099	30.14	12.812	20,69	330	0,53
Total	15.841	X = 10.38 Me = 4.5	35.471	X=17.01 Me=18.1	81.844	X=18.29 Me=13.81	10.433	X=3.53 Me=0.90

Fuente: SIVIGILA Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

En la costa atlántica, el IPA promedio hasta la semana epidemiológica 12 es de 5.43 y la mediana 0.13. El IPA más alto con respecto a la mediana se encontró en Córdoba con 47.69 x 1000 hab. (Tabla No 5).

Tabla No 5: Comportamiento de los casos de malaria en la región Atlántica. Años

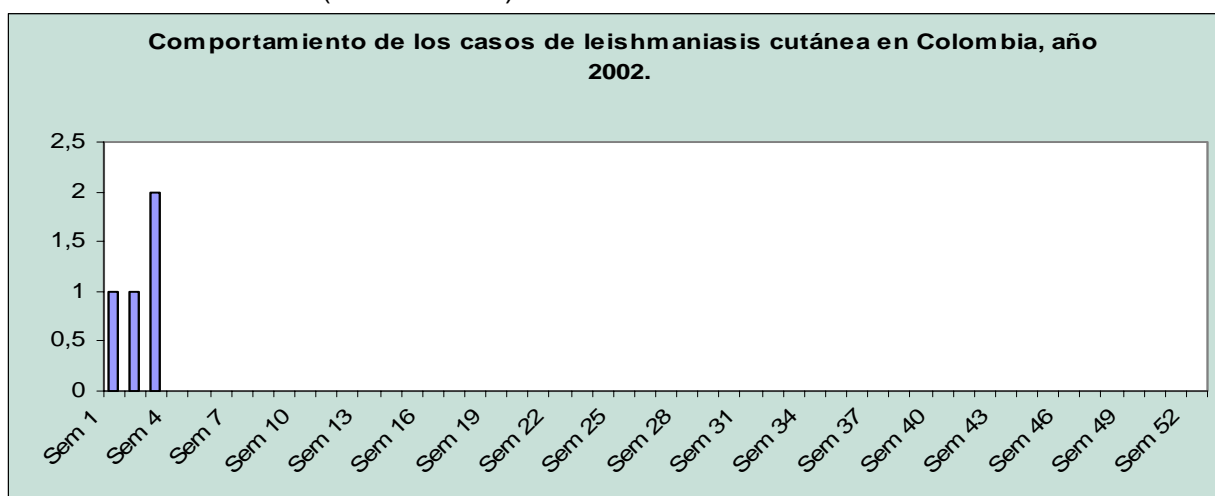
2000, 2001, 2002 y acumulado a la semana epidemiológica 12 de 2003.

Departamento	Casos 2000	IPA	Casos 2001	IPA	Casos 2002	IPA	Casos hasta semana 12 de 2003	IPA
Atlántico	3	0.1	178	1.2	2	0,02	0	0,00
Bolívar	451	0.2	320	1.14	470	0,73	134	0,20
Cartagena					14	0,16	1	0,01
Cesar	61	0.34	61	0.35	33	0,09	13	0,03
Córdoba	17.926	22.7	34.536	54.45	44.000	61,15	8.260	47,69
La Guajira	4600	9.2	253	1.60	189	1,03	5	0,03
Magdalena	37	0.34	39	0.35	316	0,62	199	0,38
Santa Marta					157	7,74	9	0,43
Sucre	25	0.3	36	0.4	79	1,02	37	0,13
Total	23.042	X = 4.14 Me=0.15	35.422	X = 7.43 Me=0.38	45.260	X= 8.06 Me=0.73	8.658	X=5.43 Me=0.13

Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Leishmaniasis.

En Colombia hasta la semana epidemiológica 12, se han informado 1.366 casos de leishmaniasis al SIVIGILA de los cuales el 98.1% (1.340) corresponden a casos de leishmaniasis cutánea. (Gráfica No 2).



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Dengue clásico y hemorrágico.

Hasta la semana epidemiológica 12 del año 2003, se han notificado 13.913 casos de dengue clásico con un promedio de 435 casos y una mediana de 299 casos. En cuanto a las tasas, la tasa promedio nacional es de 44.94 x 100.000 hab y la mediana de 23.59 x 100.000 hab.

Los departamentos con tasas mayores de la mediana nacional para dengue clásico son: Tolima 161.35 x 100.000 hab, Quindío 413.84 x 100.000 hab, Arauca con 106.84 x 100.000 hab y Guaviare con 103.32 x 100.000 hab.

En cuanto a dengue hemorrágico se han informado hasta la semana 12, 1.181 casos, con una tasa promedio de 2.28 x 100.000 hab y la mediana de 0.36 x 1000.000 hab. Los departamentos con tasa mayor para dengue hemorrágico a la mediana nacional son: Huila con 20.56 x 100.000 hab, Santander con 15.89 x 100.000 hab, Tolima 6.80 x 100.000 hab, Cundinamarca con 6.0 x 100.000 hab y Valle con 5.13 x 100.000 hab. (Tabla No 6).

Tabla 6: Tasas de dengue clásico y hemorrágico x 100.000 hab en Colombia, hasta la semana epidemiológica 12 del año 2003.

Nombre Depto.	Clásico	Hemorrágico	Población	Tasa clásico	Tasa hemorrágico	Serotipo circulante
AMAZONAS		0	0	0,00	0,00	
ANTIOQUIA	573	40	5.608.829	10,22	0,71	
ARAUCA	283	0	264.888	106,84	0,00	
ATLÁNTICO	284	0	939.716	30,22	0,00	
BARRANQUILLA	522	1	1.332.455	39,18	0,08	
BOLÍVAR	141	3	1.159.070	12,16	0,26	
BOYACÁ	59	6	1.394.952	4,23	0,43	
CALDAS	381	1	1.146.847	33,22	0,09	
CAQUETÁ	337	21	446.084	75,55	4,71	D1 Y D3
CARTAGENA	25	4	978.187	2,56	0,41	
CASANARE	73	1	309.398	23,59	0,32	
CAUCA	21	8	1.321.702	1,59	0,61	
CESAR	244	15	1.015.888	24,02	1,48	
CHOCÓ	1	1	411.844	0,24	0,24	
CÓRDOBA	214	6	1.367.010	15,65	0,44	
CUNDINAMARCA	603	136	2.266.806	26,60	6,00	
GUAVIARE	131	0	126.795	103,32	0,00	D3
HUILA	730	199	967.831	75,43	20,56	
LA GUAJIRA	37	1	508.650	7,27	0,20	
MAGDALENA	42	0	934.095	4,50	0,00	
META	453	19	743.597	60,92	2,56	
NARIÑO	2	0	1.719.162	0,12	0,00	
NORTE DE SANTANDER	545	64	1.435.237	37,97	4,46	
PUTUMAYO	26	0	359.990	7,22	0,00	
QUINDÍO	2.455	2	593.218	413,84	0,34	
RISARALDA	766	3	993.332	77,11	0,30	
SAN ANDRÉS	3	0	79.459	3,78	0,00	
SANTA MARTA	77	8	422.460	18,23	1,89	
SANTANDER	1.189	324	2039336	58,30	15,89	D3
SUCRE	98	3	839.770	11,67	0,36	
TOLIMA	2.112	89	1.308.944	161,35	6,80	D3
VALLE	1.484	225	4389486	33,81	5,13	
VICHADA	2	1	91.357	2,19	1,09	
Total	13.913	1.181	37.516.395			
PROMEDIO NAL	435	36		44,94	2,28	
MEDIANA NAL	229	3		23,59	0,36	

Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Fiebre tifoidea.

Durante el primer trimestre del presente año se notificaron 286 casos de fiebre tifoidea, este comportamiento fue similar al presentado en el mismo período de 2002. (Gráfica 1).

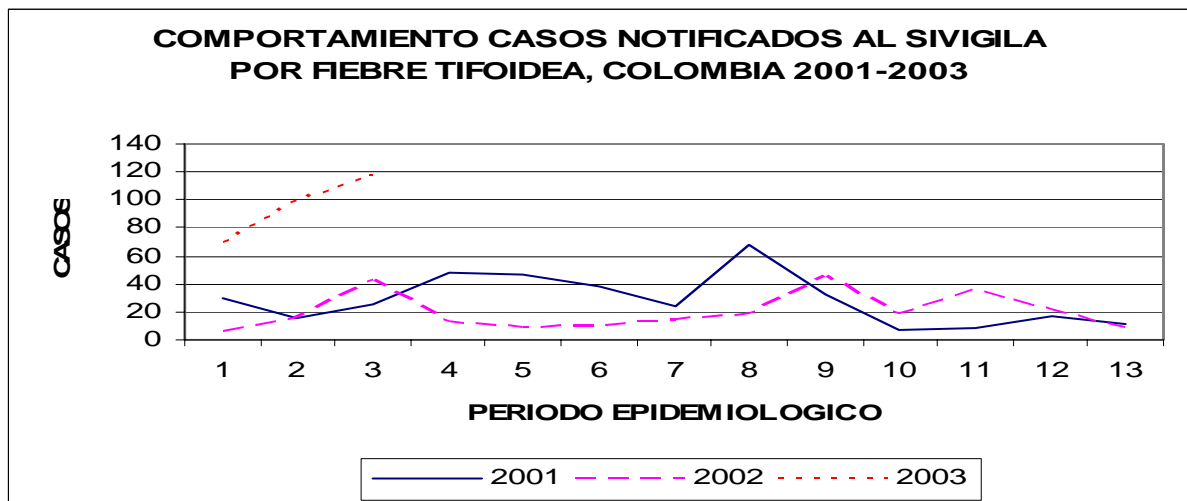
El 60% de los casos fueron informados por los departamentos de Chocó, Nariño y Bolívar (Tabla 1).

En Bolívar se destaca que en el año anterior no habían notificado casos de fiebre tifoidea y que hasta la semana epidemiológica 12 de 2003, ha notificado el 48.6% de los casos notificados al SIVIGILA (18 casos), a expensas del municipio de Río Viejo.

Para afrontar este incremento de casos se diseñó e implementó un mecanismo para la toma, transporte y análisis de hemocultivos en la zona; como criterio base para la confirmación de casos.

En Chocó se notificaron 59 de los casos notificados procedentes del municipio de Condoto. Los casos notificados por Sucre fueron descartados por laboratorio, al igual que los casos notificados por San Lorenzo (Nariño). (Gráfica No 3).

Gráfica No 3. Comportamiento de los casos notificados de fiebre tifoidea, Colombia. 2003.

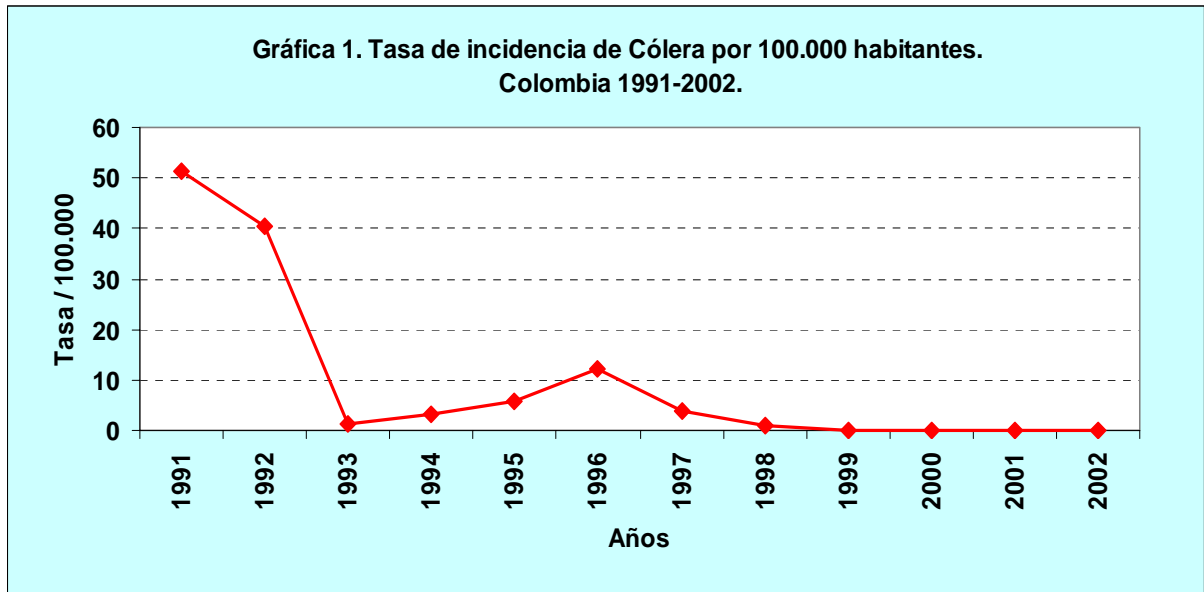


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Cólera.

En Colombia el control del cólera ha sido una prioridad de salud pública, después de la aparición de los primeros brotes ocurridos en la costa pacífica durante el año de 1991. La vigilancia epidemiológica del cólera, como evento de alto potencial epidémico, tiene como objetivo identificar en forma oportuna la presencia de casos, brotes o factores de riesgo, con el fin de encaminar las acciones al control de los mismos y la rápida interrupción de la cadena de transmisión, reduciendo la morbilidad y evitando la mortalidad.

La siguiente gráfica resume el comportamiento en tasas de morbilidad por cólera en el país durante el período 1991- 2002. No obstante la epidemia alcanzada en el período 1991-1992 no ha sido alcanzada por ningún otro año. (Gráfica No 4).

Gráfica No 4. Tasa de incidencia de Cólera en Colombia. 1991-2002.

Fuente: Sistema Alerta Acción, Minsalud y SIVIGILA: Minsalud – Instituto Nacional de Salud.

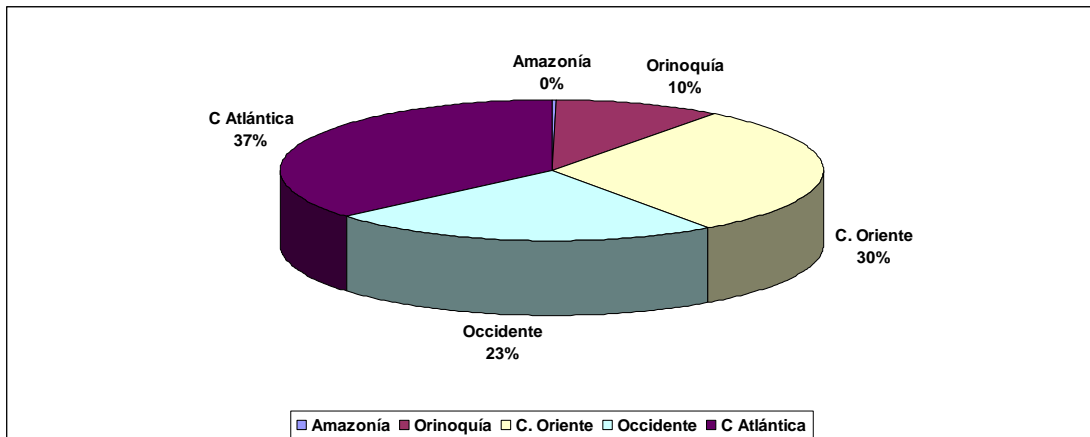
En lo que va corrido del año 2003, semanas epidemiológicas 1–13, **no** se han reportado casos de cólera al sistema de vigilancia SIVIGILA y se espera continuar realizando la vigilancia a través de los laboratorios de salud pública departamentales y lograr implementar un sitio centinela para cólera en aguas sobre el cauce del río Magdalena durante el presente año.

Enfermedades transmitidas por alimentos.

Hasta la semana epidemiológica 13 del año 2003, se han reportado 2311 casos de enfermedades transmitidas por alimentos de los cuales, la mayor proporción, se presentan en la Costa Atlántica (37%) (Gráfico 5).

Durante el primer trimestre de 2003, no hubo registro de notificación de casos al SIVIGILA de los departamentos del Putumayo, Guainía, Guaviare y Vaupés.

Gráfico 5. Distribución porcentual de ETA según número de casos por regiones. Colombia, primer trimestre, 2003



Fuente: SIVIGILA, Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. 2003.

En la región costa atlántica se encuentran los departamentos y distritos con mayor presencia de casos como son: Santa Marta 15% (364), Córdoba 7,6% (204) y Cesar 6,0% (149). De la región centro oriente se destacan Bogotá 16,7% (411) y Cundinamarca 6% (139). En la región occidente, hasta la semana epidemiológica 13, el mayor número de casos se presentó en el departamento del Valle 10,6% (270). En la Orinoquía el mayor número de casos de enfermedades transmitidas por alimentos se presentó en Arauca con 204 que corresponden al 7,6% de los casos. La región con el menor número de casos fue la amazonía con 8 casos que corresponden al 0,4%.

Los departamentos con el mayor número de personas afectadas por enfermedades transmitidas por alimentos durante este trimestre fueron: Arauca (204), Bogotá (411), Cundinamarca (139), Valle (270), Cesar (149), Córdoba (204) y Santa Marta (364).

Al establecer el comportamiento de este evento por tasas se observa que el primer lugar lo ocupa el distrito de Santa Marta con una tasa de 86,2 x 100.000 habitantes seguido de San Andrés y Providencia con 57,9 x 100.000 habitantes. Es de resaltar que el distrito de Santa Marta y la Isla de San Andrés son sitios turísticos por excelencia y al comparar las semanas, de la 1 a la 4, se presenta mayor incidencia de casos (alta temporada de vacaciones). Las tasas de los demás departamentos y distritos se pueden observar en la tabla 7 y gráfica 6.

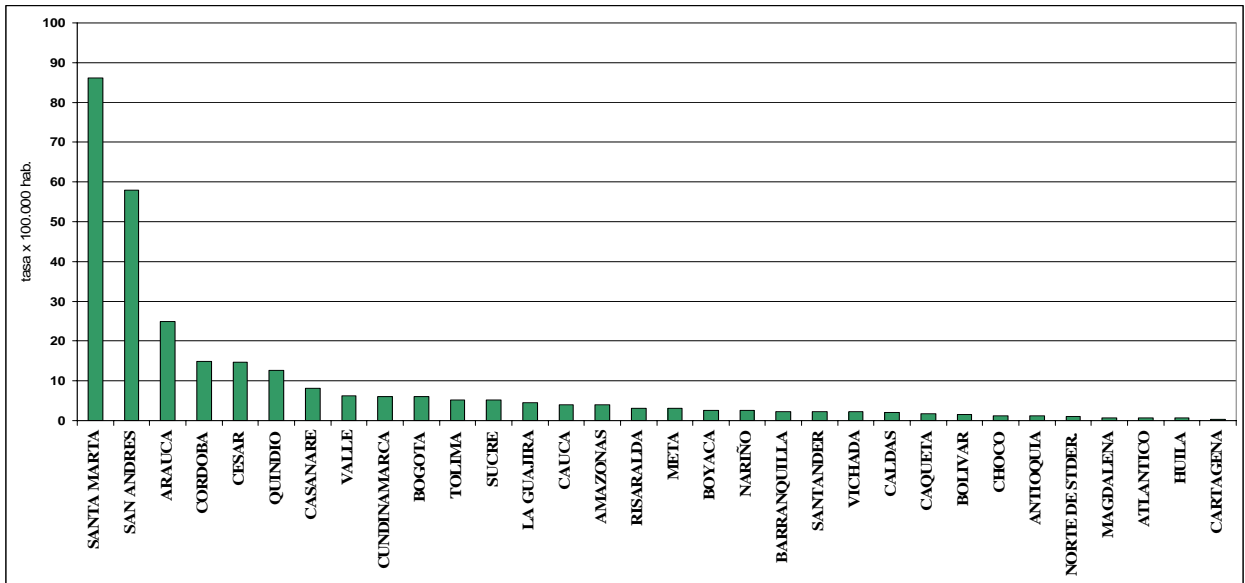
Tabla 7. Tasa de enfermedades transmitidas por alimentos según región y ente territorial. Colombia, primer trimestre, 2003.

REGIÓN	DEPARTAMENTO	TASA POR 100000 hab.
Amazonía	Amazonas	3,9
	Caquetá	1,8
Orinoquía	Arauca	24,9
	Casanare	8,1
	Meta	3,1
	Vichada	2,2
Centro Oriente	Bogotá	6,0
	Boyacá	2,6
	Cundinamarca	6,1
	Huila	0,6
	N. Santander	1,0
	Santander	2,2
	Tolima	5,3
Occidente	Antioquia	1,2
	Caldas	2,1
	Cauca	3,9
	Chocó	1,2
	Nariño	2,6
	Quindío	12,6
	Risaralda	3,1
	Valle	6,2
	Costa Atlántica	Atlántico
Barranquilla		2,3
Bolívar		1,6
Cartagena		0,3
Cesar		14,7
Córdoba		14,9
La Guajira		4,5
Magdalena		0,6
San Andrés		57,9
Santa Marta		86,2
Sucre	5,2	

Fuente:

SIVIGILA, Ministerio de la Protección Social - INS 2003

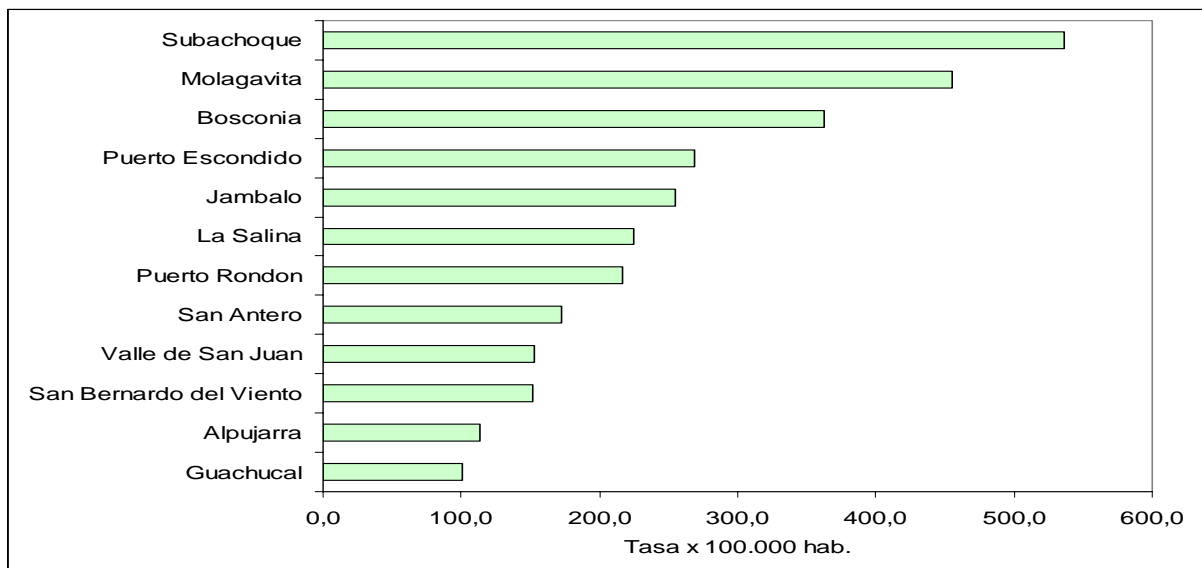
Grafica 6. Tasa de enfermedades transmitidas por alimentos según entidades territoriales. Colombia, primer trimestre, 2003.



Fuente: SIVIGILA, Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. 2003

Al procesar la información reportada al SIVIGILA por el actual registro de información se obtienen los municipios del país con las más altas tasas de incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos y pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca, Santander, Cesar, Córdoba, Cauca, Casanare, Arauca, Tolima y Nariño (gráfica No 7).

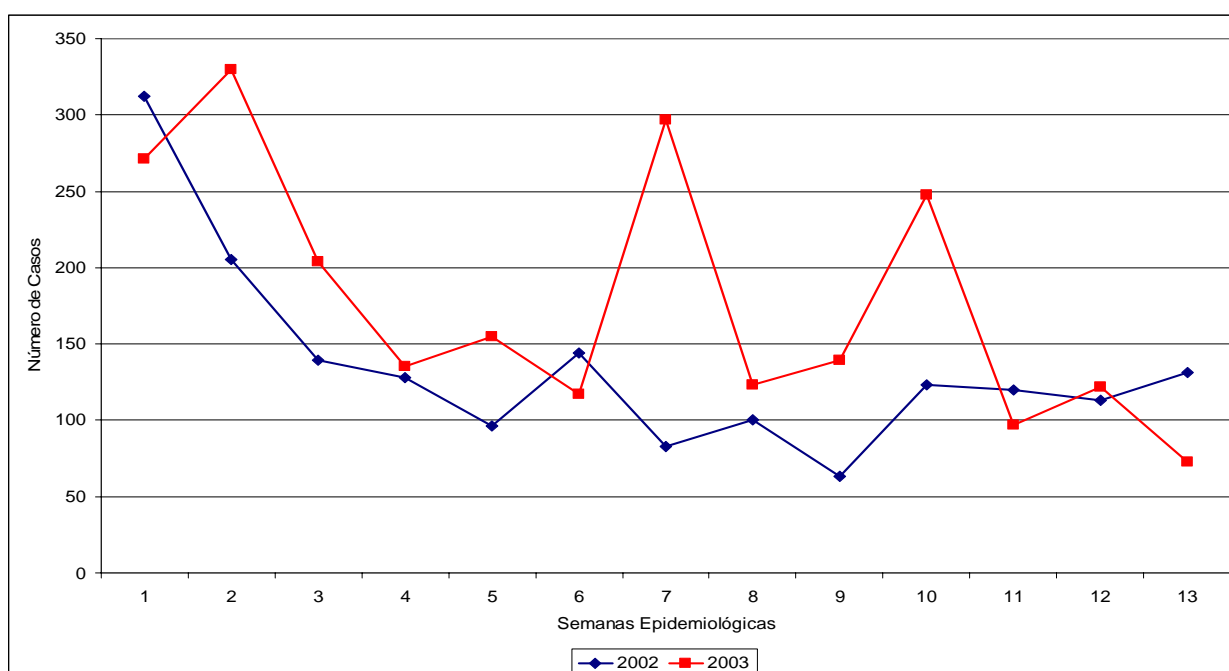
Grafica 7. Municipios con las tasas más altas de ETA. Colombia, primer trimestre, 2003.



Fuente: SIVIGILA, Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. 2003.

Al comparar la notificación de casos entre el 2002 y 2003 se observa un incremento en la notificación de ETA para el 2003 durante los tres primeros periodos (gráfica No 8).

Gráfica 8. Casos de enfermedades transmitidas por alimentos: Semanas epidemiológicas 1- 13. Colombia, 2002-2003.



Fuente: SIVIGILA, Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. 2003.

Conclusiones

- Al analizar el número de casos por semana epidemiológica se observa un incremento en las semanas 2 a 4 (temporada de vacaciones) y otros dos picos en las semanas 7 a 10 lo que coincide con el inicio del periodo escolar. Es importante resaltar que el brote más grande hasta ahora registrado por el sistema en este periodo se presentó en la ciudad de Cali involucrando a 152 personas la mayoría de las cuales fueron estudiantes entre los 7 y los 14 años.
- Durante el periodo analizado solo se tiene información de dos brotes estudiados, uno en Cali semana 7 y otro en Bosconia (Cesar) en la semana 10, en el cual se logró determinar el alimento (queso) y el agente etiológico estafilococo coagulasa positiva por parte del laboratorio de salud pública de la Secretaría de Salud Departamental.

Recomendaciones

- Se deberá mantener la vigilancia de las ETA en todo el territorio nacional
- Se trabajará en implementar medidas de manejo y control oportunas en sitios turísticos a fin de disminuir el número de personas afectadas por este evento durante las temporadas de vacaciones.

- Es importante fortalecer las medidas de vigilancia y control en la preparación, distribución y consumo de refrigerios escolares en las ciudades donde se ofrece este servicio por licitación.

Hepatitis B

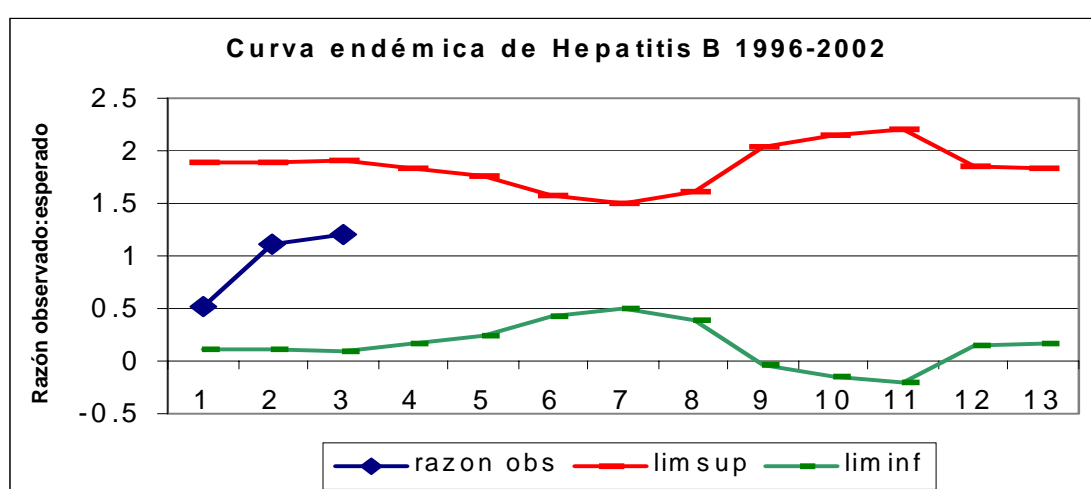
Durante los primeros tres periodos epidemiológicos de 2003 se reportaron 241 casos, 10% menos que la mediana observada entre 1996 y 2002. Para este trimestre no notificaron casos los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá y Vaupés.

Aumentaron su notificación histórica, los departamentos de Cauca, Guaviare, Quindío y Vichada. Con esfuerzos importantes de búsqueda activa los departamentos de Cundinamarca, Guainía, Boyacá, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Meta Huila y Bolívar, informaron casos.

Durante este periodo se registró un caso de hepatitis B fulminante en Tibú, Norte de Santander, con 8 casos reactivos de contacto.

No se observó comportamiento epidémico o de sobrenotificación durante este primer trimestre. (Gráfica no 9).

Gráfica No 9. Curva endémica de hepatitis B en Colombia. 1996-2002.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

VIH/SIDA

Para el primer trimestre de 2003, se calculaba una notificación de cerca de 1.000 casos nuevos de infección por VIH o SIDA de acuerdo a la tendencia histórica en el SIVIGILA, sin embargo sólo se registraron 285 casos correspondientes a una disminución del 29%. Esta disminución en los casos notificados se encuentra principalmente en Antioquia, Bolívar, Cundinamarca, Nariño y Risaralda.

Bogotá no notificó durante las primeras tres semanas y Atlántico no reporta casos desde la semana 5.

No han notificado casos los departamentos de Arauca, Boyacá, Casanare, Huila, Meta, Norte de Santander, Quindío, Sucre y Valle del Cauca. A diferencia de los departamentos de Cesar y La Guajira, donde se mejoró la vigilancia y el sistema de información.

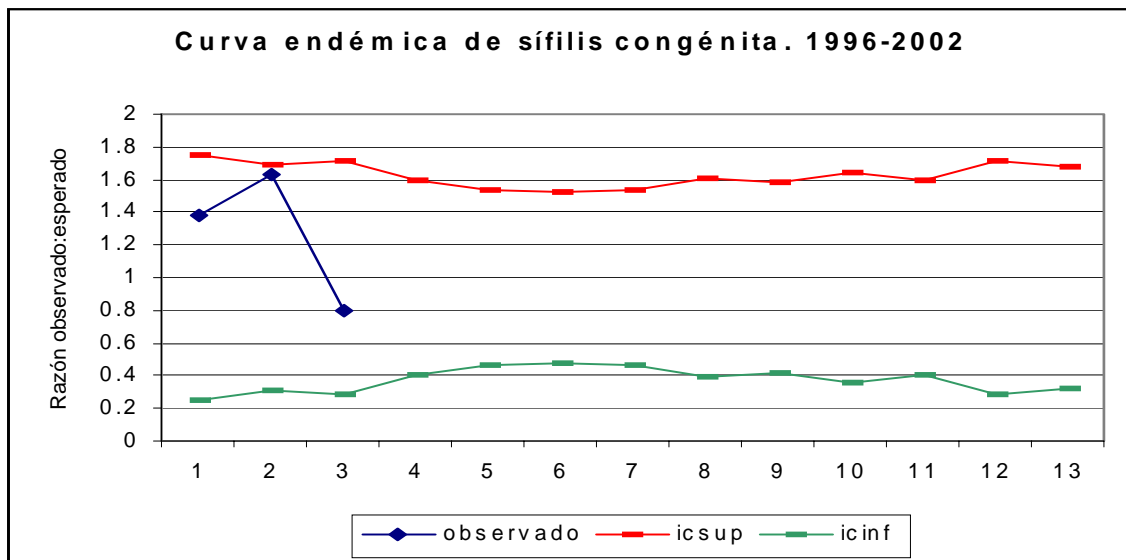
Sífilis gestacional y congénita

En el 2003 se incorporó al SIVIGILA, la vigilancia de sífilis gestacional. Para este evento se reportaron 129 casos en 22 de los 33 entes notificadores, sin concordancia entre los casos de gestacional y congénita, ya que todos los casos de sífilis congénita fueron también de sífilis gestacional.

El número de casos de sífilis congénita se mantuvo en niveles similares para el primer trimestre de 2003 (273) con respecto a 2002 (260), con una incidencia por notificación proyectada de más de un caso por 1.000 nacidos vivos.

No se han registrado patrones epidémicos o de aumento de notificación en los casos notificados de sífilis congénita. (Gráfica no 10).

Gráfica No 10. Curva endémica de sífilis congénita en Colombia. 1996-2002.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Disminuyeron los casos notificados en los departamentos de Tolima, Boyacá, Valle del Cauca, Nariño, Huila, Caldas y Cesar, aunque su histórico de notificación muestra además una tendencia al descenso desde 2002.

Han aumentado los casos notificados en Córdoba, Magdalena, Arauca, Quindío, Cundinamarca, Cauca, Norte de Santander, Meta y Putumayo. Se observa mejoramiento importante de la notificación en Atlántico y Sucre.

Parálisis flácida aguda en menores de 15 años.

Hasta la semana epidemiológica No. 12 del año 2003, el país cumplió con los 3

indicadores de la Certificación de Erradicación de la poliomielitis según las normas OPS/OMS; con valores superiores al 80% excepto en el indicador de investigación de caso en menos de 48 horas que tiene un porcentaje del 76%

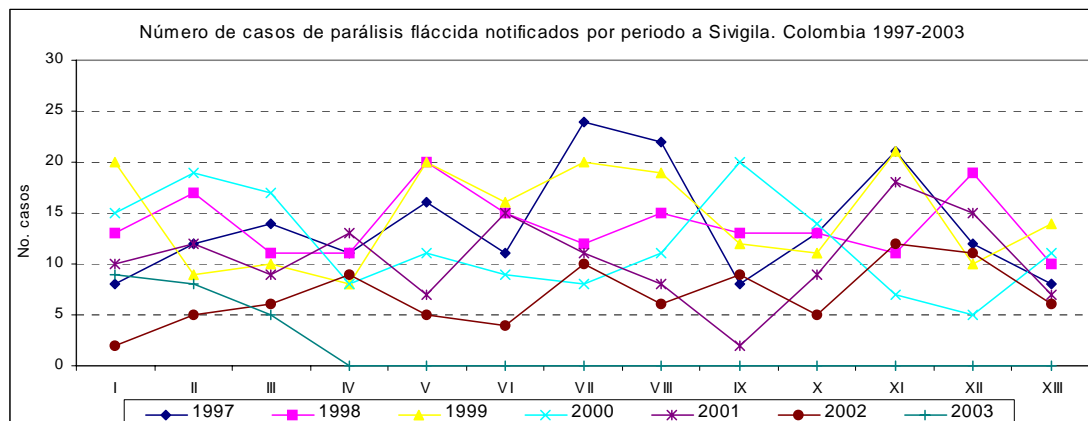
En el seguimiento de notificación de casos realizado por el SIVIGILA, hasta la semana 12 se han reportado 21 casos, observándose el mismo comportamiento comparado con el primer trimestre del año 2002 en el que se reportaron 20 casos probables. (Gráfica 11).

Durante el primer trimestre de 2003, se han notificado al Sistema de Vigilancia de Erradicación de Polio, 21 casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) de los cuales el 28.5% (6/21) pertenecen al departamento de Antioquia, el 19% (4/21) a Valle y el resto de los casos pertenecen a Bolívar, Boyacá, Córdoba, Magdalena, Meta, Tolima y Santander.

De estos, 21 casos se clasifican en probables 12 (57%), 9 fueron descartados (42%), ningún caso se ha confirmado y no se han notificado casos post-Vacunales.

La tasa hasta la fecha es equivalente a 0.2 por 100.000 en menores de 15 años.

Gráfica No 11. Número de casos de PFA por período, Colombia 1997-2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Sarampión y rubéola.

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2003 se han notificado al SIVIGILA un total de 378 casos sospechosos de sarampión. Estos casos se han reportado por 22 departamentos y los distritos de Bogotá, Barranquilla y Cartagena.

Las entidades territoriales que están en silencio epidemiológico son: Amazonas, Putumayo, Guainía, Guaviare, Vaupés, Chocó, Atlántico, Córdoba, Magdalena, Santa Marta y San Andrés.

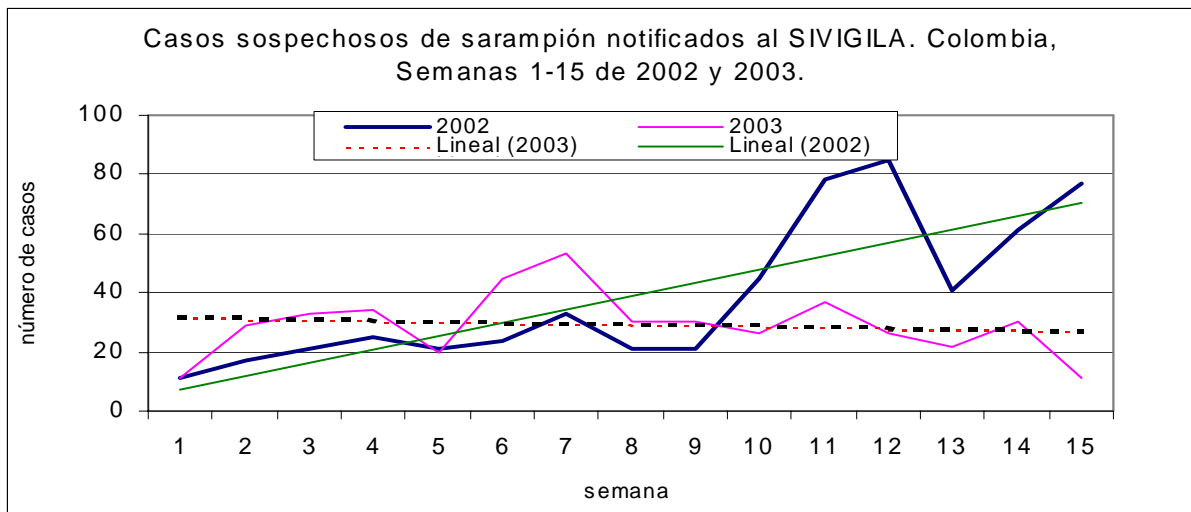
El 83% de los casos los han informado 6 departamentos y un distrito: Bogotá (109), Norte de Santander (52), Cundinamarca (48), Santander (41), Antioquia (30), Sucre (19) y Valle del Cauca (16).

El comportamiento de la notificación con respecto al año 2002 muestra una leve disminución cuando para el mismo periodo se habían notificado 302 casos

sospechosos.

En el año 2003 las semanas epidemiológicas que más casos han reportado son la # 7 y la # 6 con 53 y 45 casos respectivamente; las de menos reporte son la # 1 y la # 9 con 11 y 19 casos cada una. No obstante, en el año 2002 se terminó el trimestre con una tendencia hacia el aumento de la notificación con 78 y 85 casos sospechosos en las semanas 11 y 12 respectivamente. (Gráfica No 12).

Gráfica No 12. Casos sospechosos de sarampión notificados al SIVIGILA. Colombia 2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Desde la semana 37 del año 2002, no se ha confirmado ningún caso de sarampión ni por laboratorio ni por clínica. En el mismo período del año 2002, ya se habían confirmado por laboratorio 16 casos de sarampión en 8 municipios de 5 departamentos.

Sistema de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión- MESS.

Según el programa regional MESS de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, para la vigilancia del sarampión y de la rubéola, hasta la semana 12 de 2003 se han notificado 354 casos sospechosos, de los cuales 258 son casos sospechosos de sarampión y 96 sospechosos de rubéola.

Del total de casos, el 1.4% (5) se han confirmado para rubéola, el 6.5% (23) se han descartado como dengue y el 88% (312) se han descartado con otro diagnóstico o diagnóstico desconocido. Ningún caso se ha confirmado para sarampión. El 4% (14) de los casos están pendientes de clasificar, cinco de estos son casos sospechosos de sarampión.

Indicadores de la Vigilancia de sarampión

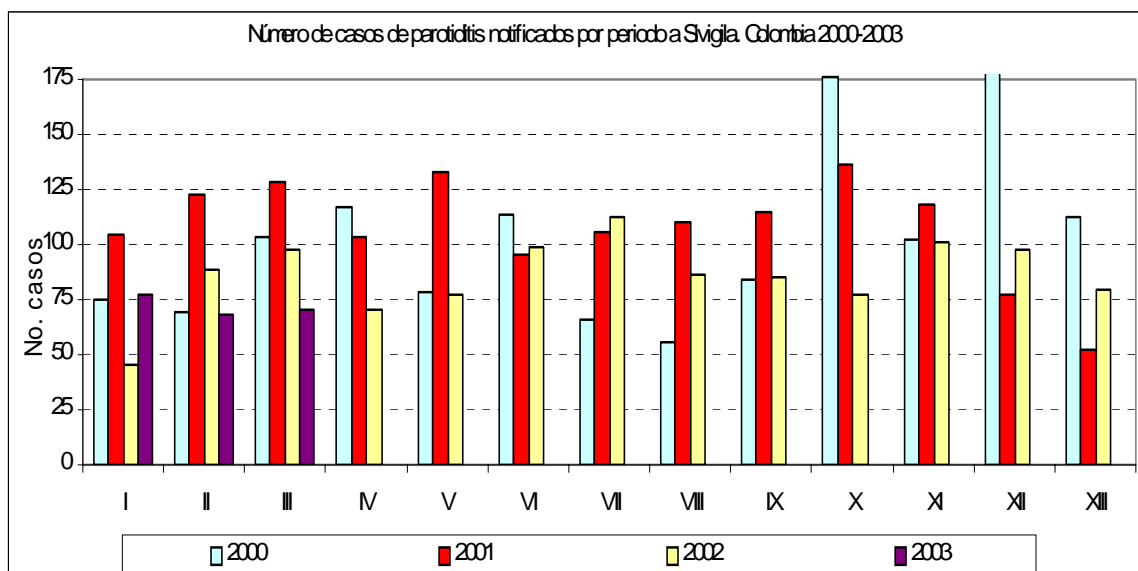
A la semana 12 de 2003 se cumple con tres de los cinco indicadores de vigilancia del

Plan de Erradicación del sarampión.

- El 93% de los casos tienen muestra de sangre adecuada. Tres departamentos no cumplen con este indicador: Putumayo, Cundinamarca y Tolima.
- El 81% de las muestras tienen resultado de laboratorio en los primeros 4 días luego de su recepción. Cinco departamentos no cumplen con este indicador: Cundinamarca, Santander, Antioquia, Risaralda y Santa Marta.
- El 86% de las unidades notificadoras reportan oportunamente cada semana. Doce departamentos no cumplen este indicador: Putumayo, Guaviare, Meta, Vaupés, Chocó, Valle, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Santa Marta, La Guajira y Sucre.
- El 36% de los casos tienen visita oportuna en las primeras 48 horas para la investigación completa. Solo tres departamentos cumplen con este indicador: Casanare, Risaralda y Valle del Cauca.
- El 71% de las muestras de sangre llegan al laboratorio en los primeros 5 días después de tomadas. Solo tres departamentos cumplen con este indicador: Bogotá, Antioquia y Risaralda.

Parotiditis.

Durante el primer trimestre del año 2003 se han notificado 273 casos de Parotiditis con una mayor incidencia en el distrito de Bogotá y los departamentos de Valle, Cundinamarca, Caldas y Boyacá. En la gráfica 8 se observa el aumento significativo en el primer periodo en la notificación de casos con respecto al año anterior, contrario a la disminución que se presenta en los siguientes dos periodos. (Gráfica No 13).

Gráfica No 13. No de casos de parotiditis notificados al SIVIGILA. Colombia 2000 a 2003.

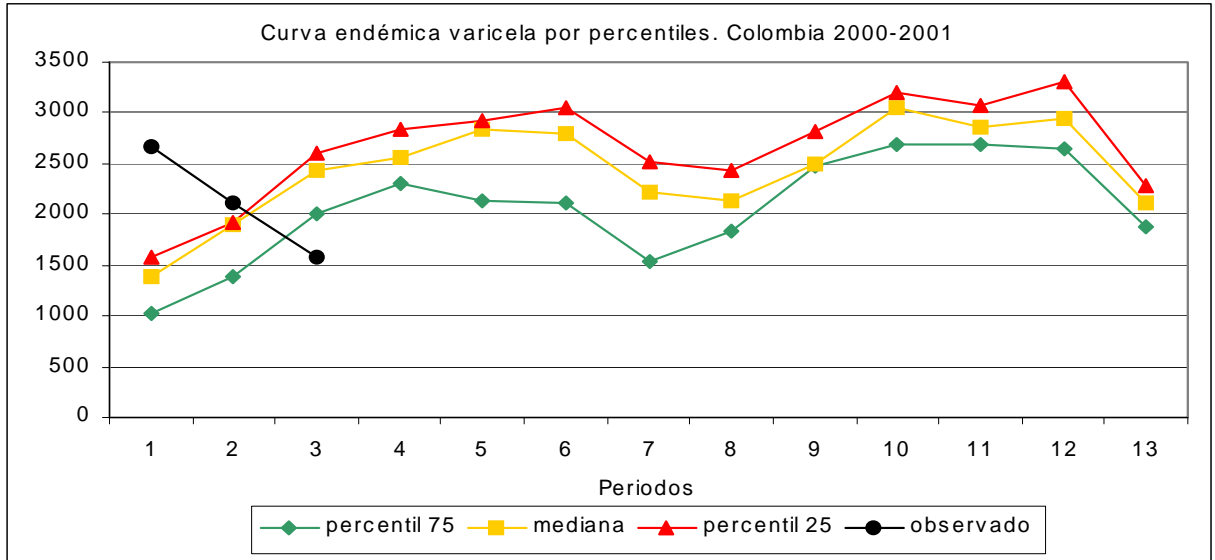
Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Varicela.

Hasta la semana 12 del año 2003 se han reportado al SIVIGILA, 8267 casos de varicela en todo el país, de los cuales el 27% (2243) pertenecen a Bogotá. En la gráfica 9 se observa la curva endémica de varicela por percentiles en la cual es evidente que los

dos primeros periodos están por encima del percentil 75 comportamiento que cambia para el periodo tres. (Gráfica No 14).

Gráfica No 14. Curva endémica de Varicela. Colombia 2000-2003.

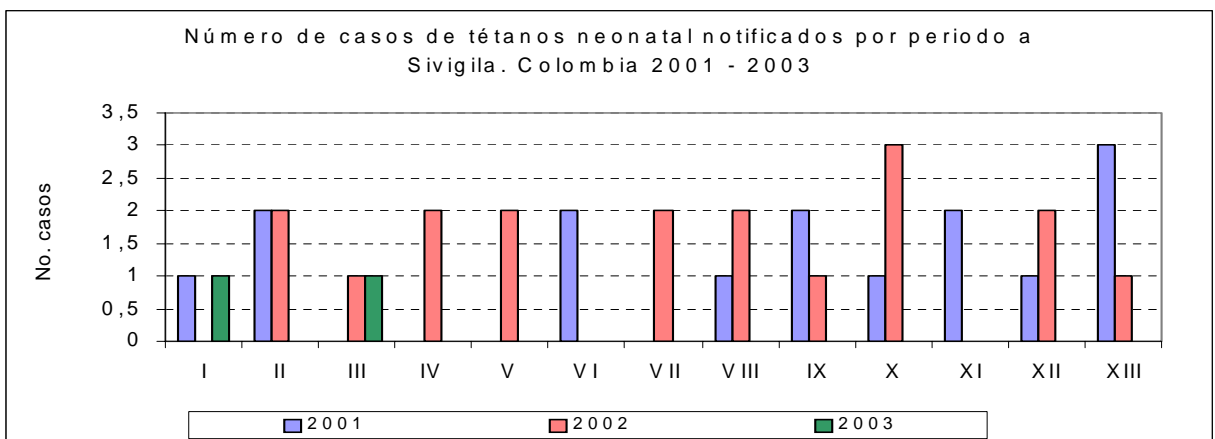


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Tétanos neonatal.

Durante el primer trimestre del año en curso se han reportado al sistema de vigilancia SIVIGILA, 4 casos de Tétanos Neonatal los cuales se encuentran en estudio por parte de los departamentos de Cesar, Caquetá, Meta y Sucre, con el fin de establecer su diagnostico final. (Gráfica no 15).

Grafica No 15. No de casos de tétanos neonatal notificados al SIVIGILA. Colombia 2001-2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Difteria

Con relación a esta patología, se reportó tan solo un caso probable por parte del departamento del Valle, que después de la realización de la investigación de campo y

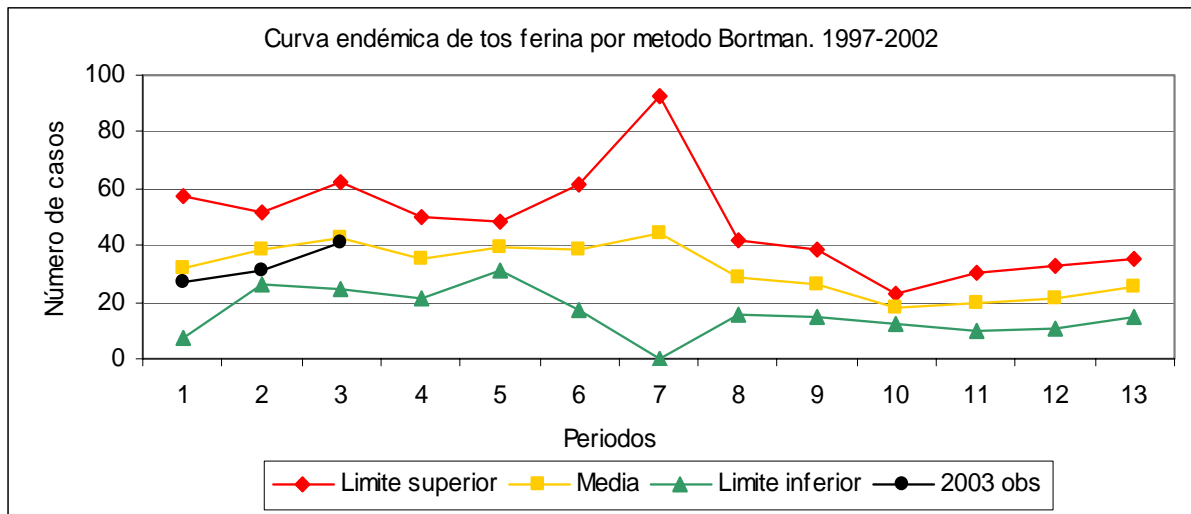
de las pruebas de laboratorio fue descartado.

Tos ferina

A la semana 12 del presente año, han sido notificados al SIVIGILA 104 casos, de los cuales el 40% (42) han sido informados por Bogotá y el 20%(21) por Antioquia. La proporción restante correspondiente al 40% de los casos han sido notificados por Bolívar, Cesar, Córdoba, Cauca, Guajira, Norte de Santander, Putumayo, Tolima y Valle. (Gráfica No 16).

Se han enviado al laboratorio de microbiología 112 muestras de las cuales se han confirmado como positivos el 6,25%(5) y se han descartado por laboratorio el 95,5% (102).

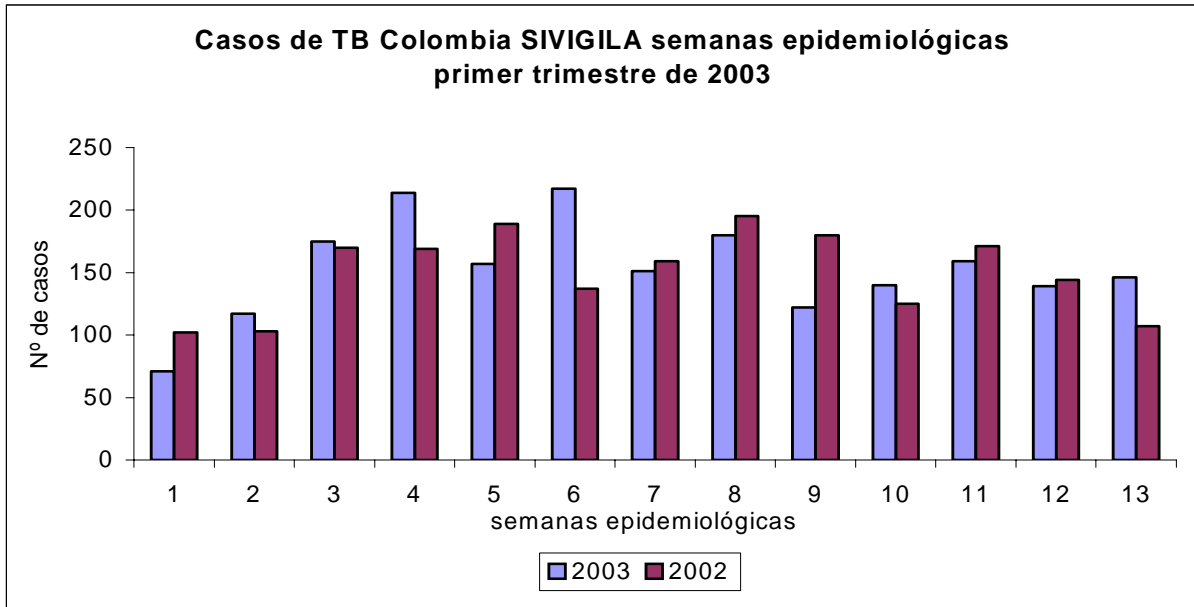
Gráfica No 16. Curva endémica de tos ferina en Colombia. 2003.



Tuberculosis.

Durante el primer trimestre del año 2003, se observa un comportamiento similar al del año anterior en la incidencia de casos nuevos de Tuberculosis, con un ligero aumento en el número de casos notificados para 2003 (1988 casos), la mayor notificación corresponde a la tuberculosis pulmonar con 1759 casos. (Gráfica No 17).

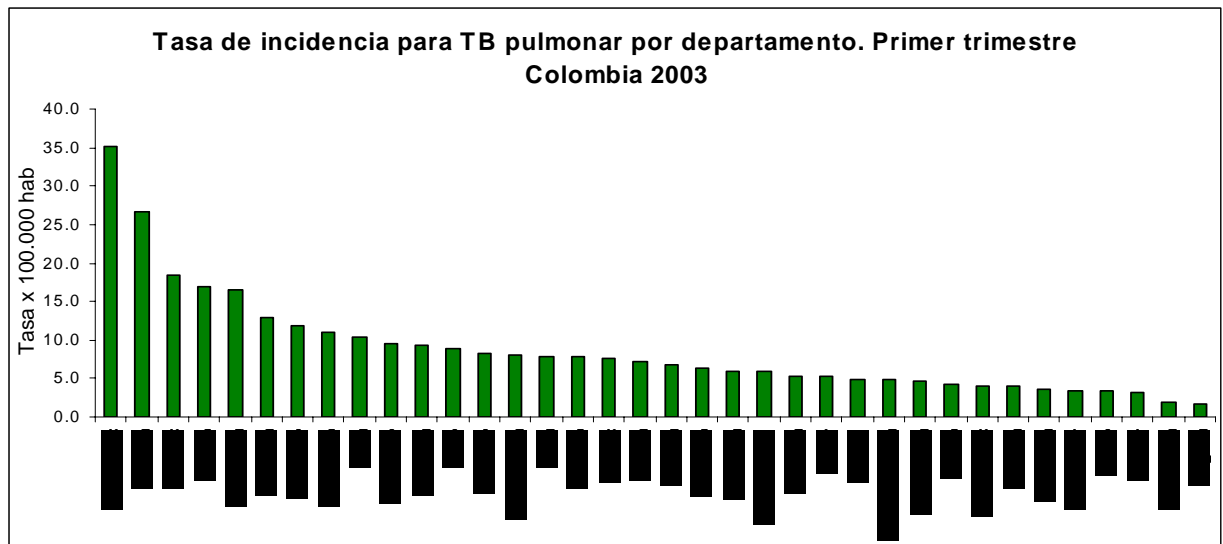
Gráfica No 17. Casos de tuberculosis reportados al SIVIGILA, Colombia 2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

El departamento con mayor número de casos de TB pulmonar notificados es Valle con 349 casos en estas 13 primeras semanas del año, seguido por Bogotá, Antioquia y Barranquilla con 167, 165 y 114 casos respectivamente, las mayores tasas de incidencia de TB pulmonar se encuentran en los departamentos de Amazonas (35* 100.000 Hab), Guainia (26.1* 100.000 Hab), Vaupés (18.4 * 100.000 Hab). (Gráfica No 18).

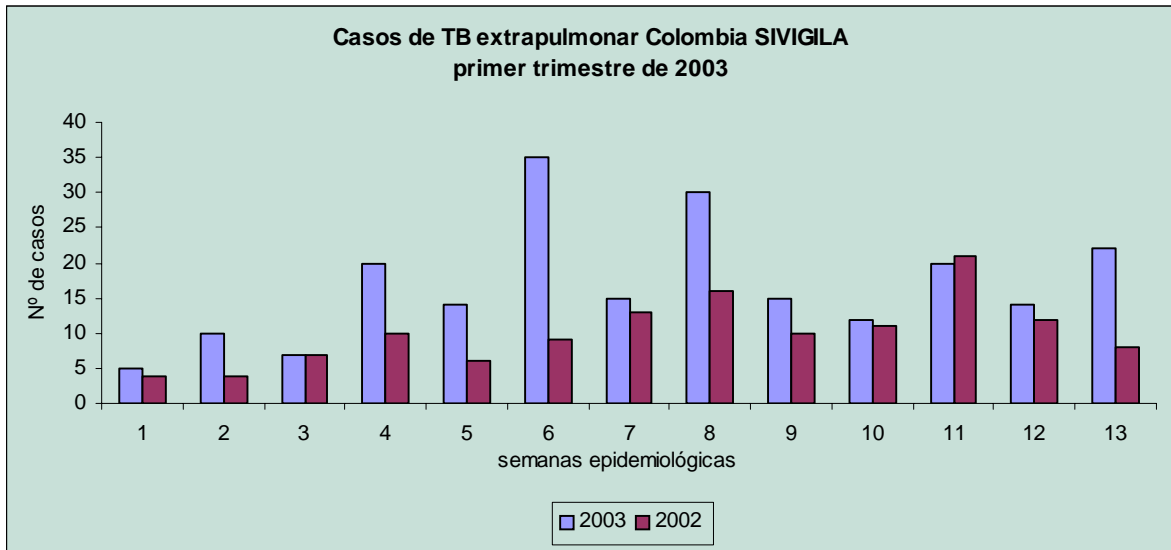
Gráfica No 18. Incidencia de tuberculosis reportada al SIVIGILA, Colombia 2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Para la TB extrapulmonar se observa un número de mayor de casos notificados en el presente año (219 casos) con respecto al anterior (131 casos), en donde el distrito de Bogotá reporta el mayor número de casos (56) seguido de los departamentos de Valle y Antioquia con 53 y 20 respectivamente; en cuanto a TB meníngea se tiene reporte de 10 casos en el primer trimestre del 2003. (Gráfica No 19).

Gráfica No 19. Casos de tuberculosis extrapulmonar reportados al SIVIGILA, Colombia 2003.

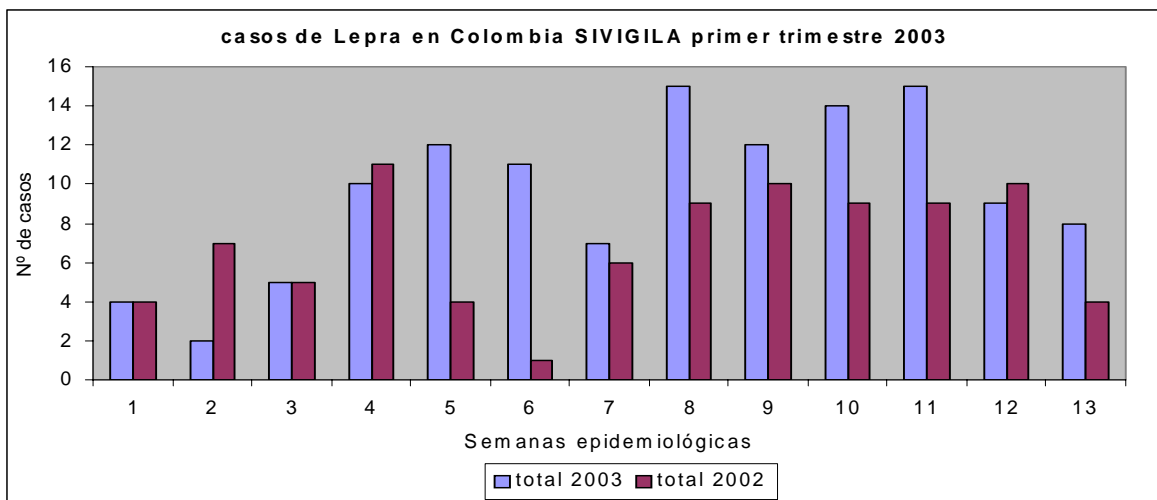


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Lepra.

Para el año 2003 se notifico en el primer trimestre un total de 124 casos de lepra, cifra superior a los caso notificados en el 2002 (89 casos); los departamentos que notifican el mayor número de casos son Santander (21 casos), Valle y Magdalena cada uno con 13 casos. (Gráfica No 20).

Gráfica No 20. Casos de lepra en Colombia, 2003.



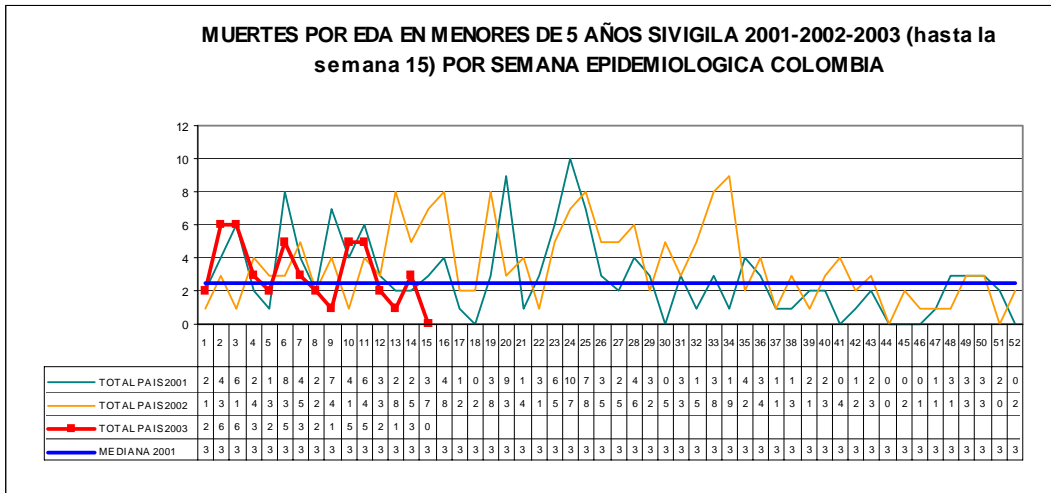
Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

MORTALIDAD POR CAUSAS EVITABLES

Mortalidad por EDA e IRA en menores de cinco años

Para las 15 semanas epidemiológicas que han transcurrido del presente año, la notificación de muertes por EDA en éste grupo de edad ha disminuido frente a los años anteriores. Esta disminución entre el 2002 y 2003 es del 17% pasando de 56 a 46 muertes. (Gráfica No 21)

Gráfica No 21. Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Colombia 2003.

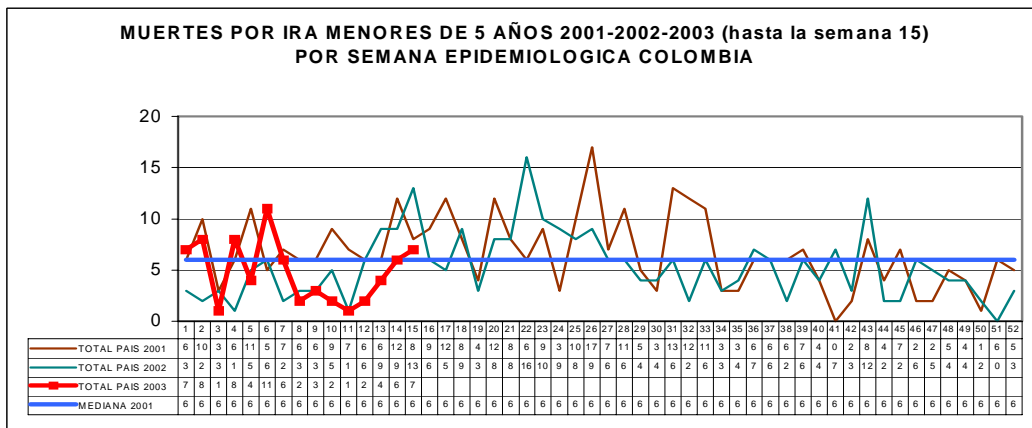


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Por regiones la occidental (Antioquia, Caldas, Cauca, Chocó, Nariño, Quindío, Risaralda y Valle) ha notificado en lo que va corrido del año casi el 50% de lo que notificó en el 2002.

Con respecto a la mortalidad por IRA hasta la semana 15 se han notificado 72 muertes por esta causa, ésta cantidad es similar a la notificada para el mismo periodo en el año anterior (71 muertes). La región occidente hasta el momento ha notificado el 75% de lo que notificó en total el año anterior. (Gráfica No 22).

Gráfica No 22. Mortalidad por IRA en menores de 5 años, Colombia 2003.

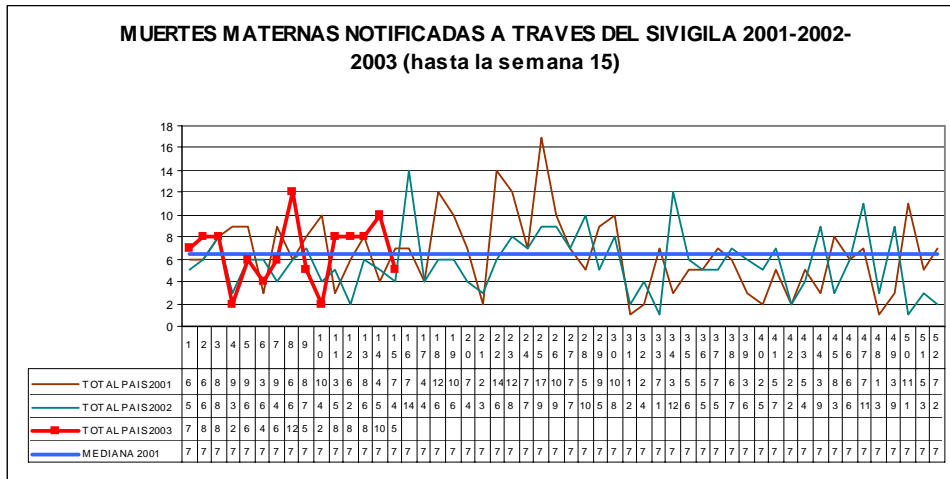


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Mortalidad materna y perinatal

Para este periodo de tiempo se han notificado a través del SIVIGILA 99 muertes maternas, presentando un aumento con respecto al año anterior del 22%. Este aumento se marca por lo notificado en las semanas epidemiológicas 8, 11, 12, 13 y 14. (Gráfica No 23).

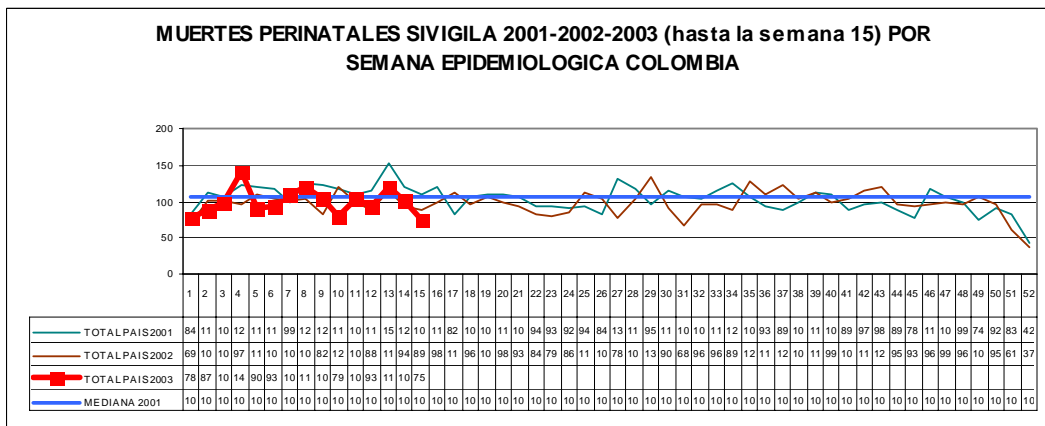
Gráfica No 23. Mortalidad materna notificada al SIVIGILA. Colombia 2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Por región la amazonía ha informado hasta el momento el 50% de muertes con respecto al total del año anterior (ha notificado 6 frente a 12 en el 2002). En cuanto a muertes perinatales hasta la fecha se han notificado 1493 muertes, registrándose un aumento del 1% con respecto al año anterior. Por regiones la centro oriente ha notificado el 39%, la occidente 29%, la atlántica el 24%, la orinoquía 6% y la amazonía 2%.(Gráfica No 24).

Gráfica No 24. Mortalidad perinatal notificada al SIVIGILA. Colombia 2003.

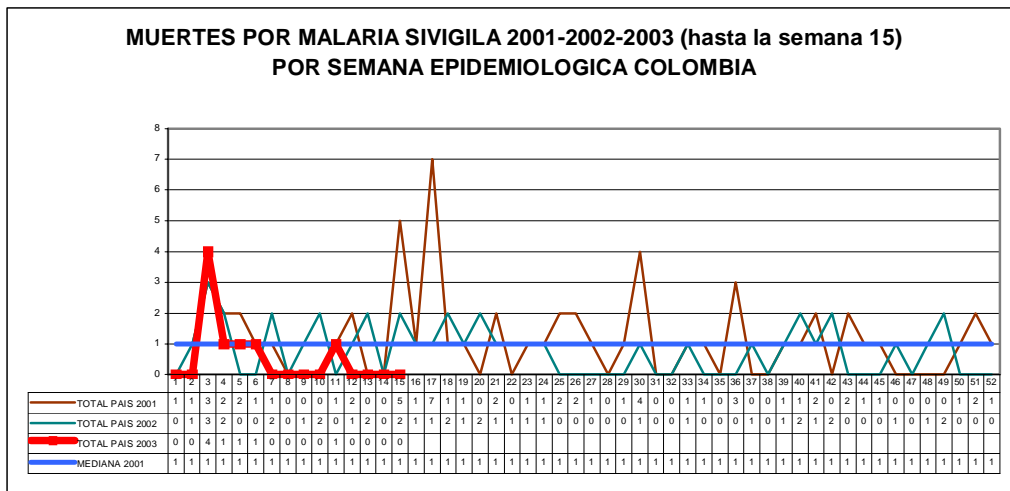


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

Mortalidad por malaria y dengue

Hasta la fecha han sido notificadas 8 muertes por malaria lo cual representa una disminución del 50% con respecto al año anterior en donde se notificaron 16 muertes en el mismo periodo de tiempo. (Gráfica No 25).

Gráfica No 25. Mortalidad por malaria notificada al SIVIGILA. Colombia 2003.

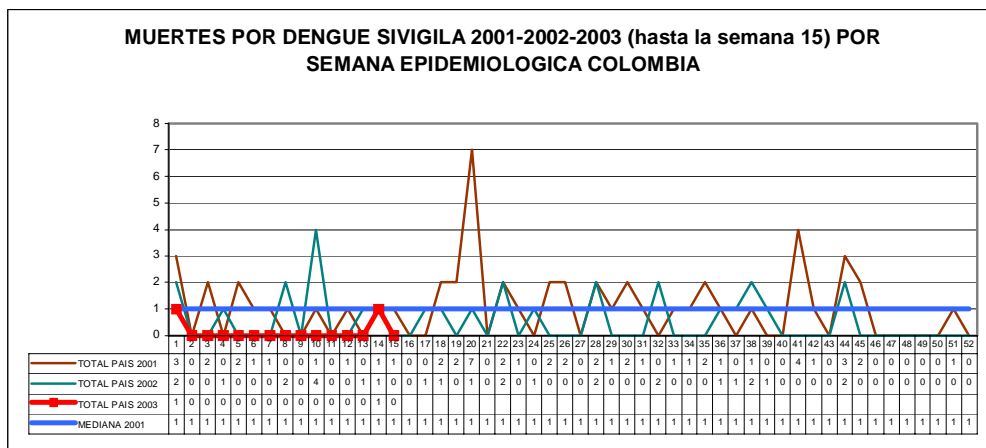


Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

El total de muertes se ha notificado en la región occidental: Valle (4 muertes), Chocó (2 muertes), Nariño (1 muerte) y Risaralda (1 muerte).

Hasta la fecha han sido notificadas 2 muertes por dengue, lo cual representa una disminución con respecto al 200 (11 muertes) del 81%. Las dos muertes fueron notificadas por Valle del Cauca y Santander. (Gráfica No 26).

Gráfica No 26. Mortalidad por dengue notificada al SIVIGILA. Colombia 2003.



Fuente: SIVIGILA Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.

PARA RECORDAR EN MORTALIDAD

Es importante realizar el ajuste de la información referida a muertes que se notifican por el SIVIGILA con las notificadas a través de las estadísticas vitales, esto permitirá tener un dato más real de la situación local. Con respecto a estadísticas vitales debe fortalecerse los procesos realizados a través de los comités de estadísticas a nivel departamental que son el pilar fundamental de la estrategia de análisis de la mortalidad.

Los procesos de retroalimentación entre nación, departamentos y municipios deben ser permanentes y tendientes a establecer cuáles son los factores que están incidiendo en la ocurrencia de éste tipo de eventos.

Las fichas de notificación deben enviarse al nivel nacional en los eventos de muerte materna y perinatal, muerte por EDA e IRA en menores de cinco años, y los resúmenes de historia clínica.

CUMPLIMIENTO DE LA NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA

Esta semana el cumplimiento en la notificación fue de 81.8%

No notificó: Casanare, Norte de Santander y Valle.

La notificación es obligatoria y se debe realizar a más tardar hasta las
6 p.m. del día miércoles de cada semana

Comentarios y sugerencias al presente informe, favor remitirlos vía E-MAIL a:

Dra. Alexandra Porras Ramírez, aporras@ins.gov.co
Subdirección de Epidemiología – Centro Control de Enfermedades
Instituto Nacional de Salud
Teléfono: 220 77 00 Extensión 541.

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>