

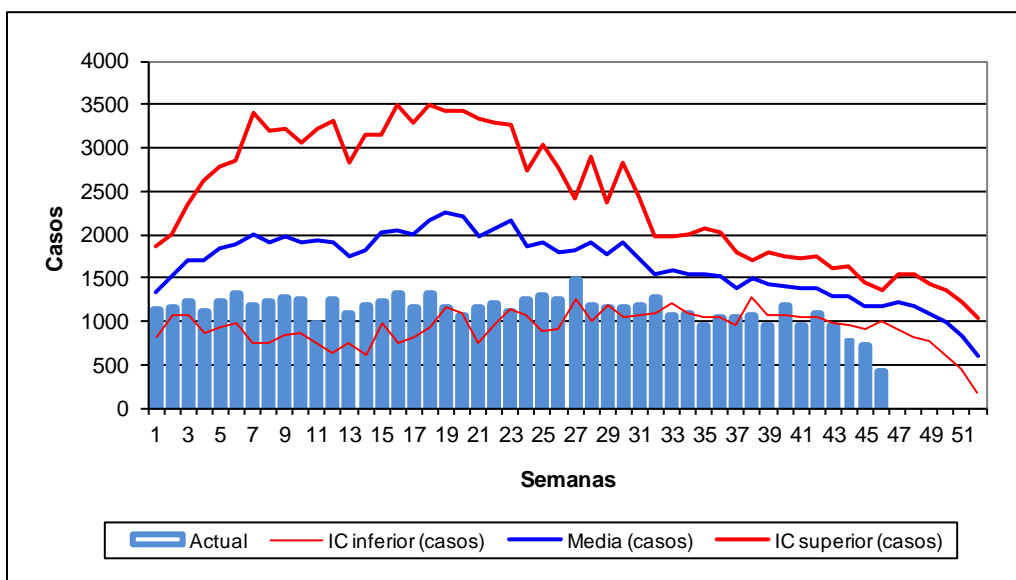
**BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO No. 46 DE LA MALARIA EN COLOMBIA
(A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 46 DE 2012)**

La malaria es un problema de salud pública en Colombia. Este boletín presenta la información general del evento como parte de su seguimiento y monitoreo, para orientar, revisar y ajustar las medidas de prevención y control que en torno a este evento efectúan las autoridades sanitarias.

TENDENCIA

El canal endémico nacional entre las semanas epidemiológicas 1 a 19, 21 a 22, 24 a 28, 30 a 32, 36 a 37, 40 y 42 se ubicó en la zona de seguridad, mientras que para las restantes semanas epidemiológicas se encontró en la zona de “éxito”. La situación de las últimas semanas posiblemente responda a los habituales retrasos en la notificación (figura 1).

*Figura 1. Canal endémico para malaria.
Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012*



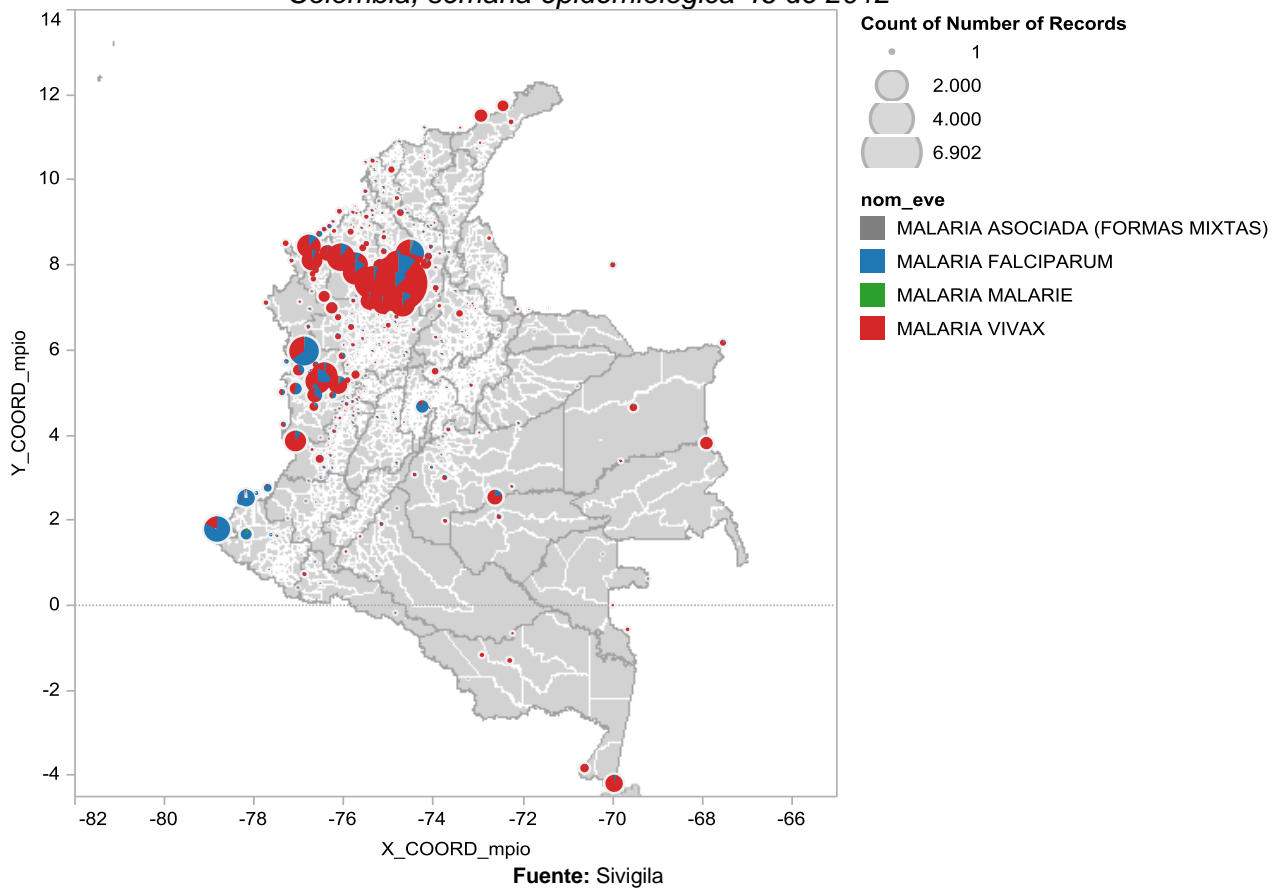
Método de las medias geométricas de las tasas

Fuente: Sivigila

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DURANTE EL 2012

Hasta la semana epidemiológica 46 de 2012 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud 51431 casos de malaria, de los cuales 38512 (74,9%) correspondieron a *P vivax*, 12339 (24,0%) a *P falciparum*, 570 (1,11%) a la asociación y 10 (0,02%) a *P malariae*. De malaria complicada se han notificado 316 casos. La presentación de casos por municipio y especie parasitaria se muestra en la figura 2.

Figura 2. Distribución de los casos de malaria por municipio y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012



Se han reportado 20 muertes, de las cuales cuatro fueron notificadas por La Guajira y cuatro por Chocó (tabla 1).

Tabla 1. Muertes por malaria.
Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012

Entidad territorial de procedencia	Entidad municipal de procedencia	Entidad territorial de notificación	Entidad municipal de notificación	Total
La Guajira	Riohacha	La Guajira	Riohacha	3
La Guajira	Manaure	La Guajira	Riohacha	1
Chocó	Quibdó	Antioquia	Medellín	1
Chocó	Novita	Risaralda	Pereira	2
Chocó	Medio Atrato	Chocó	Quibdó	2
Chocó	Rio Iró	Chocó	Quibdó	1
Chocó	Quibdó	Chocó	Quibdó	1
Risaralda	Pueblo Rico	Risaralda	Pereira	1
Bogotá *	Bogotá	Bogotá	Bogotá (Hospital Militar Central)	1
Amazonas	Leticia	Amazonas	Leticia	1
Amazonas	Leticia	Huila	Neiva	1
Amazonas	La Pedrera	Amazonas	La Pedrera	1
Córdoba	Montería	Córdoba	Montería	1
Nariño	Tumaco	Nariño	Tumaco	1
Cauca	Guapi	Cartagena	Cartagena	1
Antioquia	Sin establecer	Antioquia	Medellín	1
Total				20

*Notificado por Bogotá, pendiente la corrección del departamento/distrito de origen del caso

Fuente: Sivigila

La distribución por edad muestra que cerca de una tercera parte de los que sufren la enfermedad son menores de 15 años: 11,2% están en el grupo de 10 a 14 años, 10,1% en el de 5 a 9 años y 8,1% en el de 0 a 4 años (tabla 2).

Tabla 2. Casos de malaria por grupos de edad y especie parasitaria.
Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012

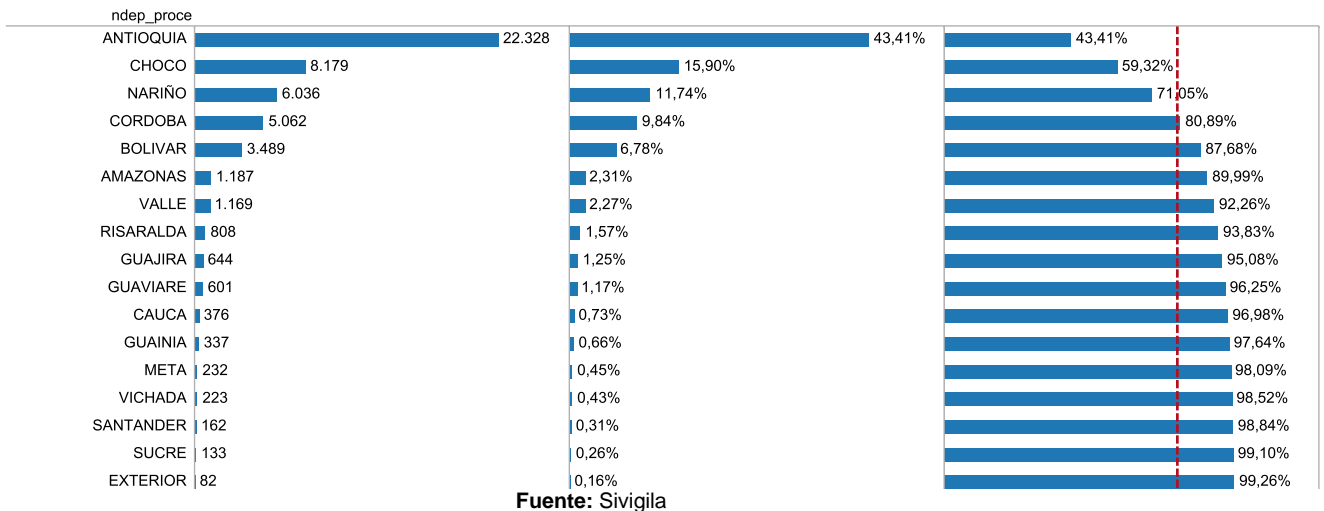
Grupos de edad (años)	Malaria asociada (Formas mixtas)		Malaria por <i>P. falciparum</i>		Malaria por <i>P. malariae</i>		Malaria por <i>P. vivax</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 2	21	0,04	328	0,6	1	0,002	1930	3,8	2280	4,4
3 a 4	17	0,03	378	0,7		0,0	1524	3,0	1919	3,7
5 a 9	40	0,1	1366	2,7		0,0	3773	7,3	5179	10,1
10 a 14	53	0,1	1603	3,1	1	0,002	4087	7,9	5744	11,2
15 a 17	31	0,1	968	1,9		0,0	3010	5,9	4009	7,8
Resto	408	0,8	7696	15,0	8	0,02	24188	47,0	32300	62,8
Total	570	1,1	12339	24,0	10	0,02	38512	74,9	51431	100,0

Fuente: Sivigila

De las 13872 mujeres en edad fértil (entre 10 y 54 años) que desarrollaron un cuadro de malaria, en el 5,40% de ellas se reportó que estaban embarazadas.

Por departamento de procedencia a la semana epidemiológica 46 del 2012, Antioquia ha notificado el 43,4% de los casos, seguido por Chocó con 15,9%, Nariño con 11,7%, Córdoba con 9,8%, Bolívar con 6,8% de los casos. Estos cinco departamentos agrupan el 87,7% de casos notificados en el país (figura 3).

Figura 3. Distribución de casos de malaria según departamento de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012



El total de casos de malaria notificados por departamento de procedencia hasta la semana epidemiológica 46 de 2012 se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Casos de malaria por especie parasitaria según departamento de procedencia.
Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012

Entidad territorial de procedencia	Malaria asociada (Formas mixtas)	Malaria por <i>P. falciparum</i>	Malaria por <i>P. malariae</i>	Malaria por <i>P. vivax</i>	Total
Antioquia	136	1.707	2	20.483	22.328
Chocó	110	3.262		4.807	8.179
Nariño	4	5.594	2	436	6.036
Córdoba	18	482		4.562	5.062
Bolívar	178	565	1	2.745	3.489
Amazonas	3	37	1	1.146	1.187
Valle del Cauca	11	103		1.055	1.169
La Guajira		1		643	644
Risaralda	62	48		698	808
Guaviare	5	91		505	601
Cauca	11	310	1	54	376
Guainía		4		333	337
Meta	1	61		170	232
Vichada	12	20		191	223
Sucre	1	10		122	133
Santander	4	2		156	162
Exterior	2	11		69	82
Putumayo		8		45	53
Quindío	4	3		38	45
Norte de Santander				33	33
Caldas	2		1	24	27
Cesar		4		21	25
Tolima	1	1		19	21
Boyacá	1			19	20
Magdalena		1		22	23
Vaupés		1		40	41
Cundinamarca	1	5		19	25
Caquetá		3		15	18
Huila		2	1	8	11
Cartagena	3			6	9
Casanare		1		6	7
Santa Marta		1		8	9
Arauca				7	7
Atlántico			1	2	3
Bogotá		1		4	5
San Andrés				1	1
Total	570	12.339	10	38.512	51.431

Fuente: Sivigila

Las demoras que presentan los pacientes entre el inicio de síntomas y el momento de consulta, por departamento de procedencia, hasta la semana epidemiológica 46 de 2012 se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Proporción de demora que presentan los pacientes con malaria entre el inicio de síntomas y el momento de consulta por departamento de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 46 de 2012

Entidad territorial de procedencia	Demora en días			
	1 día	2 días	3 días	4 y más días
	%	%	%	%
Amazonas	9,8	16,7	18,0	42,0
Antioquia	22,1	19,4	19,9	29,3
Arauca	14,3	0,0	42,9	42,9
Atlántico	0,0	0,0	0,0	66,7
Bogotá	0,0	20,0	20,0	40,0
Bolívar	16,6	19,3	20,5	36,5
Boyacá	5,0	5,0	20,0	65,0
Caldas	11,1	11,1	22,2	55,6
Caquetá	11,1	5,6	22,2	44,4
Cartagena	11,1	0,0	11,1	55,6
Casanare	28,6	0,0	14,3	57,1
Cauca	7,4	18,6	25,0	39,1
Cesar	24,0	8,0	24,0	36,0
Chocó	19,5	17,4	16,2	39,1
Córdoba	23,8	33,9	17,6	19,5
Cundinamarca	4,0	12,0	12,0	48,0
Exterior	6,1	9,8	20,7	54,9
Guainía	10,1	16,9	19,3	51,0
La Guajira	6,4	13,8	21,4	53,9
Guaviare	17,5	20,6	20,0	32,9
Huila	9,1	18,2	9,1	36,4
Magdalena	8,7	8,7	17,4	47,8
Meta	5,6	3,4	12,9	41,8
Nariño	17,9	20,8	16,1	33,4
Norte de Santander	3,0	9,1	12,1	60,6
Putumayo	7,5	11,3	17,0	39,6
Quindío	6,7	17,8	6,7	31,1
Risaralda	11,8	18,1	16,5	44,3
San Andrés	0,0	0,0	0,0	100,0
Santander	6,2	12,3	14,8	56,8
Santa Marta	0,0	0,0	33,3	66,7
Sucre	8,3	12,8	11,3	56,4
Tolima	9,5	4,8	4,8	81,0
Valle del Cauca	15,2	16,3	18,7	38,0
Vaupés	17,1	19,5	12,2	39,0
Vichada	7,2	14,3	13,0	58,7
Total	19,6	20,2	18,5	32,7

Fuente: Sivigila

CONCLUSIONES

En general, en las cuarenta y seis semanas epidemiológicas transcurridas de 2012 predominan los casos debidos a *P. vivax*. Se evidencia un importante número de afectados menores de 15 años. Más de las tres cuartas partes de los casos se han

presentado en Antioquia, Chocó, Córdoba, Nariño y Bolívar. A lo largo de nuestra geografía se continúan presentando brotes.

RECOMENDACIONES

En los niveles territoriales se debe continuar con las actividades relacionadas con la vigilancia y control del evento, haciendo énfasis en:

- El reforzamiento de las acciones relacionadas con diagnóstico y tratamiento.
- La continuación de la sensibilización, educación y capacitación del personal que trabaja en salud, sobre la importancia de la notificación y la utilización de las fichas correspondientes.
- Mejorar la calidad de la información captada a través de la ficha de notificación, junto con el mejoramiento de la digitación.
- La optimización de la gestión mediante el desarrollo de planes de mejoramiento institucional, adecuando la estructura operativa para responder a las necesidades específicas.
- El fortalecimiento de los diferentes componentes técnicos del programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y en especial el de malaria.
- La adecuación de las competencias del recurso humano para fortalecer la capacidad de análisis y toma racional de decisiones.
- Insistir en la cultura del trabajo en equipo interdisciplinario y en la búsqueda de socios a nivel intrainstitucional y sectorial.
- El mantenimiento de las acciones de movilización y comunicación social para el cambio de comportamientos de las personas que viven en riesgo y de los responsables institucionales.