

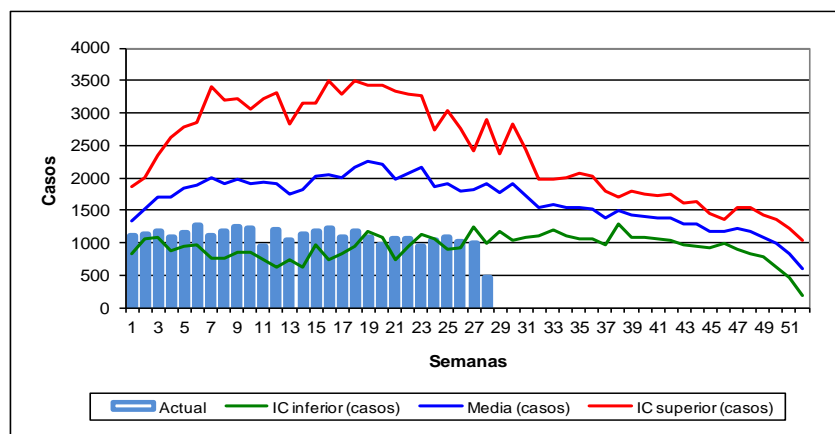
**BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO No. 30 DE LA MALARIA EN COLOMBIA  
(A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 28 DE 2012)**

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 la primera y decimo octava semanas epidemiológicas junto con la vigesimoprimera y vigesimosegunda y luego la vigesimoquinta semanas epidemiológicas 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 28 de 2012*



Método de las medias geométricas de las tasas

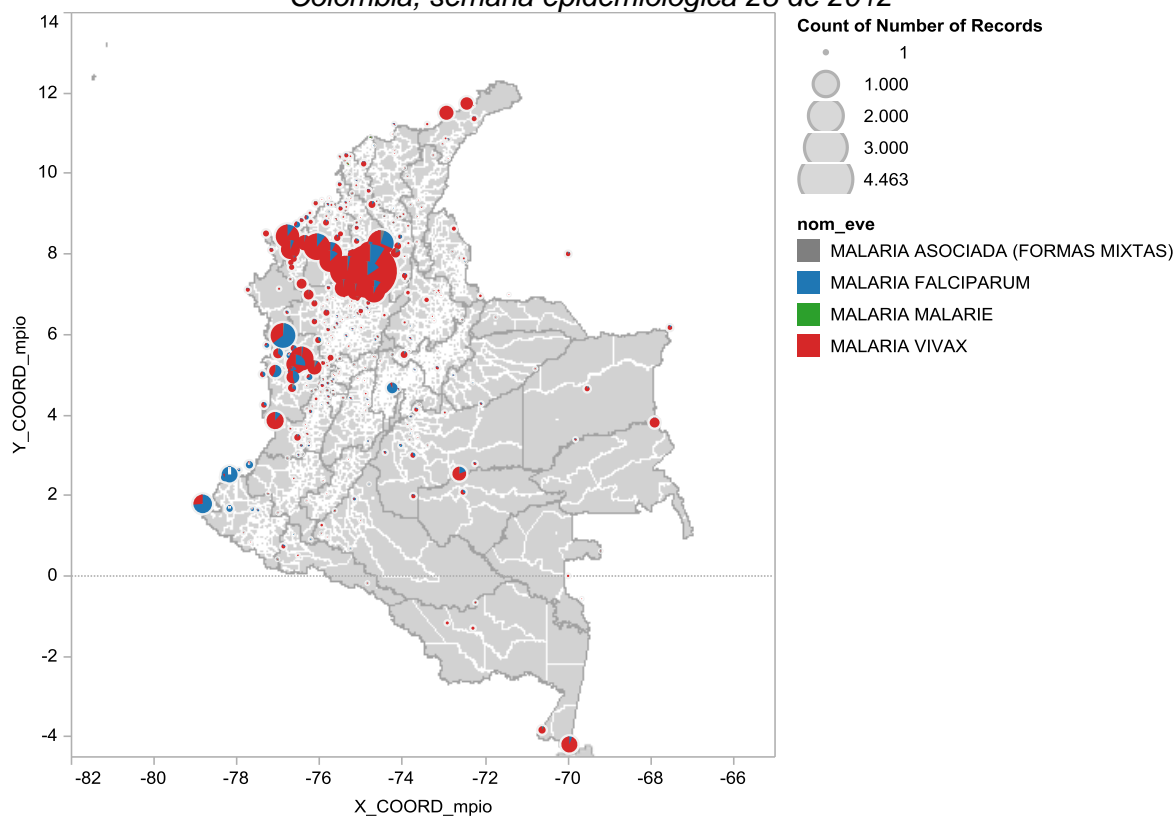
Fuente: Sivigila

**COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DURANTE EL 2012**

Hasta la semana epidemiológica 28 de 2012 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud 30283 casos de malaria, de los cuales 23484 (77,6%) correspondieron a *P vivax*, 6436 (21,3%) a *P falciparum*, 331 (1,09%) a la asociación y 5 (0,02%) a *P malariae*. De malaria complicada se han

notificado 188 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 28 de 2012*



Fuente: Sivigila

Se han reportado 11 muertes, de las cuales cuatro fueron notificadas por La Guajira (tabla 1).

*Tabla 1. Muertes por malaria. Colombia, semana epidemiológica 28 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	1
Chocó	Medio Atrato	Chocó	Quibdó	1
Risaralda	Sin identificar	Risaralda	Pereira	1
Bogotá *	Bogotá	Bogotá	Bogotá (Hospital Militar Central)	1
Amazonas	Leticia	Amazonas	Leticia	1
Nariño	Tumaco	Nariño	Tumaco	1
Total				11

\*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: 11,0% están en el grupo de 10 a 14 años, 9,9% en el de 5 a 9 años y 8,2% en el de 0 a 4 años (tabla 2).

*Tabla 2. Casos de malaria por grupos de edad y especie parasitaria.  
Colombia, semana epidemiológica 28 de 2012*

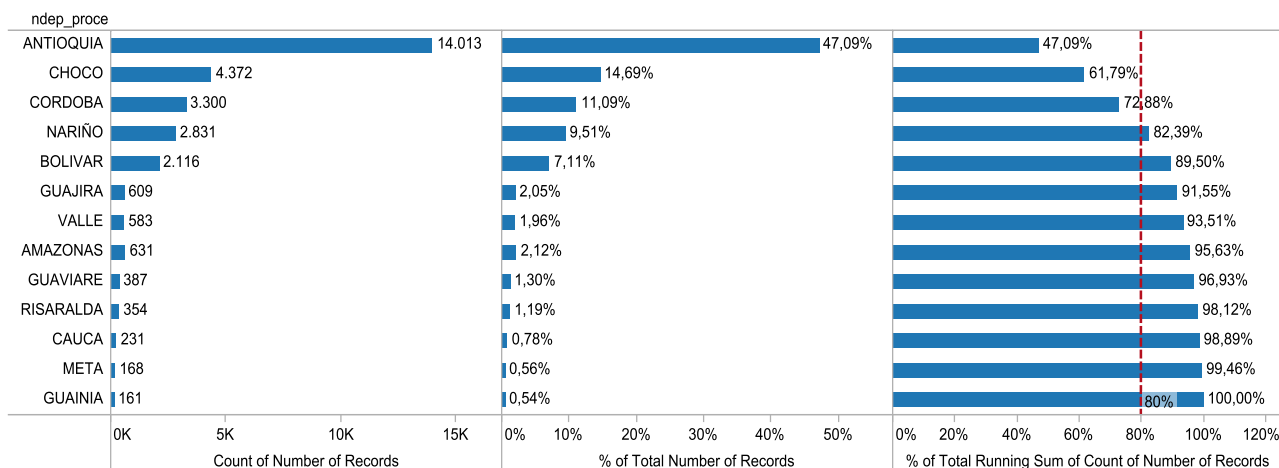
Grupos de edad (años)	Malaria asociada (Formas mixtas)		Malaria por <i>P. falciparum</i>		Malaria por <i>P. malariae</i>		Malaria por <i>P. vivax</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 2	11	0,04	176	0,6	1	0,003	1160	3,8	1348	4,5
3 a 4	9	0,03	204	0,7		0,0	917	3,0	1130	3,7
5 a 9	18	0,1	670	2,2		0,0	2320	7,7	3008	9,9
10 a 14	25	0,1	795	2,6		0,0	2520	8,3	3340	11,0
15 a 17	14	0,0	481	1,6		0,0	1847	6,1	2342	7,7
Resto	254	0,8	4137	13,7	4	0,01	14720	48,6	19115	63,1
Total	331	1,1	6463	21,3	5	0,02	23484	77,5	30283	100,0

Fuente: Sivigila

De las 8231 mujeres en edad fértil (entre 10 y 54 años) que desarrollaron un cuadro de malaria, en el 5,11% de ellas se reportó que estaban embarazadas.

Por departamento de procedencia a la semana epidemiológica 28 del 2012, Antioquia ha notificado el 47,1% de los casos, seguido por Chocó con 14,7% y Córdoba con 11,1% de los casos. Estos tres departamentos agrupan el 72,9% de casos notificados en el país (figura 3).

*Figura 3. Distribución de casos de malaria según departamento de procedencia.  
Colombia, semana epidemiológica 28 de 2012*



Fuente: Sivigila

El total de casos de malaria notificados por departamento de procedencia hasta la semana epidemiológica 28 de 2012 se presentan en la tabla 3.

*Tabla 3. Casos de malaria por especie parasitaria según departamento de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 28 de 2012*

<b>Entidad territorial de procedencia</b>	<b>Malaria asociada (Formas mixtas)</b>	<b>Malaria por <i>P. falciparum</i></b>	<b>Malaria por <i>P. malariae</i></b>	<b>Malaria por <i>P. vivax</i></b>	<b>Total</b>
Antioquia	82	1.026	2	12.903	14.013
Chocó	61	1.640		2.671	4.372
Córdoba	10	313		2.977	3.300
Nariño	3	2.608		220	2.831
Bolívar	122	401	1	1.592	2.116
Amazonas	2	27	1	601	631
La Guajira	1	2		606	609
Valle del Cauca	7	61		515	583
Guaviare	4	68		315	387
Risaralda	23	15		316	354
Cauca	2	199		30	231
Meta		53		115	168
Guainía		3		158	161
Sucre	1	5		81	87
Vichada	2	8		77	87
Santander	1	2		70	73
Exterior	1	7		39	47
Putumayo		8		27	35
Quindío	4	3		26	33
Norte de Santander		1		32	33
Tolima	1	1		16	18
Caldas	1			16	17
Boyacá	1			15	16
Cesar		1		14	15
Caquetá		3		7	10
Magdalena		1		8	9
Casanare		2		6	8
Vaupés				7	7
Cartagena	2			5	7
Huila		1		5	6
Santa Marta		1		4	5
Bogotá		1		3	4
Cundinamarca		2		2	4
Arauca				3	3
Atlántico			1	1	2
San Andres				1	1
Total	331	6.463	5	23.484	30.283

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 28 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 28 de 2012*

Entidad territorial de procedencia	Demora en días			
	1 día	2 días	3 días	4 y más días
	%	%	%	%
Amazonas	6,3	15,7	17,1	45,8
Antioquia	20,7	20,2	19,8	29,5
Arauca	0,0	0,0	66,7	33,3
Atlántico	0,0	0,0	0,0	50,0
Barranquilla	0,0	25,0	0,0	75,0
Bogotá	0,0	25,0	25,0	50,0
Bolívar	14,0	19,3	21,0	39,4
Boyacá	6,3	0,0	25,0	68,8
Caldas	17,6	11,8	23,5	47,1
Caquetá	20,0	10,0	10,0	40,0
Cartagena	14,3	0,0	14,3	57,1
Casanare	12,5	0,0	12,5	62,5
Cauca	8,7	22,1	22,5	39,4
Cesar	6,7	13,3	26,7	53,3
Chocó	23,7	16,1	15,2	37,4
Cordoba	24,2	33,4	17,2	19,9
Cundinamarca	0,0	0,0	25,0	0,0
Exterior	6,4	8,5	19,1	55,3
Guainía	5,6	16,1	16,8	58,4
La Guajira	6,2	13,5	21,8	54,8
Guaviare	15,0	21,7	18,9	34,6
Huila	16,7	33,3	16,7	33,3
Magdalena	0,0	11,1	33,3	44,4
Meta	4,8	5,4	13,1	41,7
Nariño	20,5	20,6	15,5	29,9
Norte de Santander	3,0	12,1	9,1	63,6
Putumayo	5,7	17,1	20,0	28,6
Quindío	9,1	18,2	6,1	24,2
Risaralda	13,0	16,9	15,5	41,0
San Andres	0,0	0,0	0,0	100,0
Santander	9,6	15,1	12,3	58,9
Santa Marta	0,0	0,0	40,0	60,0
Sucre	11,5	12,6	10,3	54,0
Tolima	11,1	11,1	11,1	66,7
Valle del Cauca	14,9	17,3	19,2	37,7
Vaupés	0,0	0,0	14,3	71,4
Vichada	9,2	16,1	13,8	52,9
Sin información	0,0	0,0	0,0	100,0
Total	19,7	20,5	18,3	32,2

Fuente: Sivigila

## **CONCLUSIONES**

En general, en las veintiocho semanas epidemiológicas transcurridas de 2012 predominan los casos debidos a *P vivax*. Se evidencia un importante número de afectados menores de 15 años. Las tres cuartas partes de los casos se han presentado en Antioquia, Chocó y Córdoba. 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.