

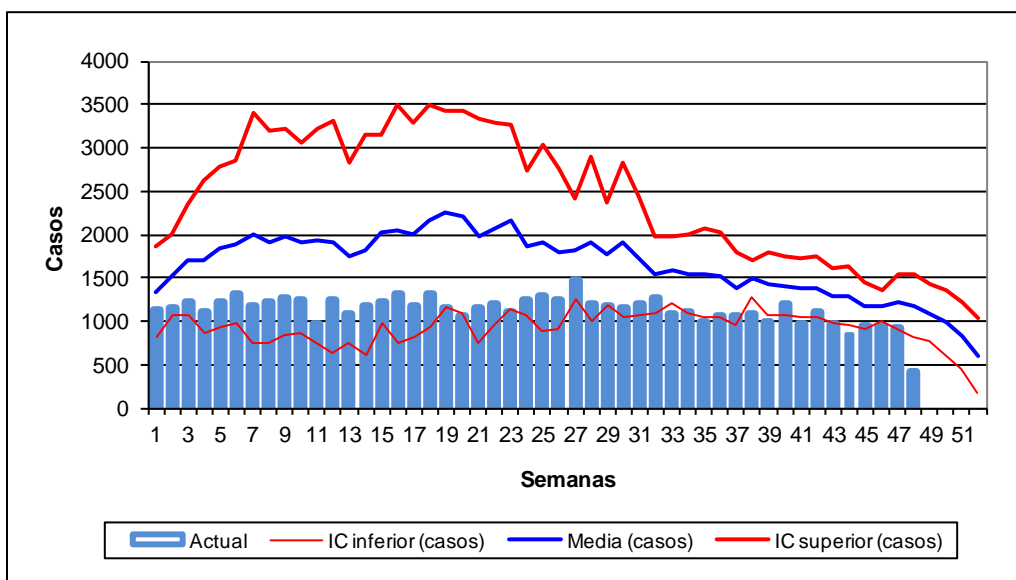
**BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO No. 48 DE LA MALARIA EN COLOMBIA  
(A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 48 DE 2012)**

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, 34, 36 a 37, 40, 42, 45 y 47 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 48 de 2012*



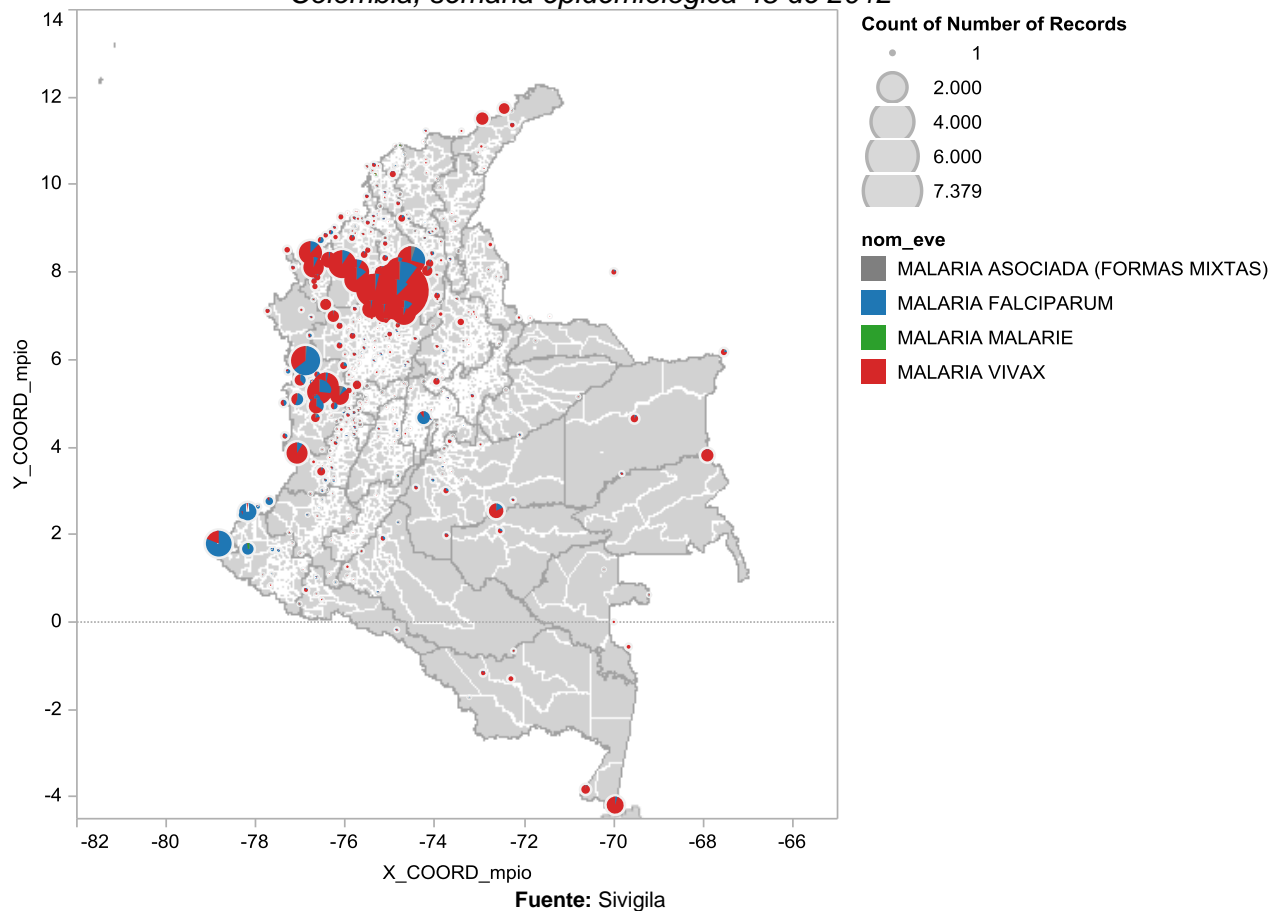
Método de las medias geométricas de las tasas

Fuente: Sivigila

## COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DURANTE EL 2012

Hasta la semana epidemiológica 48 de 2012 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud 53963 casos de malaria, de los cuales 40314 (74,7%) correspondieron a *P vivax*, 13052 (24,2%) a *P falciparum*, 588 (1,09%) a la asociación y 9 (0,02%) a *P malariae*. De malaria complicada se han notificado 335 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 48 de 2012



Se han reportado 19 muertes, de las cuales cuatro fueron notificadas por La Guajira y cuatro por Chocó (tabla 1).

Tabla 1. Muertes por malaria.  
Colombia, semana epidemiológica 48 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	2
La Guajira	Manaure	La Guajira	Riohacha	2
Chocó	Quibdó	Antioquia	Medellín	1
Chocó	Sin identificar	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	La Pedrera	Amazonas	La Pedrera	1
Córdoba	Montería	Córdoba	Montería	1
Nariño	Tumaco	Nariño	Tumaco	1
Cauca	Guapi	Cartagena	Cartagena	1
Total				19

\*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 48 de 2012

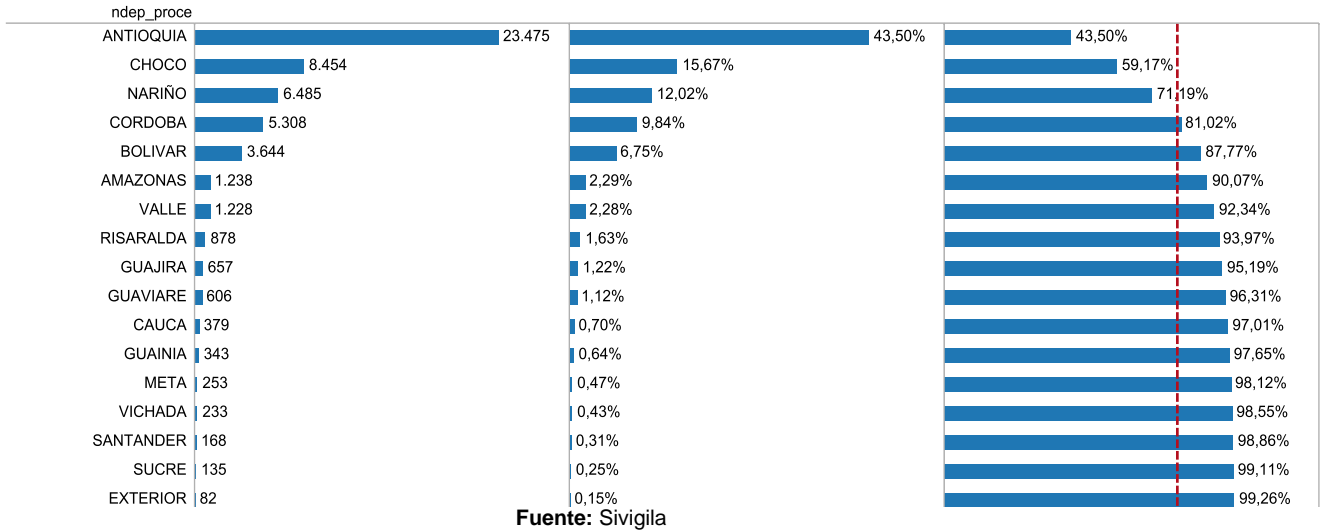
Grupos de edad (años)	Malaria asociada (Formas mixtas)		Malaria por <i>P. falciparum</i>		Malaria por <i>P. malariae</i>		Malaria por <i>P. vivax</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 2	21	0,04	342	0,6		0,0	2012	3,7	2375	4,4
3 a 4	19	0,04	405	0,8		0,0	1575	2,9	1999	3,7
5 a 9	41	0,1	1440	2,7		0,0	3948	7,3	5429	10,1
10 a 14	55	0,1	1722	3,2	1	0,002	4283	7,9	6061	11,2
15 a 17	33	0,1	1040	1,9		0,0	3150	5,8	4223	7,8
Resto	419	0,8	8103	15,0	8	0,01	25346	47,0	33876	62,8
Total	588	1,1	13052	24,2	9	0,02	40314	74,7	53963	100,0

Fuente: Sivigila

De las 14572 mujeres en edad fértil (entre 10 y 54 años) que desarrollaron un cuadro de malaria, en el 5,41% de ellas se reportó que estaban embarazadas.

Por departamento de procedencia a la semana epidemiológica 48 del 2012, Antioquia ha notificado el 43,5% de los casos, seguido por Chocó con 15,7%, Nariño con 12,0%, Córdoba con 9,8%, Bolívar con 6,8% de los casos. Estos cinco departamentos agrupan el 87,8% de casos notificados en el país (figura 3).

*Figura 3. Distribución de casos de malaria según departamento de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 48 de 2012*



El total de casos de malaria notificados por departamento de procedencia hasta la semana epidemiológica 48 de 2012 se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Casos de malaria por especie parasitaria según departamento de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 48 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	139	1.833	2	21.501	23.475
Chocó	116	3.377		4.961	8.454
Nariño	4	6.005	2	474	6.485
Córdoba	18	500		4.790	5.308
Bolívar	184	584	1	2.875	3.644
Amazonas	3	40		1.195	1.238
Valle del Cauca	11	107		1.110	1.228
La Guajira		1		656	657
Risaralda	64	57		757	878
Guaviare	5	91		510	606
Cauca	11	312	1	55	379
Guainía		4		339	343
Meta	1	64		188	253
Vichada	13	21		199	233
Sucre	1	10		124	135
Santander	4	2		162	168
Exterior	2	11		69	82
Putumayo		9		48	57
Quindío	4	4		40	48
Norte de Santander				34	34
Caldas	2		1	24	27
Cesar		4		22	26
Tolima	1	1		19	21
Boyacá	1			19	20
Magdalena		1		22	23
Vaupés		1		44	45
Cundinamarca	1	5		19	25
Caquetá		3		15	18
Huila		2	1	8	11
Cartagena	3			7	10
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	588	13.052	9	40.314	53.963

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 48 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 48 de 2012

Entidad territorial de procedencia	Demora en días			
	1 día	2 días	3 días	4 y más días
Amazonas	11,0	16,3	17,8	41,5
Antioquia	22,3	19,5	19,9	29,2
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	36,4
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	18,5	24,9	38,9
Cesar	23,1	7,7	23,1	38,5
Chocó	19,5	17,4	16,3	39,0
Córdoba	23,6	34,0	17,8	19,3
Cundinamarca	4,2	12,5	12,5	45,8
Exterior	6,1	9,8	20,7	54,9
Guainía	10,0	16,8	19,4	51,2
La Guajira	6,3	13,7	21,6	53,6
Guaviare	17,4	20,6	19,9	33,1
Huila	9,1	18,2	9,1	36,4
Magdalena	8,7	8,7	17,4	47,8
Meta	5,2	3,5	13,1	41,5
Nariño	17,9	20,7	16,2	33,3
Norte Santander	3,0	9,1	12,1	60,6
Putumayo	7,4	11,1	16,7	40,7
Quindío	6,5	17,4	6,5	32,6
Risaralda	11,6	17,9	16,7	44,1
San Andrés	0,0	0,0	0,0	100,0
Santander	6,1	12,2	14,6	56,7
Santa Marta	0,0	0,0	33,3	66,7
Sucre	8,2	13,4	11,2	56,0
Tolima	9,1	9,1	4,5	77,3
Valle del Cauca	15,3	16,3	19,0	37,7
Vaupés	15,9	18,2	13,6	40,9
Vichada	7,3	13,8	12,9	59,1
Total	19,7	20,2	18,5	32,6

Fuente: Sivigila

## CONCLUSIONES

En general, en las cuarenta y ocho 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.