

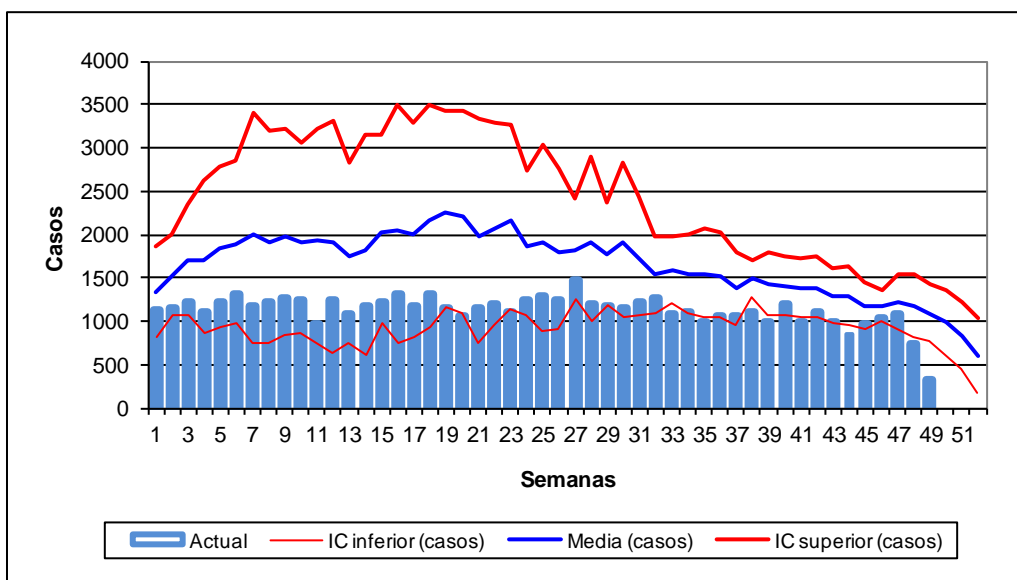
**BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO No. 49 DE LA MALARIA EN COLOMBIA
(A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 49 DE 2012)**

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 32, 34, 36 a 37, 40, 42 a 43, 45 a 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 49 de 2012*



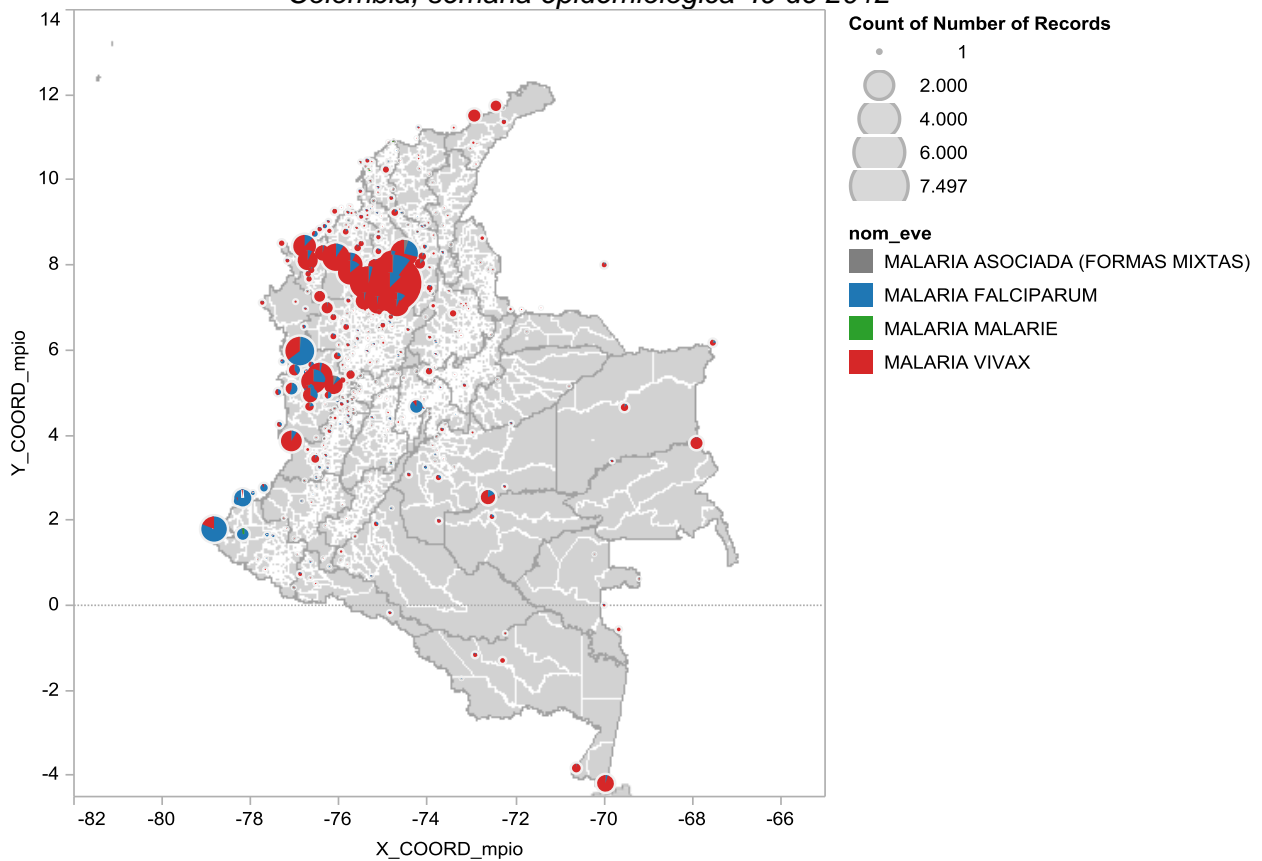
Método de las medias geométricas de las tasas

Fuente: Sivigila

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DURANTE EL 2012

Hasta la semana epidemiológica 49 de 2012 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud 54973 casos de malaria, de los cuales 40966 (74,5%) correspondieron a *P vivax*, 13395 (24,4%) a *P falciparum*, 604 (1,1%) a la asociación y 8 (0,01%) a *P malariae*. De malaria complicada se han notificado 327 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 49 de 2012



Fuente: Sivigila

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, 10,0% 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 49 de 2012

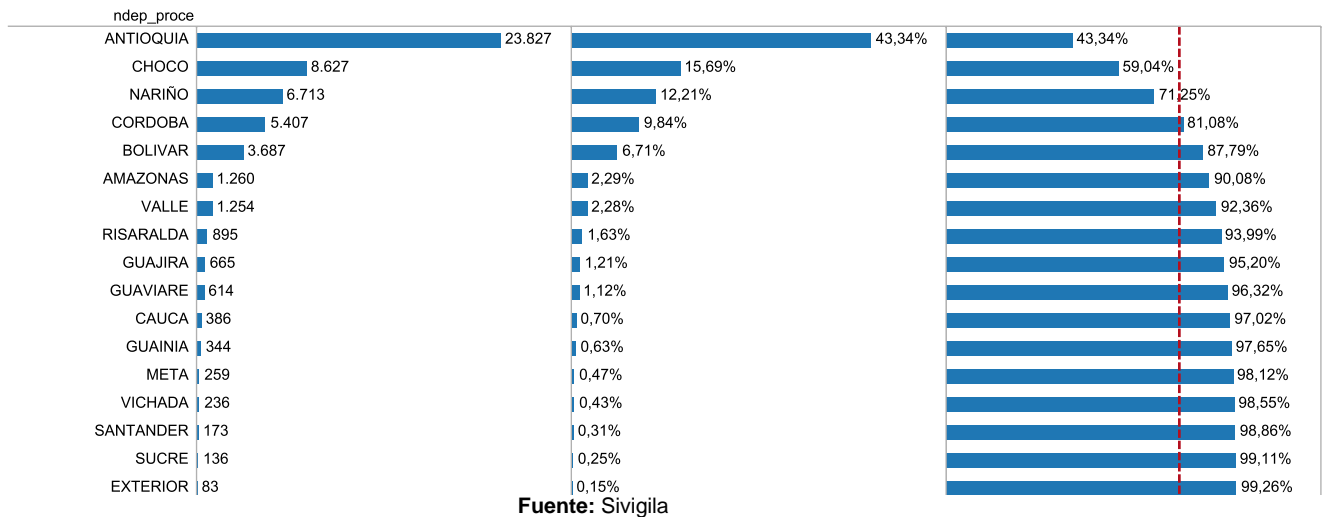
| Grupos de edad (años) | Malaria asociada (Formas mixtas) | | Malaria por <i>P. falciparum</i> | | Malaria por <i>P. malariae</i> | | Malaria por <i>P. vivax</i> | | Total | |
|-----------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|------|--------------------------------|-------|-----------------------------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 0 a 2 | 21 | 0,04 | 351 | 0,6 | | 0,0 | 2040 | 3,7 | 2412 | 4,4 |
| 3 a 4 | 19 | 0,03 | 411 | 0,7 | | 0,0 | 1593 | 2,9 | 2023 | 3,7 |
| 5 a 9 | 42 | 0,1 | 1480 | 2,7 | | 0,0 | 3996 | 7,3 | 5518 | 10,0 |
| 10 a 14 | 58 | 0,1 | 1763 | 3,2 | 1 | 0,002 | 4346 | 7,9 | 6168 | 11,2 |
| 15 a 17 | 34 | 0,1 | 1075 | 2,0 | | 0,0 | 3211 | 5,8 | 4320 | 7,9 |
| Resto | 430 | 0,8 | 8315 | 15,1 | 7 | 0,01 | 25780 | 46,9 | 34532 | 62,8 |
| Total | 604 | 1,1 | 13395 | 24,4 | 8 | 0,01 | 40966 | 74,5 | 54973 | 100,0 |

Fuente: Sivigila

De las 14852 mujeres en edad fértil (entre 10 y 54 años) que desarrollaron un cuadro de malaria, en el 5,43% de ellas se reportó que estaban embarazadas.

Por departamento de procedencia a la semana epidemiológica 49 del 2012, Antioquia ha notificado el 43,3% de los casos, seguido por Chocó con 15,7%, Nariño con 12,2%, Córdoba con 9,8%, Bolívar con 6,7% 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 49 de 2012



El total de casos de malaria notificados por departamento de procedencia hasta la semana epidemiológica 49 de 2012 se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Casos de malaria por especie parasitaria según departamento de procedencia.
Colombia, semana epidemiológica 49 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 | 143 | 1.862 | 2 | 21.820 | 23.827 |
| Chocó | 121 | 3.448 | | 5.058 | 8.627 |
| Nariño | 4 | 6.223 | 2 | 484 | 6.713 |
| Córdoba | 19 | 506 | | 4.882 | 5.407 |
| Bolívar | 188 | 590 | 1 | 2.908 | 3.687 |
| Amazonas | 3 | 41 | | 1.216 | 1.260 |
| Valle del Cauca | 11 | 107 | | 1.136 | 1.254 |
| La Guajira | | 1 | | 664 | 665 |
| Risaralda | 64 | 58 | | 773 | 895 |
| Guaviare | 5 | 92 | | 517 | 614 |
| Cauca | 11 | 318 | | 57 | 386 |
| Guainía | 1 | 4 | | 339 | 344 |
| Meta | 1 | 67 | | 191 | 259 |
| Vichada | 14 | 21 | | 201 | 236 |
| Sucre | 1 | 11 | | 124 | 136 |
| Santander | 4 | 2 | | 167 | 173 |
| Exterior | 2 | 11 | | 70 | 83 |
| Putumayo | | 9 | | 59 | 68 |
| Quindío | 4 | 4 | | 40 | 48 |
| Norte de Santander | | | | 34 | 34 |
| Caldas | 2 | | 1 | 24 | 27 |
| Cesar | | 4 | | 23 | 27 |
| Tolima | 1 | 1 | | 16 | 18 |
| Boyacá | 1 | | | 21 | 22 |
| Magdalena | | 1 | | 21 | 22 |
| 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 | 604 | 13.395 | 8 | 40.966 | 54.973 |

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 49 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 49 de 2012

| Entidad territorial de procedencia | Demora en días | | | |
|------------------------------------|----------------|--------|--------|--------------|
| | 1 día | 2 días | 3 días | 4 y más días |
| Amazonas | 11,2 | 17,1 | 17,1 | 41,4 |
| Antioquia | 22,4 | 19,5 | 19,8 | 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 | 16,8 | 19,3 | 20,3 | 36,5 |
| Boyacá | 4,5 | 9,1 | 18,2 | 63,6 |
| Caldas | 11,1 | 11,1 | 22,2 | 55,6 |
| Caquetá | 11,1 | 5,6 | 22,2 | 44,4 |
| Cartagena | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 50,0 |
| Casanare | 28,6 | 0,0 | 14,3 | 57,1 |
| Cauca | 7,3 | 18,7 | 24,6 | 39,1 |
| Cesar | 22,2 | 7,4 | 22,2 | 37,0 |
| Chocó | 19,3 | 17,4 | 16,3 | 39,4 |
| Córdoba | 23,9 | 33,9 | 17,7 | 19,1 |
| Cundinamarca | 4,0 | 12,0 | 12,0 | 44,0 |
| Exterior | 6,0 | 9,6 | 20,5 | 55,4 |
| Guainía | 9,9 | 16,6 | 19,2 | 51,7 |
| La Guajira | 6,2 | 13,8 | 21,1 | 54,1 |
| Guaviare | 17,3 | 20,2 | 19,9 | 33,9 |
| Huila | 9,1 | 18,2 | 9,1 | 36,4 |
| Magdalena | 9,1 | 9,1 | 18,2 | 45,5 |
| Meta | 5,0 | 3,1 | 12,4 | 39,4 |
| Nariño | 17,8 | 20,3 | 16,0 | 33,9 |
| Norte de Santander | 2,9 | 8,8 | 11,8 | 61,8 |
| Putumayo | 7,4 | 11,8 | 17,6 | 44,1 |
| Quindío | 6,3 | 16,7 | 6,3 | 31,3 |
| Risaralda | 11,7 | 19,0 | 16,9 | 43,4 |
| San Andrés | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Santander | 5,8 | 12,1 | 15,0 | 56,1 |
| Santa Marta | 0,0 | 0,0 | 33,3 | 66,7 |
| Sucre | 8,1 | 14,0 | 11,8 | 55,1 |
| Tolima | 11,1 | 5,6 | 5,6 | 77,8 |
| Valle del Cauca | 15,2 | 16,5 | 19,1 | 37,6 |
| Vaupés | 15,6 | 17,8 | 13,3 | 40,0 |
| Vichada | 7,2 | 13,6 | 12,7 | 59,7 |
| Total | 19,8 | 20,2 | 18,4 | 32,6 |

Fuente: Sivigila

CONCLUSIONES

En general, en las cuarenta y nueve 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.