

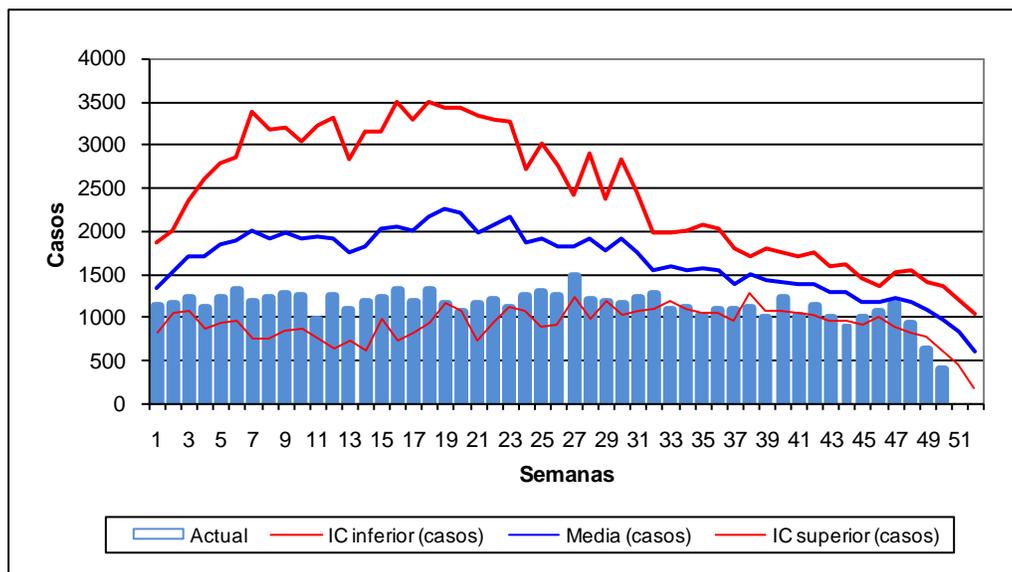
**BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO No. 50 DE LA MALARIA EN COLOMBIA
(A SEMANA EPIDEMIOLOGICA 50 DE 2012)**

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 48 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 50 de 2012*



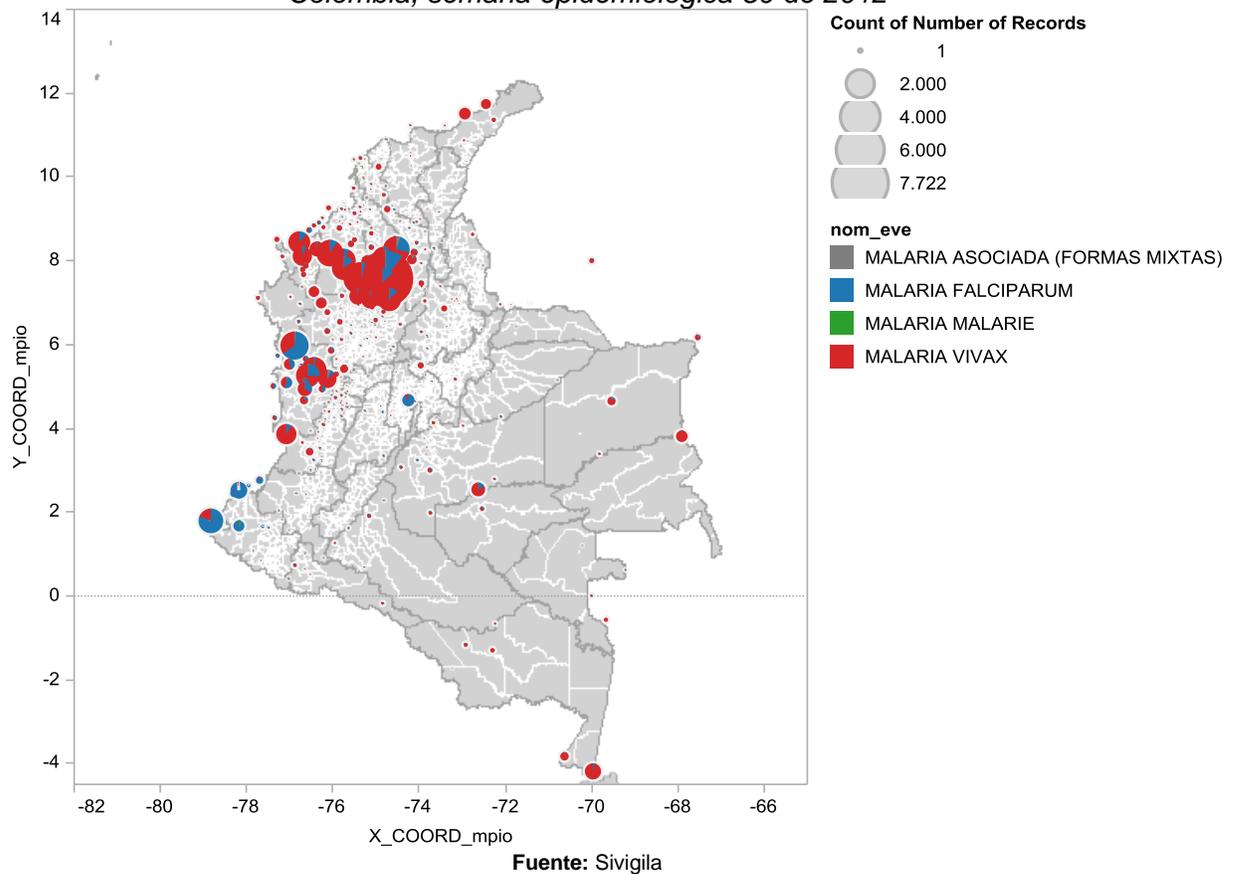
Método de las medias geométricas de las tasas

Fuente: Sivigila

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DURANTE EL 2012

Hasta la semana epidemiológica 50 de 2012 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud 56175 casos de malaria, de los cuales 41817 (74,4%) correspondieron a *P vivax*, 13733 (24,4%) a *P falciparum*, 617 (1,1%) a la asociación y 8 (0,01%) a *P malariae*. De malaria complicada se han notificado 330 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 50 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 50 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 50 de 2012

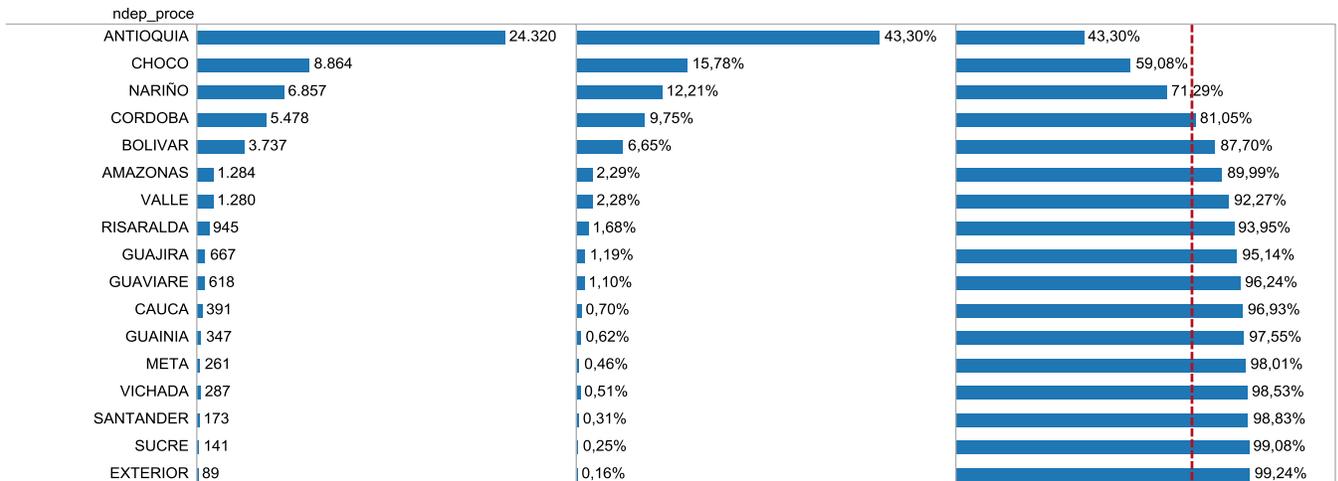
Grupos de edad (años)	Malaria asociada (Formas mixtas)		Malaria por <i>P. falciparum</i>		Malaria por <i>P. malariae</i>		Malaria por <i>P. vivax</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 2	21	0,04	358	0,6		0,0	2083	3,7	2462	4,4
3 a 4	19	0,03	423	0,8		0,0	1629	2,9	2071	3,7
5 a 9	44	0,1	1519	2,7		0,0	4073	7,3	5636	10,0
10 a 14	60	0,1	1805	3,2	1	0,002	4425	7,9	6291	11,2
15 a 17	34	0,1	1107	2,0		0,0	3265	5,8	4406	7,8
Resto	439	0,8	8521	15,2	7	0,01	26342	46,9	35309	62,9
Total	617	1,1	13733	24,4	8	0,01	41817	74,4	56175	100,0

Fuente: Sivigila

De las 15178 mujeres en edad fértil (entre 10 y 54 años) que desarrollaron un cuadro de malaria, en el 5,46% de ellas se reportó que estaban embarazadas.

Por departamento de procedencia a la semana epidemiológica 50 del 2012, Antioquia ha notificado el 43,3% de los casos, seguido por Chocó con 15,8%, Nariño con 12,2%, Córdoba con 9,8%, Bolívar con 6,7% 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 50 de 2012



Fuente: Sivigila

El total de casos de malaria notificados por departamento de procedencia hasta la semana epidemiológica 50 de 2012 se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Casos de malaria por especie parasitaria según departamento de procedencia.
Colombia, semana epidemiológica 50 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	146	1915	2	22257	24320
Chocó	123	3.564		5.177	8.864
Nariño	4	6.359	2	492	6.857
Córdoba	20	511		4.947	5.478
Bolívar	191	595	1	2.950	3.737
Amazonas	4	43		1.237	1.284
Valle del Cauca	11	108		1.161	1.280
Risaralda	63	64		818	945
La Guajira		1		666	667
Guaviare	5	92		521	618
Cauca	11	322		58	391
Guainía	1	4		342	347
Vichada	14	30		243	287
Meta	2	67		192	261
Santander	4	2		167	173
Sucre	1	11		129	141
Exterior	2	11		76	89
Putumayo		9		59	68
Vaupés		1		57	58
Quindío	6	4		41	51
Norte de Santander				34	34
Cesar		4		23	27
Caldas	2		1	23	26
Cundinamarca	1	5		19	25
Magdalena		1		22	23
Boyacá	1			21	22
Tolima	1	1		17	19
Caquetá		3		15	18
Huila		2	1	8	11
Barranquilla	1	1		8	10
Cartagena	3			7	10
Santa Marta		1		8	9
Casanare		1		6	7
Arauca				7	7
Bogotá		1		5	6
Atlántico			1	2	3
San Andrés				1	1
Sin información				1	1
Total	617	13.733	8	41.817	56.175

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 50 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 50 de 2012

Entidad territorial de procedencia	Demora en días			
	1 día	2 días	3 días	4 y más días
Antioquia	22,5	19,5	19,7	29,2
Chocó	19,3	17,6	16,2	39,2
Nariño	17,6	20,1	16,0	34,4
Córdoba	24,0	33,9	17,7	19,0
Bolívar	16,7	19,1	20,4	36,6
Amazonas	11,0	17,5	17,0	41,7
Valle del Cauca	15,1	16,6	19,1	37,8
Risaralda	11,6	18,9	17,0	43,4
La Guajira	6,1	14,1	21,0	54,0
Guaviare	17,2	20,1	20,1	34,0
Cauca	7,4	18,4	24,3	39,4
Guainía	10,1	16,4	19,0	51,9
Vichada	10,1	15,0	11,5	56,4
Meta	5,4	3,1	12,6	39,1
Santander	5,8	12,1	15,0	56,1
Sucre	8,5	14,2	12,8	53,9
Exterior	5,6	12,4	20,2	52,8
Putumayo	7,4	11,8	17,6	44,1
Vaupés	17,2	17,2	12,1	39,7
Quindío	5,9	15,7	5,9	35,3
Norte de Santander	2,9	8,8	11,8	61,8
Cesar	22,2	7,4	22,2	37,0
Caldas	11,5	11,5	23,1	53,8
Cundinamarca	4,0	12,0	12,0	44,0
Magdalena	8,7	8,7	17,4	47,8
Boyacá	4,5	9,1	18,2	63,6
Tolima	10,5	10,5	5,3	73,7
Caquetá	11,1	5,6	22,2	44,4
Huila	9,1	18,2	9,1	36,4
Barranquilla	10,0	10,0	10,0	60,0
Cartagena	10,0	10,0	10,0	50,0
Santa Marta	0,0	0,0	33,3	66,7
Casanare	28,6	0,0	14,3	57,1
Arauca	14,3	0,0	42,9	42,9
Bogotá	0,0	16,7	33,3	33,3
Atlántico	0,0	0,0	0,0	66,7
San Andrés	0	0	0	100
Sin información	0,0	0,0	0,0	100,0
Total	19,8	20,2	18,3	32,7

Fuente: Sivigila

CONCLUSIONES

En general, en las cincuenta 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.