



INFORME DEL COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD  
PÚBLICA, TERCER TRIMESTRE DE 2024  
VALLE DEL CAUCA

MARÍA CRISTINA LESMES DUQUE  
Secretaria Departamental de Salud

ISABEL CRISTINA HURTADO PALACIOS  
Subsecretaria de Salud Pública

HECTOR ANDRES BETANCUR CANO  
Líder de Programa  
Vigilancia en Salud Pública

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VALLE DEL CAUCA  
Octubre, 2024



#### RESPONSABLES DEL INFORME

Diana Carolina Pineda Valencia, Enfermera Epidemióloga  
Leidy Fernanda Castillo Estrada, Enfermera Epidemióloga  
Freddy Córdoba Rentería, Biólogo Entomólogo  
Ivan Mejía Perafan, Bacteriólogo Epidemiólogo

#### EQUIPO SIVIGILA - EEVV

Guillermo León Llanos Ramos, técnico operativo  
Juan Carlos Gutiérrez Millán, Estadístico  
Jhon Jairo Ocampo Salazar, Ingeniero de Sistemas  
Diana Marcela Hoyos Ocampo, Ingeniera de Sistemas - Epidemióloga



## **SARAMPION – RUBEOLA – SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA – PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA INFORME TERCER TRIMESTRE 2024, VALLE DEL CAUCA**

*Elaborado por:  
Diana Carolina Pineda Valencia  
Enfermera Esp. En epidemiología  
Equipo de Vigilancia en Salud Pública  
Subsecretaría de Salud Pública*

### **1. INTRODUCCIÓN**

El logro más trascendental para Colombia y la Región de las Américas en el milenio pasado fue la erradicación de la viruela y la poliomielitis, lo cual sirvió de motivación para lanzar el nuevo compromiso de la erradicación del sarampión para el año 2000. La eliminación del sarampión y la rubéola es una prioridad política sanitaria; el sarampión históricamente ha sido una de las principales causas de muerte en niños menores de cinco años (1).

El sarampión es una enfermedad viral, eruptiva, aguda, muy contagiosa, causada por un paramixovirus, con dos etapas clínicas: la primera, llamada fase prodrómica, que se caracteriza por fiebre alta y síntomas de las vías aéreas superiores, conjuntivitis y en algunas ocasiones, manchas de Koplik. La fase exantémica, se presenta al tercer o cuarto día después del inicio de la enfermedad y se caracteriza por una erupción maculopapular generalizada que dura de cuatro a siete días y a veces termina con una descamación (1).

La rubeola es una enfermedad viral, eruptiva, aguda, contagiosa, similar al sarampión, causada por un paramixovirus, su signo más característico es la presencia de linfadenopatías postauriculares, occipitales y cervicales posteriores y del 20 % al 50 % de los casos se presentan de manera subclínica, lo que limita el diagnóstico de la enfermedad. En una mujer embarazada con rubeola, se pueden producir anomalías en el feto (1).

#### **1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tenía como meta para finales del 2015 reducir las muertes por sarampión al menos 95 % comparado con el 2000 y lograr la meta de eliminación regional del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC); para el 2020, se propuso alcanzar la eliminación del Sarampión y la Rubéola en al menos cinco regiones (2).

La OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), informaron que los casos de sarampión en todo el mundo aumentaron a 869.770 en 2019, el mayor número notificado desde 1996, y estos aumentos se produjeron



en todas las regiones. Las muertes por sarampión a nivel mundial aumentaron casi un 50 % desde 2016 (3).

En 2020, se confirmaron 93.788 casos de sarampión, evidenciando una disminución de 83 % en comparación con 2019 donde la cifra mundial cerró en 541.247 casos. Pese a la disminución de los casos en 2020, la pandemia por COVID-19 aumentó el riesgo de presentación de casos debido a las medidas decretadas por los gobiernos que terminaron afectando las metas de los programas de vacunación a nivel mundial (4).

En 2020 se confirmaron casos de rubeola en todas las regiones del mundo a excepción de la región de las Américas (1).

## 1.2 Comportamiento del evento en América

En 2018 se reestableció la transmisión endémica de sarampión en Venezuela, lo cual produjo la aparición de casos importados en varios países de la región. En 2020, nueve países de la región notificaron 8.726 casos y 11 defunciones por sarampión. En 2021 se notificaron 8.561 casos sospechosos de sarampión y rubéola y se reportaron 715 casos confirmados de sarampión en tres países; la mayoría en Brasil. En 2018, se reportaron 4 casos confirmados de rubeola asociados a importación en México y Estados Unidos y en 2019 se confirmaron casos en Argentina y Chile. El 01 de julio de 2019, la OPS emitió una alerta de rubéola para las Américas ante el riesgo de importación y reintroducción del virus; en 2020 y 2021 no se registran casos confirmados de para este evento (1).

Por otro lado, la OPS ha venido informado a los países miembros sobre la situación epidemiológica del Sarampión en la región de las Américas, es por ello que a través de la alerta emitida el pasado 29 de enero de 2024, por el incremento de casos de sarampión a nivel global y la ocurrencia de casos importados en países de la Región de las Américas, ha brindado orientaciones a los Estados miembros a permanecer alerta ante la potencial aparición de casos sospechosos y/o confirmados de sarampión o rubeola, los cuales pueden ser importados desde otras regiones del mundo y generar brotes de diversa magnitud en los países de la Región de las Américas (10).

## 1.3 Comportamiento del evento en Colombia

Uno de los logros en salud pública para Colombia fue la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubeola congénita, entre los años 2015 y 2016; entre 2016 y 2017 no se reportaron casos confirmados en Colombia (1).

En 2018, Colombia emitió la circular 006 de 2018 con instrucciones permanentes para prevención, atención, vigilancia y control de sarampión en el país ante la posible aparición de un caso importado teniendo en cuenta la situación de brote en Venezuela (5). Durante este año, fueron notificados 7.190 casos sospechosos, de los cuales, el 3 % (n=208) fueron confirmados. En 2019, Colombia suma esfuerzos para contener el brote, logrando que el



último caso se registrara en semana 52 de 2019. Durante el 2020 fueron notificados 736 casos sospechosos de sarampión y rubéola, el 79,6 % corresponden a 587 casos notificados de sarampión, el 0,13 % fue confirmado para sarampión y el 99,87 % de los casos se descartaron. Para el 2021 no se confirmaron casos (1).

Actualmente Colombia mantiene su estatus sanitario libre de sarampión puesto que la Organización Panamericana de la Salud – OPS, la OMS – y la Comisión Regional de Monitoreo y Reverificación del Sarampión y la Rubeola – RMC, otorgaron a Colombia la certificación de país libre de sarampión; su arduo trabajo intensificando la vigilancia epidemiológica, las coberturas de vacunación y la vigilancia por laboratorio permitieron conservar su estatus de país libre de sarampión (6).

Durante los años 2005-2006 se adelantó en el país una Campaña Nacional de Vacunación con vacuna doble viral (sarampión y rubéola-SR), dirigida al grupo de hombres y mujeres de 15 a 39 años. A partir de ese año los casos confirmados de rubéola disminuyeron drásticamente; tres casos en el 2007, cuatro en el 2008, cuatro en el 2009, uno en 2011 y uno en el 2012. Entre 2016 y 2021 no se reportaron casos confirmados en Colombia para este evento (1).

De acuerdo con el Informe de Evento de Sarampión y Rubeola período VIII de 2024, hasta el tercer período se han notificado 953 casos sospechosos, ninguno confirmado, disminuyendo la tasa de notificación de 2,2 (mismo período de 2023) a 1,8 casos por 100 000 habitantes (7).

## **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **2.1 Objetivo general**

Describir el comportamiento de los eventos sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita (SRC) y parálisis flácida aguda (PFA), en el Valle del Cauca hasta el tercer trimestre de 2024, de acuerdo con la información provista por el SIVIGILA, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

### **2.2 Objetivos específicos**

Determinar las características sociodemográficas de los casos sospechosos y probables de sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita (SRC) y parálisis flácida aguda (PFA), procedentes de Valle del Cauca hasta el tercer trimestre de 2024.

Describir el comportamiento de los indicadores en la vigilancia epidemiológica y laboratorio de sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita (SRC) y parálisis flácida aguda (PFA), en el Valle del Cauca hasta el tercer trimestre de 2024.

Calcular la oportunidad y cumplimiento de las acciones específicas de vigilancia epidemiológica y laboratorio para los eventos de sarampión, rubeola, síndrome de rubeola



congénita (SRC) y parálisis flácida aguda (PFA), en el Valle del Cauca hasta el tercer trimestre de 2024.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó análisis de tipo descriptivo retrospectivo de los datos registrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Valle del Cauca hasta la semana epidemiológica 36 de 2024, de los eventos inmunoprevenibles en eliminación y erradicación; se analizaron las bases de datos de notificación de estos eventos que fueron notificados por las UPGD y direcciones locales de salud, cuyos códigos son 730 (sarampión), 710 (rubeola), 720 (síndrome de rubeola congénita) y 610 (parálisis flácida aguda); también se utilizó la información generada por el Laboratorio de Salud Pública Departamental y los reportes de laboratorio del INS. El plan de análisis incluyó la descripción de los casos en persona, tiempo y lugar, análisis de tendencia, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia.

Para la notificación de los casos al SIVIGILA, se tuvo en cuenta la definición de caso sospechoso y probable según el protocolo nacional, así como aquellos confirmados o descartados por laboratorio:

**Caso sospechoso de sarampión y rubeola:** Todo caso en que un trabajador de salud sospecha sarampión o rubéola, presencia de fiebre y erupción máculopapular; puede estar acompañado de alguno de los siguientes síntomas: tos o coriza o conjuntivitis, inflamación de ganglios linfáticos retroauriculares, cervicales u occipitales y artralgias (1).

**Caso sospechoso síndrome de rubeola congénita:** Menor de 1 año en quien se sospecha SRC debido a: Se le ha detectado una o más de las siguientes anomalías luego del nacimiento: defectos cardíacos congénitos, ductus arterioso persistente (documentado), estenosis de arteria pulmonar, cataratas congénitas, retinopatía, sordera, hipoacusia, microcefalia, hepatomegalia, esplenomegalia, púrpura, ictericia persistente asociada a la hiperbilirrubinemia directa; o existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo.

Nota: el bajo peso al nacer como único signo no debe ingresar al Sistema de vigilancia como sospecha de SRC.

**Caso probable de parálisis flácida aguda:** Cualquier caso de PFA, incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré, en menores de 15 años, por cualquier motivo que no sea causada por traumatismo grave, tumor o degeneración de la neurona motora; persona de cualquier edad con enfermedad paralítica en quien se sospeche poliomielitis.

Se depuraron las bases de datos para estos eventos, excluyendo casos procedentes de otros departamentos, extranjeros, distritos de Cali y Buenaventura, casos repetidos que corresponden a doble notificación y casos descartados con ajuste D que corresponde a error de digitación. Se calcularon los indicadores de oportunidad los cuales varían de acuerdo con el lugar de procedencia o notificación del caso; es decir, para la oportunidad de los indicadores de laboratorio se tuvo en cuenta el Valle del Cauca como departamento



notificador y para los indicadores de vigilancia se tuvo en cuenta el Valle del Cauca como departamento de procedencia.

Se tuvieron en cuenta los casos encontrados por la Búsqueda Activa Institucional (BAI) realizada por las UPGD, de los eventos inmunoprevenibles para la notificación en SIVIGILA de casos que cumplieran definición de caso sospechoso o probable, realización de acciones individuales y colectivas, cálculo y análisis de indicadores. También se tuvieron en cuenta los resultados de las Búsquedas Activas Comunitarias (BAC) realizadas dentro de las acciones colectivas cuando se han presentado casos sospechosos o probables, y los resultados de las BAC realizadas durante el monitoreo de coberturas de vacunación trazadores y en la encuesta de coberturas de vacunación 2024.

Cálculo de indicadores:

Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola: se calculó con el número de casos sospechosos de sarampión y rubéola notificados hasta la SE 36 sobre la población total del departamento por 100 000 habitantes.

Proporción de casos investigados en las primeras 48 horas de la notificación: se calculó con la fecha de investigación de campo menos la fecha de notificación sobre el número de casos sospechosos notificados para sarampión y rubéola.

Proporción de muestras tomadas en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción: se calculó teniendo en cuenta los casos ajustados con muestra de suero sobre el total de casos notificados.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 SARAMPION

#### 4.1.1 Comportamiento de la notificación.

Hasta el tercer trimestre de 2024 se notificaron 34 casos sospechosos de sarampión procedentes de Valle del Cauca, de los cuales 33 fueron descartados por laboratorio y uno se descartó por unidad de análisis, puesto que no fue posible la recolección de la segunda muestra; no se presentó ningún caso de mortalidad asociado (Ver tabla 1).

Tabla No 1. Casos sospechosos de sarampión notificados en SIVIGILA, procedencia Valle del Cauca, hasta el tercer trimestre de 2024

Municipio de procedencia	No de casos	Población DANE 2024	%	Tasa de notificación
Calima Darién	2	19.420	10,5	10,3
La Victoria	1	12.501	5,3	8,0



Municipio de procedencia	No de casos	Población DANE 2024	%	Tasa de notificación
Restrepo	1	16.541	5,3	6,0
Buga	8	133.690	42,1	6,0
La Cumbre	1	17.342	5,3	5,8
Zarzal	2	43.194	10,5	4,6
Jamundí	6	181.478	31,6	3,3
Cartago	3	143.281	15,8	2,1
Yumbo	2	108.869	10,5	1,8
El Cerrito	1	57.960	5,3	1,7
Florida	1	58.522	5,3	1,7
Palmira	5	359.549	26,3	1,4
Tuluá	1	232.775	5,3	0,4
<b>Valle del Cauca</b>	<b>34</b>	<b>2039391</b>	<b>178,9</b>	<b>1,7</b>

Fuente: SIVIGILA, Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2024

#### 4.1.2 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

El 52,9% de los casos se presentó en hombres, 70,6% pertenecían al régimen contributivo, 97,1% refirieron no pertenecer a alguna etnia, 91,2% procedían de la cabecera municipal y el 47,1% fueron menores entre los 0 y 5 años (Ver tabla 2).

Tabla No 2. Características sociodemográficas de casos sospechosos de sarampión, procedencia Valle del Cauca, hasta el tercer trimestre de 2024

Variables	Categoría	Casos	%
Sexo	Mujer	18	52,9
	Hombre	16	47,1
Régimen	Contributivo	24	70,6
	Especial	1	2,9
	Subsidiado	9	26,5
Etnia	Afrocolombiano	1	2,9
	Otro	33	97,1
Curso de vida	Primera infancia (0-5)	16	47,1
	Infancia (6-11)	8	23,5
	Adolescencia (12-17)	2	5,9
	Juventud (18-28)	5	14,7
	Adulthood (29 a 59)	3	8,8
	Vejez (60 y más)	0	0,0
Área de procedencia	Cabecera municipal	31	91,2





Centro Poblado	2	5,9
Rural disperso	1	2,9

Fuente: SIVIGILA, Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2024

#### 4.1.3 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 20,6 % de los casos fueron hospitalizados, 58,8 % tenían al menos una dosis de la vacuna contra sarampión y rubeola, 67,6 % presentaron erupción maculopapular, todos los casos presentaron fiebre, 47 % presentaron tos, 23,5 % coriza, 8,8 % conjuntivitis, 17,6 % adenopatías, 35,3 % artralgias y 35,3 % fueron notificados por BAI; no se encontraron casos sospechosos en las BAC realizadas dentro de las acciones colectivas cuando se han presentado casos sospechosos de sarampión, ni en las BAC realizadas durante el monitoreo de coberturas de vacunación trazadores, ni en la encuesta de coberturas de vacunación 2024 (Ver tabla 3).

Tabla No 3. Comportamiento de otras variables casos sospechosos de sarampión, procedencia Valle del Cauca, hasta el tercer trimestre de 2024

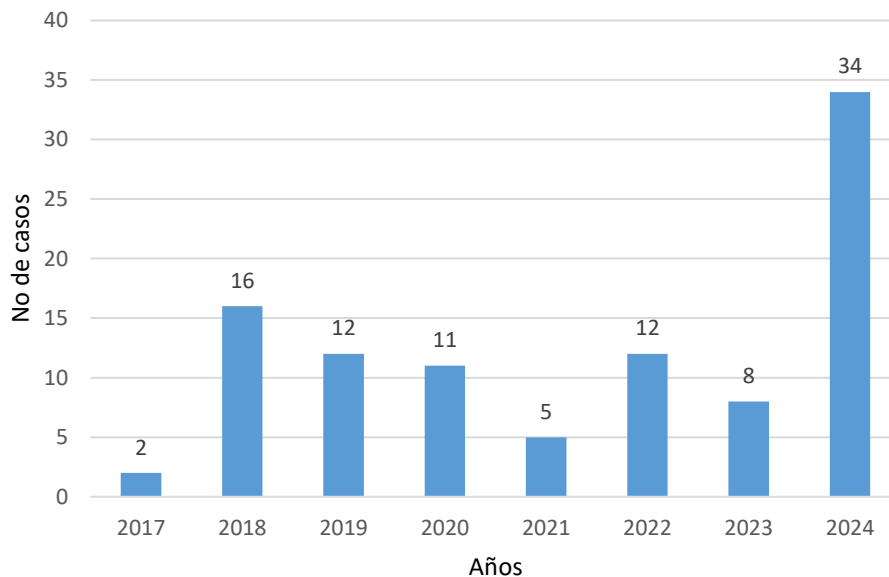
<b>Variables</b>	<b>Categoría</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Hospitalizado	Si	7	20,6
	No	27	79,4
Vacuna sarampión rubeola (mínimo una dosis)	Si	20	58,8
	No	6	17,6
	Desconocido	8	23,5
Tipo de erupción	Maculopapular	23	67,6
	Vesicular	0	0,0
	Otro	11	32,4
	Desconocido	0	0,0
Fiebre	Si	34	100,0
	No	0	0,0
Tos	Si	16	47,1
	No	18	52,9
Coriza	Si	8	23,5
	No	25	73,5
	Desconocido	1	2,9
Conjuntivitis	Si	3	8,8
	No	30	88,2
	Desconocido	1	2,9
Adenopatías	Si	6	17,6
	No	26	76,5
	Desconocido	2	5,9
Artralgias	Si	12	35,3
	No	16	47,1
	Desconocido	6	17,6
Fuente de notificación	Notificación rutinaria	22	64,7

Fuente: SIVIGILA, Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia 2024

#### 4.1.4 Tendencia del evento

Uno de los años con la mayor notificación del evento fue el 2018 secundario a la reintroducción del virus al territorio nacional. Comparando el año actual con el 2023, se observa un aumento en la notificación hasta el tercer trimestre de 325 % (Ver figura 1).

Figura 1. Número de casos sospechosos de sarampión notificados en SIVIGILA, hasta el tercer trimestre años 2017 a 2024, procedencia Valle del Cauca



Fuente: SIVIGILA, Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca, Colombia del 2017 – 2024

#### 4.1.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

La tasa de notificación de sarampión hasta el tercer trimestre de 2024 fue de 1,7 casos por cada 100.000 habitantes, se observó cumplimiento de 73,6 % en el indicador de investigación epidemiológica de campo y de 100 % en los indicadores de laboratorio (Ver tabla 4).



Tabla No 4. Indicadores de sarampión rubeola, hasta el tercer trimestre de 2024, procedencia Valle del Cauca

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Observaciones
Tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola	34	2.039.391	1,7	x 100000 habitantes
Porcentaje de casos de SR con investigación de campo: ficha de investigación completa, oportuna (menor de 48 horas), adecuada	25	34	73,60%	
Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada	34	34	100%	
Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección	34	34	100%	
Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción	34	34	100%	
Incidencia de sarampión o rubéola en población general, menores de cinco años y un año	NA	NA	NA	No se confirmaron casos
Letalidad de sarampión en población general	NA	NA	NA	No se relacionaron casos de mortalidad

Fuente: Secretaría de Salud Departamental – Laboratorio-Valle del Cauca, 2024 – proyecciones DANE

## 4.2 RUBÉOLA

Durante el periodo de análisis de 2024, no se notificaron casos sospechosos de rubeola procedentes de Valle del Cauca, tampoco se encontraron casos por BAI ni en las BAC realizadas durante el monitoreo de coberturas de vacunación trazadores, ni en la encuesta de coberturas de vacunación 2024.

## 4.3 SÍNDROME DE RUBEOLA CONGENITA (SRC)

En las semanas epidemiológicas 11 y 24 de 2024, se notificaron dos casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita (SRC), procedentes de Cartago y Calima. El primer caso, fue una menor de 11 días de nacida, afiliada a Salud Total régimen contributivo, que según la notificación en SIVIGILA tenía una estenosis de arteria pulmonar; el caso fue notificado y descartado por una UPGD de Bogotá. El segundo caso fue un menor de un mes de nacido, notificado por una UPGD de Buga, con reporte positivo de anticuerpos IgM e IgG para rubeola, perteneciente a Asmetsalud régimen subsidiado, finalmente descartado por laboratorio (Ver tabla 5).



Durante este período no se encontraron casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita por Búsqueda Activa Institucional (BAI), ni en las Búsquedas Activas Comunitarias (BAC) realizadas dentro de las acciones colectivas cuando se han presentado casos sospechosos de SRC, ni en las BAC realizadas durante el monitoreo de coberturas de vacunación trazadores, ni en la encuesta de coberturas de vacunación 2024.

Tabla No 5. Indicadores de síndrome de rubeola congénita, hasta el tercer trimestre de 2024, procedencia Valle del Cauca

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Observaciones
Tasa de notificación de casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita	2	6.756	3,0	x 10000 nacidos vivos
Porcentaje de casos con muestra adecuada para detección serológica de rubéola	1	1	100%	Se resta un caso notificado por UPGD de Bogotá
Porcentaje de casos con muestra adecuada para detección molecular de rubéola	1	1	100%	Se resta un caso notificado por UPGD de Bogotá

Fuente: Secretaría de Salud Departamental – Laboratorio-Valle del Cauca, 2024 – nacidos vivos DANE

#### 4.4 PARALISIS FLACIDA AGUDA (PFA)

En la semana 16 de 2024 se notificó un caso probable de parálisis flácida aguda (PFA) por parte de una UPGD de Cali, procedente de Palmira. Se trató de una menor de 2 años de edad, afiliada a Emssanar, con un diagnóstico de Guillain barré; el caso fue descartado por laboratorio (Ver tabla 6).

Durante este período no se encontraron casos probables de parálisis flácida aguda por Búsqueda Activa Institucional (BAI), ni en las Búsquedas Activas Comunitarias (BAC) realizadas dentro de las acciones colectivas cuando se han presentado casos probables de PFA, ni en las BAC realizadas durante el monitoreo de coberturas de vacunación trazadores, ni en la encuesta de coberturas de vacunación 2024.

Tabla No 6. Indicadores de parálisis flácida aguda, hasta el tercer trimestre de 2024, procedencia Valle del Cauca

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Observaciones
Tasa de notificación de casos probables de PFA en menores de 15 años	1	403.873	0,2	x 100000 menores de 15 años
Porcentaje de casos con muestra de heces oportuna	1	1	100%	
Porcentaje de casos con investigación epidemiológica de campo oportuna	1	1	100%	
Porcentaje de muestras de heces con envío oportuno al laboratorio de virología del INS	1	1	100%	



Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Observaciones
Porcentaje de muestras de heces procesadas oportunamente en el LNR	1	1	100%	
Porcentaje de casos de PFA con valoración neurológica a los 60 días	1	1	100%	

Fuente: Secretaría de Salud Departamental – Laboratorio-Valle del Cauca, 2024 – proyecciones DANE

## 5. DISCUSION

Contrario al comportamiento nacional; donde se observa una disminución en la notificación de casos sospechosos de sarampión, donde según el Informe de Evento Período VIII del INS, hasta el tercer período de 2024 la tasa de notificación de sarampión para Colombia fue de 1,8 y en 2023 hasta el mismo período fue de 2,2 casos por 100.000 habitantes. Para el Valle del Cauca, el comportamiento en este indicador es distinto, hasta el tercer período de 2023 la tasa de notificación departamental fue de 0,4 y para el 2024 es de 1,7 casos por 100.000 habitantes.

Son evidentes los resultados tras la sensibilización continua hacia las UPGD y DLS del departamento, en cuanto a la importancia de la notificación de casos sospechosos de sarampión. Durante este período se observa que el departamento de Valle del Cauca, cumple con la meta de notificación, la cual no había sido lograda en los años anteriores de la vigilancia del evento. Las constantes asistencias técnicas, circulares informativas, asesorías y seguimientos han ayudado a que se empiece a cumplir con este indicador; así mismo con el indicador de laboratorio, donde la totalidad de los casos tienen una muestra adecuada de laboratorio. El informe de evento del INS muestra el cumplimiento de la tasa de notificación en municipios mayores a 100.000 habitantes, donde Buga, Jamundí, Cartago y Yumbo cumplen con la meta de notificación esperada, pero Palmira y Tuluá aún no lo han logrado.

Una de las estrategias que ha ayudado al cumplimiento de este indicador de notificación ha sido la BAI que se hace por medio de los RIPS, con diagnósticos diferenciales de sarampión y la BAI que se empezó a realizar estudiando los casos probables de dengue negativos, que presentan fiebre y erupción, aportando así el 35 % de la notificación de casos sospechosos para este período.

Las alertas emitidas por La OMS y OPS sobre la nueva aparición de casos confirmados en países de América y el aumento de casos en países como Estados Unidos Unidos, Canadá, países de Europa, entre otros, así como las bajas coberturas de vacunación, han despertado la preocupación por mejorar los indicadores de vigilancia de este evento.

Actualmente el Valle del Cauca, especialmente el distrito de Cali, serán las sedes de la COP 16 (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Biodiversidad) la cual se llevará a cabo del 21 de octubre al 1 de noviembre de 2024. Este evento ha obligado al Departamento y a los municipios a realizar constantes capacitaciones, talleres, cursos de OPS sobre la vigilancia de sarampión, obteniendo resultados favorecedores para los indicadores de vigilancia.



Continuamos teniendo dificultad con el indicador de oportunidad en la investigación epidemiológica de campo, donde aún no logramos el 80 % de la meta; sin embargo, el inconveniente por falta de personal contratado para esta actividad se ha ido solucionando en cada uno de los municipios.

## 6. CONCLUSIONES

La tasa de notificación de sarampión hasta el tercer trimestre de 2024 es de 1,7 y en 2023 para el mismo período, fue de 0,4 casos por cada 100.000 habitantes, se observó un aumento en la notificación de 325%.

Se observó cumplimiento de 73,6 % en el indicador de investigación epidemiológica de campo y de 100 % en los indicadores de laboratorio.

El 52,9 % de los casos sospechosos de sarampión se presentó en hombres y 47,1% fueron menores entre los 0 y 5 años.

De los casos sospechosos de sarampión 58,8 % tenían al menos una dosis de la vacuna contra sarampión y rubeola y 67,6 % presentaron erupción maculopapular.

De los casos sospechosos de sarampión, 35,3 % fueron notificados por búsqueda activa institucional, no se encontraron casos sospechosos de rubeola, SRC ni probables de PFA por BAI.

No se encontraron casos sospechosos o probables en las BAC realizadas durante la realización de las acciones colectivas, ni en las BAC realizadas durante el monitoreo de coberturas de vacunación trazadores y encuesta de coberturas de vacunación.

## 7. RECOMENDACIONES

La búsqueda activa institucional - BAI es la principal estrategia para el cumplimiento de las metas de notificación de los eventos inmunoprevenibles en eliminación y erradicación o para la verificación de la ausencia de casos sospechosos y probables en el ámbito hospitalario.

Es importante la realización de las acciones individuales como la notificación de manera inmediata ante la sospecha de un caso, la recolección de las muestras de laboratorio específicas para la vigilancia del evento, en los tiempos establecidos de acuerdo con los lineamientos del INS y la realización de la investigación epidemiológica de campo (IEC).

Muy importante también la realización de las acciones colectivas, que comprenden el censo y seguimiento de contactos, monitoreo rápido de coberturas de vacunación (MRC) y búsqueda activa comunitaria (BAC) con un plazo de 48 horas posteriores a la notificación del caso en SIVIGILA, esto con el fin de controlar el brote de manera oportuna. Estas



acciones se realizan ante la notificación de casos sospechosos y/o probables; no se debe esperar un reporte de laboratorio para definir su realización.

El aislamiento del caso sospechoso de sarampión debe realizarse de acuerdo con el período de transmisibilidad del evento que comprende cuatro días previos y cuatro días posteriores a la aparición del exantema.

Se debe continuar realizando asistencias técnicas que permitan fortalecer la oportunidad en las acciones de vigilancia epidemiológica y de laboratorio en el momento de notificarse casos sospechosos o probables de eventos inmunoprevenibles en erradicación y eliminación.

Todos los municipios requieren contratar talento humano suficiente e idóneo para dar cumplimiento a los protocolos y lineamientos del INS lo que permite garantizar el cumplimiento de indicadores, fortalecer la adherencia a guías y a las acciones de vigilancia. Así mismo garantizar personal durante todo el año y evitar en lo posible la alta rotación del mismo.

Se debe garantizar capacitación permanente al personal clínico para la identificación oportuna de casos sospechosos o probables de los eventos en erradicación y eliminación, teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales.

Se deben fortalecer las actividades de promoción y prevención y las acciones del PAI especialmente en poblaciones vulnerables y territorios con barreras de acceso; donde el equipo de Vigilancia Epidemiológica y el equipo de Plan Ampliado de Inmunizaciones trabajen conjuntamente para lograr mayor impacto.

El proceso de notificación de eventos inmunoprevenibles demuestra la existencia de puntos críticos que requieren acompañamiento y procesos de seguimiento por parte del ente departamental; esto requiere de personal suficiente en los entes municipales y de forma continua, más aún, cuando se han generado alertas por la introducción de eventos en eliminación en el territorio nacional.

Para los actores en salud pública realizar acompañamiento a comunidades con dificultades para el acceso en salud, realizando brigadas de salud, censos y búsquedas activas, en los que se permita tener visibilidad de poblaciones con bajas coberturas de vacunación, conductas de riesgo para la enfermedad, deficiencias en la atención de partos y cuidados del recién nacido con miras desarrollar tareas de control, educación y tratamiento específicas que permitan disminuir escenarios de riesgo para las enfermedades prevenibles por vacunación.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Protocolos de Vigilancia de Sarampión y Rubéola, síndrome de rubeola congénita y parálisis flácida aguda. Instituto Nacional de Salud; 2024. [Internet]. Fecha de consulta: 10 de julio de 2024. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es->



[co/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-comunes-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/sarampi%C3%B3n.](https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-america-29-enero-2024)

2. Organización Panamericana de Salud. Datos básicos de Sarampión; 2018. [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>
3. Organización Panamericana de Salud. La mortalidad por sarampión en el mundo aumenta en un 50% de 2016 a 2019 y se cobra más de 207.500 vidas en 2019; 2020. [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/12-11-2020-worldwide-measles-deaths-climb-50-from-2016-to-2019-claiming-over-207-500-lives-in-2019>
4. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia de COVID-19 causa un importante retroceso en la vacunación infantil, según se desprende de los nuevos datos publicados por la OMS y el UNICEF; 2021. [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-7-2021-pandemia-covid-19-causa-importante-retroceso-vacunacion-infantil-segun-se>.
5. Circular 006 de 2018 Instrucciones permanentes de atención, prevención, vigilancia y control para evitar la aparición o introducción de casos de sarampión y rubeola en el país y acciones de sanidad portuaria; 2018. [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Circular%20No.%206%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Circular%20No.%206%20de%202018.pdf).
6. Colombia sigue manteniendo el estatus de país libre del sarampión y la rubéola; 2022. [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.mision-salud.org/2022/11/colombia-sigue-manteniendo-el-estatus-de-pais-libre-del-sarampion-y-la-rubeola/>.
7. Informe de evento Sarampión y Rubeola período epidemiológico VIII. Instituto Nacional de Salud; 2024. [Internet]. Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SARAMPION%20RUBEOLA%20PE%20VIII%202024.pdf>.
8. Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Instituto Nacional de Salud; 2024. [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: <https://portalsivigila.ins.gov.co>.
9. Proyección de la población 2024. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). [Internet]. Fecha de consulta: 11 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
10. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Sarampión en la Región de 29 de enero del 2024. [Online].; 2024 [cited 2024 septiembre 30. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-america-29-enero-2024>





## **VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR IRA, EDA O DESNUTRICIÓN INFORME TERCER TRIMESTRE DE 2024, VALLE DEL CAUCA**

*Elaborado por:  
Leidy Fernanda Castillo Estrada  
Enfermera Epidemióloga  
Equipo de Vigilancia en Salud Pública  
Subsecretaría de Salud Pública*

### **1. INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud afirma que se ha logrado un progreso mundial sustancial en la reducción de las muertes infantiles desde 1990. Las muertes en niños menores de 5 años en todo el mundo han pasado de 12,6 millones en 1990 a 5,2 millones en 2019. Desde 1990, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en un 59 %, pasando de 93 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 38 muertes en 2019. Esto equivale a que 1 de cada 11 niños muera antes de cumplir los 5 años en 1990, en comparación con 1 de cada 27 en 2019 (1).

A nivel mundial, las enfermedades infecciosas, incluidas la neumonía, la diarrea y la malaria, junto con el parto prematuro, la asfixia y el trauma al nacer, y las anomalías congénitas, siguen siendo las principales causas de muerte de los niños menores de cinco años. Dos regiones, África subsahariana y Asia central y meridional, representan más del 80 % de los 5,2 millones de muertes de menores de cinco años en 2019, mientras que solo representan el 52 % de la población mundial menor de cinco años. La mitad de todas las muertes de menores de cinco años en 2019 ocurrieron en solo cinco países: Nigeria, India, Pakistán, la República Democrática del Congo y Etiopía. Nigeria y la India por sí solos representan casi un tercio de todas las muertes (1).

El Programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA y la EDA en niños menores de 5 años es el conjunto de estrategias, procesos y acciones interdependientes que deben desarrollarse en todos los territorios con el fin de disminuir la morbilidad grave y mortalidad por estos eventos. Para poder hacer el reconocimiento de necesidades y el despliegue estratégico se deben aplicar los cuatro componentes metodológicos (Gestión y planeación, atención para la salud, gestión de conocimiento, sistema de información y seguimiento), lo que favorece la organización de las estrategias Institucional, Intersectorial

y Comunitaria, lideradas desde los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y su agenciamiento y coordinación con Alcaldes, Gobernadores, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y actores vinculantes con el proceso de salud-enfermedad de estos eventos transmisibles: Ministerio de Vivienda y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Ambiente y de población vulnerable como el Ministerio del Interior, entendidas a nivel territorial como Secretarías de desarrollo social, de ambiente, entre otros aliados locales (2).

### 1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

El informe revela que en la actualidad sobreviven más niños y niñas que nunca, y que la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años ha descendido un 51 % desde 2000. Varios países de ingresos bajos y medianos bajos han superado incluso este descenso, lo que demuestra que es posible progresar cuando se asignan recursos suficientes a la atención primaria de salud, incluida la salud y el bienestar infantiles. Por ejemplo, los resultados muestran que, en Camboya, Malawi, Mongolia y Ruanda se ha reducido la mortalidad de menores de 5 años en más de un 75 % desde 2000 (3).

Pero los resultados del informe también indican que, a pesar de estos avances, aún queda un largo camino por recorrer para poner fin a las muertes infantiles y juveniles evitables. Además de los 4,9 millones de vidas perdidas antes de los 5 años –casi la mitad de las cuales eran de recién nacidos–, también se truncó la vida de otros 2,1 millones de niños y jóvenes de entre 5 y 24 años. La mayoría de estas muertes se concentraron en África Subsahariana y Asia Meridional (3).

### 1.2. Comportamiento del evento en América

En la región de América Latina y el Caribe, para ese año, se estimaron en 152.000 las defunciones de menores de 5 años, lo que representa un descenso de 60 % desde el año 2000 (4).

“Estos resultados, de suma relevancia, son fruto de diferentes acciones desarrolladas, pero al mismo tiempo conllevan un importante desafío para sostener y profundizar estos resultados y avanzar hacia el logro de lo que aún resta alcanzar”, expresó Pablo Durán, asesor regional en Salud Perinatal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). “Este es un momento oportuno para analizar lo que se ha logrado y reflexionar sobre lo que debe hacerse para salvar más vidas”, agregó (4).

A pesar de los descensos registrados, el número anual de muertes en niños, adolescentes y jóvenes sigue siendo alto y particularmente en algunos grupos poblacionales. Existen diferentes riesgos e importantes desigualdades en la supervivencia de acuerdo al lugar de nacimiento, al grupo socioeconómico o bien a los entornos

particulares que implican diferentes condiciones de fragilidad (ej.: conflictos, migraciones, entre otras) (4).

En América Latina y el Caribe, el 57 % de las muertes estimadas en menores de 5 años se concentran en los primeros 28 días de vida, mientras que a nivel mundial esta cifra es del 47 %. Entre las principales causas de muertes se encuentran: prematuridad, asfixia, sepsis/infecciones y anomalías congénitas (4).

“Debemos concentrar las acciones dirigidas a reducir las muertes por estas causas y, en particular, atender los diferentes contextos en los que suceden. Sabemos que muchas de las muertes en menores de 5 años son evitables y, en demasiados casos, están asociadas a importantes desigualdades que existen al interior de los países y entre ellos”, sostuvo Durán, quien también señaló que las acciones deben estar siempre centradas en las personas y las familias, con un enfoque de derechos humanos (4).

### 1.3. Comportamiento del evento en Colombia

Durante el 2023 se notificaron a Sivigila 1 145 muertes probables por desnutrición aguda, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, de los cuales 31 casos fueron repetidos. De los 1.114, 52 casos (4,67 %) corresponden a menores con residencia en el exterior. De los 1.062 de residencia en Colombia, 23 casos (2,25 %) fueron error de digitación, 225 (21,19 %) descartadas, 42 (3,95 %) no concluyentes y 772 (72,69 %) confirmados 629 por clínica (81,47 %) y 143 (18,52 %) por laboratorio. Este informe se realizó con las muertes confirmadas de residencia en Colombia: 288 (37,31 %) por DNT aguda, 363 (47,02 %) por IRA y 121 (15,6 %) por EDA (5).

Según el informe de evento a periodo epidemiológico 8 del presente año, a nivel nacional hay notificados 535 casos, de estos 510 son residentes en Colombia, realizando una comparación con el año inmediatamente anterior al mismo periodo se evidencia un aumento del 1,68% en la notificación de los casos, en cuanto a las variables de interés, el 77,6 % (415 casos) pertenecen al régimen subsidiado, el 44,1 % (236 casos) el área de residencia es la cabecera municipal, el 49,1 % (263 casos) pertenecían a una etnia en este caso la indígena, el 65,6 % (351 casos) las mortalidades ocurrieron en menores de un año y el 80,7 % (432 casos) el sitio de defunción fue en el hospital o clínica (6).

### 1.4 Comportamiento del evento en el Valle del Cauca

De acuerdo al comportamiento de este evento en el Valle del Cauca la tasa de mortalidad más alta por desnutrición se registró en el año 2022, las tasas de mortalidad más altas por IRA se registraron en los años 2019 y 2022 y la tasa de mortalidad más alta por EDA se registró en el año 2022.

Para el año 2023 se confirmaron 14 muertes por IRA, 5 casos por desnutrición y 1 caso por EDA por medio de unidad de análisis. La tasa de mortalidad infantil más alta la presentaron los municipios de El Dovio, La Cumbre y Andalucía; la tasa para Valle fue de 11 casos por 100.000 menores de cinco años. El 55 % eran mujeres y el 70% correspondía a menores de 1 año, 65 % pertenecían al área urbana, 40 % eran indígenas y un 5 % afrocolombianos, 75 % pertenecían al régimen subsidiado el 70 % de los casos tuvo como clasificación final IRA (7).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general

Describir el comportamiento de las muertes en menores de cinco años por IRA, EDA Y DNT y el seguimiento a los indicadores de la vigilancia en el Valle del Cauca con fecha de corte al tercer trimestre de 2024.

### 2.2. Objetivos específicos

- Describir el comportamiento epidemiológico del evento 591 vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda – IRA, por enfermedad diarreica aguda – EDA o por desnutrición, en el Valle del Cauca con fecha de corte al tercer trimestre de 2024, de acuerdo con la información provista por el SIVIGILA y RUAF que permita orientar las estrategias de prevención, vigilancia y control.
- Identificar los cambios inusuales en el comportamiento de las muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda – IRA, enfermedad diarreica aguda – EDA o desnutrición, en el Valle del Cauca, con fecha de corte al tercer trimestre de 2024.
- Identificar los determinantes sociales y factores que condicionan la ocurrencia de muerte por infección respiratoria aguda – IRA, enfermedad diarreica aguda – EDA o desnutrición en menores de cinco años, que permita orientar la implementación de intervenciones que afecten de manera positiva estos determinantes, en el Valle del Cauca, con fecha de corte al tercer trimestre de 2024.



### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó análisis descriptivo retrospectivo de las variables de la ficha de notificación de datos básicos y complementarios 591 de acuerdo con la notificación semanal al SIVIGILA por parte de las entidades territoriales con fecha de corte al tercer trimestre de 2024. Se realizó la depuración de la base de datos para identificar registros duplicados y/o repetidos, se empleó Microsoft Excel® para el procesamiento de los datos.

Sacando aquellos casos con residencia Cali, Buenaventura o un departamento diferente al Valle, se obtiene un resultado de 17 casos notificados residencia Valle del Cauca, de los cuales se han revisado 15 con el fin de establecer si cumplen definición de caso para el evento y se identificaron los registros duplicados y/o repetidos. De estos 15 casos, se confirmaron 7 casos para el evento, se descartaron 4 casos y 4 casos no concluyentes.

Para el cálculo de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, fue tomada la proyección de la población menor de cinco años estimada por el DANE por municipios. Para el cálculo de la correspondencia SIVIGILA-RUAF, se tomaron los registros de RUAF con mortalidades en menores de cinco años con cualquier diagnóstico que los relacione con IRA, EDA o desnutrición; de los casos encontrados fueron revisadas las HC, certificados de defunción y reportes de necropsias, para determinar si cumplían definición de caso para el evento y ameritaban unidad de análisis. Finalmente, se realizó el análisis de las principales variables registradas en la ficha de notificación, tanto en datos básicos como complementarios y de los indicadores de vigilancia, conforme a lo establecido en el protocolo.

#### **Definiciones de caso evento 591 protocolo de Vigilancia Integrada de Muertes en Menores de 5 años por IRA, EDA o desnutrición del Instituto Nacional de Salud**

Caso probable de muerte por IRA, EDA o DNT en menor de cinco años: Menor de cinco años fallecido que tenga registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición o deficiencias de micronutrientes (3). Nota: En los casos que se presenten patologías de base, crónicas o debilitantes, no cumplen con la definición operativa de caso para IRA, EDA, ni desnutrición. Todas las muertes probables deben clasificarse por medio de unidad de análisis (8).

Caso confirmado por laboratorio: Menor de cinco años fallecido que tenga registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda o enfermedad diarreica aguda, y cuente

con resultado de laboratorio positivo para algún agente etiológico o aislamiento bacteriano (8).

Caso confirmado por clínica:

Menor de cinco años fallecido que tenga registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda o enfermedad diarreica aguda, que cuente con resultado de laboratorio negativo o ausencia de detección de agente etiológico y que cumpla con criterios clínicos.

Menor de cinco años fallecido que tenga registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causa directa, relacionadas y otros estados patológicos) desnutrición o deficiencias de micronutrientes y cumpla con criterios clínicos. Nota: En los casos en donde se evidencie durante el análisis de la muerte que se encuentran IRA – desnutrición o EDA - desnutrición dentro de la cascada fisiopatológica de defunción, se establecerá que la causa básica de defunción es la desnutrición de acuerdo con lo establecido en el CIE 10 en su volumen No. 2. se recomienda no dejar asociaciones dentro de la clasificación final del caso (8).

Caso descartado de muerte por IRA, EDA o DNT: Menor de cinco años fallecido que tenga registrado en la cascada fisiopatología del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición o deficiencias de micronutrientes pero no se evidencia correspondencia con el cuadro clínico y las causas de defunción, o presenta una patología de base grave o crónica que coexisten con la enfermedad actual o cuadro clínico que desencadenó la defunción y cuya presencia fue un factor para el desenlace fatal del caso (8).

*Nota: En los casos que se presenten patologías de base, no cumplirían para la definición operativa de caso, ni para EDA, ni para IRA ni para desnutrición. En los casos en donde se evidencie durante el análisis de la muerte que se encuentran IRA - Desnutrición, EDA - Desnutrición dentro de la cascada de defunción, se establecerá que la causa básica de defunción es la desnutrición de acuerdo con lo establecido en el CIE 10 en su volumen No. 2. se recomienda no dejar asociaciones dentro de la clasificación final del caso (8).*

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Comportamiento de la notificación.

Hasta la semana epidemiológica 36, se notificaron 17 casos de mortalidad en menores de 5 años, con residencia en el Valle del Cauca, de los cuales se confirmaron 3 casos por DNT, 3 casos por IRA y 1 caso para EDA por medio de unidad de análisis, se descartaron 4 casos, 4 casos fueron no concluyentes y 2 casos pendientes por realización de unidad de análisis. La tasa de mortalidad en menores de 5 años en el Valle del Cauca actualmente se encuentra en 5,3 casos por 100.000 menores de cinco años (Ver tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT, residencia Valle del Cauca, a SE 36 de 2024

Municipio de residencia	EAPB	DNT	IRA	EDA	Descartados	Pendiente Clasificación	Total, Casos Confirmados SE_36_2024	Proyección DANE niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad integrada en menores de 5 años por 100.000
Bolívar	Sin afiliación	0	0	0	0	1	0	1551	0,0
Bugalagrande	Sin afiliación	0	0	0	0	1	0	1913	0,0
Caicedonia	Nueva EPS	0	1	0	0	0	1	2167	46,1
El Cairo	Nueva EPS	0	0	0	0	1	0	605	0,0
Dagua	Coosalud	0	1	0	0	0	1	4538	22,0
El Dovio	AIC	0	1	0	0	0	1	934	107,1
Florida	Coosalud	0	0	0	1	0	0	5288	18,9
Jamundí	Coosalud	0	0	1	0	0	0	14126	7,1
Toro	Nueva EPS	0	0	0	0	1	0	1219	0,0
Tuluá	Compensar	0	0	0	1	0	1	18117	5,5
Zarzal	Coosalud	1	0	0	0	0	1	3667	27,3
El Águila	Coosalud	1	0	0	0	0	1	793	126,1
Palmira	Coosalud	0	0	0	0	1	0	29520	0,0
Palmira	Comfenalco EPS	1	0	0	0	0	1	29520	3,3
El Cerrito	Nueva EPS	0	0	0	1	0	0	4980	20,1
Yumbo	Coosalud	0	0	0	0	1	0	9639	0,0
<b>Total, Valle del Cauca</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>128577</b>	<b>5,4</b>

Fuente: SIVIGILA, Valle del Cauca, SE\_36\_2024.

### 4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

El 58,8 % de los casos de mortalidad en menores de cinco años ocurrió en el sexo masculino, el 52,9 % pertenecían al régimen subsidiado, 11,7 % no estaban afiliados a ningún régimen de salud, 70,5 % fueron menores de 1 año de edad y el 64,7 % pertenecían al área urbana, 17,6 % eran indígenas, el 5,8 % correspondía a afrocolombianos y el 5,8 % era migrante. Hasta la SE 36 se han confirmado tres casos de mortalidad por IRA, tres casos de mortalidad por DNT y un caso por mortalidad por EDA, cuatro casos descartados por no cumplir con definición operativa de caso para el evento, cuatro casos no concluyentes a espera de resultado de la necropsia médico legal para establecer las causas de muerte y así definir y clasificar si cumple o se descartan los

casos para el evento y dos casos con unidades de análisis pendientes por realizar (Ver tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas casos notificados de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición, residencia Valle del Cauca, a SE 36 de 2024

Municipio de residencia	Sexo	Edad	Área	Pertenencia étnica	Régimen de salud	Causa básica de muerte	Clasificación final
Bolívar	Hombre	2 meses	Rural dispersa	Indígena	Sin Afiliación	Insuficiencia Respiratoria	Pendiente UA
Bugalagrande	Mujer	7 meses	Rural dispersa	Ninguna	Sin Afiliación	Insuficiencia Respiratoria	No concluyente
Caicedonia	Mujer	3 años	Urbana	Ninguna	Subsidiado	Paro Cardiorrespiratorio	IRA
Dagua	Hombre	7 meses	Rural dispersa	Ninguna	Contributivo	Encefalopatía Hipóxica	IRA
El Dovio	Hombre	7 meses	Urbana	Indígena	Contributivo	Insuficiencia Respiratoria	IRA
El Cairo	Mujer	1 mes	Urbana	Ninguna	Subsidiado	Parada Cardiorrespiratoria	No concluyente
Florida	Hombre	3 años	Urbana	Ninguna	Subsidiado	Neumonía	Descartado
Jamundí	Hombre	2 meses	Centro Poblado	Afrocolombiano	Contributivo	Choque Hipovolémico	EDA
Tuluá	Mujer	3 años	Urbana	Ninguna	Contributivo	Choque Séptico	Descartado
Zarzal	Mujer	7 meses	Urbana	Ninguna	Subsidiado	Anoxia Cerebral	DNT
El Águila	Mujer	10 meses	Urbana	Indígena	Subsidiado	Septicemia	DNT
Palmira	Hombre	1 mes	Urbana	Ninguna	Contributivo	Insuficiencia Respiratoria	Descartado
Palmira	Hombre	4 años	Urbana	Ninguna	Subsidiado	Hipertensión Intracraneana	Pendiente UA
Palmira	Hombre	5 meses	Rural dispersa	Ninguna	Subsidiado	Falla Ventilatoria Aguda	DNT
Toro	Hombre	3 años	Urbana	Ninguna	Subsidiado	Pendiente por Establecer	No concluyente
Roldanillo	Mujer	3 meses	Urbana	Ninguna	Contributivo	Estatus Convulsivo	Descartado
Yumbo	Hombre	9 meses	Rural dispersa	Ninguna	Subsidiado	Tromboembolismo Pulmonar	No concluyente

Fuente: SIVIGILA, Valle del Cauca, SE\_36\_2024.

#### 4.3. Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

El 41,1 % de los casos eran hijos de madres entre los 25 y 29 años, el 29,4 % hijos de madres entre los 16 y 21 años; el 17,6 % de madres entre los 32 a 40 años. El 23,5 % de las madres no registraron escolaridad, el 58,5 % terminaron su bachillerato; 47 % de las madres registraron un hijo vivo y el 94,1 % registró un hijo muerto incluyendo el actual. El 41,1 % de las madres se encontraba en unión libre y el 29,4 % registra muerte domiciliaria.

La diferencia promedio entre la fecha de consulta y la fecha de inicio de síntomas de los casos notificados fue de 17 días, con un valor máximo de 122 días y uno mínimo de cero días. De los casos hospitalizados (n= 5), todos se hospitalizaron dentro de las primeras 24 horas de la consulta, entre la fecha de fallecimiento y hospitalización hubo un promedio de 1 día con un límite máximo de 1 día y uno mínimo de cero días. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Otras variables de interés casos notificados de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición, residencia Valle del Cauca, a SE 36 de 2024

Municipio de Residencia	Edad de la madre	Año escolar de la madre	Número hijos vivos	Número hijos muertos (incluye actual)	Estado Conyugal	Fecha Consulta	Inicio Síntomas	Fecha Hospitalización	Fecha Defunción	Nombre UPGD	Clasificación
Caicedonia	25	11	1	1	5	9/02/2024	3/02/2024	10/02/2024	11/02/2024	Clínica la Sagrada Familia E.S.E	IRA
Dagua	27	11	1	1	2	7/02/2024	7/02/2024	N/A	7/02/2024	Hospital Rufino Vivas	IRA





Municipio de Residencia	Edad de la madre	Edad de la niña escolar de la familia	Número hijos vivos	Número hijos Muertos (incluye actual)	Estado Conyugal	Fecha Consulta	Inicio Síntomas	Fecha Hospitalización	Fecha Defunción	Nombre UPGD	Clasificación
El Dovio	32	0	7	1	1	5/03/2024	5/03/2024	N/A	5/03/2024	Hospital Santa Lucia ESE del Dovio E.S.E	IRA
Florida	28	11	2	2	1	20/02/2024	20/02/2024	N/A	20/02/2024	Benjamín Barney Gasca	Descartado
Jamundí	36	11	2	1	2	14/01/2024	14/01/2024	N/A	14/01/2024	HUV	EDA
Tuluá	40	11	1	1	1	29/02/2024	28/02/2024	29/02/2024	1/03/2024	Hospital Deptal Tomas Uribe Uribe E.S.E	Descartado
Zarzal	17	0	0	1	9	5/01/2024	5/01/2024	N/A	5/01/2024	Hospital San Rafael	DNT
El Águila	28	0	3	1	1	2/04/2024	20/01/2024	2/04/2024	2/04/2024	Hospital Universitario Del Valle Clínica	DNT
Palmira	25	5	2	1	1	26/05/2024	26/05/2024	N/A	7/06/2024	Nueva De Cali SAS Sede La Quinta	DNT
Palmira	25	11	1	1	9	29/05/2024	28/05/2024	29/05/2024	29/05/2024	Mariángel Dumiam Medical	Descartado
Roldanillo	17	11	0	1	1	20/07/2024	20/07/2024	20/07/2024	21/07/2024	Inversiones De Salud Del Valle SAS	Descartado
Bolívar	21	0	1	1	1	4/09/2024	2/09/2024	N/A	4/09/2024	Hospital Santa Lucia ESE del Dovio	Pendiente UA
Bugalagrande	25	11	1	1	5	21/08/2024	7/08/2024	N/A	21/08/2024	Hospital Universitario Del Valle	No Concluyente
El Cairo	16	10	0	1	2	27/07/2024	27/07/2024	N/A	27/07/2024	ESE Hospital Santa Catalina	No Concluyente
Palmira	24	11	1	1	5	1/09/2024	1/09/2024	N/A	1/09/2024	Hospital Universitario Del Valle	Pendiente UA
Yumbo	24	11	0	1	2	27/07/2024	27/07/2024	N/A	27/07/2024	Hospital La Buena Esperanza ESE	No Concluyente
Toro	19	5	0	1	5	10/07/2024	9/07/2024	N/A	11/07/2024	Hospital Sagrada Familia ESE	No Concluyente

Fuente: SIVIGILA, Valle del Cauca, SE\_36\_2024.

Dentro de la realización de las unidades de análisis al momento de evidenciar las situaciones o problemas identificados en la prestación de los servicios de las UPGD encontramos como más frecuentes las que se observan en la tabla 4.

Tabla 4. Principales hallazgos encontrados en las unidades de análisis por parte de la prestación de los servicios de las UPGD SE\_36\_2024

FACTOR	CARACTERISTICA INDIVIDUAL/SITUACION PROBLEMA
PRESTACION DE SERVICIOS INDIVIDUALES	Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica
PRESTACION DE SERVICIOS INDIVIDUALES	Tratamiento Inadecuado o Inoportuno
PRESTACION DE SERVICIOS INDIVIDUALES	No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)
PRESTACION DE SERVICIOS INDIVIDUALES	No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica
ACCIONES_DE_PROMOCION_Y_MANTENIMIENTO	Incumplimiento en las acciones de demanda inducida
ACCIONES_DE_PROMOCION_Y_MANTENIMIENTO	Incumplimiento en las acciones de protección específica
ACCIONES_DE_PROMOCION_Y_MANTENIMIENTO	Incumplimiento en las acciones de detección temprana

Con respecto al factor de prestación de servicios individuales en salud, con fecha de corte al tercer trimestre de 2024 y las características individuales o situaciones problema que más se identificaron para el evento, fueron los siguientes:

- “Prestación de servicios individuales”: identificando la característica de inadecuado diligenciamiento de la historia clínica, se evidencia que las UPGD responsables de la atención en salud no registran los signos vitales, el estado nutricional, como se encuentra el estado vacunal, si se le han realizado los tamizajes neonatales y si presentan alguna alteración.
- “Tratamiento Inadecuado o inoportuno”: no se cumplen las acciones establecidas en las guías de atención clínica, se evidencia que la mayoría de las UPGD no estaban adheridas a las guías de atención clínica y los algoritmos diagnósticos, mostrando así una falencia en la atención de las diferentes causas de mortalidad infantil durante la atención
- No se realiza la remisión a otras especialidades requeridas, se evidencia que las UPGD no tienen claros los criterios para remisión al programa canguro u otras especialidades dependiendo los hallazgos en las atenciones en salud.

El otro factor que más se identificó en el evento fue “Acciones de Promoción y Mantenimiento” y las características individuales o situaciones problema que más se identificaron para el evento, fue:

- Las DLS en compañía de las EAPB en los territorios revisados en unidad de análisis se evidencia que las acciones de promoción y mantenimiento de la salud para la población infantil presentan falencias en las acciones para garantizar que los niños cumplan con un adecuado esquema de vacunación para la edad, alimentación y aseguramiento.

#### 4.4. Tendencia del evento

La tasa de mortalidad más alta por desnutrición se registró en el año 2022, las tasas de mortalidad más altas por IRA se registraron en los años 2018 y 2022 y la tasa de mortalidad más alta por EDA se registró en el año 2018. Cabe aclarar, que cuando se suman varias de estas causas de muerte en un solo caso, se tiene en cuenta como causa básica desnutrición aguda y como causas secundarias IRA y EDA (Ver gráfica 1).

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil integrada en menores de 5 años por IRA, EDA y/o DNT, Valle del Cauca, sin distritos, 2018 – 2023



Fuente: Elaboración propia. Casos confirmados de mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA o desnutrición 2018 – 2023 SIVIGILA.

#### 4.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años
Definición	Muertes por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años por cada 100 000 menores de cinco años
Numerador	Número de defunciones por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años
Denominador	Proyección de la población menor de cinco años por departamento
Coeficiente de multiplicación	100 000 menores de cinco años
Meta	NA
<b>Resultado a SE 36</b>	<b>3 casos de mortalidad por IRA, 3 casos de mortalidad por DNT y 1 caso de</b>



<b>Nombre del indicador</b>	<b>Tasa de mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años</b>
	<b>mortalidad por EDA para una tasa de 5,3 casos por 100.000 menores de 5 años</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Proporción de unidades de análisis de muertes por IRA, EDA o DNT</b>
Definición	Porcentaje de cumplimiento en la realización de unidades de análisis de las muertes por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años
Numerador	Número de unidades de análisis de mortalidad realizadas para IRA, EDA o DNT en menores de cinco años
Denominador	Número de muertes por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años notificadas, por entidad territorial de residencia
Coeficiente de multiplicación	100
Meta	Realizar el 100% de las unidades de análisis
<b>Resultado a SE 36</b>	<b>15 unidades de análisis realizadas dentro del tiempo estipulado de 15 casos que lo requerían, para una proporción de 100%</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Correspondencia entre SIVIGILA y el módulo de defunciones del RUAF</b>
Definición	Porcentaje de los casos de muertes por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años notificados en SIVIGILA que corresponden a los casos registrados en el módulo de defunciones del RUAF
Numerador	Total, de muertes notificadas al SIVIGILA por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años en un periodo determinado
Denominador	Total, de muertes registradas por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años en el módulo de defunciones del RUAF
Coeficiente de multiplicación	100
Meta	100%
<b>Resultado a SE 36</b>	<b>De 17 casos notificados en el Valle del Cauca sin distritos, 17 se encuentran en RUAF, para una correspondencia de 100%</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Investigación epidemiológica de campo realizada</b>
Definición	Porcentaje de investigaciones epidemiológicas de campo de los casos de muertes por IRA, EDA o DNT en menores de cinco años notificados en SIVIGILA
Numerador	Numero de investigaciones epidemiológicas de campo realizadas por EDA, IRA y DNT en menores de cinco años notificadas en un periodo
Denominador	Total, de muertes notificadas por EDA, IRA o DNT en menores de cinco años en dicho periodo
Coeficiente de multiplicación	100
Meta	100%
<b>Resultado a SE 36</b>	<b>15 investigaciones epidemiológicas de campo de 15 unidades de análisis realizadas, para una proporción de 100%</b>

Fuente: SIVIGILA, Valle del Cauca, SE\_36\_2024



## 5. DISCUSION

En 2023 hubo un descenso de los casos confirmados para el evento integrado de mortalidad por IRA, EDA o DNT aguda en comparación con el 2022, lo que puede estar relacionado con la implementación del plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición aguda en Colombia en 12 entidades territoriales priorizadas, así como la disminución de la inseguridad alimentaria informada por el DANE, quien reporta que en el 2023 el porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria moderada o grave fue de 31,2 %, lo cual es inferior al 32,5 % del 2022 (9).

Al desagregar por evento, se identifica que la tasa de mortalidad por IRA continúa siendo la más elevada, seguido de mortalidad por DNT aguda y en tercer lugar EDA, similar a lo observado en los años anteriores comparado con los datos reportados por la nación y el Departamento del Valle del Cauca

La tasa de mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años para el 2023 fue de 2,7 x 100.000 menores de cinco años una cifra inferior comparada a la de la nación la cual fue 7,8 x 100.000 menores de cinco años (9) y la tasa a semana epidemiológica 36 es 2,3 x 100.000 menores de cinco años esto enmarcado en las acciones adelantadas por las diferentes áreas de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, entre ellas se describen: Búsqueda Activa Institucional, comités de emergencia semanales (conducta inicial, tratamiento y seguimientos), seguimientos telefónicos a padres y/o cuidadores con el fin de verificar la entrega oportuna y suministro adecuado de la FTLC, seguimiento a las alertas inmediatas y súper inmediatas (edema, sin ruta, perímetro braquial menor a 11.5 cm y sin aseguramiento), salas de análisis del riesgo de niños reincidentes, seguimiento al cumplimiento de la RIA 3280 (tamizaje de hemoglobina y detección de anemia nutricional, entrega de micronutrientes, Vitamina A, hierro, desparasitación, valoración antropométrica y nutricional), seguimiento de indicadores (Plan Departamental del Valle del Cauca, Indicadores Resolución 2350, Indicadores traza de Salud Pública, Indicadores con DLS), cumplimiento al Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, habilitación de las salas amigas de la familia lactante del Valle del Cauca, Mesas de trabajo con las EAPB, Asistencias técnicas mensuales en el componente nutricional.

La tasa de mortalidad por IRA aguda en menores de cinco años para el 2023 fue de 2,8 x 100.000 niños menores de cinco años una cifra inferior comparada a la de la nación la cual fue 9,8 x 100.000 niños menores de cinco años (9) y la tasa a semana epidemiológica 36 es 2,3 x 100.000 niños menores de cinco años. En América Latina y el Caribe, el 57 % de las muertes estimadas en menores de 5 años se concentran en los primeros 28 días de vida, mientras que a nivel mundial esta cifra es del 47 %. Entre las principales causas de muertes se encuentran: prematuridad, asfixia, sepsis/infecciones y anomalías congénitas (10). En cuanto a las coberturas de vacunación para el año 2023



de influenza en la 1era dosis para menores de 1 año estuvieron en 84,7% mientras que la cobertura con 2da dosis de Influenza en niños de 12 a 23 meses fue de 4,9 % y las coberturas para neumococo en menores de 1 año fue el 96 % y el refuerzo 96,5 % (11) y las atenciones en las salas ERA del Departamento del Valle del Cauca.

La tasa de mortalidad por EDA aguda en menores de cinco años para el 2023 fue de 0,5 x 100.000 niños menores de cinco años una cifra inferior comparada a la de la nación la cual fue 3,3 x 100.000 niños menores de cinco años (9) y la tasa a semana epidemiológica 36 es 2,3 x 100.000 niños menores de cinco años. En todo el mundo, las enfermedades infecciosas, entre ellas la neumonía, la diarrea y el paludismo, junto con el parto prematuro, la asfixia y los traumatismos perinatales y las malformaciones congénitas siguen siendo las principales causas de defunción de niños menores de cinco años. El acceso a intervenciones que salvan vidas, por ejemplo, el parto asistido por profesionales, los cuidados posnatales, la lactancia materna y una nutrición adecuada, la vacunación, y el tratamiento de las enfermedades comunes en la infancia pueden salvar de la muerte a muchos niños. Los niños malnutridos, en particular los que padecen malnutrición aguda grave, corren mayor riesgo de defunción por enfermedades comunes de la infancia tales como la diarrea, la neumonía y el paludismo. Los factores relacionados con la nutrición influyen aproximadamente en el 45% de las defunciones de niños menores de cinco años (12). En cuanto a las coberturas de vacunación para el año 2023 de rotavirus en la 2da dosis para menores de 1 año estuvieron en 96,2 % (11).

El 70,5 % de las muertes ocurrió en menores de 1 año comparado con los datos de la nación representa un aumento con respecto al valor registrado de 61,6 % (9), el 58,8 % de las muertes ocurrió en menores del sexo masculino esta comparación para el sexo a nivel nacional es igual (9), El 64,7 % de los niños fallecidos residían en el área urbana, se evidencia una diferencia con respecto a los datos reportados por la nación donde el mayor número residían en centro poblado y zona rural dispersa (9).

Según la pertenencia étnica, las muertes en niños de pertenecía étnica indígena para el Valle del Cauca se presentó en una alta proporción 17,6 % y de estos los más frecuentes fueron los Emberá Chami diferente a los datos reportados por la nación donde los más frecuentes con 51,68 % (399), y del total, el 31 % (124) pertenecían al grupo Wayuu (9). El 52,9 % tenía aseguramiento en salud en el régimen subsidiado igual a lo reportado por la nación en el mayor número de afiliación a este régimen con 77,6 % (9), el 11,9 % no tenía aseguramiento a ningún régimen de seguridad social en salud (9). En relación con el nivel educativo de las madres el 58,5 % culminaron el bachillerato, igual a lo reportado por la nación (9).

## 6. CONCLUSIONES

A nivel mundial y local, se viene presentando una disminución de casos de mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición; sin embargo, con la pandemia y posterior a ésta, existe mayor riesgo de malnutrición por el aumento de la pobreza, por la pérdida de los cuidadores primarios a causa de COVID-19 y por la disminución del uso de servicios de salud debido al confinamiento.

La tasa de mortalidad departamental estuvo por debajo de la tasa de mortalidad nacional (7,6 casos por 100.000 menores de cinco años) según el informe de evento PE VIII 2024, donde el Valle del Cauca fue uno de los departamentos que presentó decremento en la notificación para el tercer trimestre de 2024.

El municipio más afectado a nivel departamental durante el tercer trimestre de 2024, fue El Águila, arrojando una tasa de mortalidad de 126 casos por 100.000 menores de cinco años. Una de las principales características de este municipio, es la presencia de comunidades indígenas en donde se presentó el 100% de los casos de mortalidad.

Es importante tener en cuenta que, en lo analizado del 2024, para el Valle del Cauca, 70,5 % de los casos de mortalidad fueron menores de 1 año, siendo éste el grupo de edad más vulnerable a nivel mundial y local; esta situación ocurre porque los niños y niñas de esta edad presentan Entre las principales causas de muertes la: prematuridad, asfixia, sepsis/infecciones y anomalías congénitas (10).

Un porcentaje importante de casos ocurrió en indígenas, esta situación muy posiblemente ocurre porque Otro hecho relevante al analizar los componentes de la mortalidad en la niñez es que las muertes consideradas evitables, que se vinculan en mayor medida con un medio ambiente adverso y factores agresores, presentan un mayor peso relativo en los menores indígenas que en los otros grupos. Dado que la mayor parte de estas muertes son evitables en condiciones de vida adecuadas, especialmente nutrición y una atención médica oportuna, estos datos podrían estar indicando que la situación de inequidad se va agudizando en la medida que el niño crece y disminuye la lactancia materna, que es uno de los factores protectores propios de los pueblos indígenas, dado el valor y la duración que le otorgan a la lactancia materna (13).

El mayor número de los casos tuvieron clasificación final IRA, esto revisado en el Estudio de la carga de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (GBD) se evidencia que eventos como la neumonía o bronquiolitis, son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. En el año 2016 aproximadamente 2,38 millones de muertes en el mundo se debieron a infecciones respiratorias, posicionándolas como la sexta causa principal de mortalidad para todas las edades y la principal causa de muerte

en los niños menores de 5 años; 652.572 muertes (intervalo de incertidumbre del 95% [IU] 586475–720 612) en niños menores de 5 años (menores de 5 años), 1'080.958 muertes (943 749-1 170638) en adultos mayores de 70 años, y 2'377.697 muertes (2145584–2512809) en personas de todas las edades, en todo el mundo (14).

Con fecha de corte al tercer trimestre de 2024 se marcó una variación porcentual al descenso en la notificación del 39,2 % con respecto al número de casos notificados del año anterior. Para el tercer trimestre del año 2024 se observó una disminución de 53,3% respecto a la notificación de casos confirmados del mismo periodo del año 2023.

## 7. RECOMENDACIONES

- Uno de los principales objetivos de la Salud Pública es disminuir la mortalidad evitable. La utilización de indicadores de mortalidad evitable es de gran utilidad para evaluar los servicios de salud, las intervenciones sanitarias y las acciones en la prestación de los servicios. Por tanto, para el cálculo de dichos indicadores, es necesario contar con la información del comportamiento de las muertes en los menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición, para así identificar las condiciones que determinaron la ocurrencia de muertes por estas causas, con el objetivo de priorizar las acciones de vigilancia e intervención y contribuir al descenso de las muertes en esta población, a través de la articulación de los actores del sector salud y de otros sectores, buscando potenciar los esfuerzos para el diseño, implementación y evaluación de políticas dirigidas a mejorar la situación de salud de esta población.
- Realizar la toma de muestra a todas las muertes probables en menores de cinco años por IRA y EDA, por parte de las instituciones prestadoras de servicios en salud, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia
- Una de las estrategias para disminuir la mortalidad infantil evitable y que ha generado gran impacto son las coberturas de vacunación, las cuales en términos generales han reducido en un 79% las cifras de muerte infantil.
- Realizar acompañamiento técnico al talento humano que realiza las unidades de análisis con el fin de fortalecer la oportunidad, completitud, coherencia, pertinencia y calidad de la información.
- Analizar y divulgar la información obtenida de las unidades de análisis y los tableros de problemas en diferentes espacios y a los actores responsables, que permita la toma de decisiones o reorientación de las políticas públicas.





## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- World Health Organization. Children: improving survival and well-being [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality> Citado: 24 de septiembre de 2024.
- 2- Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda, Lineamientos técnicos y operativos, Versión 1. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Año 2023 Citado: 24 de septiembre de 2024.
- 3- <https://www.paho.org/es/noticias/13-3-2024-mortalidad-infantil-alcanzo-minimo-mundial-historico-2022-según-informaciones#:~:text=las%20Naciones%20Unidas-,La%20mortalidad%20infantil%20alcanz%C3%B3%20un%20m%C3%ADnimo%20mundial%20hist%C3%B3rico%20en%202022,informe%20de%20las%20Naciones%20Unidas&text=Sin%20embargo%2C%20a%20pesar%20de,una%20muerte%20cada%206%20segundos>. Citado: 24 de septiembre de 2024
- 4- <https://www.paho.org/es/noticias/14-5-2024-tendencias-alentadoras-desafios-persistentes-analisis-mortalidad-menores-5-anos>. Citado: 24 de septiembre de 2024
- 5- Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Vigilancia Integrada en menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición, año 2023 Citado: 24 de septiembre de 2024.
- 6- Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Vigilancia Integrada en menores de cinco años por IRA, EDA o desnutrición, Periodo epidemiológico 08 de 2024 Citado: 24 de septiembre de 2024.
- 7- Secretaria Departamental de Salud Valle del Cauca, Informe anual de vigilancia en salud pública año 2023. Disponible en <https://www.valledelcauca.gov.co/documentos/12931/informe-anual-de-vigilancia-en-salud-publica-de-eventos-de-interés-en-salud-publica/> fecha de consulta: 30 de septiembre de 2024.

- 8- Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Integrada en menores de cinco años por IRA, EDA o Desnutrición, código 591, Versión 03 2024 Citado: 05 de mayo de 2024.
- 9- Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Vigilancia Integrada de Muertes en Menores de Cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición Aguda 2023 [Internet]. [citada: 2024 Sept 27] [http: MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20AÑOS%20IRA%20EDA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023%20\(1\)](http://MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20AÑOS%20IRA%20EDA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023%20(1))
- 10- <https://www.paho.org/es/noticias/14-5-2024-tendencias-alentadoras-desafios-persistentes-analisis-mortalidad-menores-5-anos>. Citado: 27 de septiembre de 2024
- 11- Informe de Encuesta de Evaluación de Coberturas de Vacunación, Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca, Año 2023. Citado: 27 de septiembre de 2024.
- 12- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>. Citado: 27 de septiembre de 2024
- 13- Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2010. Todos los derechos reservados
- 14- Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda, Lineamientos Técnicos y Operativos, Versión 1. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. 2023.



## **INFORME EPIDEMIOLÓGICO ETV ZONOSIS TERCER TRIMESTRE DE 2024 VALLE DEL CAUCA**

*Freddy Córdoba Rentería  
Vigilancia en Salud Pública  
Secretaría Departamental de Salud  
Valle del Cauca*

### **I. DENGUE**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

El dengue es una enfermedad viral febril aguda. Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que van desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como se definen diversas formas clínicas: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, y el dengue grave; donde se encuentran incluidos el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones del dengue como miocarditis, encefalitis, hepatitis las cuales se asocian con mayor mortalidad. El virus del dengue tiene 4 serotipos (dengue 1, dengue 2, dengue 3, dengue 4) y la infección con alguno de estos serotipos no produce protección cruzada o prolongada para los otros.

Las características clínicas del dengue dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto, fiebre alta, cefalea intensa, dolor retroorbital, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. Es frecuente la leucopenia (recuento de leucocitos <5000) y en ocasiones se observa trombocitopenia. Los lactantes y preescolares pueden sufrir desde una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular hasta complicaciones mayores.

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo debido a las migraciones hacia áreas tropicales y subtropicales, donde el virus del dengue tiene el potencial de ser transmitido, sin embargo, la mortalidad no ha aumentado de forma tan importante. (2). Se calcula que unos 2.500 millones de personas viven en países endémicos en riesgo y que hay de 50 a 100 millones de casos por año, de los cuales 500.000 se clasifican como dengue grave y con un reporte de más de 20.000 muertes. (1) (3)

Desde su reemergencia en América, la incidencia del dengue ha aumentado dramáticamente 30 veces en los últimos 50 años, el número de casos de dengue



ha pasado de 1.033.417 en la década de los ochenta, a 2.725.405 en la década de los noventa y hasta 4.759.007 entre el 2002 y el 2007. Entre 2001 y 2009 seis países han presentado más del 75 % de todos los casos en toda la región. Venezuela, Brasil, Costa Rica, Colombia, Honduras y México. Entre el 2008 y el 2012 se notificaron más de 1,2 millones de casos anualmente, incluidos 28.233 casos graves y 1.000 muertes. Además, en el 2013 la carga de morbilidad fue la más elevada que jamás se haya registrado, con la epidemia de mayor magnitud en la historia del continente: un total de 2,3 millones de casos de los cuales 37.898 fueron casos graves y se registraron 1.318 muertes, notándose una tasa de letalidad más baja con respecto a las demás regiones. En América Latina, casi todos los países presentan casos autóctonos, a excepción de Canadá, Uruguay y Chile en territorio continental. (4)

El dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la infestación por *A. aegypti* de más de 90 del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción de *Aedes albopictus*, la urbanización de la población por problemas de violencia y el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años entre los que se destaca la epidemia de 1977 y la de los años 2002, 2007 y 2010. Esta última considerada como la más grande registrada en Colombia con más de 150.000 casos confirmados, 217 muertes y circulación simultánea de los cuatro serotipos. (5 y 6)

## 2. OBJETIVOS GENERAL

Describir el comportamiento del evento Dengue en el Valle del Cauca durante el año 2024 III trimestre (semanas 1 a 36) de acuerdo con la información provista por el SIVIGILA con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Recopilar y analizar los datos epidemiológicos relacionados con el Dengue en el Valle del Cauca hasta el III trimestre 2024 (semana 1 a 36), incluyendo casos confirmados, tasas de incidencia, distribución geográfica y características demográficas de los afectados.



- Identificar los grupos de población más afectados por el Dengue en el Valle del Cauca durante hasta el III trimestre 2024 (semana 1 a 36), incluyendo características demográficas, socioeconómicas y de salud, con el fin de orientar medidas de prevención y control específicas.

### **3. METODOLOGÍA**

El presente informe fue de tipo descriptivo, la fuente de información utilizada fue el Sistema de información de Vigilancia Nacional, Sivigila individual (ficha 210, 220 y 580), correspondiente a la información acumulada al III trimestre año 2024 (semanas 1 a 36). Se realizó la depuración de los datos para generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación tanto datos básicos como complementarios.

Se notificaron 116.057 casos de dengue y 543 casos dengue grave, se procedió a eliminar los registros que en la variable ajuste tenían la letra D (errores de digitación), también los casos descartados ajustados con el número 6, identificando si cumplen para caso descartado. Se identifican los registros duplicados y/o repetidos, dejando el caso de mayor complicación, condición u hospitalización, luego se separan aquellos registros que tenían como departamento de procedencia diferente al Valle del Cauca y por último se separa los casos provenientes del Distrito de Buenaventura y Distrito de Cali. Finalmente quedaron los casos procedentes del Valle que cumplen con la definición de caso. Una vez realizado este proceso al final quedaron 47.968 casos de dengue y 256 dengue grave, sobre los cuales se realizó el respectivo análisis.

Para el cálculo de la incidencia se tomó la población utilizada para el análisis es tomada de la población a riesgo estimada por el Ministerio de Salud y Protección Social por municipios y departamentos, se empleó Microsoft Excel®, Microsoft Acces y Epiinfo, para el procesamiento de los datos.

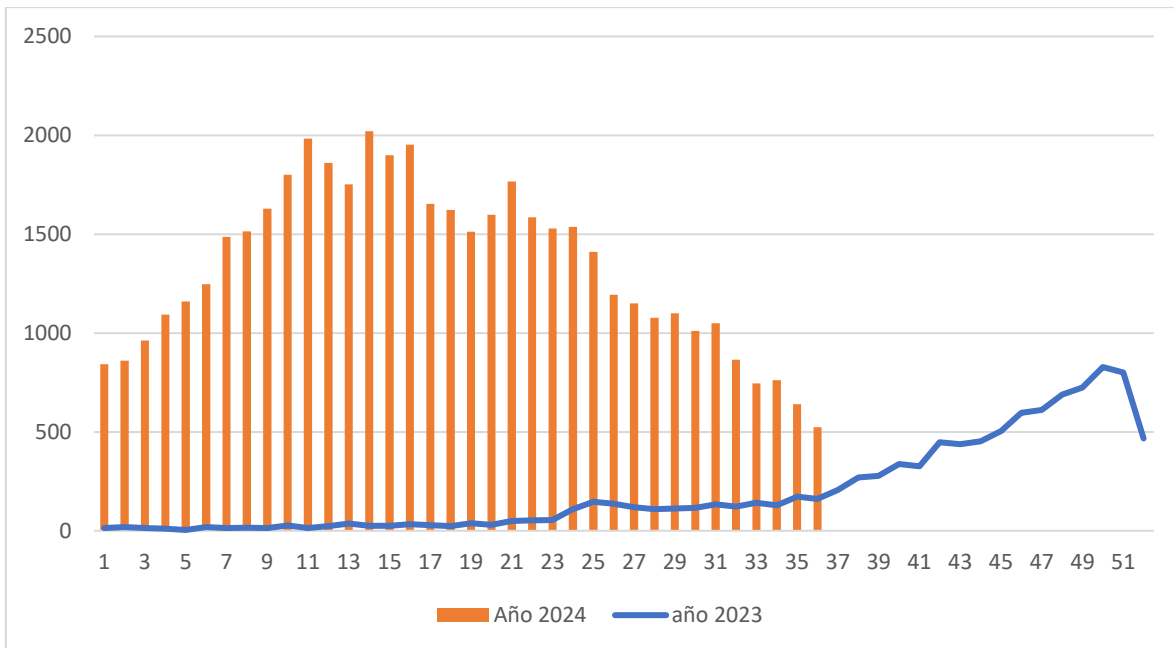
### **4. HALLAZGOS**

#### **4.1 Comportamiento de la notificación y tendencia del evento**



Hasta la SE 36 del 2024 se notificaron 47.968 casos, comparado con los 2.463 del 2023, se presentó un incremento del 1.848 % Figura 1.

Figura 1. Casos notificados de Dengue, semanas 1 a 36 Valle del Cauca 2023-2024



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

De acuerdo con el canal endémico el Valle se encuentra en brote a partir de la semana 25 del año 2023, conforme a su comportamiento histórico (2019-2023), Figura 2.

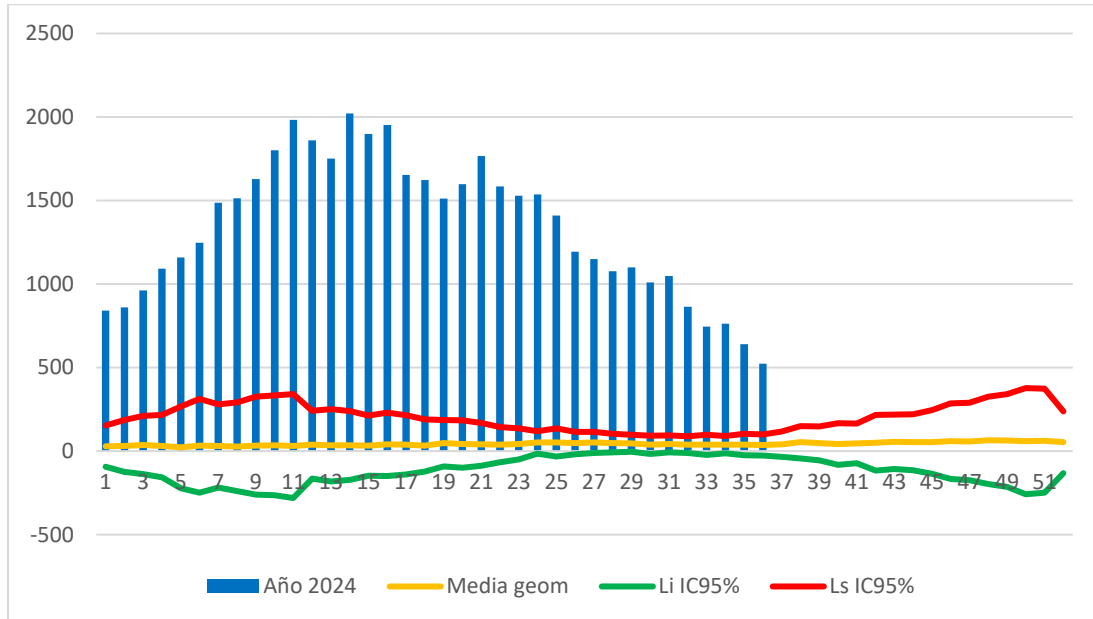
De acuerdo con su situación epidemiológica se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

-Brote tipo II (al menos seis semanas epidemiológicas por encima el límite superior y con una tendencia creciente): Alcalá, Dagua, Sevilla y Vijes.

Brote tipo I (por encima del límite superior del canal endémico durante al menos tres de las últimas cinco semanas epidemiológicas): La Unión, Argelia, El Dovio, Yumbo, Versalles Trujillo, Roldanillo, Pradera, Jamundí, y Caicedonia, Alcalá, Andalucía, Ansermanuevo, Bolívar, Candelaria, Cartago, Darién, El Agüilla, El Cairo, El Cerrito, Florida, Ginebra, Guacarí, La Victoria, Obando, Palmira, Restrepo, Riofrio. San Pedro, Toro, Tuluá, Yotoco Zarzal.



Figura 2. Canal endémico de Dengue semanas 1 a 36, Valle del Cauca 2024



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

#### 4.2 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Hasta la semana epidemiológica 36 se notificaron 48.224 casos, de estos un 32,2 % (n=15.528) fue dengue con signos de alarma, un 67,27 % (n=32.406) fue dengue sin signos de alarma, y un 0,53 % (n=256) fue dengue grave.

Los siguientes municipios presentaron una incidencia superior a la departamental (1.972 x 100 mil hts): Palmira, Tuluá, Versalles, Candelaria, Roldanillo, Andalucía, Cartago, Argelia, Obando, El Dovio, Ginebra, Zarzal, Yotoco, Guacarí, Sevilla, Restrepo, Jamundí, Toro, La Victoria, Darién, Yumbo, Buga, Alcalá, El Cerrito, Trujillo, Florida, La Unión, Vijes, Ansermanuevo. El municipio con la mayor incidencia fue Vijes con una incidencia de 9.734.

El 52 % de los casos se presentaron en el sexo femenino, el 51 % se presentaron en las personas cuyas edades están en las etapas de primera infancia a adolescencia (menores 17 años), por procedencia el 86 % de los casos se notificaron de la cabecera municipal. Tabla 1.



Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos de dengue, Valle del Cauca, semanas 1 a 36, 2024

Variables	Categorías	Casos	%
Sexo	Masculino	23.024	48
	Femenino	24.943	52
Cursos de vida (Años)	Primera infancia (0-5)	5.756	12
	Infancia (6 -11)	10.073	21
	Adolescencia (12-17)	9.113	19
	Juventud (18-28)	9.594	20
	Adulthood (29-59)	11.032	23
	Vejez (60 y más)	2.878	6
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	41.252	86
	Centro Poblado	3.358	7
	Rural Disperso	3.358	7

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

En lo corrido del año 2024, el serotipo 2 con un 70,5 % es el más frecuente en el Departamento, seguido por el serotipo 3 con un 19,2 %. De acuerdo a la distribución de serotipos por clasificación final de caso, el serotipo II produce la mayoría de casos de dengue con y sin signos de alarma (68,8 % y 71,9 %).

#### 4.4 Mortalidad por dengue

Se han notificado 60 muertes; 26 descartadas, 23 confirmadas distribuidas de la siguiente forma (4 Palmira, 1 Candelaria, 1 Bugalagrande, 4 Buga, 1 Guacarí, 1 Ginebra, 4 Cartago, 1 Pradera. 1 Trujillo, 2 Tuluá, 1 Trujillo, 1 Pradera, 2 El Dovio, 1 Sevilla) y 15 en estudio, para una letalidad por dengue del 0.047%; un 41 % por debajo de la meta esperada (letalidad acumulada de dengue 0,08 % durante el periodo de gobierno).

### 5. DISCUSIÓN

Durante el 2024 en el Valle del Cauca, Colombia, el Dengue ha presentado un patrón epidemiológico que muestra incrementos preocupantes en comparación con el mismo periodo del año anterior (2023). En el Valle del Cauca se ha presentado un aumento del 1.848 %.

El aumento en la incidencia de dengue en el Valle del Cauca puede atribuirse a varias razones. Primero, hubo un aumento en la población de *Aedes aegypti*, el mosquito que transmite el virus del dengue. Este aumento puede ser resultado de variaciones estacionales en las condiciones climáticas, incluyendo la temperatura y las precipitaciones, que favorecen la reproducción y supervivencia de los mosquitos (8). Además, los cambios en los patrones de uso de la tierra, el crecimiento urbano





y la migración también pueden haber contribuido al aumento de la población de mosquitos y, por ende, a la propagación del virus del dengue (9). Los programas de prevención y control deben por lo tanto dirigirse de manera específica a estos grupos.

En relación a las características demográficas de las personas afectadas, el 52 % de los casos se presentaron en el sexo femenino, el 51 % en menores de 17 años, lo que sugiere que esta población podría ser particularmente susceptible a los serotipos circulantes. Además, el 86 % de los casos se notificaron en zonas urbanas. El hecho de que la mayoría de los casos se notificaron en áreas urbanas es consistente con estudios previos que han señalado que el virus del dengue tiende a propagarse más rápidamente en áreas urbanas debido a la mayor concentración de mosquitos y humanos (10).

## 6. CONCLUSIONES

Con base a los datos epidemiológicos del año 2024, se puede concluir que el Dengue continúa siendo un problema de salud pública importante en el Valle del Cauca. El aumento en los casos en comparación con el mismo período del año anterior subraya la necesidad de intensificar los esfuerzos para controlar la propagación del virus del dengue en la región.

Las medidas de control del vector (el mosquito *Aedes aegypti*), incluyendo la eliminación de los criaderos y la fumigación de áreas con alta densidad de mosquitos, son esenciales para prevenir la propagación del dengue. La educación de la comunidad sobre los signos y síntomas del dengue y cómo prevenir la picadura de mosquitos también es crucial.

Finalmente, se requiere una coordinación intersectorial y una fuerte vigilancia epidemiológica para garantizar una respuesta eficaz y oportuna a los brotes de dengue. Es fundamental continuar con la investigación sobre el dengue para mejorar la comprensión de la enfermedad y desarrollar nuevas estrategias de prevención, control, diagnóstico y tratamiento.

## 7. RECOMENDACIONES

Se pueden plantear las siguientes recomendaciones para el control y prevención de esta enfermedad:



1. Dar continuidad y seguimiento a la elaboración y cumplimiento de los indicadores de los planes de contingencia formulados por la SDS del Valle y por el 100 % de, los municipios que estén en brote tipo I o II de dengue.
2. Intervenciones de control vectorial: Implementar y fortalecer las estrategias de control de los mosquitos *Aedes aegypti*, que incluyan la eliminación de los criaderos de mosquitos (recipientes con agua estancada) y la fumigación de áreas con alta densidad de mosquitos.
3. Educación para la salud: Realizar campañas de educación para la salud dirigidas a la comunidad para promover la prevención del dengue. Esto puede incluir información sobre cómo reconocer los signos y síntomas del dengue, la importancia de buscar atención médica temprana, y las formas de prevenir la picadura de mosquitos (uso de repelentes, mosquiteros, ropa protectora).
4. Protección de los grupos vulnerables: Los niños y los residentes de áreas urbanas parecen ser particularmente vulnerables al dengue. Se deben implementar estrategias de prevención y control específicas para estos grupos.
5. Vigilancia epidemiológica: Mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar y responder a tiempo a los brotes de dengue. Esto puede incluir el monitoreo de la densidad de mosquitos, la vigilancia de casos, y la realización de estudios para identificar los factores de riesgo de la enfermedad.
6. Coordinación intersectorial: Dado que el control del dengue requiere la participación de múltiples sectores (salud, educación, ambiente), es importante establecer mecanismos de coordinación intersectorial para implementar de manera eficaz las estrategias de prevención y control.
7. Investigación: Fomentar la investigación sobre el dengue para mejorar la comprensión de la enfermedad, identificar nuevas estrategias de prevención y control, y desarrollar nuevas herramientas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue hemorrágico. Fecha de consulta: marzo 11 de 2015.
2. OMS/OPS. Últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas. Informe de reunión, 28 y 29 de mayo del 2014. Washington, D.C. EUA
3. Brady OJ, Gething PW, Bhatt S, Messina JP, Brownstein JS, Hoen AG et al. Refining the global spatial limits of dengue virus transmission by evidence-based consensus. 2012.
4. Tapia C. R, Betancourt C M, Mendez, G.J. Dengue: an escalating public health problema in Latin America. Paediatrics and International Child Health 2012 Vol. 32 No. S1.
5. Pan American Health Organization (PAHO). (2019). Epidemiological Update: Dengue. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2019/2019-jul-24-phe-epi-update-dengue.pdf>.
6. Vigilancia integrada de arbovirosis y fiebre amarilla, INS: Boletín epidemiológico semana 3 2021, [https://www.ins.gov.co/buscador/eventos/BoletinEpidemiologico/2021\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_3.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador/eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_3.pdf)
7. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE%20PE%20VI%202023.pdf>
8. Booth M. Climate Change and the Neglected Tropical Diseases. Adv Parasitol. 2018;100:39-126. doi: 10.1016/bs.apar.2018.02.001. Epub 2018 Mar 28. PMID: 29753342; PMCID: PMC7103135.
9. PAHO/WHO. (2020). Dengue: Guidelines for patient care in the Region of the Americas.
10. Zellweger RM, Cano J, Mangeas M, Taglioni F, Mercier A, et al. (2017) Socioeconomic and environmental determinants of dengue transmission in an urban setting: An ecological study in Nouméa, New Caledonia. PLOS Neglected Tropical Diseases 11(4): e0005471. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005471>



## **MALARIA (EVENTO 465) INFORME TERCER TRIMESTRE 2024, VALLE DEL CAUCA**

*Elaborado por Iván Mejía Perafán  
Bacteriólogo Especialista en Epidemiología  
Equipo de Vigilancia en Salud Pública  
Subsecretaría de Salud Pública*

### **MALARIA**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

La malaria o paludismo es una enfermedad producida por parásitos del género *Plasmodium* sp, estos parásitos son transmitidos a los seres humanos por la picadura de un mosquito hembra del género *Anopheles* sp. En la actualidad, se conocen cinco especies de parásitos: *Plasmodium Falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium Malariae*, *Plasmodium ovale* y *Plasmodium knowlesi* (este último, especialmente en los países de Asia). De las cinco especies mencionadas, las infecciones por *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* son las de mayor prevalencia en el mundo, esta enfermedad afecta a millones de personas, especialmente en regiones tropicales y subtropicales. Se estima que hubo aproximadamente 241 millones de casos de malaria y 627.000 muertes relacionadas en el año 2020, según la Organización Mundial de la Salud (1).

Las especies de parásitos causantes de la malaria humana, *P/falciparum* y *P/vivax* representan la mayor amenaza para la población. *P/falciparum* sigue siendo la especie más peligrosa y es responsable de la mayoría de las muertes provocadas por la malaria. Fuera del África subsahariana, *P/vivax* produce cerca de la mitad de los casos de malaria y predomina en los países que son candidatos óptimos a la eliminación de la enfermedad; es responsable de más del 70% de los casos que se producen en los países con menos de 5.000 casos anuales. A diferencia de *P/falciparum*, que no causa infección latente del hígado, *P/vivax* puede permanecer latente en el hígado por muchos meses o incluso años después de la inoculación, lo que puede resultar en recaídas repetidas (2).

Las características clínicas de la malaria dependen de la especie, número de parásitos y estado inmunitario del hospedero. El cuadro clínico inicial comienza con escalofrío, fiebre y sudoración repetidos cada 24, 48 o 72 horas, según la especie de *Plasmodium*. La malaria no complicada se caracteriza por no presentar signos severos o daños de órganos, se manifiesta con cefalea, adinamia, fatiga, artralgias, malestar abdominal, escalofrío



progresivo, temblor incontrolable, acompañado de un periodo febril con temperaturas por encima de 38 grados y sudoración profusa, pasada las 8 horas de inicio de tratamiento la temperatura empieza a disminuir y entra a un periodo asintomático. Si hay un retraso en el diagnóstico y tratamiento del paciente, la carga de los parásitos aumenta y se desencadena una malaria complicada, que puede llevar al paciente a una acidosis metabólica, anemia severa, hipoglicemia, falla renal agudo, edema agudo del pulmón (3). Las intervenciones realizadas para la eliminación de la malaria han dado lugar a una reducción importante en la mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Al comienzo del año 2016, 3.200 millones de personas en 91 países se encontraban en riesgo de contraer la infección por *Plasmodium sp*; entre el año 2000 al 2015 la tasa de casos nuevos de malaria disminuyó un 37 % y la mortalidad disminuyó un 60 % a nivel mundial, lo cual representa 6,2 millones de vidas salvadas. (4)

Según el informe mundial sobre malaria 2022, a nivel mundial el número de muertes por malaria se redujo entre 2020 y 2021, pasando de 625.000 a 619.000, pero siguió siendo superior a las 568.000 muertes estimadas en 2019 antes de que se produjera la pandemia. Los casos de malaria siguieron aumentando en 2021, pero a un ritmo más lento en comparación con el periodo 2019-2020; los casos se estimaron en 247 millones en 2021, 245 millones en 2020 y 232 millones en 2019 (5).

En Colombia se cuenta con condiciones ambientales que favorecen la reproducción y transmisión del mosquito *Anopheles*, como lo es el clima tropical, agua estancada, diversidad geográfica, variabilidad climática y movilidad humana especialmente a áreas rurales o remotas y se reconocen cuatro principales focos de transmisión autóctona de la malaria, entre ellos: la región pacífica que involucra los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño; la Amazonía-Orinoquía en los departamentos de Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés; el Magdalena medio en los departamentos de Antioquia, Córdoba y Bolívar y la frontera con Venezuela en el departamento Norte de Santander. Su vigilancia se realiza con el objetivo de determinar su magnitud en persona, tiempo y lugar a través de los casos captados por las instituciones notificadoras al Sistema de vigilancia epidemiológica nacional SIVIGILA con el fin de generar información de la carga de morbilidad y mortalidad, identificar comportamientos inusuales del evento, realizar alertar en los municipios ubicados en zonas de alarma y brote y análisis de la información para la toma de decisiones enfocadas en estrategias para el control y eliminación.

Según el boletín epidemiológico de la semana epidemiológica 52 del año 2022, en Colombia se notificaron 71.573 casos en todo el año, de los cuales 70.188 pertenecen a malaria no complicada y 1.385 casos de malaria complicada. Predominó la infección por *Plasmodium vivax* (*P/ vivax*) con 60,7 % (43.427), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P/ falciparum*) con 38,3 % (27.437) e infección mixta con 1,0 % (709).



El 77,6 % de los casos de malaria no complicada los aportan los departamentos de Chocó (33,5 %), Nariño (14,1 %), Córdoba (13,4 %), Antioquia (10,2%) y Guainía (6,4 %). En cuanto a malaria complicada el 71,4 % de los casos los aportan los departamentos de Chocó, Antioquia, Nariño, Meta, Córdoba, Guaviare y Norte de Santander.

De los casos de malaria complicada el 62,4 % (864) corresponde a hombres. El 43,9 % (608) se presentó en personas de 15 a 29 años, el 9,5 % (132) en afrocolombianos, el 17,2 % (238) en Indígenas. Por lugar de procedencia, el 47,8 % (663) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 62,2 % (862) pertenece al régimen subsidiado. De los casos de malaria complicada causados por *P/vivax* o *P/falciparum*, 67 % (1.015) presentaron complicaciones hematológicas, 21 % (320) complicaciones hepáticas, 7 % (104) complicaciones renales, 3 % (42) a nivel pulmonar y 3 % (42) complicación cerebral (3).

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el comportamiento del evento malaria en el Valle del Cauca hasta el tercer trimestre del 2024 (semanas 1 a la 36) de acuerdo con la información provista por el SIVIGILA con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención, control y en el contexto de eliminación.

## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los grupos de población más afectados por la malaria en el Valle del Cauca con corte al tercer trimestre 2024, incluyendo características sociodemográficas, económicas y de salud, con el fin de orientar medidas de prevención, control y adicional en el contexto de eliminación.

Analizar las características clínicas y manifestaciones de la malaria en los casos reportados en el Valle del Cauca con corte al tercer trimestre 2024, incluyendo la especie de *Plasmodium* infectante, la gravedad de los casos, la presencia de complicaciones y las atenciones en salud (desenlaces clínicos).

## 4. METODOLOGÍA

El presente informe es de tipo descriptivo, la fuente de información utilizada fue el SIVIGILA mediante la ficha de notificación (465), semanas 1 a 36 del 2024, Se realizó la depuración de los datos para generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación tanto datos básicos como complementarios.

Se procedió a eliminar los registros que en la variable ajuste tenían la letra D (errores de digitación), también los casos descartados ajustados con el número 6, identificando sí



cumplen para caso descartado, se identificaron los registros duplicados y/o repetidos, dejando el caso de mayor complicación, condición u hospitalización, luego se separaron aquellos registros que tenían departamento de procedencia diferente al Valle del Cauca y por último se separaron los casos provenientes del Distrito de Buenaventura y Cali, finalmente quedan los casos procedentes del Valle que cumplen con la definición de caso.

En este periodo de tiempo en el departamento del Valle del Cauca se han notificado un total de 3.329 casos de malaria, al excluir los reportes de los distritos de Cali y Buenaventura, se obtuvo una notificación de 63 casos en el resto del Departamento. De los casos notificados según origen, 43 correspondían a malaria autóctona, los restantes 19 se clasificaron como importados.

Para el cálculo de la incidencia la población utilizada para el análisis fue tomada de la población a riesgo estimada por el DANE por municipios y departamentos.

Se realizó el análisis de los indicadores de vigilancia por entidad territorial conforme a lo establecido en el protocolo (6), como se describe a continuación:

#### **Por entidad territorial de procedencia / ocurrencia**

**IPA:** (total casos nuevos de malaria notificados confirmados más probables) / población a riesgo \* 1000.

**IVA:** (total casos nuevos de malaria por *Plasmodium vivax* notificados confirmados más probables) / población a riesgo \* 1000.

**IFA:** (total casos nuevos de malaria por *Plasmodium falciparum* notificados confirmados más probables) / población a riesgo \* 1000.

**Letalidad:** (número de muertes atribuibles al evento/ total de casos notificados de malaria complicada) x 100.

Por entidad territorial notificadora

Se analizaron los comportamientos inusuales del evento, este análisis se realizó mediante la comparación de los casos con en el canal endémico elaborado por la metodología de medias móviles hasta la semana 36 de 2024.

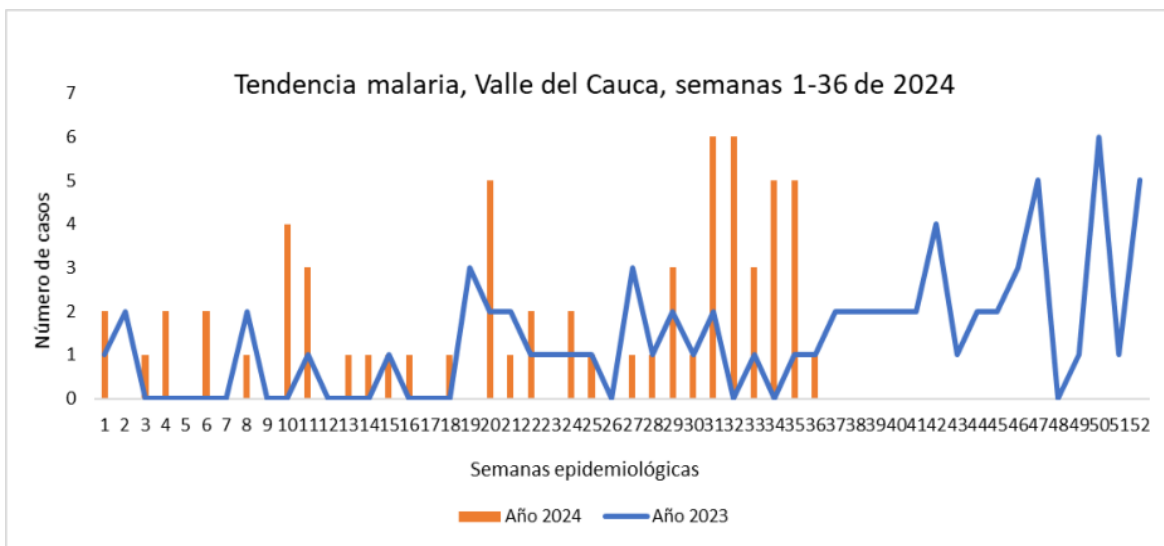
Para la depuración, el análisis y el procesamiento de los datos se emplea Microsoft Excel®.

## 5. HALLAZGOS

### a. Comportamiento de la notificación y tendencia del evento:

Hasta semana 36 del 2024 en el Valle del Cauca se han notificado un total de 63 casos, al compararse con el mismo periodo de tiempo del 2023 en donde se identificaron 31 casos, se observa un comportamiento inusual con incremento de casos importante que corresponde al 100 %. (Figura 1).

Figura 1. Casos notificados de malaria, semanas epidemiológicas 1 a 36, Valle del Cauca 2023-2024

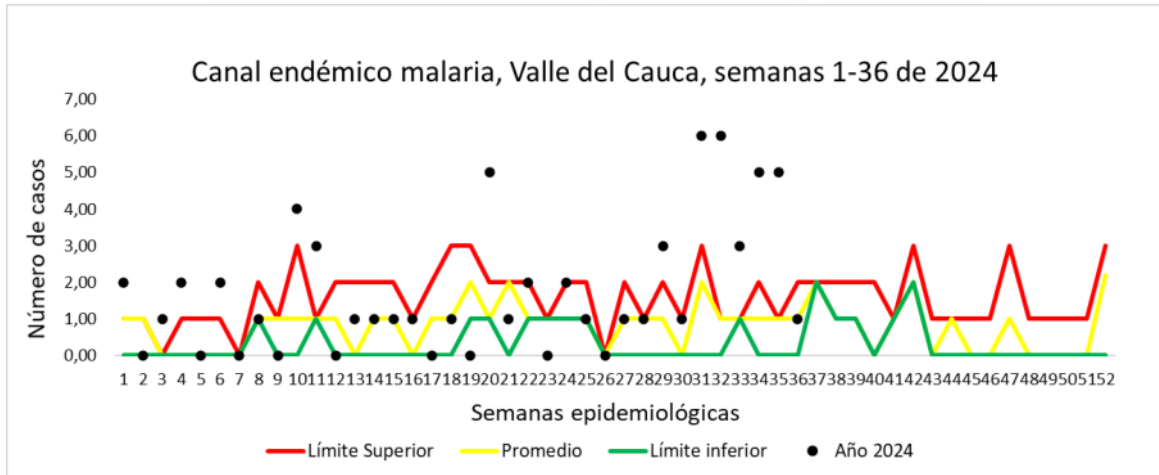


Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2023-2024

Tanto en la gráfica de tendencia 2023/2024, como en el canal endémico se observa un comportamiento fluctuante con incremento significativo de casos sostenido entre las semanas epidemiológicas 31 a 35 del 2024 configurándose un brote identificado en el municipio de Pradera, objeto de investigación epidemiología de campo en el momento. (Figura 2).

Figura 2. Canal endémico de malaria, semanas 1 a 36, Valle del Cauca 2024



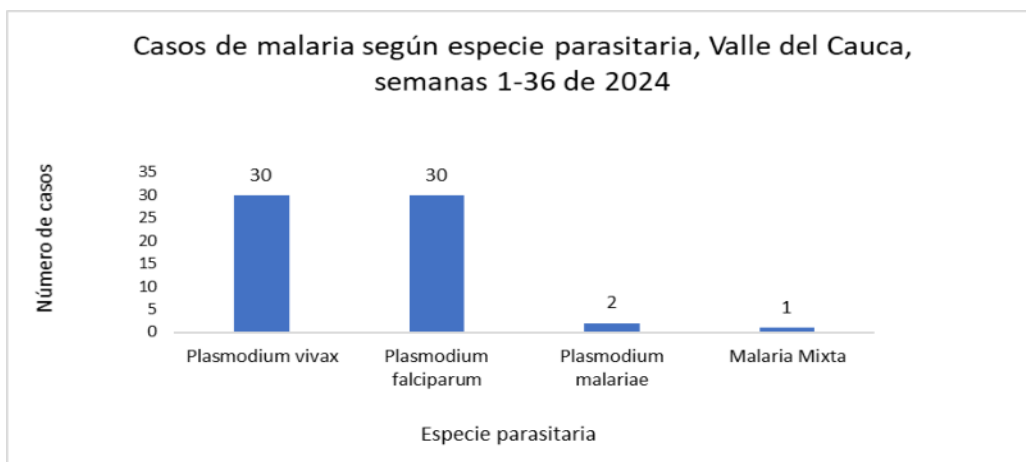


Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

**b. Magnitud en lugar y persona (datos básicos):**

Hasta la semana 36 de 2024, se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA un total de 63 casos procedentes del Valle del Cauca, según especie: *P/vivax* 47.6 % (30) casos, *P/falciparum* 47.6 % (30) casos, *P/malariae* 3.1 % (2) casos, infección mixta 1.7% (1) caso.

Figura 3. Casos de malaria según especie parasitaria, Valle del Cauca, semana epidemiológica 1 a la 36, Año. 2024



Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

Hasta semana epidemiológica 36 del año 2024, los municipios con mayor número de notificaciones de malaria en su orden: Pradera (17) casos, seguido de Bolívar (9), Sevilla



(9), Palmira (5), Zarzal, Tuluá, Jamundí, Dagua, Cartago (3), El Dovio (2), Candelaria (2), El Águila, La Unión, Caicedonia, Buga (1) respectivamente.

El Índice Parasitario Anual (IPA) para el Valle del Cauca fue de 0,12 por 1.000 personas en riesgo, el índice IVA: 0,06 por 1000 habitantes y el IFA: 0,06 por 1000 habitantes.

El municipio de Pradera aporta el 27% del total de casos entre las semanas 1-36 de 2024, con un IPA de 2.82 por 1,000 habitantes y un IFA de 2.66 por 1000 habitantes en riesgo con predominio de IFA en un 94%. (Comportamiento inusual, en situación de brote).

Tabla 1. Casos notificados e IPAS de malaria por municipio de procedencia, Valle del Cauca, hasta la semana epidemiológica 36 año 2024

Municipio	<i>Plasmodium vivax</i>		<i>Plasmodium falciparum</i>		<i>Plasmodium malariae</i>		Malaria Mixta		Total		IPA	IVA	IFA
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
ALCALA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
ANDALUCIA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
ANSERMANUEVO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
ARGELIA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
BOLIVAR	6	20,0%	3	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	14,3%	0,79	0,53	0,26
BUGA	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0,05	0,00	0,05
BUGALAGRANDE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
CAICEDONIA	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0,20	0,20	0,00
CANDELARIA	1	3,3%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	3,2%	0,03	0,01	0,00
CARTAGO	2	6,7%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,8%	0,64	0,43	0,21
DAGUA	2	6,7%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,8%	0,08	0,05	0,03
DARIEN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
EL AGUILA	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0,16	0,16	0,00
EL CAIRO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
EL CERRITO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
EL DOVIO	2	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,2%	0,61	0,61	0,00
FLORIDA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
GINEBRA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
GUACARI	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
JAMUNDI	1	3,3%	2	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,8%	0,08	0,03	0,05
LA CUMBRE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
LA UNION	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	1,6%	0,15	0,00	0,00
LA VICTORIA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
OBANDO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
PALMIRA	3	10,0%	1	3,3%	1	50,0%	0	0,0%	5	7,9%	0,07	0,04	0,01
PRADERA	1	3,3%	16	53,3%	0	0,0%	0	0,0%	17	27,0%	2,82	0,17	2,66
RESTREPO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
RIOFRIO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
ROLDANILLO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
SAN PEDRO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
SEVILLA	7	23,3%	2	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	9	14,3%	0,90	0,70	0,20
TORO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
TRUJILLO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
TULUA	1	3,3%	2	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,8%	0,07	0,02	0,05
ULLOA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
VERSALLES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00



VIJES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
YOTOCO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
YUMBO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,00	0,00	0,00
ZARZAL	2	6,7%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,8%	0,30	0,20	0,10
VALLE DEL CAUCA	30	100%	30	100%	2	100%	1	100%	63	100%	0,12	0,06	0,06

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

Índice parasitario anual: Casos por 1,000 habitantes en riesgo (área rural)

Índice de *Falciparum* anual: casos por 1,000 habitantes en riesgo (área rural)

Índice de *vivax* anual: casos por 1,000 habitantes en riesgo (área rural)

Nota: Infección por Malaria Mixta 1 caso en el municipio de precedente La Unión

Según las características sociodemográficas el paludismo se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino (52 %), seguridad social: subsidiado (65 %), pertenencia étnica otros (67 %) y principalmente en el curso de vida adultez (49%).

Tabla 2. Características demográficas de los casos de malaria, Valle del Cauca hasta la semana epidemiológica 36 del 2024

Variable	Categoría	<i>Plasmodium vivax</i>		<i>Plasmodium falciparum</i>		<i>Plasmodium malariae</i>		Malaria Mixta		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	M	17	27%	16	25%	0	0%	0	0%	33	52%	
	F	13	21%	14	22%	2	3%	1	2%	30	48%	
Seguridad social	C	7	11%	8	13%	2	3%	0	0%	17	27%	
	I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
	N	1	2%	2	3%	0	0%	0	0%	3	5%	
	P	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	
	S	21	33%	19	30%	0	0%	1	2%	41	65%	
Pertinencia étnica	1	Indígena	10	16%	3	5%	0	0%	0	0%	13	21%
	2	ROM, Gitano	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3	Raizal	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4	Palenquero	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5	Negro, Mulato, Afrocolombiano	4	6%	3	5%	1	2%	0	0%	8	13%
	6	Otro	16	25%	24	38%	1	2%	1	2%	42	67%
Grupo edad por curso de vida	Infancia (0 a 5 años)	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	
	Niñez (6 a 11 años)	3	5%	2	3%	0	0%	0	0%	5	8%	
	Adolescencia (12 a 17 años)	4	6%	2	3%	0	0%	0	0%	6	10%	
	Juventud (18 a 28 años)	10	16%	4	6%	0	0%	1	2%	15	24%	
	Adultez (29 a 59 años)	11	17%	18	29%	2	3%	0	0%	31	49%	



Vejez( 60 años o más)	2	3%	3	5%	0	0%	0	0%	5	8%
-----------------------	---	----	---	----	---	----	---	----	---	----

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

a. Comportamiento de los indicadores de vigilancia de malaria:

**Índice Parasitario Anual (IPA):** Índice que representa el número de casos positivos de malaria por cada 1.000 personas en riesgo por año. Un IPA de 0,12 significa que hubo 1 caso de malaria por cada 100.000 personas en un año, lo cual indica que el riesgo de enfermarse de malaria en el Valle del Cauca sin distritos es bajo.

**Proporción de malaria complicada:** 25,42 % es el porcentaje de casos de malaria que se convierten en formas graves o complicadas de la enfermedad en el Departamento.

**Tasa de mortalidad por malaria y letalidad por malaria:** Ambos indicadores se refieren a las muertes causadas por la malaria. En este caso, ambos indicadores son 0, lo que indica que no hubo muertes por malaria en el periodo de tiempo medido. Esto es un indicador positivo para el control de la malaria en esta población.

**Porcentaje de casos de mortalidad con unidad de análisis:** También es 0, lo que indica que no hubo muertes por malaria en la población estudiada.

**Oportunidad de diagnóstico:** Indicador que mide el tiempo que tarda en realizarse el diagnóstico después de que el paciente presenta síntomas. Un valor de 14 % podría interpretarse que el diagnóstico se realiza de manera tardía en la mayoría de los casos. El promedio es de 7.0 días después del inicio de los síntomas, siendo un tiempo bastante largo en el cual se debe mejorar, ya que un diagnóstico temprano es crucial para un tratamiento efectivo de la malaria, evitando así complicaciones y muertes.

**Oportunidad de tratamiento:** Este indicador mide el tiempo que tarda en iniciarse el tratamiento después de que se hace un diagnóstico. El 70 % de los casos fueron tratados en un tiempo de 24 horas o menos. Indicador que reviste importancia tanto para el paciente como en salud pública, debido que al tratarse al 100% de los pacientes con oportunidad y calidad igualmente se evitan complicaciones, y a través de una cura radical de la enfermedad se corta la transmisión en el humano, evitando ser infectantes para los mosquitos.

Tan solo el 14 % de la población tiene un diagnóstico oportuno, es decir, en menos de 2 días desde el inicio de síntomas hasta el resultado del laboratorio; el 70 % de las personas



tienen un tratamiento oportuno, estos pacientes iniciaron tratamiento al día siguiente del diagnóstico.

Tabla 3, Indicadores vigilancia de malaria, Valle del Cauca, semana 1 a 36 de 2024

Indicador	Valor
IPA Índice Parasitario Anual	0,12
Proporción de malaria complicada	25,4%
Tasa de mortalidad por malaria	0,00
Letalidad por malaria	0,0%
Porcentaje de casos de mortalidad con unidad de análisis	0,0%
Oportunidad de diagnóstico	14%
Oportunidad de tratamiento	70%

Fuente: Sivigila, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca 2024

#### **b. Mortalidad por malaria:**

A semana epidemiológica 36 del 2024 no se notificaron muertes.

## **6. DISCUSIÓN**

La malaria sigue siendo un problema de salud pública en el Valle del Cauca, el país se encuentra por encima de lo esperado, pero sin mostrar significancia estadística, según el boletín epidemiológico del INS. Con corte a la semana epidemiológica 36 del 2024 en el Valle del Cauca, se observa un incremento de 2 veces los casos notificados al mismo periodo del 2023. Según el canal endémico, nos encontramos con notificación sostenida e incremento de casos durante las semanas 31 a 35 configurándose un brote que corresponde a lo notificado por el municipio de Pradera. Por otra parte, se evidencia en el ejercicio de investigación epidemiológica de campo, que hay casos autóctonos confirmados en los municipios de Bolívar y Sevilla, este cambio en la incidencia podría estar influenciado por factores como las variaciones climáticas y la migración humana, entre otros (7). Por otro lado, en la variable procedencia información consignada para el resto del departamento se ha evidenciado un error en la notificación por parte de las UPGD, quienes proporcionan una información errónea acerca de la procedencia de dichos casos quienes generalmente manifiestan desplazamientos a zonas endémicas.

El análisis de los datos en este periodo de tiempo indica que no hay una forma de especie parasitaria predominante de la enfermedad en el Valle del Cauca ya que comparten igual número de notificaciones. P/ vivax: 47.6 % (30), P/falciparum: 47.6 % (30), P/malariae 3.1



% (2), infección mixta: 1.7 % (1). Comportamiento similar a lo observado a nivel nacional y en la región (8).

En cuanto a la oportunidad de diagnóstico de paludismo, el Valle del Cauca tiene un 14% de cumplimiento en este indicador, lo que se interpreta que mayoría de los pacientes diagnosticados se diagnostican de manera inoportuna. Según los indicadores del INS, el Valle del Cauca se encuentra por debajo al cumplimiento a nivel nacional, ya que el país tiene un cumplimiento por encima del 36 %, a nivel general es un indicador que se encuentra por debajo de lo esperado ya que el diagnóstico debe ser inferior a 2 días, esto puede ser el resultado de la rotación de personal en zona rural, falta de pruebas diagnósticas en zona dispersa, adicional se observa que no hay adherencia al protocolo de VSP del evento, ni a la guía de atención clínica por parte del personal de salud, hace que el diagnóstico de malaria no sea primera opción o sospecha en el momento de la consulta.

La oportunidad de tratamiento en el Valle del Cauca se encuentra con un cumplimiento del 70 %, lo que quiere decir la mayoría de los pacientes recibe tratamiento en menos 24 horas después de ser diagnosticado, ubicándose por debajo del indicador del nivel nacional, según el INS el país se encuentra con un cumplimiento por encima del 90 %.

En el marco de la vigilancia epidemiológica, la ocupación de los individuos puede proporcionar información valiosa sobre los posibles riesgos de exposición a enfermedades. En el caso de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la malaria por ejemplo los trabajadores agrícolas que pasan mucho tiempo al aire libre podrían estar más expuestos a picadura de los mosquitos transmisores de estas enfermedades.

Los datos indican que la mayoría de los casos no tienen una ocupación definida. Esto puede plantear desafíos para la vigilancia epidemiológica y el control de enfermedades, ya que puede dificultar la identificación de grupos de riesgo y la implementación de medidas de prevención y control dirigidas (10).

## 7. CONCLUSIONES

Con corte a la semana epidemiológica 36 se observa que se duplicaron los casos en comparación con la misma semana del año 2023. Este cambio en la incidencia podría estar influenciado por factores como las variaciones climáticas, dinámica migratoria, población flotante, situación de brote y en un porcentaje menor en el error en el diligenciamiento de la variable “procedencia”.

Es importante destacar que en los casos notificados según sexo, el masculino sigue predominando con el 52 %, se evidencia incremento de notificaciones en personas que se



encuentran en el ciclo de vida adultez (49 %), lo que indica que estos grupos podrían tener una exposición particular a los mosquitos portadores del parásito debido a sus actividades laborales o factores comportamentales, siendo esta información crucial para la toma de decisiones y orientación de intervenciones de prevención y control (9).

## 8. RECOMENDACIONES

En coordinación y articulación entre el grupo funcional de las áreas de VSP – LDSP - Programa ETV, Prestación de Servicios y Calidad, se requiere la estructuración de un plan de capacitación / socialización de lineamientos nacionales de malaria (Protocolo de VSP INS - Guía Clínica y RIAS MINSALUD) al personal de salud en municipios del valle del cauca con énfasis en los de evidencia de transmisión y brote.

Implementación de las estrategias de micro estratificación de focos de paludismo y de Diagnostico – Tratamiento – Investigación y Respuesta DTIR en el contexto de eliminación en municipios con evidencia de transmisión. La estrategia DTIR permite enfatizar la importancia del tiempo, el concepto de vigilancia como intervención y la necesidad de implementar esfuerzos adicionales para detectar oportunamente nuevos casos en la comunidad.

Ante situaciones de comportamiento inusual del evento (brotes) se debe adelantar valoraciones de riesgo con el fin de comprender la naturaleza de este, mediante la evaluación de amenazas y vulnerabilidades a través de la Sala de Análisis de Riesgo - SAR con el fin de proporcionar las bases para determinar el riesgo y por ende un nivel de respuesta a través de la estructuración de un plan de acción y plan de comunicación del riesgo que permita una adecuada IEC.

Continuar y reforzar las medidas de prevención y control de la malaria, especialmente en las cabeceras municipales y entre los trabajadores de huertas que han mostrado una mayor incidencia de la enfermedad. Estas medidas deben ir dirigidas a fomentar la aceptación, tenencia y utilización de toldillos o mosquiteros impregnados con insecticida por parte de la comunidad y grupos de riesgo.

Dirigir las estrategias de prevención de la enfermedad especialmente a personas pertenecientes al ciclo de vida adultez, que representan el grupo de mayor riesgo. Es importante asegurarse de que estas poblaciones estén bien informadas sobre cómo protegerse de los vectores, adicional tener conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad para que acudan con oportunidad a la atención en salud.



Mejorar y mantener la accesibilidad y la calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son cruciales para prevenir las complicaciones y muertes, así como la transmisión de la enfermedad.

Realizar estudios para entender mejor los factores de riesgo de la malaria en el Valle del Cauca, incluyendo los determinantes / factores sociales y ambientales, con el fin de poder desarrollar estrategias de prevención y control costo efectivas.

Promover colaboraciones y coordinación entre las autoridades sanitarias, las comunidades y otros actores clave para implementar de manera efectiva las intervenciones de control de la malaria.

Sensibilizar a la población sobre la importancia de buscar atención médica inmediata ante los primeros síntomas de la enfermedad para garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization Mundial de la Salud (2023). Paludismo. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/malaria?qclid=Ci0KCQjw1OmoBhDXARIsAAAYGSHixnSS8UMobKPWtLmleFqOXZFfNeMTmiV5NOiYRCrMsGntA3ISuUMaAodyEALw\\_wcB](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/malaria?qclid=Ci0KCQjw1OmoBhDXARIsAAAYGSHixnSS8UMobKPWtLmleFqOXZFfNeMTmiV5NOiYRCrMsGntA3ISuUMaAodyEALw_wcB)
2. Testing for G6PD deficiency for safe use of primaquine in radical cure of P. vivax and P. ovale malaria – Policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250297/1/WHO-HTM-GMP-2016.9-eng.pdf>
3. Ministerio de salud y protección social. Malaria. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias\\_malaria.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf)
4. Achieving the malaria Millennium Development Goal target: reversing the incidence of malaria 2000–2015. Ginebra: OMS y UNICEF; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184521/1/9789241509442\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184521/1/9789241509442_eng.pdf)
5. Instituto Nacional de Salud (2022). Boletín Epidemiológico Semanal. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022\\_Bolet%C3%ADn\\_epidemiologico\\_semana\\_5\\_2.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_5_2.pdf)
6. Bhatt, S., Gething, P. W., Brady, O. J., Messina, J. P., Farlow, A. W., Moyes, C. L., ... & Myers, M. F. (2013). The global distribution and burden of dengue. Nature, 496(7446), 504-507.





7. Instituto Nacional de Salud de Colombia (2023). Boletín epidemiológico semanal. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_36.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Boletin_epidemiologico_semana_36.pdf)
8. Guerra CA, Howes RE, Patil AP, Gething PW, Van Boeckel TP, Temperley WH, Kabaria CW, Tatem AJ, Manh BH, Elyazar IR, Baird JK, Snow RW, Hay SI. The international limits and population at risk of Plasmodium vivax transmission in 2009. PLoS Negl Trop Dis. 2010;4(8):e774.
9. Coura JR, Suárez-Mutis M, Ladeia-Andrade S. A new challenge for malaria control in Brazil: asymptomatic Plasmodium infection--a review. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2006;101(3):229-37.
10. Organización Panamericana de la Salud. Malaria en las Américas: Panorama 2019. Washington, DC: OPS; 2020.
11. Dhimal, M., Ahrens, B., & Kuch, U. (2014). Species composition, seasonal occurrence, habitat preference and altitudinal distribution of malaria and other disease vectors in eastern Nepal. Parasites & Vectors, 7(1), 1-12.
12. Manual para la estratificación según el riesgo de malaria y la eliminación de focos de transmisión. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BYNC-SA 3.0 IGO. Malaria; Control de Vectores de las Enfermedades; Control Vectorial; Américas.