

Hepatitis A

Comportamiento epidemiológico

Ante el aumento de casos de hepatitis A en algunas entidades territoriales, es importante recordar la necesidad de implementar medidas de control, diagnóstico y aislamiento oportuno





El Boletín Epidemiológico Semanal BES es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el INS (Instituto Nacional de Salud), mostrando los casos que son notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

Las cifras que publica el BES de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio.

El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, pero debe complementarse con otras fuentes. El INS dispone para consulta abierta del BES, los **informes de evento** y **Portal SIVIGILA**.

*Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la hepatitis A

Victoria del Pilar Blanco Calderón, vblanco@ins.gov.co

Ante el aumento de casos de hepatitis A en algunas entidades territoriales, es importante recordar la necesidad de implementar medidas de control, diagnóstico y aislamiento oportuno

La hepatitis A es una infección aguda del hígado, usualmente de corta duración, provocada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se reconocen siete (7) genotipos, de los cuales cuatro (4) pueden infectar a los humanos y un único serotipo que causa y genera la enfermedad.

La transmisión ocurre principalmente a través de la ingestión de alimentos o agua contaminados, así como por contacto directo persona a persona, especialmente en entornos de convivencia cercana como hogares o en contextos específicos como guarderías y entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Los síntomas pueden variar desde leves y autolimitados, que suelen durar de una a dos semanas, hasta formas más graves y prolongadas durante varios meses. El daño hepático fulminante, que puede desarrollarse en las primeras ocho semanas desde el inicio de los síntomas y tiene una tasa de mortalidad promedio del 0,5 %, es poco común y tiende a afectar a personas de edad avanzada o con alguna enfermedad hepática preexistente (1).

El VHA ocasiona infección aguda en los humanos, la cual tiende a resolverse por sí sola y carece de un tratamiento específico. Este trastorno ha sido observado desde el siglo XVII, aunque su naturaleza viral fue propuesta en la década de 1940 y confirmada en 1944, cuando se evidenció que la enfermedad puede transmitirse mediante la ingestión de un infiltrado fecal libre de bacterias (2).

Para efectos prácticos, el mundo se puede dividir en zonas con endemidad muy baja, baja, intermedia y alta, aunque la endemidad puede variar de una región a otra dentro de un país (2).

En las naciones del norte de Europa, la incidencia de la hepatitis A es notablemente baja, siendo los casos más frecuentes en grupos específicos de riesgo, como los viajeros que regresan de áreas donde la enfermedad es endémica y las personas que consumen drogas por vía intravenosa. En regiones con una baja prevalencia de hepatitis A, como Europa Occidental, América del Norte y Australia, los casos suelen presentarse de manera aislada en grupos de alto riesgo o en brotes que afectan a un número reducido de personas. En países con una prevalencia intermedia, como Europa Oriental, la mayoría de los casos ocurren al final de la infancia o al inicio de la adultez, representando un importante desafío tanto médico como económico. Por otro lado, en áreas de alta prevalencia, como algunas partes de África, Asia, América Central y Sudamérica, la mayoría de la población contrae la infección de manera asintomática durante la infancia, siendo poco comunes los casos clínicos de hepatitis A (2).

Se estima que a nivel mundial hay alrededor de 1,5 millones de casos de hepatitis A aguda cada año, lo que equivale a aproximadamente 150 por cada 1 00 000 personas, dependiendo de la prevalencia local de la enfermedad. La mayoría de estos casos ocurren en áreas con condiciones de higiene deficientes y una infraestructura sanitaria inadecuada. La prevalencia y la incidencia de la infección por el VHA están estrechamente relacionadas con las condiciones socioeconómicas. La infección es más común en la infancia, y en muchos países en desarrollo, más del 90 % de los niños se infectan con el VHA (2).

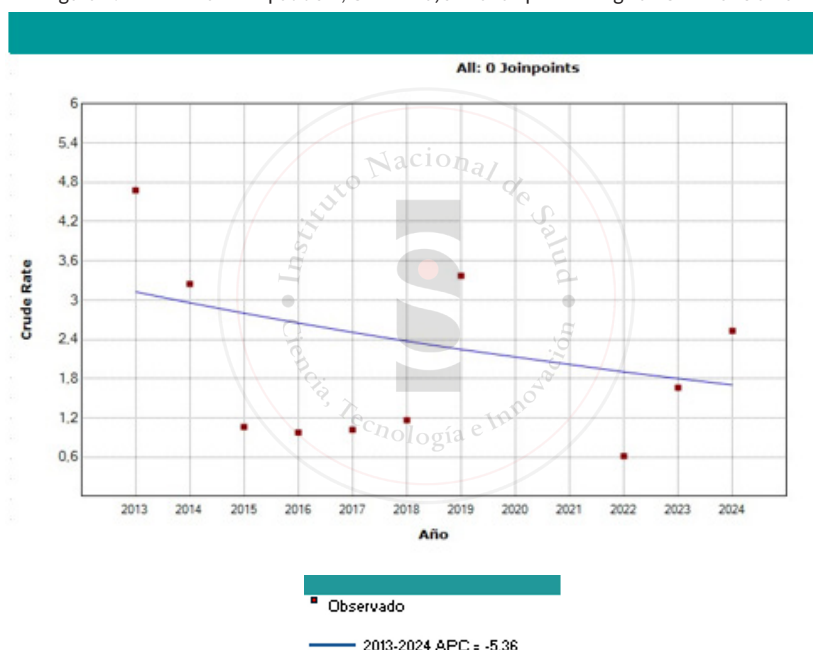
La prevalencia de anticuerpos contra la hepatitis A (anti-VHA) muestra una correlación inversa con el nivel socioeconómico y el nivel de higiene en una región determinada. En áreas endémicas, la prevalencia de estos anticuerpos es casi universal para los cinco años, mientras que, en países industrializados, la prevalencia global es inferior al 5 % (2).

En Colombia, durante la semana epidemiológica 18 de 2024, al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), se reportó un total de 1 335 casos, de los cuales 1 332 tuvieron origen en el país. La incidencia registrada fue de 21,48 casos por cada 1 00 000 habitantes.

Al comparar los datos de 2013 a 2024, en la semana epidemiológica 18, se observó una disminución estadísticamente significativa de 5,36 puntos porcentuales. El año con mayor número de casos fue 2013, con 2 126 casos e incidencia de 4,68 por cada 100 000 habitantes. La introducción de la vacuna contra el VHA ha contribuido a esta reducción en la incidencia de casos.

En 2019, considerado un año epidémico en el país, se observó un aumento inusual de casos en algunas entidades territoriales como Antioquia, Barranquilla, Bogotá D.C., Casanare, Norte de Santander, Valle del Cauca, Putumayo, Risaralda y Cali. En 2023 y lo corrido de 2024 se observó una tendencia de aumento en el comportamiento del evento, en el que se han visto afectado varios de los departamentos que tuvieron aumento considerable en 2019. Las vigencias 2020 y 2021 no fueron tenidas en cuenta para el análisis dada la atipicidad presentada en el país (figura 1).

Figura 1. Incidencia de hepatitis A, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2013 a 2024,



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2024 (datos preliminares)

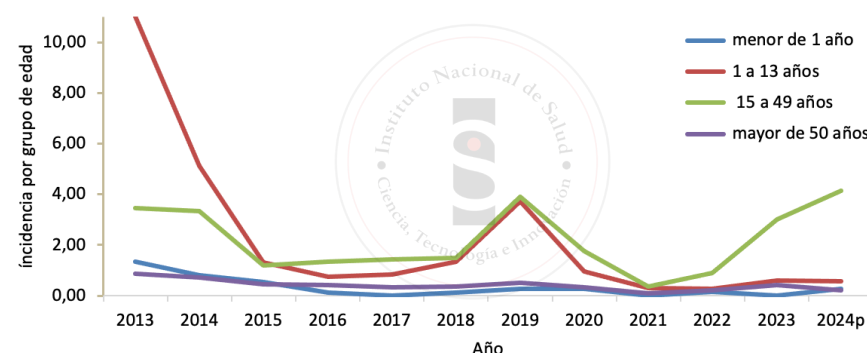
En relación con el comportamiento de la incidencia por grupos de edad en la serie temporal de 2013 a 2024, hasta la semana epidemiológica 18, se destaca que el grupo de 15 a 49 años muestra la mayor incidencia. En 2024, la incidencia alcanzó 4,14 casos por cada 100 000 habitantes de ese rango de edad, lo que representa un incremento respecto a los años anteriores, con 3,45 casos en 2013 y un aumento a 3,91 en 2019.

El grupo de menores de 01 a 13 años, que es objeto de especial atención debido a la cohorte de vacunación, mostró la segunda mayor incidencia a lo largo de la serie temporal. En 2013, se registró un pico de 11,01 casos por cada 100 000 menores de 1 a 13 años, seguido de una notable disminución en 2014 a 5,12 casos, manteniéndose relativamente estable hasta 2024, cuando la incidencia descendió significativamente a 0,57 casos por 100 000 habitantes de 01 a 13 años.

En cuanto a los menores de un año, la incidencia ha sido fluctuante en 2017, 2021 y 2023, donde no se reportaron casos. Sin embargo, en 2024, se registraron 3,74 casos por cada 100 000 menores de un año.

Por último, el grupo de mayores de 50 años presentó la incidencia más baja en 2024, con tan solo 0,22 casos por cada 100 000 habitantes de ese grupo de edad (figura 2).

Figura 2. Incidencia de hepatitis A por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 18 de 2013 a 2024,



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2024 (datos preliminares)

En lo que respecta a los brotes de hepatitis A hasta la semana epidemiológica 18 de 2024, la entidad territorial más afectada ha sido Antioquia, donde se han identificado conglomerados de tipo familiar, hogar geriátrico y en poblaciones privadas de la libertad (PPL). Estos brotes se han manifestado tanto en el distrito de Medellín como en el municipio de San Roque. Además, se ha observado un aumento inusual de casos en los municipios como Bello, La Estrella, La Ceja, Santa Bárbara e Itagüí.

En Cauca los conglomerados son de tipo familiar afectando específicamente el municipio de Popayán.

Es importante destacar que, en Guaviare no se esperaban casos de hepatitis A; sin embargo, en 2024, hasta la semana epidemiológica 18, se han reportado dos (2) casos. Uno (1) de estos casos pertenece a la población especial indígena, marcando así el primer brote históricamente presentado en el departamento (figura 3).

Figura 3. Distribución geográfica de los brotes de hepatitis A, Colombia, a semana epidemiológica 18, de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Conclusiones

- En lo corrido de 2024, se presenta un incremento en la incidencia nacional de hepatitis A, relacionado con los brotes que se iniciaron a partir de la semana 51 de 2023 en Antioquia y para la semana epidemiológica 04 de 2024 en Cauca.
- Entre la semana epidemiológica 15 y 18 de 2024, Antioquia notificó 159 casos. Se resalta que Medellín mantiene el brote abierto, presentando una variación negativa de 36,8 % respecto a las semanas epidemiológicas 11 a 14, con un total de 110 casos entre las semanas epidemiológicas 15 y 18.
- Dentro del análisis por variables en el brote de Medellín, las comunas con mayor concentración de casos son: Belén, Robledo, Manrique y Aranjuez. También se identificó por profesiones que el grupo de estudiantes y docentes es el que aporta un gran número de casos seguido del grupo de manipuladores de alimentos.
- El grupo de edad de 20 a 39 años presentó la mayor incidencia de casos de hepatitis A, en este se encuentran las etapas económicamente activas.
- La mayor notificación del evento históricamente se presenta en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D.C., Valle de Cauca, Cali y Norte de Santander.

Recomendaciones

- Fortalecer el proceso entre las Unidades Generadoras del Dato (UPGD) y la entidad territorial para implementar oportunamente las acciones de control en los casos que se configuren como brotes.
- Realizar articulación con Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), dado que la estrategia de vacunación impacta favorablemente en el control de brotes.
- Monitorear rutinariamente los comportamientos inusuales por municipios para identificación temprana de situaciones de riesgo.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

- Hacer seguimiento a los casos menores de un año que se reporten para establecer si fueron diagnosticados adecuadamente.
- Seguir a las UPGD para revisar de calidad del dato para cumplimiento de notificación del evento bajo la definición operativa de caso, de acuerdo con el protocolo del evento, por laboratorio o por nexo epidemiológico.

Referencias

Maria Gurrero-Vadillo, Maria Peñuelas, Carmen Varela. Situación epidemiológica de la hepatitis A en España 2021 y 2022. [Online];2024; disponible en: [revista.isciii.es › index](https://revista.isciii.es/index).

Yosvany Rojas Peláez, ESLADREYLTPBMCÁMPG. Actualización sobre hepatitis A. [Online].; 2024; disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100062&lng=es.2022. Acceso 10 de 07 de 2023. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100062&lng=es.

SITUACIÓN NACIONAL

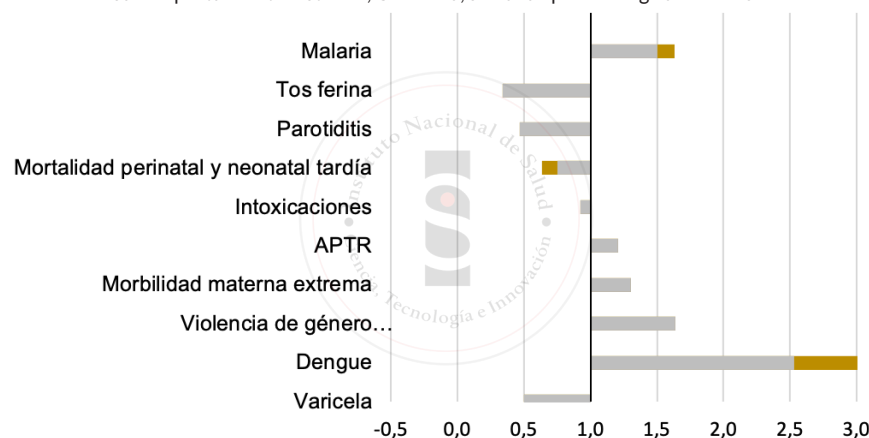
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada de la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para la semana epidemiológica 19 de 2024 se identificó que la notificación de los eventos malaria y dengue se encuentran por encima de lo esperado, mientras que el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía se encuentra por debajo de lo esperado. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 4).

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024
*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2018 a 2023 (exceptuando 2020). Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Para la semana epidemiológica 19 de 2024 los eventos sarampión y rubéola, tuberculosis farmacorresistente, mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, mortalidad por dengue, leptospirosis y accidente ofídico se encontraron por encima de lo esperado. Es importante aclarar que para sarampión y rubéola los casos registrados corresponden a casos sospechosos, por lo cual su incremento puede estar marcado por el aumento de la notificación en las entidades con el fin de cumplir las metas establecidas.

Los eventos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, mortalidad materna, sífilis congénita, mortalidad por IRA en menores de 5 años, leishmaniasis cutánea y chikunguña, se ubicaron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 1).

Es de mencionar que para los eventos mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años, tuberculosis farmacorresistente, mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años, sarampión, rubéola, mortalidad materna, sífilis congénita y mortalidad por desnutrición en menor de 5 años se analizaron de forma acumulada con su histórico, mientras que para el resto de los eventos se analizó la semana epidemiológica 19 contra su histórico para dicha semana.

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Evento	Observado	Esperado	p
Sección eventos acumulados			
Sarampión y rubeola	616	517	0,00
Tuberculosis farmacorresistente	202	155	0,00
Mortalidad por EDA 0-4 años	78	57	0,00
Mortalidad por DNT	90	97	0,03
Mortalidad materna	75	153	0,00
Sífilis congénita	544	560,4	0,01
Mortalidad por IRA 0-4 años	160	161	0,03
Sección eventos última semana			
Leptospirosis	50	36	0,01
Accidente ofídico	161	120	0,00
Leishmaniasis cutánea	10	93	0,00
Chikunguña	1	5	0,02
Lepra	5	6	0,16
Zika	7	7	0,15
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,45
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,11

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024.

Cumplimiento en la notificación

Desde la semana epidemiológica 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.
- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento que en la

semana anterior y en la semana 19 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

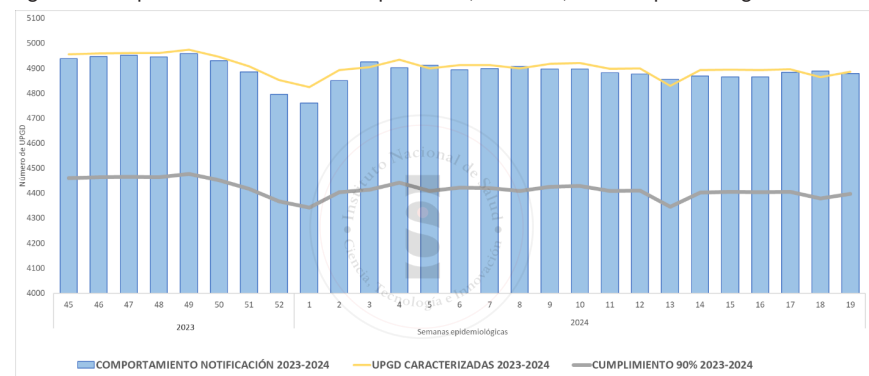
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento que en la semana anterior y un aumento del 0,1 con respecto a la semana epidemiológica 19 del año 2023.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue de 99,8 % (4 878/4 886); observando una disminución del 0,3 % respecto a la semana anterior y una disminución del 1,6 % comparado con la semana epidemiológica 19 del 2023. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

Respecto al incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública para la semana epidemiológica 19 de 2024, a nivel nacional se identificó que el 0,16 % de las UPGD caracterizadas presentaron silencio durante esta semana. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (8), se identifica que de estas el 100 % están categorizadas en el primer nivel de complejidad.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica, correspondiente a las vigencias 2023 y 2024. Se muestran las UPGD caracterizadas, el comportamiento de la notificación y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: 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. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (por infección respiratoria aguda (IRA), por desnutrición aguda (DNT) y por enfermedad diarreica aguda (EDA)) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2017 y 2023; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección ajustada de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales - DANE posterior a pandemia Covid 19. Para el 2023 y 2024 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

El acumulado de muertes notificadas para los tres eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 02. 01 de marzo de 2023. Disponible en: [PRO_Mortalidad_menores 5 años.pdf \(ins.gov.co\)](#).

A semana epidemiológica 19 de 2024, se han notificado 373 muertes probables en menores de cinco años: 188 por infección respiratoria aguda (IRA), 99 por desnutrición aguda (DNT) y 86 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 15 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis.

En población residente en Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024 se han notificado 358 casos (181 por IRA, 94 por DNT y 83 por EDA); de estos, 106 casos han sido confirmados, 33 casos fueron descartados y 219 casos se encuentran en estudio (tabla 2).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 2. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos confirmados a semana epidemiológica 19 de 2024			Casos en estudio a semana epidemiológica 19 de 2024			Tasa a semana epidemiológica 19 de 2023			Tasa a semana epidemiológica 19 de 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	1	0	0	0	0	10,49	20,98	20,98	0,00	10,55	0,00
Antioquia	9	7	3	3	5	4	2,31	2,08	0,23	2,12	1,65	0,71
Arauca	1	1	0	0	0	0	3,61	0,00	7,21	3,65	3,65	0,00
Atlántico	2	1	0	0	2	0	1,71	0,00	0,86	1,75	0,88	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	2	1	1,12	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00
Bogotá, D.C.	0	1	1	0	6	0	0,00	3,40	0,00	0,00	0,22	0,22
Bolívar	0	1	1	0	5	0	7,72	1,93	0,96	0,00	0,98	0,98
Boyacá	0	1	0	0	2	0	1,16	2,31	0,00	0,00	1,18	0,00
Buenaventura	0	0	3	1	0	1	5,64	5,64	0,00	0,00	0,00	8,66
Caldas	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cali	0	0	0	0	4	0	0,69	0,69	0,69	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	0	2	0	2,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cartagena	0	1	1	0	2	0	1,26	5,06	0,00	0,00	1,29	1,29
Casanare	0	1	0	0	0	0	0,00	0,00	5,22	0,00	2,65	0,00
Cauca	0	0	0	0	2	0	0,00	4,39	2,63	0,00	0,00	0,00
Cesar	0	1	2	3	4	0	5,72	1,64	0,82	0,00	0,83	1,66
Chocó	3	7	10	15	21	21	39,84	17,32	17,32	5,23	12,19	17,42
Córdoba	0	0	0	8	5	1	1,96	3,26	0,65	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	6	0	0,00	0,43	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	2	0	0	0	0,00	28,71	0,00	0,00	14,16	28,32
Guaviare	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	1	2	0	0	1	0	1,98	3,97	0,00	1,01	2,02	0,00
La Guajira	6	3	1	8	11	8	28,05	14,48	8,14	5,48	2,74	0,91
Magdalena	0	0	0	4	6	0	9,50	4,75	1,19	0,00	0,00	0,00
Meta	0	2	1	0	1	1	3,59	5,98	2,39	0,00	2,43	1,21
Nariño	1	2	0	0	1	0	1,65	4,96	0,83	0,84	1,69	0,00
Norte de Santander	4	0	0	1	0	0	0,00	0,76	0,00	3,12	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	3,18	0,00
Quindío	0	1	0	0	4	0	0,00	3,18	0,00	0,00	3,26	0,00
Risaralda	2	2	0	3	3	3	11,88	3,39	6,79	3,49	3,49	0,00
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	2	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	2	2	4	3	0,66	0,66	1,31	0,00	0,00	1,34
Sucre	3	1	0	1	3	0	0,00	0,00	1,29	3,93	1,31	0,00
Tolima	0	2	0	2	6	2	0,00	5,97	0,00	0,00	2,43	0,00
Valle del Cauca	0	2	1	2	1	0	1,45	2,17	0,72	0,00	1,49	0,74
Vaupés	0	0	0	0	2	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	2	0	0	1	1	1	14,45	7,22	14,45	14,41	0,00	0,00
Nacional	34	44	28	57	113	49	3,24	3,05	1,30	0,93	1,21	0,77

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024 (Datos preliminares)

Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 19 se han notificado 181 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 44 fueron confirmadas, 24 descartadas y 113 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,21 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 19 fueron 113, para una tasa de mortalidad de 3,05 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 19 de 2024 se notificaron 13 muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 19 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Chocó, Quindío, Risaralda, Santander, Bogotá D.C; Antioquia y Norte Santander; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Ibagué, Uribia y Medellín. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 3. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	12	28
Quindío	2	5
Risaralda	2	5
Santander	1	4
Bogotá D.C.	16	7
Antioquia	22	12
Norte Santander	4	0
Bojayá	2	5
Tadó	1	4
Ibagué	2	4
Uribia	4	8
Medellín	8	2

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 (datos preliminares)

A semana epidemiológica 19 la proporción de toma de muestra para identificación de agente etiológico a nivel nacional es del 36 %. Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *SARS-CoV2*, *enterovirus*, *adenovirus*, *Staphylococcus aureus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Metapneumovirus*, *Pseudomona aeruginosa* y *Moraxella catarrhalis*.

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2023-2024

Agente etiológico	2023					2024					Total
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	
Rhinovirus	13	3	1	0	1	3	1	1	0	0	23
Enterovirus	13	3	1	0	1	2	1	0	0	0	21
Adenovirus	8	4	1	1	0	3	0	0	0	0	17
Virus sincitial respiratorio	6	1	1	0	1	1	0	1	0	0	11
SARS-CoV2	3	1	0	0	1	4	0	0	0	0	9
Metapneumovirus	3	1	1	0	0	2	0	0	0	0	7
Streptococcus pneumoniae	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	6
Staphylococcus aureus	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	5
Influenza B	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Haemophilus influenzae B	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
Pseudomona aeruginosa	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
Moraxella catarrhalis	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
Klebsiella pneumoniae	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Mycoplasma pneumoniae	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Streptococcus pyogenes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Escherichia coli	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024(Datos preliminares)

Mortalidad por desnutrición

A semana epidemiológica 19 se han notificado 94 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT; 34 casos fueron confirmados, tres (3) descartados y 57 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,93 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 19 fue 120, para una tasa de mortalidad de 3,24 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 19 de 2024 no se notificaron muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 19 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Norte de Santander, Córdoba, Chocó, Sucre, La Guajira, Bolívar y Meta; a nivel municipal en La Paz (Cesar) y Lloró (Chocó). Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 5. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por DNT, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	5	12
Norte de Santander	1	5
Córdoba	2	8
Chocó	9	18
Sucre	0	4
La Guajira	23	14
Bolívar	3	0
Meta	3	0
La Paz	3	0
Lloró	3	0

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 (Datos preliminares)

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 19 se han notificado 83 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 28 casos fueron confirmados, seis (6) descartados y 49 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,77 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 19 fue de 48, para una tasa de mortalidad de 1,30 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 19 de 2024 se notificaron dos (2) muertes probables en menor de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 19 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Chocó, Buenaventura, Santander y Cauca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Uribia, Caldon y Tibú. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 6. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	10	31
Buenaventura	0	4
Santander	0	5
Cauca	3	0
Bojayá	2	12
Tadó	1	4
Uribia	3	8
Caldón	3	0
Tibú	3	0

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024(Datos preliminares)

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la OMS, se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, la muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2020 y 2023 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. versión 1. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>

En la semana epidemiológica 19 de 2024 se notificaron al Sivigila seis (6) casos, tres (3) corresponden a muertes maternas tempranas y tres (3) a muertes maternas tardías; para un total acumulado de 78 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 76 residen en territorio colombiano y dos (2) residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

A semana epidemiológica 19 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 24 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D.C., Antioquia, Cesar y La Guajira. Al comparar con el promedio histórico 2020–2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Huila, Cartagena, Magdalena y Tolima; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	140	46	15	201
2022	104	54	30	188
2023	98	49	23	170
2024	76	38	10	124

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2022, datos preliminares 2023-2024

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2023–2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 – 2023 a SE 19	Acumulado de casos a semana epidemiológica 19		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Bogotá D.C.	9	9	8	Ninguno
Antioquia	9	6	6	Ninguno
Cesar	3	2	6	Ninguno
La Guajira	10	6	6	Ninguno
Córdoba	4	3	5	Ninguno
Huila	2	4	5	Aumento
Chocó	5	5	4	Ninguno
Cundinamarca	5	5	4	Ninguno
Nariño	6	4	4	Ninguno
Norte de Santander	5	2	4	Ninguno
Barranquilla	3	3	3	Ninguno
Bolívar	4	1	3	Ninguno
Boyacá	2	0	2	Ninguno
Cali	3	0	2	Ninguno
Cauca	4	6	2	Ninguno
Meta	4	4	2	Ninguno
Santander	2	1	2	Ninguno
Sucre	2	1	2	Ninguno
Atlántico	4	5	1	Ninguno
Caldas	1	0	1	Ninguno
Casanare	1	0	1	Ninguno
Putumayo	1	0	1	Ninguno
Santa Marta	3	0	1	Ninguno
Valle del Cauca	2	3	1	Ninguno
Arauca	1	1	0	Ninguno
Buenaventura	2	3	0	Ninguno
Caquetá	2	4	0	Ninguno
Cartagena	3	5	0	Disminución
Magdalena	5	3	0	Disminución
Quindío	1	1	0	Ninguno
Risaralda	2	2	0	Ninguno
Tolima	3	5	0	Disminución
Vichada	1	2	0	Ninguno
Colombia	113	96	76	Disminución

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024 (datos preliminares).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Toribio (Cauca), La Paz y Pailitas (Cesar), Medio Baudó (Chocó), Fonseca (La Guajira), Guaitarilla (Nariño), Orito (Putumayo), Sincelejo (Sucre) y Girón (Santander) comparado con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020- 2023, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Cauca	Toribio	0	1	0,00
Cesar	La Paz	0	1	0,00
	Pailitas	0	1	0,00
Chocó	Medio Baudó	0	1	0,00
La Guajira	Fonseca	0	1	0,00
Nariño	Guaitarilla	0	1	0,00
Putumayo	Orito	0	1	0,00
Sucre	Sincelejo	0	1	0,00
Santander	Girón	0	1	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2022, datos preliminares 2023-2024

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 19 de 2024, el 59,2 % corresponden a causas directas y el 28,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica y trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 21,1 % cada una.

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 19 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	61	60,4	64	66,7	45	59,2	
Hemorragia obstétrica	14	13,9	12	12,5	16	21,1	Ninguno
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	27	26,7	23	24,0	16	21,1	Disminución
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2,0	3	3,1	4	5,3	Ninguno
Sepsis obstétrica	5	5,0	10	10,4	3	3,9	Disminución
Evento tromboembólico como causa básica	4	4,0	8	8,3	3	3,9	Ninguno
Embarazo ectópico	2	2,0	4	4,2	2	2,6	Ninguno
Otras causas directas	1	1,0	0	0,0	1	1,3	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	4	4,0	2	2,1	0	0,0	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	1	1,0	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	2,0	0	0,0	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	1,0	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	38	37,6	30	31,3	22	28,9	
Otras causas indirectas	13	12,9	14	14,6	8	10,5	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	4	4,0	5	5,2	5	6,6	Ninguno
Sepsis no obstétrica	6	5,9	6	6,3	5	6,6	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	1,0	0	0,0	2	2,6	Ninguno
Otras causas indirectas: cáncer	7	6,9	5	5,2	2	2,6	Disminución
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	6	5,9	0	0,0	0	0,0	Disminución
Otras causas indirectas: dengue	1	1,0	0	0,0	0	0,0	Ninguno
Desconocida / indeterminada	2	2,0	1	1,0	0	0,0	
EN ESTUDIO	0	0,0	1	1,0	9	11,8	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022, datos preliminares 2023-2024

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La OMS clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a las ocurridas en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2023 y 2024.

El análisis de comportamientos inusuales a nivel departamental y distrital se realizó con el método *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) de los *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), dado que el evento tiene una alta frecuencia y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años. Para el análisis de comportamientos inusuales en el nivel municipal se utilizó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio, teniendo en cuenta que en los municipios se comportan como evento de baja frecuencia. El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al periodo entre el 2019 y 2023 con corte del periodo a analizar y se muestran resultados estadísticamente significativos. El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM.

A semana epidemiológica 19 de 2024 se han notificado 2 173 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 144 corresponden a residentes en Colombia y 29 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (263), Antioquia (241), Cundinamarca (124), La Guajira (103) y Córdoba (101). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 19 de 2024 se presentó comportamiento inusual en Antioquia, La Guajira, Córdoba, Barranquilla, Cesar, Bolívar, Santa Marta y Putumayo. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Tabla 11. Número de casos, comportamientos inusuales en la notificación y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 16 a 19)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 19	
				2023	2024
Bogotá, D.C.	79	67	Ninguno	292	263
Antioquia	79	50	Decremento	337	241
Cundinamarca	37	23	Ninguno	144	124
La Guajira	33	18	Decremento	137	103
Córdoba	35	20	Decremento	147	101
Cali	25	19	Ninguno	115	91
Nariño	19	11	Ninguno	70	71
Atlántico	21	11	Ninguno	91	70
Norte de Santander	21	14	Ninguno	70	70
Cauca	21	14	Ninguno	97	69
Cartagena de Indias	21	13	Ninguno	103	68
Valle del Cauca	18	19	Ninguno	88	61
Chocó	16	13	Ninguno	63	60
Barranquilla	27	7	Decremento	95	59
Cesar	25	10	Decremento	106	56
Huila	16	15	Ninguno	75	56
Sucre	16	10	Ninguno	66	56
Santander	21	12	Ninguno	86	54
Meta	15	11	Ninguno	62	52
Boyacá	13	10	Ninguno	49	50
Magdalena	18	14	Ninguno	54	48
Bolívar	20	8	Decremento	89	41
Risaralda	10	10	Ninguno	35	40
Tolima	15	10	Ninguno	59	39
Caldas	9	6	Ninguno	35	32
Casanare	7	7	Ninguno	27	24
Quindío	5	1	Ninguno	24	20
Santa Marta	10	3	Decremento	24	20
Arauca	5	4	Ninguno	31	18
Buenaventura	8	2	Ninguno	39	18
Putumayo	5	1	Decremento	17	18
Caquetá	6	1	Ninguno	32	16
Vichada	3	3	Ninguno	16	14
Vaupés	1	3	Ninguno	4	9
San Andrés	1	0	Ninguno	3	5
Amazonas	1	1	Ninguno	6	3
Guainía	2	1	Ninguno	13	3
Guaviare	2	0	Ninguno	9	1
Colombia	685	442	Decremento	2810	2144

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 y 2024 (Datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2020 a 2023 en Cumaribo (Vichada), Fusagasugá (Cundinamarca), Itagüí (Antioquia), Duitama (Boyacá), Totoró (Cauca), Mitú (Vaupés), Bojayá (Chocó), y Pueblo Nuevo (Córdoba) (tabla 12).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 19 2020-2023	Valor observado a SE 19 de 2024	Semanas continuas en incremento
Vichada	Cumaribo	8	14	1
Cundinamarca	Fusagasugá	5	10	2
Antioquia	Itagüí	5	9	1
Boyacá	Duitama	4	7	2
Cauca	Totoró	3	7	2
Vaupés	Mitú	3	6	6
Chocó	Bojayá	1	5	8
Córdoba	Pueblo Nuevo	1	5	9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 (preliminar). SE: semana epidemiológica

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,6 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,3 %, neonatales tardías con 15,3 % y fetales intraparto con 10,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas 22,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,1 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,0 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 19 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y en estudio, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación en la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 19, 2022 -2024					
	2022 a SE 19	(%)	2023 a SE 19	(%)	2024 a SE 19	(%)
Asfixia y causas relacionadas	808	25,8	705	25,2	484	22,6
Prematuridad-inmadurez	566	18,1	505	18,0	323	15,1
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	484	15,5	435	15,5	278	13,0
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	324	10,3	322	11,5	211	9,8
Sin información	0	0,0	7	0,2	201	9,4
Malformación congénita	265	8,5	259	9,2	172	8,0
Infecciones	311	9,9	225	8,0	167	7,8
Otras causas de muerte	190	6,1	175	6,2	132	6,2
Causas no específicas	68	2,2	66	2,4	107	5,0
Trastornos cardiovasculares	74	2,4	70	2,5	54	2,5
Lesiones de causa externa	30	1,0	26	0,9	8	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	11	0,4	8	0,3	7	0,3
Colombia	3 131	100,0	2 803	100,0	2 144	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 a 2024 (preliminar). SE: semana epidemiológica

EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda (IRA)

Metodología

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todos los casos de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2015 a 2023 y el intervalo de confianza.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2016 a 2023 (valor esperado). Adicionalmente se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 08. 18 de mayo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 19 de 2024 se notificaron 157 852 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete (7) años, se observó incremento en Atlántico, Chocó, Córdoba, La Guajira, Santa Marta, Santander y Vichada. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caldas, Caquetá y Guainía. Las 23 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (16 a 19 de 2024) en 17 municipios (tabla 14).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (16 a 19 de 2024).

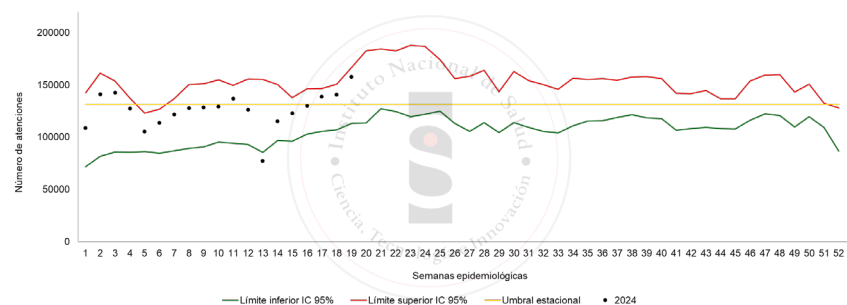
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 16 a 19)	Observado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 16 a 19)	Análisis
Antioquia	Apartado	6 182	827	1 502	Aumento
Antioquia	Turbo	4 542	757	972	Ninguno
Antioquia	Envigado	8 591	1 685	1 615	Ninguno
Antioquia	Itagüí	26 630	3 974	4 865	Ninguno
Antioquia	Bello	26 145	2 837	6 067	Aumento
Atlántico	Malambo	4 192	356	1 137	Aumento
Atlántico	Soledad	31 128	5 956	6 627	Ninguno
Bolívar	Magangué	5 443	847	1 239	Aumento
Boyacá	Sogamoso	5 190	1 164	1 275	Ninguno
Casanare	Yopal	5 404	834	1 323	Aumento
Cundinamarca	Girardot	6 798	899	1 866	Aumento
Cundinamarca	Madrid	7 672	801	1 864	Aumento
Cundinamarca	Zipaquirá	6 899	918	1 751	Aumento
Cundinamarca	Mosquera	3 067	484	929	Aumento
Cundinamarca	Soacha	26 937	3 569	6 569	Aumento
La Guajira	Maicao	20 299	2 568	4 245	Aumento
La Guajira	Uribe	19 190	1 932	3 034	Aumento
Huila	Pitalito	3 725	895	791	Ninguno
Norte de Santander	Ocaña	5 551	808	1 008	Ninguno
Santander	Girón	2 289	225	615	Aumento
Santander	Piedecuesta	1 836	214	450	Aumento
Santander	Floridablanca	8 337	1 575	2 020	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	4 539	899	1 161	Ninguno
Valle del Cauca	Cartago	6 353	839	1 116	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	5 544	606	1 296	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	9 764	1 581	2 312	Aumento

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (16 a 19 de 2024), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 23,6 % (134 085) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 23,0 % (130 408). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en menores de dos a cuatro años con el 14,6 % seguido de los niños de un año con 14,1 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA, para esta semana se ubica por encima del umbral estacional (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 19, entre 2017 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

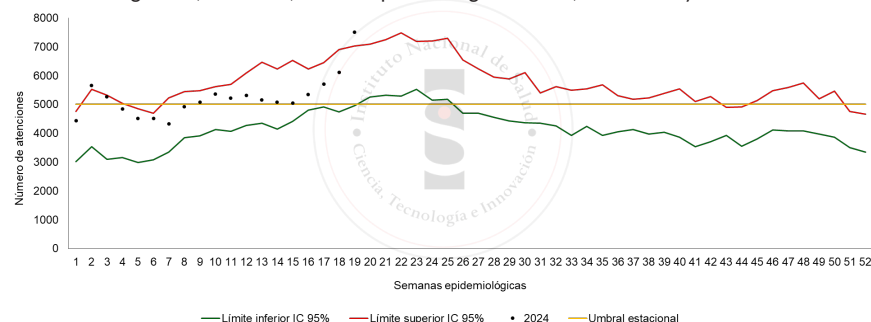
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 19 de 2024, se notificaron 7 512 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete (7) años se presentó disminución en Caldas, Cali, Guainía, Guaviare y Putumayo e incremento en Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Buenaventura, Cauca, Córdoba, Huila, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta y Santander. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (16 a 19 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 022) representaron el 20,3 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 18,9 % (4 666). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en los niños de un año con 29,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 25,8 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRA en sala general, se ubica por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 19, entre 2018 y 2024

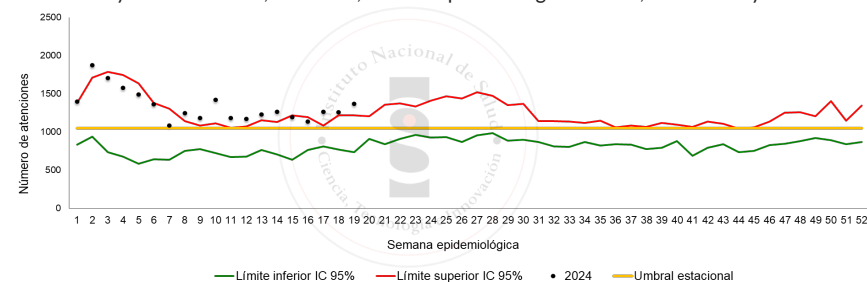


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2024

Comportamiento en mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 19 de 2024, se notificaron 1 366 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. En el canal endémico este grupo de edad se ubicó por encima del límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 19, entre 2018 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

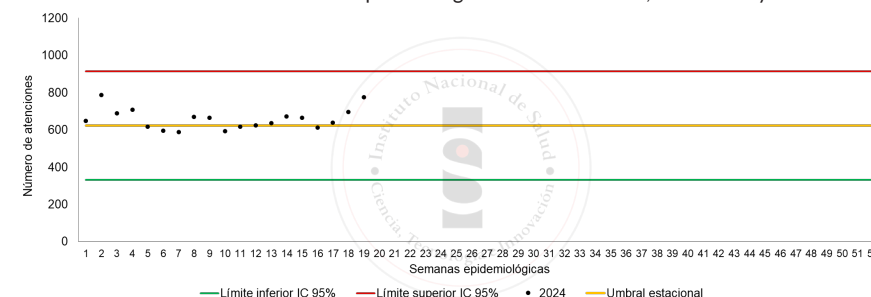
Hospitalizaciones por IRA en unidad de cuidado intensivo e intermedio (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 19 de 2024 se notificaron 776 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 19 entidades territoriales. Se presentó disminución en Buenaventura, Cali, La Guajira y Tolima. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Arauca, Bogotá D.C., Caquetá, Cartagena, Casanare, Chocó, Guainía, Meta, Nariño, Putumayo, San Andrés, Sucre, Vaupés y Vichada.

En las últimas cuatro (4) semanas epidemiológicas (16 a 19 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 32,0 % (870); seguido de los menores de un año representaron el 26,8 % (729). La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI e intermedios sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en los menores de un año con el 33,1 % seguido de dos a cuatro años con el 26,9 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM para la semana actual se ubicaron por encima del umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 19 Colombia, entre 2018 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

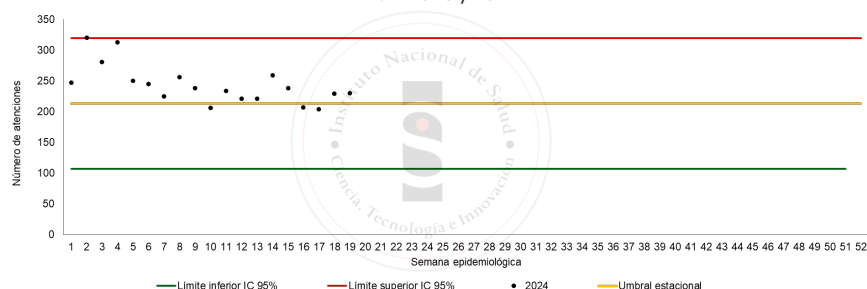
Brotes

Tablas

Comportamiento en los mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM

En la semana epidemiología 19 de 2024, se notificaron 230 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control este grupo de edad ubicó por encima del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 19, Colombia, entre 2018 y 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 18 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro (4) semanas epidemiológicas se ha mantenido en niveles epidémicos con tendencia a la disminución para América del Norte y Brasil y Cono Sur y niveles intermedios-bajos América Central. Las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y en menor medida Influenza B/Victoria. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reporta niveles bajos de circulación en toda la región; sin embargo, en región Andina y Brasil y cono sur reportan un ligero incremento en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia descenso en toda la región (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana 19 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observó una variación significativa al aumento para influenza A(H3N2); al decremento la positividad general. Ante la circulación de influenza durante las últimas semanas epidemiológicas, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (tabla 15).

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 12 a 19 de 2024

Agente viral identificado	Semanas epidemiológicas 12 a 15			Semanas epidemiológicas 16 a 19			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	45,9	57,0	22,4	44,8	50,7	29,4	
Rinovirus	15,2	15,8	20,0	16,0	14,3	-	
VSR	31,6	42,1	20,0	28,4	36,9	30,0	
Enterovirus	10,9	8,2	30,0	9,6	10,1	10,0	
Adenovirus	6,3	7,1	-	5,6	6,5	-	
Influenza B	1,5	0,5	10,0	0,8	-	10,0	
Influenza A	9,8	7,7	20,0	6,8	3,0	40,0	
Parainfluenza	9,4	8,7	-	11,6	13,7	-	
Metapneumovirus	3,9	4,4	-	5,2	6,5	-	
A(H1N1)pdm09	3,5	1,6	20,0	4,4	1,2	-	
SARS-CoV2	5,9	2,7	10,0	3,2	3,6	-	
A(H3N2)	2,0	1,1	-	8,4	4,2	10,0	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

Con relación a las neumonías y meningitis de origen bacteriano (distribución de serotipos y susceptibilidad a los antibióticos de *Streptococcus pneumoniae*) consulte el Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Responsables de Neumonías y Meningitis Bacterianas ([SIREVA](#)).

COVID-19

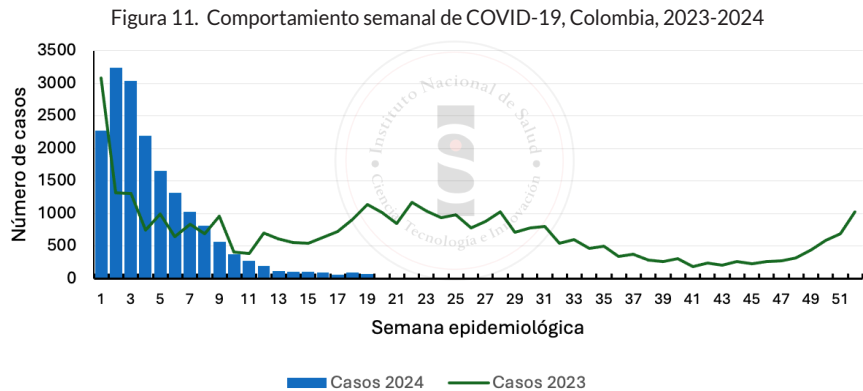
Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 19 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

El análisis del comportamiento del evento en el tiempo se realiza comparando los casos confirmados del periodo del presente año con los del año anterior. Además, se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y estable (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización.

En Colombia, para el 2024 con corte al 11 de mayo, por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 17 582 casos de COVID-19. En las últimas ocho (8) semanas se observa una disminución significativa del 82 % comparado con el mismo periodo del año 2023 (figura 11).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Entre el 05 y el 11 de mayo 2024 (semana epidemiológica 19) se confirmaron 101 casos en el territorio nacional; de estos el 62,2 % (63 casos) corresponde a la semana epidemiológica 19. El 64,4 % de los casos nuevos se reportaron en las entidades territoriales de Bogotá D.C, Antioquia, Putumayo, Cundinamarca y Cali (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	16	17	18	19	Total
Bogotá D.C.	2	0	2	8	14	26
Putumayo	0	0	0	4	15	19
Antioquia	1	0	0	6	3	10
Cundinamarca	0	0	0	2	3	5
Cali	1	0	0	1	3	5
Amazonas	1	0	0	1	2	4
Boyacá	1	1	0	0	2	4
Cartagena	1	0	0	0	3	4
Valle del Cauca	0	0	0	0	3	3
Quindío	0	0	2	0	1	3
Nariño	0	0	0	0	3	3
Caldas	0	0	0	0	2	2
Santander	0	0	0	1	1	2
Barranquilla	0	0	0	1	1	2
Norte de Santander	0	0	0	1	1	2
Cesar	0	0	0	0	2	2
Huila	0	0	0	0	1	1
Tolima	0	0	0	1	0	1
Atlántico	0	0	0	0	1	1
Vaupés	0	0	0	0	1	1
Chocó	0	0	0	0	1	1
Total	7	1	4	26	63	101

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotes

Tablas

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 293 casos nuevos por COVID-19 en 31 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 74 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 0,57 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2024) no se observó cambio estadísticamente significativo en el comportamiento de este indicador a nivel nacional; a nivel departamental, en Putumayo se evidenció aumento significativo; y aumento no significativo en Barranquilla, Cartagena, Caldas, Quindío, San Andrés, Amazonas y Guainía

Para 2024, en Colombia se han notificado 168 fallecidos con una mortalidad de 0,32 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportó un fallecido, con procedencia Bogotá. El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más con el 80 % del total de las muertes.

Para finalizar, los invitamos a consultar el portal Sivigila en el enlace <https://onx.la/5f2c3> en el que podrá ampliar la información de los casos de COVID-19 Colombia 2020-2024.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 19 de 2024, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento¹:

Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.
- **Dengue con signos de alarma:** paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cm, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100 000) asociada a hemoconcentración.
- **Dengue grave:** todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación:
 - Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria.
 - Hemorragias Severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico.
 - Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

Caso confirmado de dengue: caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de dengue: ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Los indicadores del evento se calcularon de acuerdo con lo dispuesto en el protocolo de vigilancia de salud pública, sin embargo, estos pueden ir cambiando de acuerdo con el ajuste de los casos. Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación.

Las categorías usadas para los indicadores de gestión son:

Porcentaje	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 99 %	100 %
Categoría indicador	No cumple con la meta				Cumple con la meta

El canal endémico nacional y el análisis del comportamiento epidemiológico por entidad territorial se construyó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), con los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95 %; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, y **por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

El porcentaje de municipios **por encima de lo esperado** para dengue se calculó teniendo en cuenta como denominador el número de municipios en riesgo para el evento por departamento, según lo indicado en el *Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para arbovirosis en Colombia 2020-2023* del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la semana epidemiológica 19 de 2024 se notificaron 9 082 casos probables de dengue: 5 705 casos de esta semana y 3 377 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 137 175 casos, 83 573 (60,9 %) sin signos de alarma, 52 332 (38,2 %) con signos de alarma y 1 270 (0,9 %) de dengue grave.

El 77,7 % (106 629) de los casos a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Huila, Santander, Tolima, Cundinamarca, Norte de Santander, Cauca y Antioquia (tabla 17).

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

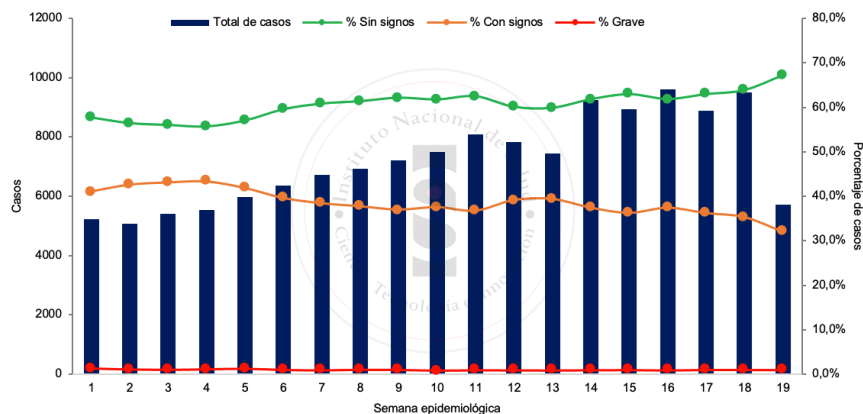
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	29 189	67,5	32,0	0,6
Cali	18 513	62,4	36,8	0,8
Huila	13 311	61,7	35,9	2,4
Santander	12 687	59,5	39,7	0,8
Tolima	12 639	56,3	42,9	0,8
Cundinamarca	6 067	55,3	44,2	0,5
Norte de Santander	5 144	61,7	37,2	1,1
Cauca	4 673	59,4	39,7	0,9
Antioquia	4 406	55,5	43,6	0,9
Meta	2 883	65,1	34,0	0,9
Risaralda	2 526	56,4	43,1	0,5
Putumayo	2 482	64,9	34,3	0,8
Quindío	2 347	65,3	34,3	0,5
Bolívar	2 246	51,7	47,0	1,2
Nariño	1 740	71,0	28,3	0,6
Córdoba	1 610	45,3	54,3	0,4
Cesar	1 445	34,6	64,2	1,2
Casanare	1 445	64,2	34,9	0,9
Barranquilla	1 279	60,8	38,6	0,5
Caquetá	1 253	52,2	46,8	1,0
Atlántico	1 074	43,7	54,7	1,6
Chocó	972	74,6	24,9	0,5
Caldas	866	62,7	37,1	0,2
Cartagena	797	71,5	28,0	0,5
La Guajira	758	39,2	60,0	0,8
Sucre	688	39,8	59,3	0,9
Magdalena	683	33,4	66,0	0,6
Arauca	629	59,3	39,9	0,8
Boyacá	575	64,7	34,6	0,7
Amazonas	525	68,2	31,4	0,4
Guaviare	395	83,8	15,4	0,8
Buenaventura	353	58,9	39,4	1,7
Santa Marta	343	39,7	58,0	2,3
Exterior	265	45,7	49,8	4,5
Vaupés	134	80,6	17,9	1,5
Archipiélago de San Andrés	111	65,8	33,3	0,9
Guainía	67	67,2	28,4	4,5
Vichada	55	83,6	16,4	0,0
Total	137 175	60,9	38,1	0,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Caldas, Casanare, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Vichada y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Amazonas, La Guajira, Archipiélago de San Andrés y Santa Marta mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

Durante el 2024, a nivel nacional el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,0 % (figura 12); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 60,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 15 a 18, 2024) son: Magdalena y Santa Marta.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

En la semana epidemiológica 19 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 74,8 % (39 154) de los casos de dengue con signos de alarma y 84,6 % (1 075) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 74,7 % (39 067) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,0 % (1 270) de los casos con dengue grave (tabla 18).

Tabla 18. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

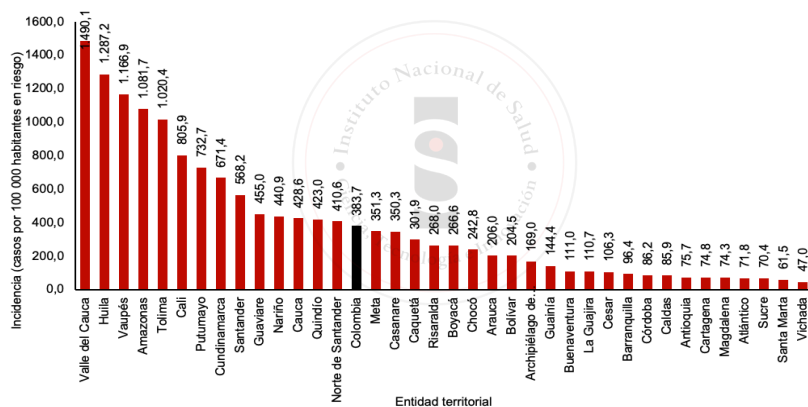
Entidad territorial	Casos (n)			Confirmación (%)			Hospitalización	
	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Dengue grave
Amazonas	361	165	2	11,4%	13,3%	0,0%	93,9%	100,0%
Antioquia	2 594	1 860	35	59,1%	66,7%	82,9%	49,4%	82,9%
Arauca	375	236	1	29,1%	50,4%	100,0%	92,4%	100,0%
Atlántico	392	462	13	59,7%	70,8%	92,3%	77,3%	84,6%
Barranquilla	860	667	13	89,5%	93,7%	84,6%	88,0%	92,3%
Bolívar	1 019	805	6	80,0%	88,8%	66,7%	82,5%	66,7%
Bogotá	1 116	981	24	92,4%	96,1%	79,2%	73,6%	91,7%
Boyacá	399	253	2	58,1%	73,5%	100,0%	60,1%	100,0%
Buenaventura	187	108	3	94,7%	91,7%	100,0%	85,2%	100,0%
Caldas	539	322	0	54,9%	67,1%	N/A	58,4%	N/A
Cali	12 635	8 474	254	64,7%	78,8%	83,5%	72,4%	97,6%
Caquetá	649	569	6	58,9%	78,2%	83,3%	78,2%	100,0%
Cartagena	652	320	11	31,9%	73,4%	100,0%	85,9%	100,0%
Casanare	906	493	14	67,2%	75,9%	92,9%	88,4%	100,0%
Cauca	2 548	1 420	12	91,2%	94,1%	91,7%	63,6%	100,0%
Cesar	504	980	26	66,7%	87,3%	92,3%	96,8%	96,2%
Chocó	652	147	2	96,3%	97,3%	100,0%	54,4%	100,0%
Córdoba	715	982	8	79,2%	96,0%	87,5%	90,0%	100,0%
Cundinamarca	3 044	2 439	21	53,8%	63,6%	81,0%	78,5%	90,5%
Guainía	52	20	2	88,5%	95,0%	50,0%	65,0%	100,0%
La Guajira	288	428	5	96,9%	98,1%	100,0%	77,8%	100,0%
Guaviare	333	58	0	60,1%	86,2%	N/A	96,6%	N/A
Huila	8 122	4 761	344	70,8%	85,0%	92,7%	74,1%	94,8%
Magdalena	200	370	2	87,5%	91,4%	100,0%	73,2%	100,0%
Meta	1 835	962	32	15,2%	48,4%	59,4%	83,2%	87,5%
Nariño	1 294	522	12	98,1%	96,4%	100,0%	76,2%	91,7%
Norte de Santander	3 202	1 976	70	40,0%	73,6%	82,9%	90,3%	95,7%
Putumayo	1 593	834	17	47,6%	68,8%	88,2%	99,5%	94,1%
Quindío	1 530	823	11	29,7%	55,5%	81,8%	64,2%	100,0%
Risaralda	1 421	1 116	19	51,4%	66,6%	78,9%	70,4%	94,7%
San Andrés	65	31	0	93,8%	87,1%	N/A	74,2%	N/A
Santander	7 506	5 051	103	60,8%	88,3%	99,0%	86,5%	96,1%
Santa Marta	121	225	12	74,4%	78,2%	83,3%	66,2%	91,7%
Sucre	304	494	12	41,8%	59,9%	100,0%	90,5%	100,0%
Tolima	6 743	4 967	89	37,8%	63,2%	68,5%	85,7%	96,6%
Valle del Cauca	18 673	7 983	85	53,8%	61,4%	58,8%	55,0%	92,9%
Vaupés	106	22	2	100,0%	100,0%	100,0%	95,5%	100,0%
Vichada	38	6	0	44,7%	50,0%	N/A	66,7%	N/A
Colombia	83 573	52 332	1 270	58,5%	74,8%	84,6%	74,7%	95,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

En la semana epidemiológica 19 de 2024, la incidencia nacional de dengue fue de 383,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para la misma semana de 2023 la incidencia fue de 106,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las en-

tidades territoriales de Valle del Cauca, Huila, Vaupés, Amazonas, Tolima y Cali presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 749,4 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

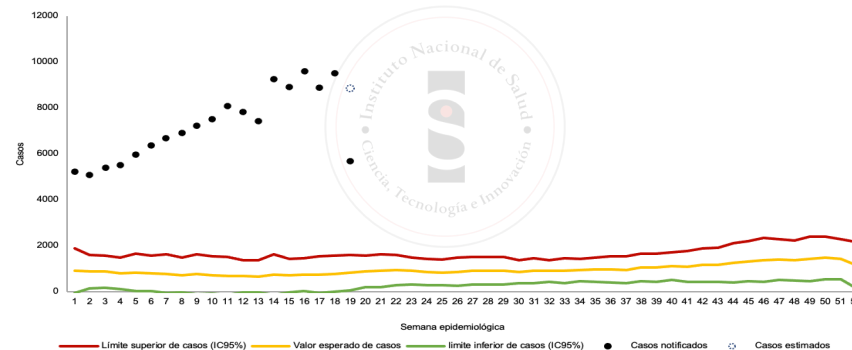


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

A semana epidemiológica 19 de 2024, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Asimismo, se observó una tendencia al aumento del 13,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2024) (figura 14).

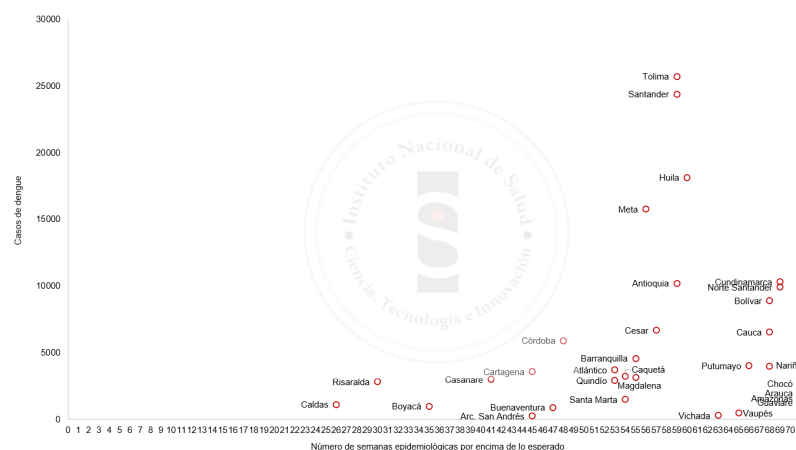
De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que el 10,8 % (4) se encuentran en situación de alerta y el 89,2 % (33) se encuentran por encima del límite superior lo esperado, comparado con el comportamiento histórico (figura 15). Ante la situación observada a nivel nacional y departamental, se activó el Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y se determinaron medidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social incluidas en la Circular Conjunta Externa N°013 "Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia".

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Figura 15. Entidades territoriales por encima de lo esperado para dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2023 a 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 19 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 55,5 % (458) se encuentran por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 87,7 % (50/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Tabla 19. Municipios *por encima de lo esperado* según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 habitantes	Acumulado	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	36,7	959	67	328
	Apartadó	190,5	251	14	40
	Envigado	44,2	107	4	49
	Itagüí	16,7	46	5	15
	Turbo	148,9	200	9	26
Atlántico	Barranquilla	97,5	1 279	26	172
	Malambo	159,3	229	8	36
	Soledad	69,0	472	10	64
Bolívar	Cartagena	75,5	797	30	156
	Magangué	272,1	391	7	99
	Turbaco	156,4	182	2	21
Caldas	Manizales	6,6	30	1	8
Caquetá	Florencia	201,5	356	32	88
Cauca	Popayán	559,5	1 517	0	622
	Santander de Quilichao	847,3	973	1	172
Cesar	Valledupar	109,0	602	17	99
Córdoba	Montería	64,9	333	29	52
	Lorica	244,9	287	2	33
Cundinamarca	Fusagasugá	720,9	1 192	3	590
	Girardot	220,0	259	15	50
Chocó	Quibdó	254,3	338	3	50
Huila	Neiva	1227,9	4 547	44	838
	Pitalito	1427,2	1 866	34	611
La Guajira	Riohacha	197,1	413	12	40
Santa Marta	Santa Marta	62,1	343	15	40
Magdalena	Ciénaga	68,2	87	4	16
Meta	Villavicencio	245,7	1 253	85	359
Nariño	San Andres de Tumaco	166,7	429	19	51
Norte de Santander	Cúcuta	363,9	2 778	57	852
	Ocaña	241,1	286	6	64
	Villa del Rosario	500,4	551	17	178
Quindío	Armenia	338,2	1 057	7	418
Risaralda	Pereira	298,9	1 451	3	711
	Dosquebradas	192,5	419	2	232
	Bucaramanga	666,4	4 125	40	1 208
Santander	Barrancabermeja	130,4	280	9	86
	Floridablanca	739,1	2 319	21	689
	Girón	500,7	877	14	246
	Piedecuesta	889,3	1 658	11	521
	Tolima	1251,4	6 807	64	1 615
Valle del Cauca	Cali	811,7	18 513	239	4 671
	Buenaventura	111,8	353	15	65
	Guadalajara de Buga	2263,3	2 955	7	815
	Cartago	1540,7	2 142	6	851
	Jamundí	1714,9	2 903	4	759
Arauca	Palmira	1187,8	4 262	11	672
	Tuluá	948,1	2 101	12	579
	Yumbo	1944,0	2 167	16	496
Arauca	Arauca	87,7	88	8	29
Casanare	Yopal	300,8	543	49	198

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

A semana epidemiológica 19 de 2024 se han notificado 244 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 62 casos, se descartaron 76 casos y se encuentran en estudio 106 casos. La letalidad por dengue nacional es de 0,045 %, inferior a la meta establecida (0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 43 muertes por dengue (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2023-2024

Entidad territorial	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a semana epidemiológica 19, 2024	Letalidad por dengue a semana epidemiológica 19, 2023
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	3	0	0,396	0,255
Cesar	3	1	0,208	0,076
Putumayo	4	3	0,161	0,000
Antioquia	5	7	0,113	0,083
Meta	3	1	0,104	0,101
Atlántico	1	0	0,093	0,000
Bolívar	2	4	0,089	0,090
Quindío	2	0	0,085	0,000
Norte de Santander	4	4	0,078	0,233
Casanare	1	1	0,069	0,178
Tolima	8	12	0,063	0,131
Santander	7	13	0,055	0,116
Huila	6	4	0,045	0,164
Risaralda	1	4	0,040	0,000
Valle del Cauca	10	11	0,034	0,000
Cali	2	9	0,011	0,000
Cundinamarca	0	7	0,000	0,196
Cauca	0	4	0,000	0,000
Boyacá	0	2	0,000	0,000
Buenaventura	0	2	0,000	0,000
Córdoba	0	2	0,000	0,160
Guainía	0	2	0,000	0,000
Magdalena	0	2	0,000	0,862
Nariño	0	2	0,000	0,235
Sucre	0	2	0,000	0,237
Arauca	0	1	0,000	0,000
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Caquetá	0	1	0,000	0,000
Chocó	0	1	0,000	0,276
Santa Marta	0	1	0,000	0,000
Vichada	0	1	0,000	0,000
Amazonas	0	0	0,000	0,389
Barranquilla	0	0	0,000	0,000
Caldas	0	0	0,000	0,000
Cartagena	0	0	0,000	0,068
Guaviare	0	0	0,000	0,000
San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	62	106	0,045	0,115

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultar el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: <http://url.ins.gov.co/-2i6o>

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 19 de 2024, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas con la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium spp.* mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

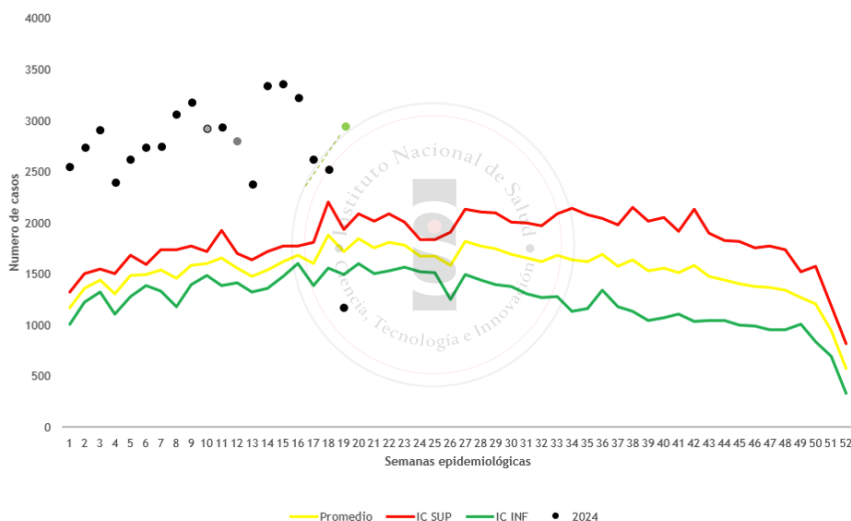
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales.
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de brote para malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 16).

Figura 16. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024.

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 19, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 19 se notificaron 2 215 casos de malaria, para un acumulado de 52 422 casos, de los cuales 51 469 son de malaria no complicada y 953 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 57,5 % (30 145), seguido de *Plasmodium falciparum* con 40,8 % (21 370) e infección mixta con 1,7 % (907), no se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 85,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (37,3 %), Antioquia (11,2 %), Córdoba (10,1 %), Risaralda (6,2 %), Nariño (6,2 %), Vaupés (5,2 %), Guainía (2,7 %); Buenaventura (2,3 %), Cauca (1,9 %), Bolívar (1,3 %) y Norte de Santander (1,0 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 80,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

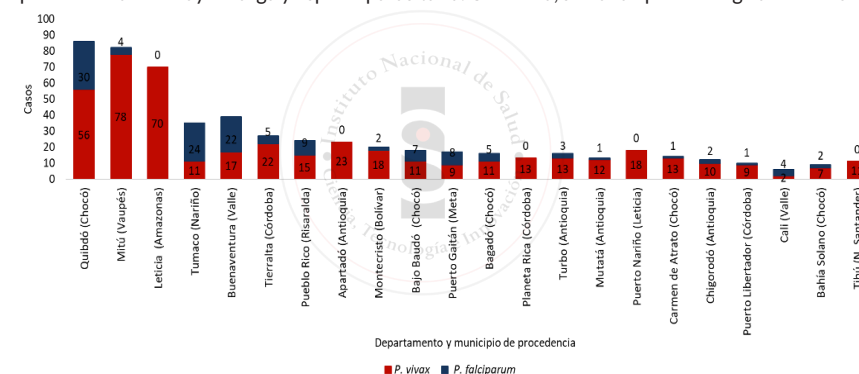
Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	Vigía del Fuerte	22	255	183	460	47,17
	Mutató	2	21	458	481	31,99
	El Bagre	5	125	1 236	1 366	24,26
	Frontino	2	6	352	360	16,43
	Chigorodó	2	100	498	600	9,64
	Turbo	1	29	417	447	3,32
Bolívar	Montecristo	6	54	330	390	21,23
Buenaventura	Buenaventura	5	953	380	1 338	4,13
Cauca	Guapi	2	936	50	988	33,45
Chocó	Bagadó	74	1 856	1 120	3 050	257,54
	Lloró	261	807	643	1 711	161,25
	Río Quito	2	775	271	1 048	114,44
	Medio San Juan	31	569	408	1 008	85,69
	Atrato	10	434	132	576	84,20
	Tadó	15	1 056	480	1 551	76,96
	El Cantón del San Pablo	4	341	182	527	76,31
	Alto Baudó	13	741	173	927	54,87
	Medio Baudó	21	949	651	1 621	51,84
	Medio Atrato	34	403	107	544	42,19
	Bajo Baudó	7	124	1 249	1 380	40,67
	Quibdó	18	2 463	958	3 439	23,78
	Nuquí	1	207	194	402	22,05
	Istmina	8	419	231	658	19,46
Córdoba	Tierralta	31	449	2 690	3 170	31,76
	Puerto Libertador	6	116	1 278	1 400	30,83
	Valencia	4	40	334	378	9,81
	Montelíbano	5	19	449	473	5,46
Guainía	Inírida	2	8	1 467	1 477	38,95
Nariño	Roberto Payán	0	585	168	753	56,50
	Olaya Herrera	5	259	362	626	23,65
	Magüí	1	321	62	384	14,69
	Barbacoas	1	555	14	570	9,73
	Tumaco	7	358	183	548	2,05
Risaralda	Pueblo Rico	108	1 623	1 909	3 640	216,81
Vaupés	Mitú	62	514	2 532	3 108	127,93

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Malaria complicada

A semana epidemiológica 19 se han notificado 953 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 18 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Córdoba, Amazonas, Vaupés, Nariño, Risaralda, Buenaventura, Bolívar, Norte de Santander y Meta notificaron el 88,0 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 61,4 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 17).

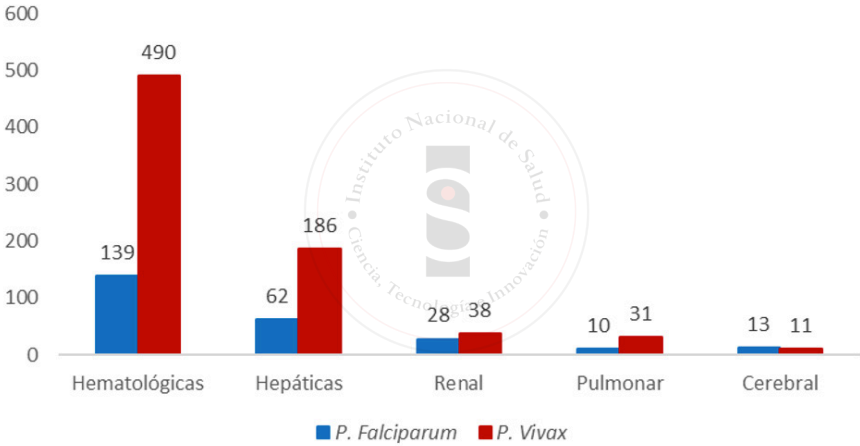
Figura 17. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 62,4 % (629) presentaron complicaciones hematológicas; 24,6 % (248) complicaciones hepáticas; 6,5 % (66) complicaciones renales; 4,1 % (41) complicación pulmonar y 2,4 % (24) a nivel cerebral (figura 18).

Figura 18. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024
Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

A semana epidemiológica 19 de 2024 se han notificado diecinueve (19) casos probables de muerte por malaria, se encuentran pendientes por unidad de análisis: seis (6) casos de Chocó (Quibdó, Bagadó, Bajo Baudó, Cantón de San Pablo y El Carmen de Atrato), cuatro (4) casos de Risaralda (Pueblo Rico y Pereira), dos (2) casos de Vaupés (Mitú), dos (2) casos de Cauca (Timbiquí y Guapi), dos (2) casos de Nariño (Olaya Herrera), un (1) caso Antioquia (Medellín), un (1) caso Córdoba (Planeta Rica) y un (1) caso Bolívar (Montecristo).

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 19 el país se encuentra en situación de aumento, dieciséis (16) departamentos y 38 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 22), 14 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 23).

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 15 a 19 de 2024, Colombia

Municipios en situación de brote, semanas epidemiológicas 01 a 19 2024					
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Risaralda	Pueblo Rico	3 012	137	812	5
Córdoba	Tierralta	2 679	344	617	5
Chocó	Bagadó	2 474	109	907	4
Vaupés	Mitú	2 200	3	1 112	5
Chocó	Lloró	1 430	64	293	5
Chocó	Tadó	1 316	102	373	5
Guainía	Inírida	1 240	234	381	5
Buenaventura	Buenaventura	1 164	98	330	5
Antioquia	El Bagre	1 088	175	337	5
Chocó	Río Quito	954	44	137	5
Chocó	Medio Baudó	759	67	223	5
Cauca	Guapi	628	164	247	5
Chocó	Atrato	464	38	131	5
Antioquia	Chigorodó	461	35	201	5
Antioquia	Mutatá	426	30	134	5
Antioquia	Turbo	377	35	114	5
Bolívar	Montecristo	307	56	113	4
Antioquia	Frontino	297	14	84	5
Antioquia	Murindó	288	46	146	4
Chocó	Río Iró	269	11	79	4
Antioquia	Dabeiba	188	12	104	5
Chocó	Unión Panamericana	185	17	39	4
Chocó	Sipí	162	5	14	4
Chocó	Condoto	161	9	59	4
Risaralda	Mistrató	148	8	35	4
Antioquia	Tarazá	139	9	41	4
Amazonas	Leticia	120	4	157	5
Chocó	El Litoral del San Juan	119	17	71	4
Norte de Santander	Sardinata	90	4	22	4
Chocó	El Carmen de Atrato	89	1	41	5
Guaviare	Calamar	84	17	24	4
Antioquia	Caucasia	83	12	22	4
Bolívar	Santa Rosa del Sur	77	5	27	4
Antioquia	Carepa	76	8	26	4
Boyacá	Cubará	71	0	98	4
Caldas	Belalcázar	69	0	4	1
Cali	Cali	44	0	8	4
Meta	Puerto Concordia	16	4	19	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 15 a 19 de 2024, Colombia

Municipios en situación de Alarma, semana epidemiológica 01 a 19 2024					
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Chocó	Istmina	597	60	123	5
Chocó	Medio Atrato	458	132	147	5
Chocó	Nuquí	365	51	86	5
Antioquia	Apartadó	263	65	77	5
Chocó	Nóvita	227	41	68	5
Antioquia	Nechí	157	22	37	5
Bolívar	Tiquisio	53	10	24	4
Bolívar	Arenal	35	4	16	4
Risaralda	Pereira	25	0	7	4
Córdoba	San Andrés Sotavento	23	1	3	4
Córdoba	San José de Uré	19	3	8	4
Vaupés	Taraira	19	5	6	5
Meta	La Macarena	18	1	3	4
Guainía	Morichal (CD)	3	0	5	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas¹.

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez, Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado a que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2023. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2019 y 2023 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 60 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 60 se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 5. 22 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Desnutrición%20aguda%20en%20menores%20de%205%20años.pdf

A semana epidemiológica 19 de 2024 se han notificado 9 844 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 9 777 corresponde a residentes en Colombia y 67 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (20 de 2023 a 19 de 2024) es de 0,64 casos por 100 menores de 5 años.

Tabla 24. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 19 de 2023	Casos a SE 19 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Vichada	95	147	2,23
La Guajira	681	926	2,13
Chocó	366	449	1,86
Arauca	125	172	1,24
Guaviare	48	47	1,12
Casanare	172	152	1,06
Vaupés	22	28	0,88
Guainía	21	24	0,81
Bogotá D.C	1 383	1 418	0,80
Risaralda	246	190	0,76
Magdalena	228	279	0,73
Amazonas	25	18	0,70
Cesar	281	341	0,69
Putumayo	92	68	0,69
Cundinamarca	552	631	0,67
Caquetá	68	97	0,63
Nariño	292	366	0,61
Boyacá	210	211	0,60
Norte Santander	268	280	0,57
Meta	206	217	0,57
Tolima	166	231	0,56
Antioquia	914	990	0,55
Huila	198	253	0,54
Bolívar	186	254	0,50
Buenaventura	52	96	0,48
Quindío	53	48	0,44
Valle del Cauca	224	243	0,42
Cartagena de Indias	142	153	0,41
Caldas	95	129	0,40
Atlántico	157	175	0,40
Santander	177	270	0,39
Córdoba	228	254	0,38
Cali	201	241	0,38
San Andrés	5	4	0,37
Cauca	129	140	0,35
Barranquilla	81	87	0,34
Sucre	144	102	0,32
Santa Marta	39	46	0,31
Total nacional	8 572	9 777	0,64

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 20 de 2023 a SE 19 de 2024

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 y 2024 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2023.

El 71,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 29,0 % como desnutrición aguda severa; el 8,6 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños menores de 1 año (30,7 %) y de 1 año (29,3 %). Según el área de residencia el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,3 %.

Para la semana epidemiológica 19 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, La Guajira, Nariño, Cesar, Magdalena, Santander, Bolívar, Huila, Atlántico, Arauca, Caldas, Caquetá, Buenaventura y Santa Marta. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 25).

Tabla 25. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	543	990
La Guajira	520	926
Nariño	229	366
Cesar	220	341
Magdalena	191	279
Santander	141	270
Bolívar	125	254
Huila	163	253
Atlántico	113	175
Arauca	101	172
Caldas	51	129
Caquetá	76	97
Buenaventura	31	96
Santa Marta	27	46

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 (Información preliminar)

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes para la semana epidemiológica 19 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 29 municipios (tabla 26).

Tabla 26. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Bolívar	Magangué	16	73
Antioquia	Bello	37	72
Santander	Barrancabermeja	14	68
Atlántico	Soledad	37	66
Chocó	Quibdó	19	65
Santander	Bucaramanga	36	50
Caquetá	Florencia	24	48
Valle del Cauca	Palmira	23	48
Risaralda	Pereira	35	47
Caldas	Manizales	16	46
Cundinamarca	Zipaquirá	16	42
Tolima	Ibagué	19	41
Cundinamarca	Facatativá	21	37
Cundinamarca	Fusagasugá	24	35
Cundinamarca	Girardot	18	35
Antioquia	Turbo	10	34
Cundinamarca	Mosquera	18	31
Valle del Cauca	Jamundí	11	28
Risaralda	Dosquebradas	12	27
Atlántico	Malambo	10	25
Antioquia	Itagüí	14	23
Córdoba	Sahagún	10	22
Boyacá	Duitama	9	21
Córdoba	Lorica	10	20
Cundinamarca	Chía	9	17
Valle del Cauca	Tuluá	8	16
Cundinamarca	Funza	7	14
Valle del Cauca	Cartago	7	14
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	5	13

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 (Información preliminar)

Brotos y situaciones de
emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Brote de varicela en población de interés especial de
Medellín. 14 de mayo de 2024

Se identificaron cuatro (4) conglomerados relacionados en una escuela y tres estaciones de la Policía Nacional. Las fechaS de inicio de síntomas van del 06 de abril al 04 de mayo de 2024. Se han identificado 85 casos de 2 196 expues-
tos, para una tasa de ataque general de 3,9 %. No se han reportado hospitali-
zaciones ni muertes. Se han adelantado acciones de control como aislamiento
de casos, uso de elementos de protección personal, lavado de manos, búsque-
da activa comunitaria e institucional, sala de análisis de riesgo (SAR) nacional.
Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: SAR nacional. Secretaría de Salud de Medellín, Dirección de Sanidad
de la Policía Nacional - DISAN, Instituto Nacional de Salud.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 19 de 2024 no se notificaron casos o alertas de
enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera
ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza aviar altamen-
te patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y
el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel
nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana - INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta Epidemiológica *Oropouche* en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 09 de mayo de 2024

En la Región de las Américas, los brotes por el virus *Oropouche* (OROV) registrados en los últimos diez años han tenido lugar principalmente en la región amazónica. Históricamente, se han descrito numerosos brotes de enfermedad por OROV en comunidades rurales y urbanas de Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago.

En lo que va del 2024, se han notificado 5 193 casos confirmados de *Oropouche* en cuatro países de la región de las Américas: el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia y Perú. Desde la última actualización epidemiológica de *Oropouche* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Brasil y Bolivia han notificado casos en lugares donde no se habían registrado casos autóctonos previamente.

Considerando que en el último mes se han detectado casos de fiebre de *Oropouche* en áreas que no hacen parte de la región amazónica en Brasil, además de la intensa circulación de dengue reportada por varios países y territorios de la región de las Américas, OPS y OMS instan a los Estados miembros a implementar las recomendaciones para el diagnóstico diferencial del virus *Oropouche* (OROV) y reforzar las medidas de vigilancia entomológica, control vectorial y de protección personal de la población a mayor riesgo.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Alerta Epidemiológica *Oropouche* en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 09 de mayo de 2024. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-america-9-mayo-2024>

Alerta Epidemiológica. Inicio de la temporada de mayor circulación del virus de influenza y otros virus respiratorios y circulación concomitante de dengue en el hemisferio sur. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 08 de mayo de 2024

Durante 2023, en la subregión del Istmo Centroamericano y México, países como Guatemala, Honduras y Panamá, durante la última mayor circulación del dengue, registraron un inicio anticipado con incremento de casos entre la semana epidemiológica 16 y la 18. Adicionalmente, la elevada ocurrencia de casos de dengue se prolongó hasta las primeras semanas de 2024 coincidiendo con una circulación elevada de influenza y otros virus respiratorios.

De presentarse una situación similar en el hemisferio sur de las Américas, la capacidad de las redes de atención y servicios de salud pudieran verse sobrecargadas, dificultando la respuesta adecuada e indirectamente afectando la calidad de atención para las otras demandas a los servicios de salud.

Considerando el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza y otros virus respiratorios en el hemisferio sur de las Américas y ante la persistencia de circulación de dengue en varios países con ocurrencia de casos graves que requieren hospitalización, la OPS y la OMS recomiendan a los Estados miembros adoptar las medidas necesarias para preparar a los servicios de salud a fin de garantizar el manejo clínico adecuado, prevención de complicaciones y evitar saturación de los servicios de atención especializada.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Alerta Epidemiológica - Inicio de la temporada de mayor circulación del virus de influenza y otros virus respiratorios y circulación concomitante de dengue en el hemisferio sur. Fecha de publicación: 08 de mayo de 2024. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-inicio-temporada-mayor-circulacion-virus-influenza-otros-virus>

Síndrome respiratorio de Oriente Medio coronavirus-Reino de Arabia Saudita. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 08 de mayo de 2024

La OMS fue notificada por el Ministerio de Salud del Reino de Arabia Saudita (KSA por sus siglas en inglés), de tres casos humanos incluida una muerte, de síndrome respiratorio del Oriente Medio coronavirus (MERS-CoV) entre el 10 y el 17 de abril de 2024. Los tres (3) casos eran hombres de Riad de entre 56 y 60 años con problemas de salud subyacentes y no eran trabajadores de la salud. Dos (2) de los casos se identificaron mediante el rastreo de contactos tras la identificación del caso índice. Los tres (3) casos están epidemiológicamente relacionados con exposiciones en un centro de salud en Riad, aunque se están realizando investigaciones para verificarlo y comprender la ruta de transmisión. Desde principios de año, se han notificado un total de cuatro (4) casos y dos muertes en el Reino de Arabia Saudita. La notificación de estos casos no cambia la evaluación general de riesgos de la OMS, que sigue siendo moderada tanto a nivel mundial como regional.

Fuente: Organización Mundial de la salud (OMS). Síndrome respiratorio de Oriente Medio coronavirus - Reino de Arabia Saudita. Fecha de publicación: 8 de mayo de 2024. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2024-DON516>

Hepatitis E-Chad. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 08 de mayo de 2024

El 05 de marzo de 2024, el punto focal nacional (PFN) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Chad notificó a la OMS sobre un brote de hepatitis E en la provincia oriental de Ouaddai en Chad. La provincia de Ouaddai se ha visto gravemente afectada por una afluencia de refugiados y repatriados que huyen del conflicto de Sudán desde abril de 2023, la mayoría de los cuales son mujeres y niños. Del 02 de enero al 28 de abril de 2024, se notificaron un total de 2 092 casos sospechosos de hepatitis E, incluidas siete muertes (tasa de letalidad del 0,3 %), en dos distritos sanitarios de la provincia de Ouaddai, a saber, Adré y Hadjer-Hadid. Entre los 2 092 casos sospechosos, 103 (4,9 %) procedían de la comunidad de acogida y 1 989 (95 %) se notificaron en siete campos de refugiados y lugares de tránsito. Se utilizaron pruebas de diagnóstico rápido (RDT) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para confirmar el diagnóstico en las muestras recolectadas. Los grupos de

edad más afectados son el de 6 a 17 años (1 113 casos) y el de 18 a 59 años (500 casos), que representan el 53,2 % y el 23,9 % de los casos sospechosos, respectivamente. Entre los casos sospechosos se han notificado un total de 27 mujeres embarazadas (1,3 %). La hepatitis E ocurre a menudo en entornos humanitarios, como áreas afectadas por conflictos y sitios de desplazamiento. El acceso limitado al agua potable y el saneamiento y la higiene inadecuados aumentan el riesgo de brotes del virus de la hepatitis E. El Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública ha sido activado por las autoridades sanitarias nacionales. La OMS desplegó un equipo multidisciplinario en Adré para apoyar el establecimiento de la respuesta y las actividades de respuesta están en curso con el apoyo de los socios. La prevención es el enfoque más eficaz contra la hepatitis E. El suministro de agua potable, buenas prácticas de higiene, normas de calidad para el suministro público de agua y la prestación de servicios sanitarios gestionados de forma segura pueden reducir significativamente el riesgo de propagación. La OMS evalúa el riesgo como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la salud (OMS). Hepatitis E - Chad. Fecha de publicación: 8 de mayo de 2024. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON517>

Seguimiento comportamiento de eventos de interés en salud pública por fenómeno de El Niño, Colombia

El 04 de noviembre de 2023, el IDEAM declaró la presencia del fenómeno de El Niño en el territorio colombiano, caracterizado por una disminución de hasta el 70 % en las precipitaciones en gran parte del país, especialmente en las regiones Caribe, Andina y Pacífica. El del 28 de enero de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social generó la Circular Externa 0002 donde se establecen directrices para la preparación y respuesta sectorial ante efectos en salud derivados de la temporada seca y ocurrencia del Fenómeno de El Niño en el periodo 2023-2024.

Se han presentado más de 928 incendios de cobertura vegetal y 244 casos de desabastecimiento de agua en el territorio colombiano. Por monitoreo de medios, para esta semana se han identificado nuevos incendios en Magdalena. En el país vecino Venezuela se reportaron 18 incendios activos lo que ha provocado un detrimento en la calidad del aire de algunas ciudades colombianas.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Se intensificó la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) en municipios priorizados por la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo, observándose que se mantiene incremento de dengue en 19 departamentos; aumento de malaria en siete (7) departamentos, Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) inusitado en 16 departamentos y enfermedad diarreica aguda en diez (10) departamentos. Se identifican varios municipios con aumento sostenido de casos de dengue, malaria, IRA y COVID-19 en las últimas semanas.

Tabla 27. Municipios priorizados con incremento sostenido de enfermedades vectoriales, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

Región	Departamento	Municipio	Eventos de interés en salud pública	
			Dengue	Malaria
Orinoquía	Arauca	Tame		
Caribe	Bolívar	Montecristo		
Caribe	Bolívar	Tiquisío		
Caribe	Córdoba	Lorica		
Caribe	Córdoba	Puerto Libertador		
Caribe	Córdoba	Tierralta		
Caribe	Sucre	Coveñas		
Andina	Norte de Santander	Sardinata		

Fuente: Sivigila INS

*La tabla muestra únicamente los municipios que han experimentado dos o más semanas con aumentos relacionados con EISP. Es importante destacar que, para obtener información específica sobre los municipios en aumento para dengue se recomienda consultar el portal Sivigila.

Convenciones	
	Aumento de casos en las últimas 4 semanas continuas
	Aumento de casos en las últimas 3 semanas continuas
	Aumento de casos en las últimas 2 semanas continuas
	Aumento de casos en la última semana
	Sin aumento de casos en más de 2 semanas continuas

Tabla 28. Municipios priorizados con incremento sostenido de IRA y COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

Evento	Situación	Municipios
IRA	Aumento de casos en las últimas cuatro (4) semanas continuas	Cañasgordas, Repelón, Mahates, Pinillos, Río Viejo, San Cristóbal, San Jacinto, Soplaviento, Villanueva, Chita, Covarachia, Cucaita, San Pablo de Borbur, Tenza, La Sierra, Chiriguaná, La Jagua de Ibirico, Pelaya, Pueblo Bello, San Diego, Puerto Libertador, Tierralta, El Colegio, Fosca, Pulí, Quebradanegra, Quetame, San Bernardo, Tibacuy, Tibirita, Ubalá, Barrancas, Maicao, Manaure, Riohacha, Uribia, Algarrobo, Aracataca, Ciénaga, Pivijay, Santa Marta, Cucutilla, El Tarra, Sardinata, Tibú, Guática, El Playón, San Benito, Chalcán, San Marcos, Fresno, Prado, Cumaribo, La Primavera.
	Aumento de casos en las últimas tres (3) semanas continuas	Turbaná, San Juan del Cesar, Rionegro.
	Aumento de casos en las últimas dos (2) semanas continuas	Suan, Arjona, Arroyohondo, San Estanislao, Güicán de la Sierra, Santana, Sutatenza, Páez, Astrea, Junín.
	Aumento de casos en la última semana	El Carmen de Bolívar, Hatillo de Loba, San Juan Nepomuceno, El Paujil, Caldono, Pailitas, Concordia.
COVID-19	Aumento de casos en las últimas tres (3) semanas continuas	Balboa, Zapayán.
	Aumento de casos en la última semana	Nátaga.

Fuente: Sivigila INS

Tabla 29. Municipios priorizados con incremento sostenido de EDA, DNT, accidente ofídico. Colombia, semana epidemiológica 19 de 2024

Región	Departamento	Municipio	Eventos de interés en salud pública		
			EDA	DNT	Accidente ofídico
Caribe	Atlántico	Repelón			
Caribe	Atlántico	Suan			
Caribe	Bolívar	El Guamo			
Caribe	Cesar	Pelaya			
Caribe	Cesar	Pueblo Bello			
Caribe	Cesar	San Diego			
Caribe	Córdoba	Planeta Rica			
Caribe	Córdoba	Tierralta			
Caribe	La Guajira	Uribia			
Caribe	Magdalena	Santa Marta			
Caribe	Sucre	San Marcos			
Andina	Norte de Santander	Sardinata			
Andina	Cundinamarca	Pulí			
Andina	Cundinamarca	Quetame			
Andina	Tolima	Prado			

Fuente: Sivigila INS

Para esta semana no se identifican municipios con reporte de incendios de cobertura vegetal y que a su vez hayan presentado aumento de casos de IRA.

Frente a la calidad de aire, en Medellín según reportes del SIATA, 10 estaciones reportaron riesgo con nivel moderado. En Bogotá D.C., según reportes de IBOCA, ocho (8) estaciones en riesgo moderado y las demás en riesgo bajo. Para Norte de Santander en Cúcuta se presentó una calidad del aire en riesgo bajo en todas las estaciones, según el índice de calidad del aire (ICA). En Cali, según el Índice de Calidad del Aire (ICA), se encontraron 9 estaciones de monitoreo en nivel moderado.

En los siguientes municipios con reporte de desabastecimiento de agua se ha identificado aumento en casos de EDA: Suan (Atlántico).

A la fecha, no se ha reportado la instalación de alojamientos temporales de emergencia (ATE) relacionados con el fenómeno de El Niño.

Seguimiento comportamiento de eventos de interés en salud pública por aumento de precipitaciones en el territorio nacional

La primera temporada de lluvias que se vienen presentando desde finales de abril 2024 en gran parte del territorio nacional, ha afectado en las últimas semanas a los municipios de Antioquia, Santander, Tolima, Valle del Cauca, Nariño, Atlántico, Bolívar, Córdoba, Sucre, Norte de Santander, Meta y Risaralda. No se tiene reporte de instalación de Alojamientos temporales de emergencia, heridos o fallecidos para esta semana.

Actualmente, Tolima presenta 11 municipios afectados dentro de los que se encuentran Villa Hermosa, Flandes, Venadillo, Carmen de Apicalá, Ortega, Líbano, Falan, Palocabildo y Honda. En el caso de Ibagué, se presentaron deslizamientos en nuevo (9) sectores e inundaciones en cuatro (4) barrios. La Secretaría de Ambiente y Gestión del Riesgo dio respuesta oportuna a través del Cuerpo Oficial de Bomberos.

En la región de La Mojana, el 06 de mayo se reportó la creciente del río Cauca con rompimiento del dique “Caregato”, generando afectaciones en grandes extensiones de cultivos y zonas de ganadería de los municipios de San Jacinto del Cauca (Bolívar), Guaranda (Sucre) y Ayapel (Córdoba). Se activó el Puesto de Mando Unificado (PMU) en la zona y se está realizando el censo de damnificados por parte de la Unidad Nacional para Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). No se ha confirmado la existencia de ATE. Línea de base de EISP: aumento en la notificación de EDA e intento de suicidio en Ayapel y aumento en la notificación de violencia de género en Guaranda.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 19

Decremento
Incremento

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las entidades territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas, el primero corresponde a las enti-

dades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris y valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	23	0	0	160	24	32	525	18	107	1	0	0	3	1	2	521	56	208
Antioquia	265	17	19	7.202	1.207	1.370	4.406	220	1.221	803	28	151	57	16	2	6.810	802	1.690
Arauca	52	3	2	317	50	76	629	53	199	1	1	0	25	5	5	13	2	4
Atlántico	42	3	2	1.588	243	343	1.074	46	158	1	1	0	4	1	0	2	0	1
Barranquilla	3	0	0	1.412	203	287	1.279	40	172	7	2	0	11	3	3	0	0	0
Bogotá	1	0	0	8.717	1.601	1.761	0	0	0	64	14	10	52	4	3	0	1	0
Bolívar	90	6	7	1.170	192	235	2.246	107	404	0	1	0	4	1	1	819	132	216
Boyacá	29	2	2	2.452	438	480	575	34	213	5	1	2	4	1	0	132	0	98
Buenaventura	7	1	1	65	10	13	353	20	65	0	0	0	0	0	0	1.378	111	330
Caldas	30	1	4	1.484	261	283	866	20	408	20	3	6	15	4	0	81	0	7
Calí	3	0	1	1.875	393	362	18.513	484	4.671	154	24	22	40	7	6	31	1	8
Caquetá	81	4	11	439	82	96	1.253	95	372	2	0	0	4	0	1	53	4	6
Cartagena	12	0	1	891	106	160	797	68	156	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Casanare	52	3	4	713	98	177	1.445	204	516	3	1	0	0	0	0	11	1	3
Cauca	55	3	3	2.120	409	419	4.673	71	1.349	227	1	83	6	2	0	1.353	368	327
Cesar	101	8	12	1.057	166	232	1.445	150	260	1	3	0	36	10	3	22	1	1
Chocó	78	4	3	66	9	16	972	33	214	1	0	0	13	3	0	21.427	2.384	4.466
Córdoba	174	6	7	1.986	329	438	1.610	149	303	0	1	0	1	0	0	5.873	728	1.063
Cundinamarca	43	1	5	5.249	917	1.001	6.067	228	2.059	14	4	1	20	3	0	0	0	0
Guanía	6	0	1	38	9	6	67	12	27	1	0	1	0	0	0	1.519	243	400
Guaviare	39	2	5	129	22	21	395	21	120	2	0	0	0	0	1	361	153	74
Huila	49	4	4	2.272	372	443	13.311	220	3.234	5	1	2	9	2	0	0	0	0
La Guajira	49	2	4	851	142	190	758	68	76	1	1	0	3	1	1	20	1	2
Magdalena	63	3	3	1.010	190	211	683	44	92	2	1	0	20	4	0	4	1	1
Meta	104	6	7	1.533	242	323	2.883	281	856	12	4	1	22	5	1	126	63	42
Nariño	51	2	4	2.716	461	599	1.740	42	296	4	1	1	13	3	1	3.565	1.247	615
Norte de Santander	127	8	5	2.388	344	451	5.144	151	1.472	44	26	7	7	2	0	589	177	104
Putumayo	64	3	8	686	100	141	2.482	106	996	0	0	0	1	0	0	24	3	5
Quindío	11	0	0	1.064	198	175	2.347	17	995	4	2	1	3	1	0	28	2	3
Risaralda	19	1	2	1.504	284	278	2.526	22	1.281	13	6	2	10	3	3	3.899	124	862
San Andrés	0	0	0	131	23	17	111	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	21	1	3	796	101	150	343	18	40	1	0	0	9	2	3	0	0	0
Santander	75	6	2	2.826	462	499	12.687	292	3.980	11	7	1	15	5	0	7	1	2
Sucre	48	2	3	1.054	183	243	688	144	154	0	1	0	1	0	0	43	4	13
Tolima	68	2	0	2.483	427	472	12.639	543	3.073	7	3	1	22	6	2	3	0	2
Valledel Cauca	24	1	1	2.987	540	591	29.189	490	7.224	24	2	3	19	4	1	37	4	7
Vaupés	25	1	1	58	12	11	134	9	27	0	0	0	0	0	0	3.263	11	1.128
Vichada	17	1	0	70	19	10	55	3	20	0	0	0	0	0	0	202	156	41
Total nacional	2.001	107	137	63.559	10.869	12.612	136.910	4.527	36.820	1.436	141	365	450	94	39	52.422	6.873	11.771

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 19

Decremento
Incremento

	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	1	0	2.115	775	669	261	8	81	0	0	0	1.243	374	267	3	1	1
Antioquia	73	32	33	331.205	80.225	74.645	15.888	2.597	3.269	2.101	65	448	165.280	36.167	34.391	241	79	50
Arauca	4	2	0	9.042	2.147	2.304	632	114	140	12	1	2	3.249	829	685	18	5	4
Atlántico	9	2	5	58.948	9.915	13.491	1.007	160	217	317	56	77	19.959	4.643	4.106	70	21	11
Barranquilla	15	4	2	73.649	15.357	18.495	2.808	278	720	397	53	103	28.801	7.407	5.850	59	27	7
Bogotá	99	33	38	639.641	153.745	148.510	26.651	8.082	8.320	3.170	858	792	347.245	61.289	75.167	263	79	67
Bolívar	6	6	1	47.025	11.358	10.845	1.307	202	177	297	2	57	14.529	3.196	2.651	41	20	8
Boyacá	6	3	4	49.157	14.522	12.004	2.240	514	558	161	28	37	26.485	4.877	5.477	50	13	10
Buenaventura	7	1	2	3.427	1.250	662	109	0	11	5	0	0	1.156	508	190	18	8	2
Caldas	9	1	4	27.309	8.354	5.570	965	328	225	325	35	68	14.763	3.006	3.461	32	9	6
Cali	21	13	9	98.263	26.425	21.997	1.826	673	269	147	45	26	40.158	13.943	7.542	91	25	19
Caquetá	9	2	5	9.720	3.855	2.655	683	172	194	27	3	8	8.873	1.766	2.446	16	6	1
Cartagena	12	4	2	73.689	16.298	16.880	1.628	296	282	466	93	90	19.880	4.270	4.450	68	21	13
Casanare	0	1	0	10.368	2.491	2.580	236	60	72	33	0	7	6.219	1.174	1.213	24	7	7
Cauca	17	2	5	46.402	10.715	9.346	1.641	236	366	143	3	33	30.382	4.892	6.434	69	21	14
Cesar	5	4	1	37.990	10.222	8.628	2.763	505	598	148	24	45	11.008	4.613	2.575	56	25	10
Chocó	6	2	2	14.684	1.546	3.047	645	152	116	14	0	2	6.078	1.017	1.036	60	16	13
Córdoba	16	2	4	95.384	12.246	33.322	2.413	348	473	511	29	84	21.511	5.170	3.947	101	35	20
Cundinamarca	23	8	6	142.758	28.131	36.276	5.104	1.074	1.367	752	68	162	79.068	12.867	17.472	124	37	23
Guainía	0	1	0	714	188	123	67	18	9	0	0	0	624	164	127	3	2	1
Guaviare	2	1	1	2.422	679	647	82	43	27	16	0	5	1.397	333	261	1	2	0
Huila	12	4	4	39.020	12.085	10.793	2.147	391	586	156	35	46	21.012	4.282	3.610	56	16	15
La Guajira	5	1	2	85.713	12.109	17.619	2.827	565	468	65	30	13	15.189	4.067	3.713	103	33	18
Magdalena	1	2	1	37.233	7.663	7.846	1.117	156	273	50	0	10	14.780	3.686	2.811	48	18	14
Meta	8	2	3	26.699	7.186	6.260	1.194	178	265	183	21	19	23.184	4.757	5.668	52	15	11
Nariño	16	9	4	53.361	17.143	12.254	2.464	560	685	59	7	8	19.273	7.583	4.560	71	19	11
Norte de Santander	21	7	12	67.488	14.312	17.994	3.970	765	975	330	38	58	22.524	6.057	4.293	70	21	14
Putumayo	4	1	1	10.635	2.996	3.269	421	173	110	14	1	0	4.621	1.093	1.110	18	5	1
Quindío	0	1	0	23.128	6.615	4.755	1.180	351	284	153	21	33	14.813	2.681	3.156	20	5	1
Risaralda	6	4	2	42.017	8.807	8.647	1.753	292	399	165	13	30	17.495	4.480	3.627	40	10	10
San Andrés	0	1	0	3.414	825	639	190	69	60	0	1	0	1.315	247	414	5	1	0
Santa Marta D.E.	3	1	3	22.434	2.032	5.583	774	156	220	381	19	82	7.592	1.198	1.689	20	10	3
Santander	21	8	8	81.514	12.817	19.795	6.753	682	1.590	1.062	68	219	35.619	8.149	7.294	54	21	12
Sucre	2	2	2	28.052	7.679	5.843	2.109	472	491	446	68	79	8.966	2.847	1.801	56	16	10
Tolima	12	3	4	41.456	13.132	9.918	2.544	452	566	183	53	36	24.747	5.329	4.917	39	15	10
Valle del Cauca	15	8	2	53.401	13.914	12.399	951	294	206	203	4	43	31.161	7.333	6.245	61	18	19
Vaupés	1	2	1	923	225	237	48	10	11	8	0	1	343	97	74	9	1	3
Vichada	2	1	1	1.824	327	737	11	3	3	1	0	0	1.167	138	431	14	3	3
Total nacional	472	186	177	2.392.224	550.311	567.284	99.409	21.429	24.683	12.501	1.742	2.723	1.111.709	251.030	235.161	2.144	685	442

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 19

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	5	1	59	2	3
Antioquia	4	5	0	243	90	46	31	2	0	84	54	11	905	229	256	1.974	80	36
Arauca	0	0	0	10	2	1	2	0	0	1	1	0	77	8	25	97	7	1
Atlántico	0	1	0	29	9	3	0	1	0	1	0	0	268	72	75	206	3	1
Barranquilla	0	1	0	35	8	6	0	1	0	13	2	6	182	59	34	680	8	9
Bogotá	7	5	0	468	205	92	318	2	11	154	142	47	1.589	470	368	6.278	183	92
Bolívar	0	1	0	8	5	1	1	1	0	0	2	0	134	43	28	60	4	0
Boyacá	2	1	0	77	18	12	14	0	0	8	6	2	257	103	63	576	22	10
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	3	0	14	1	0
Caldas	0	1	0	25	5	1	1	0	0	2	3	1	135	52	20	217	3	4
Cali	4	2	0	60	28	15	1	1	0	4	7	1	396	123	69	1.215	19	10
Caquetá	0	0	0	10	3	4	0	0	0	4	4	0	53	19	7	44	3	0
Cartagena	0	1	0	33	5	7	1	1	0	1	1	0	128	59	14	159	4	7
Casanare	2	0	0	13	3	4	3	0	0	2	2	1	85	36	15	120	2	0
Cauca	3	1	0	33	10	7	0	1	0	2	4	1	142	59	24	389	9	3
Cesar	1	1	0	17	4	2	2	1	0	1	3	0	184	36	48	274	13	11
Chocó	0	1	0	7	0	4	2	0	0	38	6	3	17	3	9	31	0	1
Córdoba	1	2	0	33	32	10	0	1	0	1	1	0	388	77	94	380	5	2
Cundinamarca	2	3	0	124	43	20	56	1	1	36	29	16	0	1	0	1.014	24	18
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	662	209	155	4	0	1
Guaviare	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0	23	2	6	8	1	0
Huila	2	1	0	56	21	13	2	1	0	11	10	5	180	79	32	263	11	3
La Guajira	0	1	0	15	5	5	1	1	0	0	2	0	103	62	19	155	6	1
Magdalena	0	1	0	4	4	0	1	1	0	1	1	0	91	62	13	47	4	1
Meta	5	1	0	23	9	2	4	1	0	8	6	3	176	78	40	187	11	1
Nariño	5	1	0	47	11	5	3	1	0	27	17	7	350	70	81	278	12	9
Norte de Santander	3	2	0	80	22	26	2	1	0	6	9	0	315	78	47	301	11	3
Putumayo	0	0	0	27	4	8	1	0	0	4	1	0	58	15	16	214	4	32
Quindío	0	0	0	14	5	1	0	0	0	4	1	1	96	48	23	229	4	8
Risaralda	2	1	1	24	7	3	1	0	0	0	2	0	181	65	48	150	5	1
San Andrés	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	9	4	2	17	1	1
Santa Marta D.E.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	37	9	3	128	0	2
Santander	1	2	0	33	10	3	0	1	0	22	13	4	277	81	68	743	20	6
Sucre	3	1	0	24	11	8	1	0	0	17	9	5	154	45	33	223	1	0
Tolima	4	1	0	26	8	3	2	1	0	12	8	5	217	95	41	226	17	4
Valle del Cauca	1	2	0	56	12	11	1	1	0	1	2	1	399	114	71	588	14	11
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	4	2	1
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	5	6	10	0	0
Total nacional	53	42	1	1.658	600	323	453	24	12	474	357	122	8.340	2.476	1.855	17.562	516	293

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 19

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024
Amazonas	0	0	1	0	20	18	0	0	1	0	16	39	5	3	5	48	1	0
Antioquia	1	0	3	3	543	990	0	0	1	4	1.900	2.173	515	268	151	476	9	6
Arauca	1	0	0	0	101	172	0	0	2	0	70	60	9	7	2	8	1	0
Atlántico	1	0	1	1	113	175	0	0	2	0	293	367	0	0	14	46	4	1
Barranquilla	0	0	2	0	67	87	0	0	1	3	319	353	0	0	24	126	3	3
Bogotá	0	0	0	0	1.180	1.418	0	0	2	18	1.490	2.019	0	0	33	63	9	8
Bolívar	0	0	0	0	125	254	0	0	1	0	181	230	169	127	23	76	4	3
Boyacá	0	3	1	0	179	211	0	0	1	0	334	389	38	82	4	11	2	2
Buenaventura	0	0	0	0	31	96	0	0	0	0	30	46	6	5	16	45	2	0
Caldas	0	0	1	0	51	129	0	0	19	4	429	421	66	60	12	82	1	1
Cali	0	0	8	0	176	241	0	0	6	4	590	609	0	0	36	58	3	2
Caquetá	0	0	1	0	76	97	0	0	0	0	98	70	101	68	22	226	2	0
Cartagena	0	0	2	0	57	153	0	0	0	0	197	219	1	1	42	101	3	0
Casanare	8	3	2	1	133	152	0	0	0	0	109	86	3	1	4	15	1	1
Cauca	0	0	1	1	115	140	0	0	1	0	305	346	28	11	14	73	4	2
Cesar	3	0	0	0	220	341	0	0	0	0	218	254	26	59	19	44	3	6
Chocó	0	0	0	1	194	449	0	0	1	1	33	67	102	79	15	40	5	4
Córdoba	0	1	0	0	206	254	0	0	4	0	351	396	63	54	13	42	4	5
Cundinamarca	0	0	10	0	420	631	0	0	3	3	734	901	72	49	30	70	5	4
Guainía	0	0	0	0	26	24	0	0	0	0	9	8	8	2	3	1	0	0
Guaviare	0	1	1	0	52	47	0	0	2	0	20	23	150	60	9	18	0	0
Huila	0	0	1	0	163	253	0	0	2	12	320	289	5	0	26	92	2	5
La Guajira	0	0	0	0	520	926	0	0	0	0	92	123	11	5	3	8	10	6
Magdalena	0	0	0	0	191	279	0	0	1	1	127	123	3	6	4	19	5	0
Meta	0	0	3	0	147	217	0	0	2	1	263	255	85	62	7	8	4	2
Nariño	0	0	0	0	229	366	0	0	19	0	488	528	148	30	9	32	6	4
Norte de Santander	0	0	3	0	241	280	0	0	15	1	353	371	102	39	12	44	5	4
Putumayo	0	0	10	2	78	68	0	0	10	1	123	91	102	62	4	12	1	1
Quindío	0	0	1	0	40	48	0	0	1	1	205	178	1	1	24	104	1	0
Risaralda	0	0	3	4	124	190	0	0	0	4	433	441	49	58	47	122	2	0
San Andrés	0	0	0	1	3	4	0	0	0	1	7	9	0	0	0	3	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	27	46	0	0	6	0	98	148	4	3	12	48	3	1
Santander	1	0	6	10	141	270	0	0	3	2	501	636	273	156	18	96	2	2
Sucre	0	0	1	0	83	102	0	1	3	1	163	239	45	28	12	30	2	2
Tolima	0	0	9	2	112	231	0	0	5	1	453	425	137	56	108	243	3	0
Valle del Cauca	0	0	4	5	123	243	0	0	3	3	493	417	7	6	60	164	2	1
Vaupés	0	0	0	0	35	28	0	0	1	0	16	21	24	14	7	20	0	0
Vichada	0	0	0	0	81	147	0	0	0	0	8	14	20	2	1	1	1	0
Total nacional	15	9	76	31	6.425	9.777	0	1	118	66	11.868	13.384	2.410	1.479	840	2.715	113	76

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 19

Decremento
Incremento

	Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024	Acumulado esperado	Acumulado 2024
Amazonas	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	6	4	0	0	21	23	1	0	135	207
Antioquia	4	7	22	12	5	12	51	162	62	51	437	502	3	1	1.120	1.573	38	46	7.168	6.237
Arauca	1	0	0	1	1	1	2	3	18	6	65	56	0	0	51	54	1	0	296	541
Atlántico	0	0	2	3	2	2	11	16	16	7	127	122	3	1	153	202	6	5	739	973
Barranquilla	0	1	2	2	1	0	10	13	33	17	157	157	1	0	262	315	5	10	683	954
Bogotá	0	1	16	7	0	0	58	180	58	48	345	377	0	0	446	548	15	16	6.471	11.581
Bolívar	1	1	3	6	3	0	9	3	18	15	106	127	3	3	64	98	2	1	765	912
Boyacá	0	0	1	3	1	0	10	13	7	8	39	45	1	1	56	70	0	4	1.090	1.646
Buenaventura	0	4	1	0	1	1	2	0	7	9	52	31	0	0	64	33	4	0	103	138
Caldas	0	0	1	0	0	0	8	2	7	6	47	51	0	0	125	134	1	3	901	1.112
Cali	1	0	5	4	1	0	17	7	10	16	174	244	0	0	507	528	16	26	2.514	2.621
Caquetá	0	0	3	2	1	0	3	0	3	3	32	42	0	0	84	118	2	5	331	422
Cartagena	0	1	4	3	1	0	8	18	30	30	108	174	1	0	147	173	1	3	383	541
Casanare	1	0	0	1	1	0	3	3	14	7	48	59	0	0	57	58	0	0	297	380
Cauca	3	0	3	2	1	0	11	1	10	9	74	71	0	0	102	133	1	2	1.028	1.231
Cesar	3	2	4	5	7	3	10	7	16	8	133	97	2	0	145	188	1	3	806	825
Chocó	10	31	12	28	9	18	4	0	19	24	89	95	1	1	71	113	0	2	108	147
Córdoba	1	1	5	5	2	8	14	9	13	10	119	112	5	0	102	105	1	4	1.173	1.267
Cundinamarca	0	0	5	8	1	0	26	19	25	26	135	172	1	1	173	217	6	5	3.539	4.744
Guainía	0	2	1	1	0	0	1	0	3	0	6	5	0	0	6	11	0	0	38	72
Guaviare	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	10	15	0	0	14	10	1	0	91	132
Huila	0	0	3	3	2	1	9	3	5	4	59	62	1	0	146	253	3	3	2.027	2.302
La Guajira	8	9	13	14	23	14	8	0	28	14	135	138	1	0	161	242	2	7	431	531
Magdalena	0	0	6	6	6	4	7	1	12	9	86	105	2	0	59	80	1	1	510	530
Meta	1	2	3	3	3	0	8	2	14	21	94	104	0	0	204	266	7	8	653	950
Nariño	1	0	5	3	4	1	12	11	7	8	92	98	1	0	63	87	2	1	1.265	1.555
Norte de Santander	2	0	4	0	1	5	12	20	32	32	185	197	0	1	230	328	5	5	1.176	1.362
Putumayo	0	0	1	1	1	1	3	2	3	2	35	31	1	0	36	47	1	3	364	508
Quindío	0	0	2	5	0	0	4	3	4	2	36	32	0	0	92	103	2	0	792	910
Risaralda	3	3	2	5	3	5	7	0	10	9	62	79	0	0	223	219	10	12	1.164	1.307
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	4	0	0	3	5	0	0	39	82
Santa Marta D. E.	0	0	1	0	0	2	4	2	7	6	42	68	1	0	82	118	1	3	228	278
Santander	0	5	1	4	0	2	17	20	23	21	158	182	2	0	297	471	10	11	1.924	2.332
Sucre	0	0	2	4	0	4	7	4	10	4	80	66	3	0	37	33	0	1	623	794
Tolima	1	2	5	8	0	2	10	3	14	12	63	56	2	0	185	280	3	6	836	1.134
Valle del Cauca	1	1	5	3	2	2	15	11	10	9	110	140	1	0	249	288	6	10	2.155	2.379
Vaupés	2	3	1	2	0	0	1	0	1	2	2	2	0	0	6	8	0	0	65	77
Vichada	1	1	1	1	2	3	1	0	1	2	14	19	0	0	13	12	0	0	51	100
Total nacional	48	77	155	157	85	91	386	539	554	459	3.564	3.941	34	9	5.857	7.544	155	206	42.963	53.814

Semana Epidemiológica

5 al 11 de mayo de 2024

19

Situación Nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, ychaparro@ins.gov.co

Gerhard Misael Acero Parra, gacero@ins.gov.co

Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co

Sandra Paola Castaño Mora, scastano@ins.gov.co

Eventos Trazadores

Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co

Andrea Jineth Rodríguez Reyes, arodriguezr@ins.gov.co

Jessica María Pedraza Calderón, jpedraza@ins.gov.co

María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co

Sandra Milena Aparicio Fuentes, saparicio@ins.gov.co

Brotes

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co

Angela Patricia Alarcón, aalarcon@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcella Huguett Aragón, chuguett@ins.gov.co

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla, hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

María Fernanda Campos Maya, editorial.vigilancia@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Alexander Casas, acasasc@ins.gov.co

Tema central

Comportamiento epidemiológico
de la hepatitis A

Victoria del Pilar Blanco Calderón, vblanco@ins.gov.co

Expertos temáticos

Dr. Helver Giovanni Rubiano García

Director General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Publicación en línea: ISSN 2357-6189

<https://doi.org/10.33610/23576189.2024.19>

2024



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co