

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 19



Semana
Epidemiológica

26 de mayo al 1 de junio de 2024

22

Inocuidad de alimentos

Mitos y verdades

La inocuidad alimentaria es asunto de todos, aclarar algunos mitos frecuentes nos permite tomar decisiones para mitigar los riesgos en salud.





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

Mitos y verdades en inocuidad de alimentos

Lady Catalina Morales, lmoralesg@ins.gov.co
Jhonny Eddison Vargas, jvargash@ins.gov.co

La inocuidad alimentaria es asunto de todos, aclarar algunos mitos frecuentes nos permite tomar decisiones para mitigar los riesgos en salud.

Mitos y verdades en inocuidad de alimentos es una iniciativa del Grupo de Evaluación de Riesgos en Inocuidad de Alimentos (ERIA) del Instituto Nacional de Salud (INS), cuyo propósito principal es responder, a partir del análisis de la evidencia científica disponible, a aquellas preguntas cotidianas de la comunidad sobre distintos tópicos de la inocuidad alimentaria, siendo esta última entendida como el conjunto de acciones, desarrolladas por cada uno de los actores de la cadena agroalimentaria (productores, distribuidores, comercializadores, consumidores, instituciones gubernamentales, etc.), que tienen como fin garantizar que los alimentos ingeridos por los individuos sean seguros.

Mito 1. ¿Puedo consumir un alimento enlatado cuya lata tenga alguna abolladura?

Es posible consumir un alimento enlatado cuya lata esté abollada siempre y cuando no se haya comprometido el recubrimiento interno de la lata (una abolladura leve), en caso contrario significa que se comprometió el sellado hermético permitiendo la entrada de aire y humedad favoreciendo así la proliferación de microorganismos en el interior del alimento, causando su descomposición y la formación de toxinas que pueden desencadenar una enfermedad transmitida por alimentos si se consume el producto, además de cambiar la textura y sabor del alimento.

Por otra parte, los recubrimientos utilizados en la fabricación de las latas pasan por pruebas de migración e inocuidad antes de autorizarse para estar en

contacto directo con el alimento; pero el daño facilita la migración de sustancias químicas de la lata en el alimento. En caso de duda, es mejor desechar el producto (1).

Mito 2. ¿Se pueden desinfectar las frutas y las verduras con vinagre?

Sí. El vinagre contiene ácido acético al 5 % y su poder de desinfección está en su acidez y sus características de oxidante, pues desnaturaliza las membranas de los microorganismos con potencial patógeno. Al igual que los demás desinfectantes, se debe realizar limpieza de los alimentos, con el fin de evitar cualquier tipo de reacción del ácido acético con la materia orgánica presente en las frutas y verduras que provienen de su comercialización. La desinfección se realiza por inmersión de los alimentos en una solución compuesta por una parte de vinagre en dos partes de agua durante 5 minutos o una parte de vinagre en tres partes de agua durante 8 a 10 minutos (2,3).

Mito 3. ¡Nunca metas alimentos aún calientes al refrigerador!

La comida caliente sí puede meterse a la nevera. Sin embargo, es necesario seguir ciertas recomendaciones:

- Si tienes mucha cantidad distribúyela en recipientes más pequeños y pandos para que el proceso de enfriamiento sea más rápido.
- Asegúrate de llevarla a la nevera en una ventana de dos horas máximo y conservarla a una temperatura de 4 °C o menos.
- Las bacterias pueden crecer en alimentos que han estado más de dos horas a temperatura ambiente, si este es el caso lo mejor es desechar esas sobras. Para temperaturas ambientales por encima de los 30 °C, se deben desechar después de una hora.
- En general puedes conservar los alimentos refrigerados por tres o cuatro días. Si no estás seguro cuánto tiempo llevan en la nevera no los consumas.

Finalmente, debido a que la tendencia de los sistemas de producción en alimentos es hacia la sostenibilidad, desde el hogar también se debe contribuir a esta meta, disminuyendo el desperdicio de alimentos (4-6).

Mito 4. ¿Es seguro consumir alimentos preparados en sartenes de hierro?

Sí, pequeñas cantidades han demostrado ser seguras para la mayoría de la población. Estudios demuestran que estas cantidades de hierro migran a los alimentos preparados en sartenes de este material. Algunos estudios mostraron disminución en la prevalencia de anemia en personas que utilizaron este tipo de utensilios para preparar sus alimentos. La cantidad de hierro que migra a los alimentos depende de lo que cocinemos y de cómo lo cocinemos, los alimentos con mayor absorción son los ácidos, los que contienen más humedad o los que se cocinan durante más tiempo; presentando mayores aumentos de hierro en la dieta. De otra parte, el hierro que aporta un sartén de hierro fundido no sobrepasará la capacidad que puede absorber el cuerpo. Las cantidades liberadas podrían ser importantes en el tratamiento y prevención de la deficiencia de hierro (7,8).

Mito 5. ¿Consumir alimentos que contienen edulcorantes es seguro?

Los edulcorantes son sustitutos del azúcar que imitan su sabor dulce, pero con un mínimo aporte calórico. Estas sustancias están controladas por agencias internacionales como el Codex Alimentarius, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) o la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC). Esto quiere decir que, mientras no se supere la ingesta diaria admisible (IDA), su consumo es seguro. De esta manera, algunos estudios han evidenciado que la administración excesiva de edulcorantes no nutritivos como sacarina, sucralosa, aspartame, acesulfame-K y estevia, alteraron el microbioma plasmático, oral y el de heces. Por lo tanto, diferentes investigadores concluyen que es necesario realizar más estudios que permitan dilucidar si los cambios observados en la microbiota intestinal de animales posterior al consumo de edulcorantes es plausible en humanos (9-12).

Mito 6. ¿Lo que no me mata, me engorda!

Se estima que todos los años 48 millones de personas contraen una enfermedad transmitida por los alimentos, de los cuales 128 000 son hospitalizadas y 3 000 mueren (13). Para que se genere la enfermedad, el patógeno o las toxinas deben estar presentes en el alimento, sin embargo, también influyen otros aspectos como que el alimento cuente con las características que favorezcan el crecimiento del microorganismo, el alimento permanezca en la zona de peligro de temperatura el tiempo necesario para la multiplicación del patógeno y producción de toxinas y que la porción de alimento ingerida conteniendo el agente sea suficiente para que la barrera de susceptibilidad del individuo sea sobrepasada para producir la infección (14).

La susceptibilidad del individuo incluye factores como la edad (niños y adultos mayores), mujeres embarazadas o pacientes inmunodeprimidos. En este sentido la inmunidad responde de dos maneras a las infecciones, la inmunidad innata en la que los macrófagos que actúan rápidamente (te veo, te capturo y te elimino), y la adaptativa, que se refiere a las células T, la cual requiere tiempo y memoriza infecciones anteriores, pudiendo conducir a la producción de anticuerpos (15).

Mito 7. ¿El jugo de limón elimina los microorganismos del pescado crudo?

No. Se suele decir que el pescado se cuece porque cambia a un color y textura similar a cuando pasa por calor. Esto sucede debido a que el ácido cítrico del jugo de limón desnaturaliza las proteínas del pescado, lo que hace que adquiera otras propiedades, similar a lo que sucede al someterlo a temperaturas entre 60 y 80 °C. Sin embargo, este proceso no elimina los microorganismos patógenos, por esta razón es importante aplicar procesos de cocción con tiempos y temperaturas adecuadas (16-18).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Mito 8. ¿Es cierto que las personas con dietas veganas o vegetarianas no tienen riesgo de contraer enfermedades transmitidas por alimentos?

No, cualquier persona, independientemente de que coma productos animales o no, puede sufrir enfermedades transmitidas por alimentos e infecciones por microorganismos. Tradicionalmente, las personas asocian las enfermedades transmitidas por alimentos por consumo de alimentos como carnes, huevos y mariscos. Muchos alimentos aptos para veganos se sirven crudos o ligeramente cocidos, como el tofu, por lo que no están sujetos a las altas temperaturas que eliminan las bacterias patógenas. Los veganos también tienen la misma probabilidad de adquirir una enfermedad transmitida por alimentos causada por la contaminación cruzada (19,20).

Mito 9. ¿Es seguro volver a congelar la comida?

La preocupación acerca de congelar los alimentos surge a raíz de dos efectos que tiene esa práctica, su contaminación bacteriana y el deterioro de su textura y sabor. En primer lugar, el congelamiento disminuye la velocidad a la que las bacterias se multiplican, no las elimina. Descongelar los alimentos acelera su crecimiento; una vez descongelados, contendrán más bacterias que antes y, cuando se vuelvan a congelar, su población será mayor. Por otra parte, a mayor humedad del alimento, peor su consistencia al descongelarlos, perderá sabor y nutrientes; en definitiva, perderá su calidad. En conclusión, ¡no vuelva a congelar los alimentos! Si decide hacerlo, asegúrese de que la temperatura no haya sobrepasado los 5 °C y que no hayan estado fuera del congelador por más de 24 horas (21-23).

Mito 10. ¿Es seguro comer papas que tienen manchas verdes?

No, las manchas verdes en las papas corresponden a una familia de toxinas naturales conocidas como glicoalcaloides, las cuales son generadas por la planta para su protección contra plagas (insectos, hongos, etc.). Los glicoalcaloides más comunes en las papas son la α -solanina y α -chaconina, cuya concentración varía según el tipo de cultivar y las condiciones de almacenamiento (luz y temperatura). En una evaluación de riesgo realizada por la EFSA, se concluyó que la ingesta aguda de esta sustancia podría generar efectos

leves (diarrea, vómito, etc.). Además, se indicó que la evidencia disponible es insuficiente para determinar los efectos de su consumo crónico. Con el fin de limitar la exposición de los individuos a los glicoalcaloides, la EFSA recomienda: a) almacenar las papas en lugares oscuros, b) quitar la cáscara de las papas y c) cocinar las papas en agua o freírlas en aceite, esto último a una temperatura superior a los 170 °C (24).

Conclusiones y recomendaciones

El día mundial de la inocuidad permite recordar a la comunidad, al sector gubernamental, así como a la industria alimentaria el impacto que conlleva la inocuidad de alimentos en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos a través de la educación, aplicación de buenas prácticas en la cotidianidad, controles enfocados en la prevención de peligros, así como la toma de acciones inmediatas que permitan reducir el riesgo y los efectos que estos pueden generar en salud pública.

Por esto, es importante recordar que todos somos partícipes en la gestión de la inocuidad alimentaria y es recomendable adoptar prácticas higiénicas en el hogar, así como adecuado almacenamiento y conservación de los alimentos. De otra parte, el sector gubernamental y la industria alimentaria deben evaluar y gestionar los riesgos relacionados con la inocuidad de alimentos y tomar las acciones pertinentes de tal manera que se prevenga la aparición de enfermedades transmitidas por alimentos y evitar que se afecte la seguridad alimentaria.

Referencias

1. Delgadillo Puga C, Díaz Martínez M, Ledesma Solano JÁ. El papel de los alimentos enlatados en la salud [Internet]. México; 2019 Aug [cited 2024 May 14]. Available from: <https://alimentacionysalud.unam.mx/wp-content/uploads/2021/08/El-papel-de-los-alimentos-enlatados-en-la-salud.pdf#page=157>
2. Ortiz-Solà J, Abadias M, Colás-Medà P, Sánchez G, Bobo G, Viñas I. Evaluation of a sanitizing washing step with different chemical disinfectants for the strawberry processing industry. *Int J Food Microbiol.* 2020 Dec 2;334.

- Mendoza IC, Luna EO, Pozo MD, Vásquez MV, Montoya DC, Moran GC, et al. Conventional and non-conventional disinfection methods to prevent microbial contamination in minimally processed fruits and vegetables. Vol. 165, LWT. Academic Press; 2022.
- Washington State Department of Health. Food Safety Myths. [cited 2024 May 7]. Food Safety Myths. Available from: <https://doh.wa.gov/you-and-your-family/food-safety/food-safety-myths>
- Harvard T H Chan School of Public Health. The Nutrition Source. 2024 [cited 2024 May 7]. Tackling Food Waste at Home. Available from: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/sustainability/food-waste/food-waste-home/>
- Harvard T H Chan School of Public Health. Food Waste. The Nutrition Source [Internet]. 2024 [cited 2024 May 7]; Available from: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/sustainability/food-waste/>
- Kröger-Ohlsen M V., Trúgvason T. Release of iron into foods cooked in an iron pot: effects of ph, salt and organic acids. J Food Sci. 2002;67(9):3301-3.
- Sharma S, Khandelwal R, Yadav K, Ramaswamy G, Vohra K. Effect of cooking food in iron pot and with iron ingot on increase in hemoglobin level and iron content of the food. Nepal J Epidemiol [Internet]. 2021 Jun 29 [cited 2024 May 7];11(2):994-1005. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8266402/pdf/nje-11-994.pdf>
- Plaza-Díaz J, Pastor-Villaescusa B, Rueda-Robles A, Abadia-Molina F, Ruiz-Ojeda FJ. Plausible biological interactions of low- and non-calorie sweeteners with the intestinal microbiota: An update of recent studies. Vol. 12, Nutrients. MDPI AG; 2020.
- Kasti AN, Nikolaki MD, Synodinou KD, Katsas KN, Petsis K, Lambrinou S, et al. The Effects of Stevia Consumption on Gut Bacteria: Friend or Foe? Vol. 10, Microorganisms. MDPI; 2022.
- Ruiz-Ojeda FJ, Plaza-Díaz J, Sáez-Lara MJ, Gil A. Effects of Sweeteners on the Gut Microbiota: A Review of Experimental Studies and Clinical Trials. In: Advances in Nutrition. Oxford University Press; 2019. p. S31-48.
- Suez J, Cohen Y, Valdés-Mas R, Mor U, Dori-Bachash M, Federici S, et al. Personalized microbiome-driven effects of non-nutritive sweeteners on human glucose tolerance. Cell. 2022 Sep 1;185(18):3307-3328.e19.
- About Food Safety [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from: https://www.cdc.gov/food-safety/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/foodsafety/foodborne-germs.html
- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades transmitidas por alimentos [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmitidas-por-alimentos#:~:text=En%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20los,favorezcan%20el%20desarrollo%20del%20agente>
- Andrés Velez P, López F, Montalvo M, Aguayo S, Velarde G, Jara FE, et al. Microbiota y sepsis. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. 2022 Jul 7;22(2):e1692. Available from: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1692>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Sección 7 - Preparación de los alimentos [Internet]. Código internacional recomendado revisado de practicas-principios generales de higiene de los alimentos. [cited 2024 Apr 14]. Available from: <https://www.fao.org/4/w6419s/w6419s0t.htm>
- Agencia Chilena para la Inocuidad y Calidad Alimentaria. Consejos para un consumo seguro de pescados y mariscos. 2016 [cited 2024 Apr 9]; Available from: <https://www.achipia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/03/Consejos-para-consumo-seguro-de-pescados-y-mariscos.pdf>
- FAO., Organización Mundial de la Salud., Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias. Comisión del Codex Alimentarius. Código de prácticas para el pescado y los productos pesqueros [Internet]. FAO; 2012 [cited 2024 Apr 9]. Available from: <https://www.fao.org/4/i2382s/i2382s.pdf>
- Australian Institute of Food Safety. Can Vegans Get Food Poisoning? [cited 2024 Apr 29]; Available from: <https://blog.foodsafety.com.au/can-vegans-get-food-poisoning>
- Niemira B, Cooke P. Escherichia coli O157:H7 Biofilm Formation on Romaine Lettuce and Spinach Leaf Surfaces Reduces Efficacy of Irradiation and Sodium Hypochlorite Washes. J Food Sci. 2010 Jul 7;75(5):M270-7.

21. Food authority New South Wales-Australia. Guidance 2-hour/ 4-hour rule [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www.foodauthority.nsw.gov.au/sites/default/files/2023-02/guidance-2-4-hour-rule.pdf>
22. Temperature danger zone. Temperature danger zone [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from: https://www.foodauthority.nsw.gov.au/sites/default/files/_Documents/retailfactsheets/temp_danger_zone.pdf
23. Mc Gill Office for Science and Society. Should I Be Nervous When Re-freezing Food? 2018 Nov 22 [cited 2024 May 9]; Available from: <https://www.mcgill.ca/oss/article/nutrition-you-asked/should-i-be-nervous-when-refreezing-food>
24. European Food Safety Authority. Risk assessment of glycoalkaloids in feed and food, in particular in potatoes and potato-derived products. EFSA Journal [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 May 3];18(8). Available from: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2020.6222>

SITUACIÓN NACIONAL

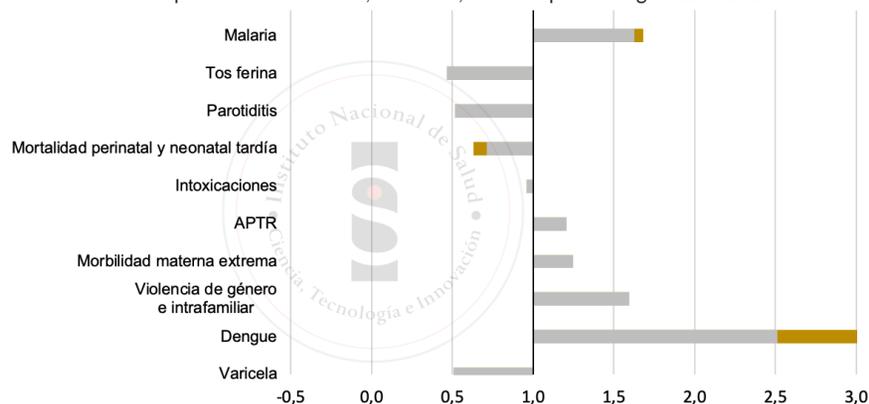
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 22 de 2024 se identificó que la notificación de los eventos dengue y malaria 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 1).

Figura 1. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 22 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 22 de 2024 los eventos tuberculosis farmacorresistente, sarampión y rubéola, mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, mortalidad por dengue y leptospirosis 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 materna, sífilis congénita, mortalidad por IRA en menores de 5 años, mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, leishmaniasis cutánea, accidente ofídico, chikunguña y lepra 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 22 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 22 de 2024

Evento	Observado	Esperado	p
Sección eventos acumulados			
Tuberculosis farmacorresistente	240	175	0,00
Sarampión y rubéola	730	627	0,00
Mortalidad por EDA 0-4 años	91	70	0,00
Mortalidad materna	84	180	0,00
Sífilis congénita	640	643	0,02
Mortalidad por IRA 0-4 años	187	199	0,02
Mortalidad por DNT	109	114	0,03
Sección eventos última semana			
Mortalidad por dengue	13	2	0,00
Leptospirosis	49	39	0,02
Leishmaniasis cutánea	12	98	0,00
Accidente ofídico	109	127	0,01
Chikunguña	1	5	0,03
Lepra	3	8	0,04
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,14
Zika	7	8	0,15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,22

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

Cumplimiento en la notificación

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 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.

A partir de la semana 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.

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 de la sema-

na epidemiológica anterior y de la semana 22 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

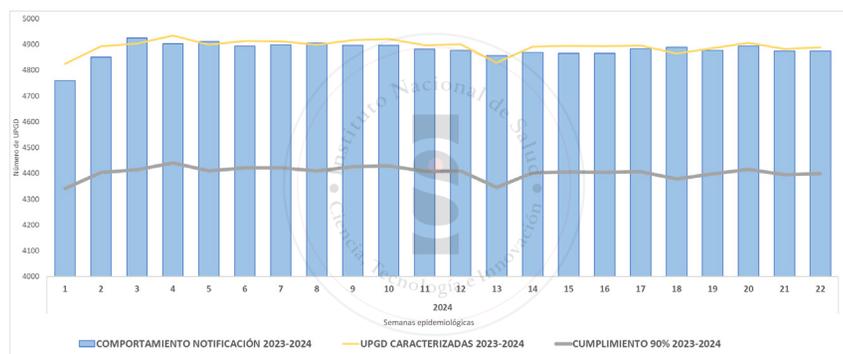
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento de la semana anterior y de la semana epidemiológica 22 del año 2023.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 99,7 % (4 875/4 888); observando una disminución del 0,1 % respecto a la semana anterior y un aumento del 0,3 % comparado con la semana epidemiológica 22 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 22 de 2024, a nivel nacional se identificó que el 0,27 % de las UPGD caracterizadas presentaron silencio durante esta semana. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas (13), se identificó que de estas el 84 % (11) están categorizadas en el primer nivel de complejidad, el 8 % (1) en segundo nivel y el 8 % (1) en tercer nivel de complejidad.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica 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 2).

Figura 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sívigila 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.

La identificación del agente etiológico se realiza con el total de los casos confirmados de las muertes en menores de cinco años por IRA, que ocurrieron en institución de salud y que cuentan con resultado de laboratorio positivo.

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 5años.pdf \(ins.gov.co\)](#).

A semana epidemiológica 22 de 2024, se han notificado 432 muertes probables en menores de cinco años: 220 por infección respiratoria aguda (IRA), 114 por desnutrición aguda (DNT) y 98 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 18 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis.

En población residente en Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2024 se han notificado 414 casos (212 por IRA, 107 por DNT y 95 por EDA); de estos, 135 casos han sido confirmados, 44 casos fueron descartados y 235 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 22, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 22 2024			Casos en estudio a SE 22 2024			Tasa a SE 22 2023			Tasa a SE 22 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	1	0	0	1	0	10,49	31,47	20,98	0,00	10,55	0,00
Antioquia	11	7	3	3	7	3	2,31	2,31	0,23	2,60	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	1	3	0	2,57	0,00	0,86	1,75	0,88	0,00
Barranquilla	0	1	1	0	0	1	1,12	1,12	0,00	0,00	1,14	1,14
Bogotá, D.C.	0	3	1	0	9	0	0,00	4,46	0,00	0,00	0,65	0,22
Bolívar	0	1	1	0	5	1	7,72	1,93	0,96	0,00	0,98	0,98
Boyacá	0	2	0	0	3	0	1,16	3,47	0,00	0,00	2,36	0,00
Buenaventura	0	0	3	1	0	1	5,64	8,45	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	1	0	0	4	1	0,69	0,69	0,69	0,00	0,71	0,00
Caquetá	0	1	0	0	3	0	2,64	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena	0	1	1	0	3	0	1,26	6,32	0,00	0,00	1,29	1,29
Casanare	0	1	0	0	1	1	0,00	0,00	7,83	0,00	2,65	0,00
Cauca	0	0	0	0	3	0	0,00	4,39	2,63	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	2	2	3	4	0	6,54	1,64	0,82	0,83	1,66	1,66
Chocó	5	7	16	13	19	14	50,23	34,64	20,78	8,71	12,19	27,87
Córdoba	0	0	0	8	5	2	2,61	3,26	0,65	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	7	0	0,00	0,85	0,00	0,00	0,85	0,00
Guainía	0	1	2	0	0	0	14,35	43,06	0,00	0,00	14,16	28,32
Guaviare	0	1	0	0	0	0	10,42	0,00	0,00	0,00	10,32	0,00
Huila	1	2	0	0	1	0	2,97	3,97	0,99	1,01	2,02	0,00
La Guajira	9	5	2	9	10	12	29,86	16,29	9,05	8,21	4,56	1,83
Magdalena	0	0	0	4	7	1	10,69	5,94	2,37	0,00	0,00	0,00
Meta	0	2	1	1	1	0	3,59	7,17	2,39	0,00	2,43	1,21
Nariño	1	2	0	0	2	1	2,48	4,96	1,65	0,84	1,69	0,00
Norte de Santander	4	0	0	0	0	0	0,00	0,76	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0	1	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	3,18	0,00
Quindío	0	1	0	0	2	0	0,00	6,37	0,00	0,00	3,26	0,00
Risaralda	2	2	0	4	4	4	11,88	10,18	10,18	3,49	3,49	0,00
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	23,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	2	2	4	3	0,66	1,31	1,31	0,00	0,00	1,34
Sucre	4	1	0	2	4	0	0,00	0,00	2,59	5,24	1,31	0,00
Tolima	0	2	0	2	6	2	1,19	7,16	0,00	0,00	2,43	0,00
Valle del Cauca	1	3	1	1	2	0	2,17	2,90	0,72	0,74	2,23	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	2	2	2	21,67	7,22	14,45	14,41	0,00	0,00
Nacional	44	55	36	58	125	52	3,75	4,02	1,59	1,21	1,51	0,99

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

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 22 se han notificado 212 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 55 fueron confirmadas, 32 descartadas y 125 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,51 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fueron 149, para una tasa de mortalidad de 4,02 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 22 de 2024 se notificaron 14 muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 22 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Chocó, Boyacá, Bogotá D.C; Antioquia y Norte Santander; a nivel municipal en Tadó, 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 22 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	14	26
Boyacá	2	5
Bogotá D.C.	21	12
Antioquia	25	14
Norte Santander	4	0
Tadó	1	4
Uribia	4	9
Medellín	9	3

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

A semana epidemiológica 22 la proporción de toma de muestra para identificación de agente etiológico a nivel nacional es del 48 %. Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, enterovirus, adenovirus, virus sincitial respiratorio, SARS-CoV2, *Streptococcus pneumoniae*, *Metapneumovirus*, *Staphylococcus aureus*, influenza B 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 22, 2023 - 2024

Agente etiológico	2023					2024				
	Menor de un año	1 años	2 años	3 años	4 años	Menor de un año	1 años	2 años	3 años	4 años
Rhinovirus	15	3	1	1	1	3	1	2	1	0
Enterovirus	15	3	1	0	1	2	1	1	1	0
Adenovirus	10	4	1	3	1	3	1	0	0	0
Virus Sincitial Respiratorio	9	2	1	0	1	3	0	1	1	0
SARS-CoV2	5	1	0	0	1	4	0	0	0	0
Streptococcus pneumoniae	2	1	0	2	1	1	2	0	2	0
Metapneumovirus	5	1	1	1	0	2	0	0	0	0
Staphylococcus aureus	1	0	0	1	0	3	1	0	2	0
Influenza B	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Moraxella catarrhalis	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0
Haemophilus influenzae B	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Parainfluenza tipo 1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Mortalidad por desnutrición

A semana epidemiológica 22 de 2024 se han notificado 107 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT; 44 casos fueron confirmados, cinco (5) descartados y 58 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 22 fue 139, para una tasa de mortalidad de 3,75 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 22 de 2024 se notificó una (1) muerte probable en menor de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 22 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Córdoba, Chocó, Sucre, La Guajira y Bolívar; a nivel municipal en La Paz (Cesar), Lloró (Chocó) y Ricaurte (Nariño). 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 22 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	6	14
Córdoba	2	8
Chocó	10	18
Sucre	0	6
La Guajira	25	18
Bolívar	3	0
La Paz	3	0
Lloró	4	0
Ricaurte	3	0

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 22 se han notificado 95 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 36 casos fueron confirmados, siete (7) descartados y 52 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,99 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fue de 59, para una tasa de mortalidad de 1,59 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 22 de 2024 se notificaron cuatro (4) muertes probables en menor de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 22 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, Uribe, Caldon, Tibú y Manaure. 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 22 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	10	30
Buenaventura	0	4
Santander	0	5
Cauca	3	0
Bojayá	2	12
Tadó	1	4
Uribe	3	10
Caldón	3	0
Tibú	3	0
Manaure	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/guiuops.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 22 de 2024 se notificaron al Sivigila tres (3) casos, dos (2) corresponden a muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía; para un total acumulado de 86 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 84 residen en territorio colombiano y dos residen en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	178	57	17	252
2022	118	62	32	212
2023	110	60	31	201
2024	84	42	14	140

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

A semana 22 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 25 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá, Antioquia, Cesar, Chocó 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).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Envigado (Antioquia), Pueblo Bello (Cesar), Riosucio (Chocó), Fonseca (La Guajira) y Girón (Santander) comparado con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 22 de 2024, el 59,5 % corresponden a causas directas y el 31,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 22,6 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2023 - 2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a semana epidemiológica 22	Acumulado de casos a semana epidemiológica 22		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Bogotá D.C.	12	9	8	Ninguno
Antioquia	11	7	7	Ninguno
Cesar	5	4	7	Ninguno
Chocó	5	5	7	Ninguno
La Guajira	10	7	6	Ninguno
Córdoba	4	3	5	Ninguno
Huila	2	4	5	Aumento
Nariño	7	4	5	Ninguno
Cundinamarca	7	5	4	Ninguno
Norte de Santander	5	2	4	Ninguno
Barranquilla	3	3	3	Ninguno
Bolívar	5	1	3	Ninguno
Cauca	4	6	3	Ninguno
Boyacá	2	0	2	Ninguno
Cali	4	1	2	Ninguno
Meta	5	4	2	Ninguno
Santander	4	2	2	Ninguno
Sucre	3	2	2	Ninguno
Atlántico	4	6	1	Ninguno
Caldas	1	0	1	Ninguno
Casanare	1	0	1	Ninguno
Putumayo	2	1	1	Ninguno
Risaralda	2	2	1	Ninguno
Santa Marta	4	3	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	4	6	0	Disminución
Magdalena	6	3	0	Disminución
Quindío	1	1	0	Ninguno
Tolima	4	6	0	Disminución
Vichada	1	2	0	Ninguno
Colombia	133	110	84	Disminución

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Envigado	0	1	0,00
Cesar	Pueblo Bello	0	1	0,00
Chocó	Riosucio	0	1	0,00
La Guajira	Fonseca	0	1	0,00
Santander	Girón	0	1	0,00

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 22 de 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	73	61,9	73	66,4	50	59,5	
Hemorragia obstétrica	18	15,3	15	13,6	19	22,6	Ninguno
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	32	27,1	27	24,5	17	20,2	Disminución
Evento tromboembólico como causa básica	5	4,2	8	7,3	4	4,8	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	2,5	3	2,7	3	3,6	Ninguno
Sepsis obstétrica	6	5,1	10	9,1	3	3,6	Disminución
Embarazo ectópico	2	1,7	6	5,5	3	3,6	Ninguno
Otras causas directas	1	0,8	0	0,0	1	1,2	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	4	3,4	2	1,8	0	0,0	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento:	0	0,0	1	0,9	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1,7	0	0,0	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,9	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	42	35,6	35	31,8	26	31,0	
Otras causas indirectas	15	12,7	15	13,6	11	13,1	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	5	4,2	7	6,4	6	7,1	Ninguno
Sepsis no obstétrica	7	5,9	7	6,4	5	6,0	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	0,8	1	0,9	2	2,4	Ninguno
Otras causas indirectas: cáncer	7	5,9	5	4,5	2	2,4	Disminución
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	6	5,1	0	0,0	0	0,0	Disminución
Otras causas indirectas: dengue	1	0,8	0	0,0	0	0,0	Ninguno
Desconocida / indeterminada	2	1,7	1	0,9	0	0,0	
EN ESTUDIO	1	0,8	1	0,9	8	9,5	

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%20PM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20PM.

A semana epidemiológica 22 de 2024 se han notificado 2 513 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 483 corresponden a residentes en Colombia y 30 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (329), Antioquia (278), Cundinamarca (148), La Guajira (121) y Córdoba (118). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 22 de 2024 se presentó comportamiento inusual en Antioquia, Córdoba, Cauca, Cartagena, Barranquilla, Chocó, Huila, Sucre, Bolívar y Caldas. 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 22 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 19 a 22)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 22	
				2023	2024
Bogotá, D.C.	79	80	Ninguno	342	329
Antioquia	77	47	Decremento	383	278
Cundinamarca	37	28	Ninguno	172	148
La Guajira	34	24	Ninguno	150	121
Córdoba	37	18	Decremento	173	118
Cali	26	15	Ninguno	127	103
Nariño	18	15	Ninguno	78	81
Norte de Santander	22	14	Ninguno	83	78
Atlántico	19	9	Ninguno	99	77
Cauca	22	10	Decremento	104	76
Cartagena	22	9	Decremento	117	74
Barranquilla	29	11	Decremento	108	70
Cesar	26	13	Ninguno	128	70
Valle del Cauca	18	14	Ninguno	100	70
Chocó	16	7	Decremento	71	68
Huila	15	8	Decremento	84	64
Santander	22	12	Ninguno	97	63
Sucre	17	7	Decremento	78	60
Meta	16	11	Ninguno	67	59
Boyacá	12	9	Ninguno	55	55
Magdalena	18	11	Ninguno	63	53
Bolívar	21	9	Decremento	98	50
Tolima	16	11	Ninguno	70	50
Risaralda	10	7	Ninguno	40	41
Caldas	9	1	Decremento	40	31
Casanare	7	7	Ninguno	29	28
Santa Marta	10	5	Ninguno	28	25
Buenaventura	8	6	Ninguno	41	23
Putumayo	5	4	Ninguno	24	22
Quindío	5	2	Ninguno	26	22
Arauca	5	2	Ninguno	35	18
Caquetá	5	2	Ninguno	37	18
Vichada	3	3	Ninguno	17	18
Vaupés	1	1	Ninguno	5	9
San Andrés	1	0	Ninguno	3	6
Amazonas	1	1	Ninguno	8	4
Guainía	1	0	Ninguno	15	2
Guaviare	2	0	Ninguno	10	1
Colombia	691	433	Decremento	3205	2483

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 2019 a 2024 en Cumaribo (Vichada), Duitama (Boyacá), Totoró (Cauca), Cartago (Valle del Cauca), Bojayá (Chocó), Quinchía (Risaralda), Zarzal (Valle del Cauca) y Anorí (Antioquia) (tabla 12).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 22 2019-2024	Valor observado a SE 22 de 2024	Semanas continuas en incremento
Vichada	Cumaribo	10	16	5
Boyacá	Duitama	5	9	3
Cauca	Totoró	3	8	6
Valle del Cauca	Cartago	5	8	11
Chocó	Bojayá	2	6	12
Risaralda	Quinchía	1	5	8
Valle del Cauca	Zarzal	2	5	5
Antioquia	Anorí	1	4	5

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 44,1 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,1 %, neonatales tardías con 16,0 % y fetales intraparto con 10,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas 23,0 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,5 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 12,9 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 22 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 22, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 22, 2022-2024					
	2022 a SE 22	(%)	2023 a SE 22	(%)	2024 a SE 22	(%)
Asfixia y causas relacionadas	939	25,6	782	24,4	571	23,0
Prematuridad-inmadurez	671	18,3	577	18,0	386	15,5
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	558	15,2	517	16,1	320	12,9
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	379	10,3	364	11,4	233	9,4
Sin información	0	0,0	6	0,2	215	8,7
Malformación congénita	316	8,6	303	9,5	198	8,0
Infecciones	360	9,8	264	8,2	201	8,1
Otras causas de muerte	229	6,2	205	6,4	155	6,2
Causas no específicas	91	2,5	65	2,0	123	5,0
Trastornos cardiovasculares	84	2,3	79	2,5	63	2,5
Lesiones de causa externa	32	0,9	32	1,0	9	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	14	0,4	11	0,3	9	0,4
Colombia	3673	100,0	3205	100,0	2483	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/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 22 de 2024 se notificaron 172 541 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en Atlántico, Barranquilla, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Putumayo, Santa Marta, Santander, Vaupés y Vichada. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura. Las 24 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 (19 a 22 de 2024) en 24 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (19 a 22 de 2024)

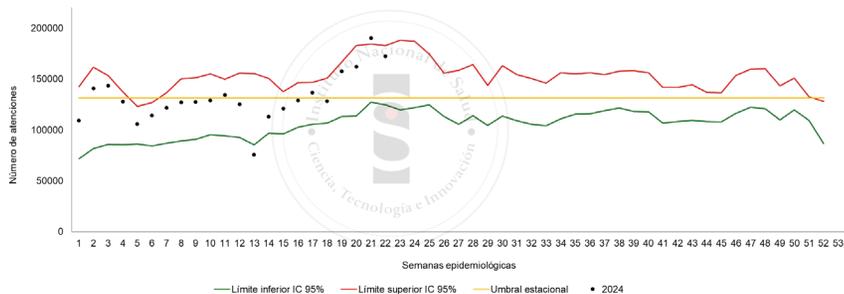
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (últimas 4 semanas epidemiológicas 19 a 22)	Observado (últimas 4 semanas epidemiológicas 19 a 22)	Análisis
Antioquia	Apartado	7 765	816	1 995	Aumento
Antioquia	Turbo	5 945	757	1 621	Aumento
Antioquia	Envigado	10 297	1 721	2 312	Aumento
Antioquia	Itagüí	32 882	3 907	6 775	Aumento
Antioquia	Bello	31 981	3 335	7 418	Aumento
Atlántico	Malambo	5 048	348	1 209	Aumento
Atlántico	Soledad	38 894	6 173	9 657	Aumento
Bolívar	Magangué	6 436	935	1 306	Aumento
Casanare	Yopal	6 722	840	1 664	Aumento
Cundinamarca	Girardot	8 698	905	2 451	Aumento
Cundinamarca	Madrid	8 966	849	1 749	Aumento
Cundinamarca	Zipaquirá	8 570	987	2 129	Aumento
Cundinamarca	Mosquera	3 679	511	994	Aumento
Cundinamarca	Soacha	33 589	3 507	9 052	Aumento
La Guajira	Maicao	24 173	2 552	5 101	Aumento
La Guajira	Uribia	22 520	2 271	3 802	Aumento
Norte de Santander	Ocaña	6 794	843	1 499	Aumento
Santander	Girón	2 956	224	835	Aumento
Santander	Piedecuesta	2 374	262	623	Aumento
Santander	Floridablanca	10 279	1 677	2 367	Aumento
Valle del Cauca	Yumbo	5 713	1 129	1 534	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	7 380	878	1 300	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	6 984	662	1 796	Aumento
Valle del Cauca	Palmira	12 018	1 714	2 953	Aumento
Boyacá	Sogamoso	6 461	1 526	1 651	Ninguno
Huila	Pitalito	4 636	1 072	1 117	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 de 2024), por grupos de edad los de 20 a 39 años representan el 24,8 % (168 950) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 22,1 % (150 953). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños con el 16,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 16,0 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA, para esta semana se ubica por encima del umbral estacional. (figura 3).

Figura 3. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22, entre 2017 y 2024



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

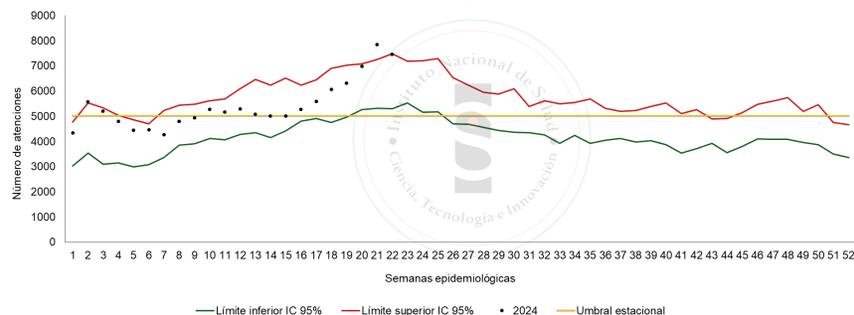
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 22 de 2024, se notificaron 7 455 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali y Guaviare e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Caquetá, Cartagena, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Santander, Tolima y Vaupés. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 de 2024), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 899) representaron el 20,6 %, seguido del grupo de menor de un año con el 18,7 % (5 357). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con 27,6 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,5 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRA en sala general, se ubica sobre el límite superior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22, entre 2018 y 2024

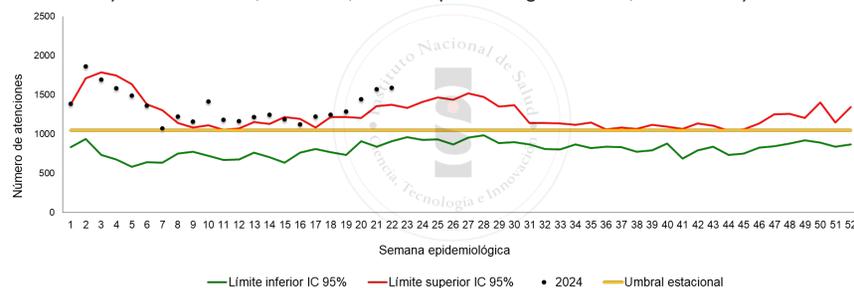


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 22 de 2024, se notificaron 1 590 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. En el canal endémico para este grupo de edad se evidenció que se ubica por encima del límite superior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22, entre 2018 y 2024



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

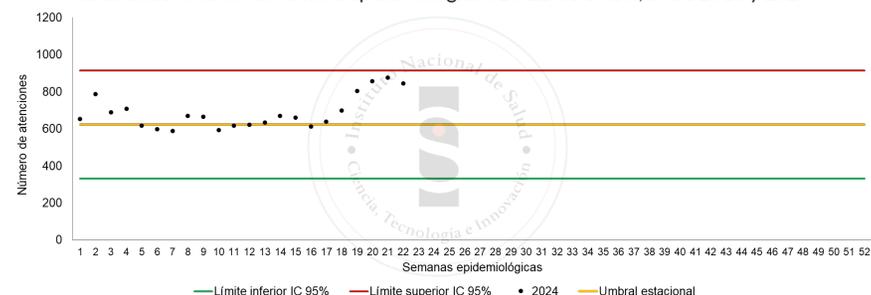
Hospitalizaciones por IRA en unidad de cuidado intensivo e intermedio (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 22 de 2024 se notificaron 845 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 16 entidades territoriales. Se presentó disminución en Buenaventura y La Guajira. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Arauca, Bogotá D.C., Caquetá, Cali, Cartagena, Casanare, Caquetá, Guainía, Chocó, Guaviare, Magdalena, Meta, Nariño, Putumayo, San Andrés, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 de 2024), por grupos de edad los menores de un año con el 30,7 % (1 048) seguido de los mayores de 60 años representaron el 29,9 % (1 020). 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 niños de un año con el 36,7 % seguido de dos a cuatro años con el 28,7 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM para la semana actual se ubica por encima del umbral estacional (figura 6).

Figura 6. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 22 Colombia, entre 2018 y 2024

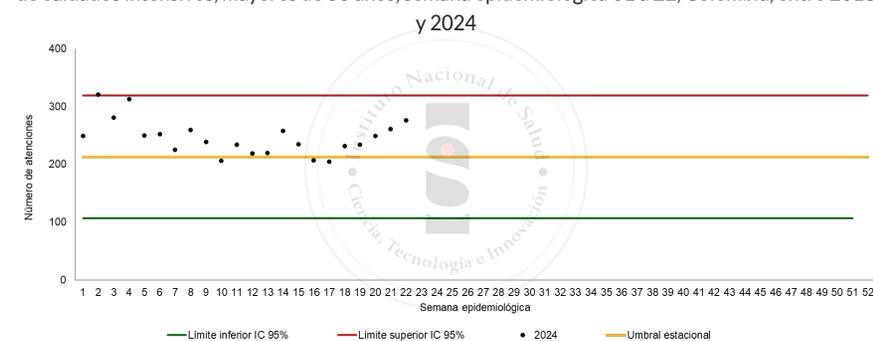


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2024

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

En la semana epidemiología 22 de 2024, se notificaron 276 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control para este grupo de edad se evidencia que se ubica por encima del umbral estacional (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 22, 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 21 en la región de las Américas la actividad de influenza en las últimas cuatro semanas epidemiológicas se ha mantenido en niveles epidémicos con tendencia a la disminución para América del Norte y Brasil y el Cono Sur. Ligero aumento en niveles intermedios para América Central y con tendencia fluctuante para región Andina. Las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidenció 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 reportaron niveles bajos de circulación en toda la región; sin embargo, en región Andina y Brasil y Cono Sur reportaron un ligero incremento en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidenció un incremento en la región Caribe, las demás en descenso (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 22 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 observa una variación significativa al aumento para VSR e influenza A; al decremento enterovirus y rinovirus. Ante la circulación de influenza, 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 15 a 22 de 2024

Agente viral identificado	Semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2024			Semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2024			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	48,4	58,2	22,2	49,2	52,8	38,6	
Rinovirus	14,4	13,8	10,0	9,2	10,6	-	
Virus sincitial respiratorio	35,9	43,3	30,0	42,3	57,1	22,2	
Enterovirus	9,1	7,9	20,0	3,4	2,2	3,7	
Adenovirus	6,2	6,3	-	3,9	4,9	-	
Influenza B	0,6	-	10,0	0,6	0,4	-	
Influenza A	7,1	4,3	20,0	12,9	6,6	33,3	
Parainfluenza	8,2	9,4	-	8,1	7,5	11,1	
Metapneumovirus	4,7	5,1	-	4,8	4,9	3,7	
A(H1N1)pdm09	3,8	2,0	-	3,4	1,3	7,4	
SARS-CoV2	4,7	3,9	-	3,4	1,8	11,1	
A(H3N2)	5,3	3,9	10,0	8,1	2,7	7,4	

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 Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Responsables de Neumonías y Meningitis Bacterianas (consulte [SIREVA](#)).

COVID-19

Metodología

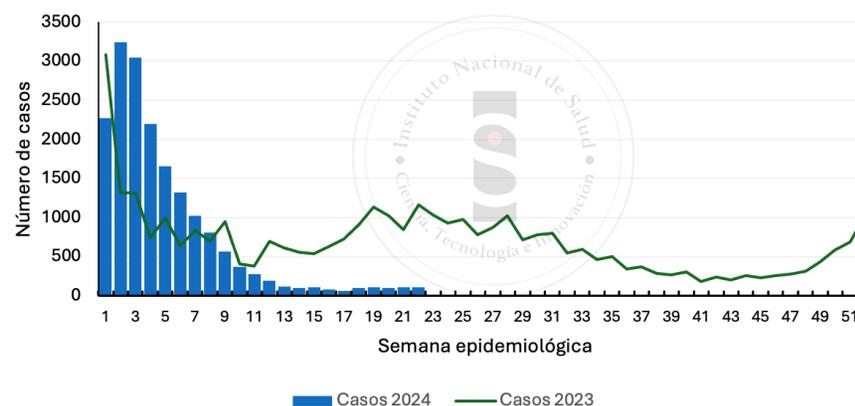
Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 20 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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 ($p > 0,05$)) estable (razón igual 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 01 de junio por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 17 985 casos de COVID-19. En las últimas ocho (8) semanas se ha observado una disminución significativa del 88,3 % comparado con el mismo periodo del año 2023 (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de COVID-19 por semana epidemiológica, Colombia, 2023-2024



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

Entre el 26 de mayo y 01 de junio de 2024 (semana epidemiológica 22) se confirmaron 207 casos en el territorio nacional; de estos el 52,2 % (108 casos) corresponde a la semana epidemiológica 22. El 63,9 % (133) de los casos nuevos se reportaron en las entidades territoriales de Bogotá D.C, Antioquia, Córdoba, Sucre y Cali (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 por entidad territorial, semana epidemiológica 22 de 2024

Entidad territorial	Semanas anteriores	19	20	21	22	Total
Bogotá D.C	13	0	2	5	34	54
Antioquia	19	2	0	7	6	34
Córdoba	1	0	0	5	17	23
Sucre	0	0	0	2	10	12
Cali	1	0	0	1	8	10
Barranquilla	1	0	0	1	7	9
Boyacá	6	0	0	0	2	8
Atlántico	0	0	0	3	4	7
Amazonas	1	0	1	1	3	6
Cartagena	1	0	0	3	1	5
Norte de Santander	1	0	0	0	3	4
Cauca	1	0	0	2	1	4
Cesar	0	0	0	1	3	4
Santander	0	0	0	1	3	4
Putumayo	1	0	0	1	1	3
Quindío	1	0	0	1	1	3
Nariño	0	1	0	1	0	2
Valle del Cauca	1	0	0	1	0	2
Tolima	0	0	1	0	1	2
La Guajira	0	0	0	0	2	2
Meta	2	0	0	0	0	2
Cundinamarca	1	0	0	0	1	2
Chocó	0	1	0	0	0	1
Magdalena	1	0	0	0	0	1
Huila	0	0	1	0	0	1
Caquetá	1	0	0	0	0	1
Caldas	1	0	0	0	0	1
Total	54	4	5	36	108	207

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

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 428 casos nuevos por COVID-19 en 30 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 97 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia a nivel nacional de 0,82 casos por cada 100 000 habitantes. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2024) en este indicador se observó un incremento sin ser estadísticamente significativo a nivel nacional. a nivel departamental, en Amazonas se evidenció aumento significativo y aumento no significativo en Barranquilla, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Sucre, Cali, Putumayo y Vaupés. En los municipios con población mayor a 100 000 habitantes se observó incremento significativo en Montería (Córdoba y Mochoa (Putumayo).

Para 2024, en Colombia se han notificado 170 fallecidos con una mortalidad de 0,33 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportó un fallecido, con procedencia Huila. El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más con el 82 % 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.

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

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 22 de 2024 se notificaron 9 789 casos probables de dengue: 6 256 casos de esta semana y 3 533 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 166 334 casos, 102 411 (61,6 %) sin signos de alarma, 62 420 (37,7 %) con signos de alarma y 1 503 (0,9 %) de dengue grave.

El 77,2 % (128 389) de los casos a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Santander, Huila, Tolima, Cundinamarca, Norte de Santander, Cauca y Antioquia (tabla 17).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024

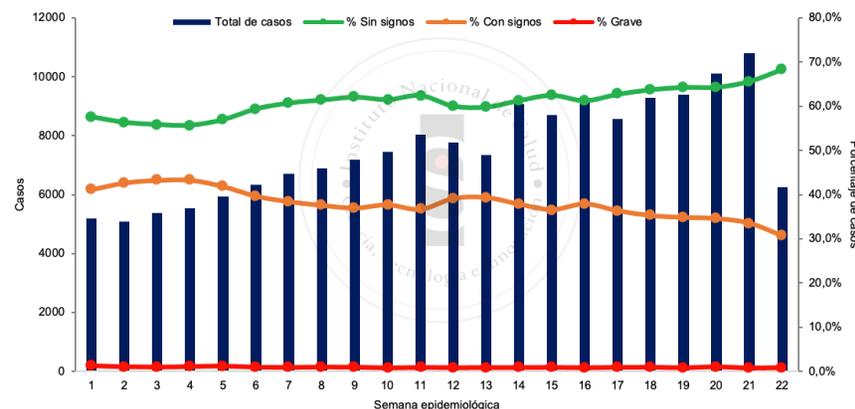
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	34 681	67,7	31,8	0,5
Cali	22 401	63,3	35,8	0,9
Santander	16 431	60,3	38,9	0,8
Huila	15 279	61,3	36,3	2,4
Tolima	15 093	56,8	42,4	0,8
Cundinamarca	7 495	56,2	43,3	0,5
Norte de Santander	5 733	60,3	38,4	1,3
Cauca	5 679	61,8	37,3	0,9
Antioquia	5 597	56,1	43,0	0,9
Meta	3 568	65,6	33,5	0,8
Risaralda	3 562	58,7	40,7	0,6
Putumayo	3 336	66,4	32,8	0,8
Quindío	3 179	66,9	32,7	0,4
Bolívar	2 596	51,8	46,9	1,3
Casanare	2 042	66,2	33,0	0,8
Nariño	1 996	71,2	28,1	0,7
Córdoba	1 962	47,2	52,4	0,4
Cesar	1 660	36,1	62,6	1,3
Caquetá	1 497	52,0	47,0	1,0
Barranquilla	1 426	63,2	36,3	0,6
Atlántico	1 227	46,8	51,5	1,7
Chocó	1 126	74,3	25,2	0,4
Caldas	1 084	63,2	36,6	0,2
Cartagena de Indias	884	72,5	26,9	0,6
Arauca	862	59,2	40,1	0,7
Boyacá	847	66,0	33,5	0,5
La Guajira	803	39,1	60,1	0,7
Magdalena	789	35,2	63,9	0,9
Sucre	737	37,3	61,7	0,9
Guaviare	612	87,6	11,9	0,5
Amazonas	551	66,8	32,8	0,4
Buenaventura	410	60,5	37,6	2,0
Santa Marta	385	38,7	58,7	2,6
Exterior	313	44,1	51,4	4,5
Vaupés	167	84,4	13,2	2,4
San Andrés	131	66,4	32,8	0,8
Guainía	109	71,6	26,6	1,8
Vichada	84	76,2	23,8	0,0
Total	166 334	61,6	37,5	0,9

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 14 a 17, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Casanare, Córdoba, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Amazonas 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 38,0 % (figura 9); sin embargo, Santa Marta presentó 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 18 a 21 de 2024).

Figura 9. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2024



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

En la semana epidemiológica 22 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 75,3 % (47 015) de los casos de dengue con signos de alarma y 86,7 % (1 303) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 74,9 % (46 737) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,1 % (1 429) de los casos con dengue grave (tabla 18).

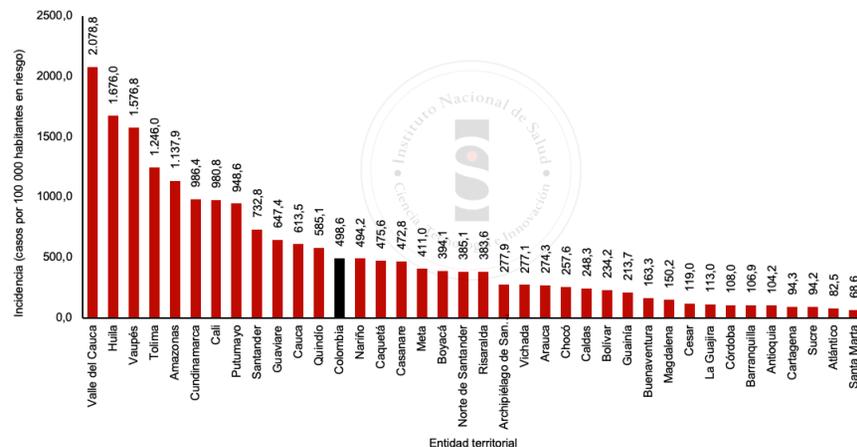
Tabla 18. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024

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	371	185	2	15,6%	19,5%	0,0%	94,1%	100,0%
Antioquia	3 326	2 336	45	59,7%	66,8%	73,3%	49,6%	82,2%
Arauca	508	325	2	33,5%	54,2%	100,0%	93,2%	100,0%
Atlántico	458	502	17	56,8%	70,5%	70,6%	76,7%	88,2%
Barranquilla	1 019	700	14	87,3%	94,7%	92,9%	90,1%	100,0%
Bolívar	1 182	927	8	80,8%	89,5%	62,5%	81,7%	62,5%
Bogotá	1 290	1 109	26	92,4%	95,6%	84,6%	73,0%	92,3%
Boyacá	594	344	2	70,5%	77,6%	100,0%	59,9%	100,0%
Buenaventura	222	117	4	95,5%	90,6%	100,0%	85,5%	75,0%
Caldas	681	408	0	67,3%	65,7%	N/A	61,8%	N/A
Cali	15 426	9 872	298	63,0%	78,4%	90,6%	72,9%	97,7%
Caquetá	773	685	8	64,0%	84,5%	87,5%	78,2%	100,0%
Cartagena de Indias	731	353	15	31,6%	72,5%	86,7%	87,0%	100,0%
Casanare	1 327	659	16	66,8%	74,4%	93,8%	87,9%	100,0%
Cauca	3 268	1 665	14	90,9%	94,8%	92,9%	64,0%	100,0%
Cesar	611	1 102	30	65,3%	85,9%	86,7%	96,8%	96,7%
Chocó	758	169	2	95,3%	97,0%	100,0%	53,8%	100,0%
Córdoba	910	1 165	9	76,4%	94,8%	77,8%	90,4%	100,0%
Cundinamarca	3 843	2 964	30	53,1%	62,9%	73,3%	76,1%	86,7%
Guainía	86	29	2	95,3%	96,6%	100,0%	69,0%	100,0%
La Guajira	303	453	5	99,0%	99,6%	100,0%	78,4%	100,0%
Guaviare	539	71	0	46,9%	81,7%	N/A	93,0%	N/A
Huila	9 271	5 531	391	75,2%	87,2%	96,2%	74,0%	95,1%
Magdalena	243	416	2	87,7%	88,5%	100,0%	75,2%	100,0%
Meta	2 292	1 177	35	15,4%	48,9%	62,9%	91,4%	91,4%
Nariño	1 483	594	15	98,0%	97,3%	100,0%	77,1%	93,3%
Norte de Santander	3 497	2 275	88	43,9%	76,5%	84,1%	89,8%	95,5%
Putumayo	2 204	1 072	24	47,2%	70,3%	79,2%	98,8%	95,8%
Quindío	2 124	1 063	11	33,2%	56,4%	100,0%	64,0%	100,0%
Risaralda	2 088	1 475	27	52,0%	70,5%	81,5%	67,6%	85,2%
San Andrés	75	36	0	94,7%	91,7%	N/A	80,6%	N/A
Santander	9846	6 402	128	59,6%	88,2%	95,3%	87,6%	97,7%
Santa Marta	129	254	14	72,9%	73,2%	85,7%	63,8%	92,9%
Sucre	304	549	15	51,3%	61,7%	80,0%	90,5%	100,0%
Tolima	8 166	5 887	108	38,0%	64,0%	72,2%	84,5%	96,3%
Valle del Cauca	22 270	9 511	93	53,0%	62,6%	64,5%	57,3%	93,5%
Vaupés	139	20	3	100,0%	100,0%	100,0%	95,0%	100,0%
Vichada	54	18	0	55,6%	50,0%	N/A	38,9%	N/A
Colombia	102 411	62 420	1 503	58,6%	75,3%	86,7%	74,9%	95,1%

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

En la semana epidemiológica 22 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 498,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023 la incidencia fue de 125,6 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Valle del Cauca, Huila, Vaupés, Tolima y Amazonas presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 1 100 casos por 100 000 habitantes (figura 10). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 896,6 casos por 100 000 habitantes.

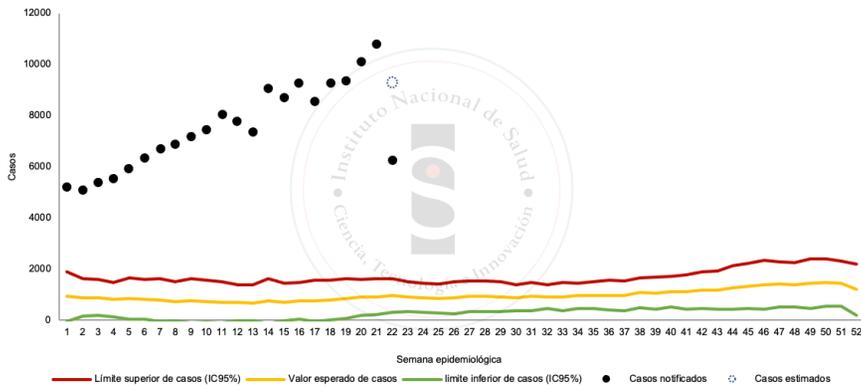
Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024



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

A semana epidemiológica 22 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 11,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2024) (figura 11).

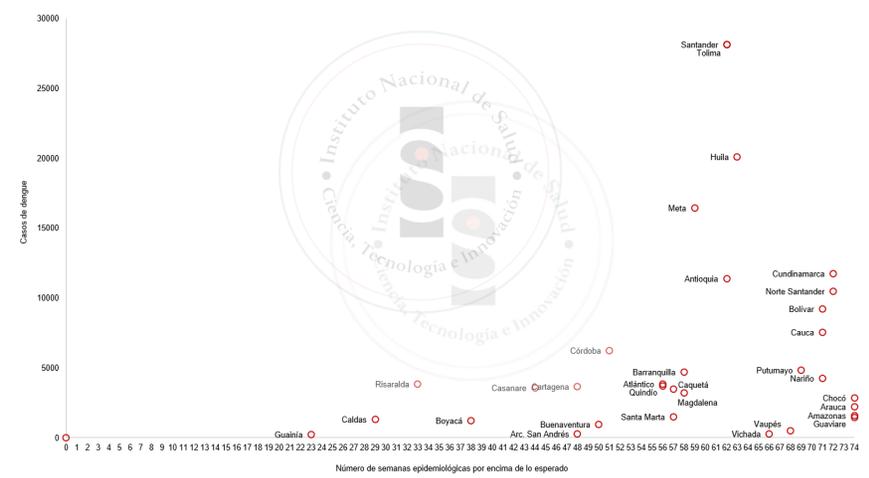
Figura 11. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2024



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

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue según canal endémico se observa que, el 8,1 % (3) se encuentran en situación de alerta y el 91,9 % (34) se encuentran por encima del límite superior lo esperado, comparado con el comportamiento histórico (figura 12). 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 12. Entidades territoriales por encima de lo esperado para dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 de 2023 a 22 de 2024



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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 22 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 56,8 % (469) 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 89,5 % (51/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

A semana epidemiológica 22 de 2024 se han notificado 287 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 74 casos, se descartaron 87 casos y se encuentran en estudio 126 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 40 muertes por dengue (letalidad por dengue: 0,108 %) (tabla 20).

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 22 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia (Casos por 100 000 hab.)	Observado	Esperado	Observado	
Antioquia	Medellín	45,5	1 190	67	361	
	Apartadó	231,5	305	13	65	
	Bello	10,5	58	5	20	
	Envigado	70,3	170	2	68	
	Itagüí	25,5	70	5	25	
	Turbo	174,3	234	14	48	
Atlántico	Barranquilla	108,7	1 426	28	238	
	Malambo	166,9	240	7	47	
	Soledad	78,9	540	9	99	
Bolívar	Cartagena	83,8	884	35	164	
	Magangué	251,2	361	9	70	
	Turbaco	172,8	201	3	28	
Caldas	Manizales	9,7	44	1	16	
Caquetá	Florencia	246,2	435	32	96	
Cauca	Popayán	737,3	1 999	0	625	
	Santander de Quilichao	944,0	1 084	2	164	
Cesar	Valledupar	118,6	655	22	72	
Córdoba	Montería	84,0	431	50	125	
	Lorica	281,6	330	3	52	
Cundinamarca	Fusagasugá	997,9	1 650	3	618	
	Girardot	268,4	316	17	65	
Chocó	Quibdó	270,1	359	2	38	
Huila	Neiva	1308,6	4 846	45	660	
	Pitalito	1825,7	2 387	39	657	
La Guajira	Riohacha	214,3	449	12	38	
Santa Marta	Santa Marta	69,7	385	13	47	
Magdalena	Ciénaga	82,4	105	3	21	
Meta	Villavicencio	290,6	1 482	113	375	
Nariño	San Andres de Tumaco	199,0	512	22	86	
Norte de Santander	Cúcuta	385,5	2 943	59	707	
	Ocaña	316,9	376	6	121	
	Villa del Rosario	584,0	643	15	172	
Quindío	Armenia	448,2	1 401	8	425	
	Pereira	404,0	1 961	3	745	
Risaralda	Dosquebradas	296,4	645	1	280	
	Bucaramanga	850,8	5 266	50	1380	
Santander	Barrancabermeja	143,5	308	17	88	
	Floridablanca	943,4	2 960	25	781	
	Girón	653,1	1 144	14	320	
	Piedecuesta	1128,0	2103	15	540	
	Tolima	Ibagué	1490,6	8 108	64	1561
Valle del Cauca	Calí	982,1	22 401	257	5117	
	Buenaventura	129,9	410	13	73	
	Guadalajara de Buga	2703,7	3 530	8	743	
	Cartago	1973,7	2 744	9	759	
	Jamundí	1974,8	3 343	6	652	
	Palmira	1313,8	4 714	15	604	
	Tuluá	1241,4	2 751	10	676	
	Yumbo	2317,1	2 583	11	548	
	Arauca	Arauca	144,5	145	11	57
	Casanare	Yopal	392,2	708	47	247

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

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2023-2024

Entidad territorial	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 22, 2024	Letalidad por dengue a SE 22, 2023
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	3	0	0,374	0,314
Cesar	3	1	0,181	0,066
Putumayo	6	1	0,180	0,000
Boyacá	1	1	0,118	0,000
Antioquia	6	4	0,107	0,071
Norte de Santander	5	7	0,087	0,281
Meta	3	2	0,084	0,076
Atlántico	1	1	0,081	0,000
Bolívar	2	7	0,077	0,071
Santander	11	9	0,067	0,085
Quindío	2	2	0,063	0,000
Tolima	8	16	0,053	0,111
Casanare	1	4	0,049	0,127
Huila	6	3	0,039	0,146
Valle del Cauca	10	15	0,029	0,000
Risaralda	1	6	0,028	0,000
Cali	4	14	0,018	0,000
Cauca	1	4	0,018	0,000
Cundinamarca	0	8	0,000	0,185
Córdoba	0	3	0,000	0,144
Nariño	0	3	0,000	0,381
Buenaventura	0	2	0,000	0,000
Magdalena	0	2	0,000	0,676
Sucre	0	2	0,000	0,220
Arauca	0	1	0,000	0,170
Bogotá D.C.	0	1	0,000	0,000
Caquetá	0	1	0,000	0,000
Cartagena de Indias	0	1	0,000	0,062
Chocó	0	1	0,000	0,412
Guainía	0	1	0,000	0,000
Santa Marta	0	1	0,000	0,441
Vichada	0	1	0,000	0,000
Amazonas	0	0	0,000	0,228
Barranquilla	0	0	0,000	0,000
Caldas	0	0	0,000	0,000
Guaviare	0	0	0,000	0,000
San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	74	126	0,045	0,108

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024.
SE: semana epidemiológica

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>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 22 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°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).

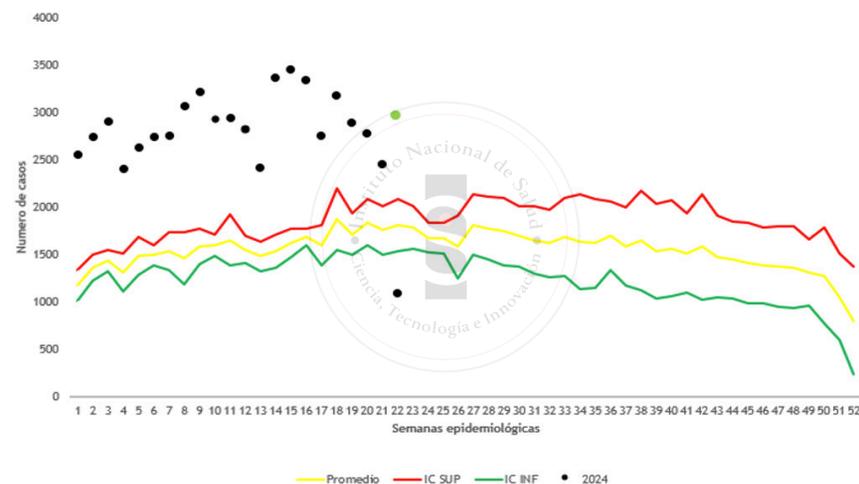
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. 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/buscador-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 13).

Figura 13. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2024



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 22, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 22 se notificaron 2 595 casos de malaria, para un acumulado de 61 643 casos, de los cuales 60 513 son de malaria no complicada y 1 130 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 57,9 % (35 666), seguido de *Plasmodium falciparum* (con 40,3 % (24 870) e infección mixta con 1,8 % (1 107), no se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,5 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (40,2 %), Antioquia (13,4 %), Córdoba (11,0 %), Risaralda (7,4 %), Nariño (6,7 %), Vaupés (6,5 %), Guainía (3,0 %); Buenaventura (2,7 %), Cauca (2,8 %), Bolívar (1,6 %) y Norte de Santander (1,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 80,5 % 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 22 de 2024

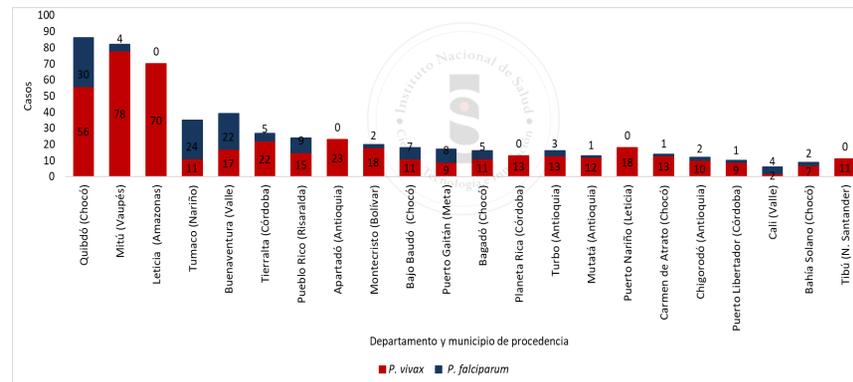
Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	Murindó	3	85	437	525	99,06
	Vigía del Fuerte	23	284	211	518	53,12
	Mutatá	2	26	530	558	37,11
	El Bagre	5	151	1 465	1 621	28,79
	Frontino	2	6	414	422	19,27
	Chigorodó	5	165	645	815	13,10
Bolívar	Montecristo	8	92	415	515	28,03
Buenaventura	Buenaventura	6	1 132	494	1 632	5,04
Cauca	Guapi	2	1 086	57	1 145	38,76
Chocó	Bagadó	98	2 078	1 209	3 385	285,82
	Lloró	291	921	777	1 989	187,45
	Río Quito	2	892	315	1 209	132,02
	Medio San Juan	37	644	474	1 155	98,18
	Atrato	10	491	147	648	94,72
	Tadó	24	1 233	558	1 815	90,06
	El Cantón del San Pablo	6	395	210	611	88,47
	Alto Baudó	24	1 086	791	1 901	60,80
	Medio Baudó	14	789	205	1 008	59,67
	Medio Atrato	40	477	130	647	50,18
	Bajo Baudó	8	222	1 300	1 530	45,09
	Quibdó	21	2 768	1 112	3 901	26,98
	Nuquí	1	250	219	470	25,78
	Istmina	10	462	271	743	21,97
Córdoba	Tierralta	40	570	3 125	3 735	37,42
	Puerto Libertador	6	132	1 432	1 570	34,57
	Valencia	5	49	361	415	10,77
	Montelíbano	5	21	490	516	5,96
Guainía	Inírida	3	8	1 735	1 746	46,05
Nariño	Roberto Payán	0	659	195	854	64,08
	Olaya Herrera	5	286	414	705	26,63
	Magüí	1	365	68	434	16,60
	Barbacoa	1	725	17	743	12,68
Risaralda	San Andrés de Tumaco	8	394	206	608	2,28
	Pueblo Rico	143	1 841	2 223	4 207	250,58
Vaupés	Mitú	88	600	3 164	3 852	158,55

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 22 se han notificado 1 130 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 25 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Córdoba, Amazonas, Vaupés, Nariño, Risaralda, Buenaventura, Bolívar, Norte de Santander y Meta notificaron el 83,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 51,8 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 14).

Figura 14. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024

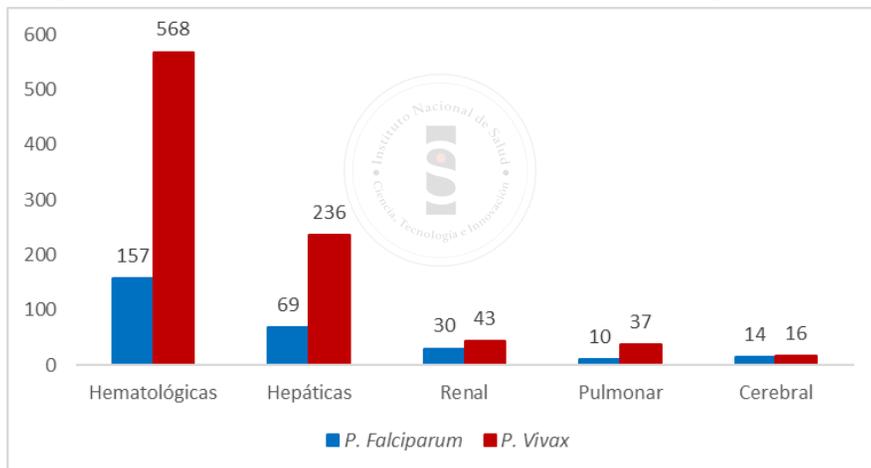


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 62,8 % (725) presentaron complicaciones hematológicas; 26,4 % (305) complicaciones hepáticas; 6,2 % (73 complicaciones renales; 4,0 % (47) complicación pulmonar y 2,5 % (30) a nivel cerebral (figura 15).

A semana epidemiológica 22 de 2024 se han notificado 16 casos probables de muerte por malaria, se encuentran pendientes por unidad de análisis: cinco (5) casos de Chocó (Quibdó, Bagadó, Cantón de San Pablo y Bajo Baudó), tres (3) casos de Risaralda (Pueblo Rico y Mistrató), un caso (1) de Vaupés (Mitú), un (1) caso de Cauca (Guapi), dos (2) casos de Nariño (Olaya Herrera) y un (1) caso Córdoba (Planeta Rica).

Figura 15. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024



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

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 22 el país se encuentra en situación de aumento, 12 departamentos y 32 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 22), cuatro (4) departamentos y 17 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 23); se realiza una comparación con las últimas cuatro semanas y las cuatro semanas previas para revisión de comportamientos inusuales.

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 18 a 22 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Risaralda	Pueblo Rico	4059	184	785	5
Vaupés	Mitú	3845	4	960	4
Córdoba	Tierralta	3597	384	673	5
Chocó	Bagadó	3273	120	576	5
Chocó	Lloró	1899	64	370	5
Chocó	Tadó	1757	97	329	5
Buenaventura	Buenaventura	1579	103	303	5
Chocó	Medio Baudó	998	70	195	5
Antioquia	Chigorodó	788	36	268	5
Chocó	El Cantón del San Pablo	588	57	99	5
Antioquia	Turbo	565	35	137	5
Antioquia	Mutatá	558	44	99	5
Antioquia	Murindó	512	32	84	5
Antioquia	Frontino	415	11	71	4
Chocó	Río Iro	397	8	116	4
Amazonas	Leticia	311	3	112	4
Chocó	Nóvita	305	30	69	5
Boyacá	Cubará	294	0	209	4
Chocó	Bahía Solano	274	22	66	5
Chocó	El Litoral del San Juan	221	18	73	5
Chocó	Condoto	220	9	51	4
Risaralda	Mistrató	199	11	39	4
Chocó	Sipí	191	6	20	4
Chocó	El Carmen de Atrato	133	1	18	4
Norte de Santander	Sardínata	126	6	21	4
Bolívar	Santa Rosa del Sur	103	3	19	4
Chocó	Acandí	50	8	14	4
Cali	Cali	36	0	13	4
Córdoba	San Andrés Sotavento	32	2	6	4
Risaralda	Pereira	24	0	8	4
Arauca	Saravena	11	0	10	4
Antioquia	Yolombó	3	0	3	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 18 a 22 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Antioquia	El Bagre	1 544	228	338	5
Caquetá	Florencia	20	1	6	4
Antioquia	Nechí	213	21	59	5
Antioquia	Caucasia	106	15	14	4
Bolívar	Achí	19	3	6	4
Cauca	López Micay	117	19	40	4
Chocó	Atrato	643	38	117	5
Chocó	Medio Atrato	632	111	121	5
Chocó	Nuquí	460	67	94	5
Chocó	Cértegui	204	20	48	4
Chocó	Ríosucio	92	14	17	5
Chocó	Río Quito	1 142	74	171	5
Chocó	Unión Panamericana	242	20	43	5
Córdoba	San José de Uré	33	2	12	4
Córdoba	Chinú	6	1	3	4
Guainía	Inírida	1 628	287	348	5
Meta	Puerto Concordia	27	4	9	4

Fuente: Siviigila, 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 22 de 2024 se han notificado 11 558 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 11 478 corresponde a residentes en Colombia y 80 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (23 de 2023 a 22 de 2024) es de 0,65 casos por 100 menores de 5 años.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 24. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 22 de 2023	Casos a SE 22 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Vichada	120	175	2,23
La Guajira	840	1084	2,15
Chocó	451	525	1,92
Guaviare	52	52	1,13
Guainía	24	28	0,84
Casanare	204	172	1,06
Arauca	147	204	1,30
Bogotá D.C	1 623	1 642	0,79
Vaupés	23	32	0,85
Amazonas	31	27	0,78
Putumayo	112	87	0,69
Magdalena	277	312	0,73
Risaralda	282	221	0,77
Cundinamarca	674	741	0,67
Caquetá	80	107	0,64
Boyacá	249	238	0,58
Cesar	340	395	0,69
Norte de Santander	336	328	0,58
Meta	244	250	0,58
Nariño	352	450	0,66
Huila	238	303	0,56
Antioquia	1 071	1 215	0,57
Tolima	190	248	0,55
San Andrés	7	4	0,37
Quindío	60	53	0,42
Bolívar	229	300	0,52
Buenaventura	65	115	0,50
Córdoba	279	295	0,39
Barranquilla	104	116	0,34
Cali	229	274	0,38
Valle del Cauca	266	285	0,42
Atlántico	204	215	0,40
Cauca	148	162	0,35
Santander	211	315	0,40
Cartagena	181	182	0,43
Sucre	173	121	0,32
Santa Marta D.E	48	57	0,30
Caldas	115	148	0,42
Total nacional	10 279	11 478	0,65

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 23 de 2023 a SE 22 de 2024

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

DANE, Proyecciones de población 2023.

El 71,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y 28,1 % como desnutrición aguda severa; el 8,4 % 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 y niñas menores de 1 año (30,5 %) y de 1 año (29,7 %). Según el área de residencia el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 66,8 %.

Para la semana epidemiológica 22 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Antioquia, La Guajira, Nariño, Cesar, Santander, Huila, Bolívar, Atlántico, Arauca, Caldas, 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 22 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	632	1215
La Guajira	620	1084
Nariño	263	450
Cesar	268	395
Santander	161	315
Huila	188	303
Bolívar	150	300
Atlántico	140	215
Arauca	115	204
Caldas	59	148
Buenaventura	38	115
Santa Marta	33	57

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 22 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 31 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 22 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	271	408
Bolívar	Magangué	19	85
Antioquia	Bello	44	80
Chocó	Quibdó	22	77
Santander	Barrancabermeja	17	76
Santander	Bucaramanga	40	58
Caldas	Manizales	19	54
Caquetá	Florencia	26	53
Arauca	Arauca	39	52
Risaralda	Pereira	39	52
Valle del Cauca	Palmira	25	52
Antioquia	Turbo	13	50
Cundinamarca	Zipaquirá	19	48
Tolima	Ibagué	21	46
Cundinamarca	Fusagasugá	28	42
Cundinamarca	Facatativá	25	42
Cundinamarca	Girardot	22	41
Cundinamarca	Mosquera	21	35
Atlántico	Malambo	13	33
Valle del Cauca	Jamundí	14	32
Córdoba	Sahagún	11	28
Risaralda	Dosquebradas	13	28
Santander	Girón	18	28
Boyacá	Duitama	11	26
Antioquia	Rionegro	13	24
Cundinamarca	Chía	10	22
Córdoba	Lorica	12	21
Nariño	Ipiales	12	21
Valle del Cauca	Tuluá	10	19
Valle del Cauca	Cartago	8	16
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	6	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 enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial de Boyacá. 29 de mayo de 2024

El 23 de mayo se presentó un brote de ETA en una institución educativa. Se identificaron 17 casos de 409 expuestos, para una tasa de ataque del 4,2 %. No se reportaron hospitalizaciones ni muertes. Se llevaron a cabo acciones de control como investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria e institucional, visita de inspección, vigilancia y control y seguimiento a casos. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá.

Caso de rabia animal en Sucre. 2 de junio de 2024

El 31 de mayo, se confirmó caso de rabia animal en felino de 7 meses sin antecedente vacunal. El caso inició síntomas el 22 de mayo y falleció el 27 de mayo. Se han identificado siete (7) contactos humanos con exposición grave a quienes se les inicia esquema profiláctico y cinco contactos animales que se encuentran en seguimiento. Se identificaron factores de riesgo en la zona como circulación viral en ciclo silvestre, ciénagas, árboles frutales, murciélagos frugívoros y zarigüeyas. Antecedentes de rabia animal en el departamento en 2021 y 2023. Se han adelantado acciones de vigilancia en salud pública. El 1 de junio se realizó sala de análisis de riesgo nacional. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Sucre.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 22 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 altamente 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. Sarampión en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 4 de junio de 2024

En 2024, hasta el 08 de mayo, se han notificado 121 413 casos confirmados de sarampión, por 166 estados en el mundo, representando un incremento del 94 % comparado con el mismo periodo en 2023 (62 642). En la región de Las Américas, entre las semanas epidemiológicas 01 y 21 de 2024, se han confirmado 234 casos (233 por laboratorio y 1 por nexo epidemiológico) en siete (7) países y en las Islas Turcas y Caicos; el máximo número de casos se registró en la semana epidemiológica 12, con una tendencia al descenso que se ha mantenido desde la semana epidemiológica 13. Los países que han reportado casos son: Estados Unidos (142), Canadá (77), México (6), Argentina (3), Perú (2), Bolivia (1) y Brasil (1); en Islas Turcas y Caicos en semana epidemiológica 20 se notificaron 2 casos. El 35 % de los casos corresponde al grupo de 1 a 4 años, seguido por el de 20 a 29 años con un 28 %. La OPS recomienda implementar actividades de intensificación de vacunación, fortalecimiento de acciones de vigilancia en zonas de alto riesgo, frontera y con silencio epidemiológico, implementar búsqueda activa por laboratorio en muestras de suero obtenidas para la vigilancia del dengue, fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud principalmente en zonas de riesgo, revisión de los planes operativos de preparación y respuesta rápida, comunicación del riesgo y otras orientaciones que pueden implementarse en el contexto de eventos masivos y viajeros internacionales.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 4 de junio de 2024. Fecha de consulta: 5 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-3-junio-2024>

Brote mundial de Mpox. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 31 de mayo de 2024

Desde el 01 de enero de 2022 hasta el 30 de abril de 2024, se notificaron a la OMS un total acumulado de 97 208 casos de Mpox confirmados por laboratorio, incluidas 186 muertes, en 117 países.

En abril de 2024, 27 países reportaron 528 nuevos casos confirmados de Mpox y una muerte incluida. La mayoría de los casos en abril de 2024 se notificaron en la región de las Américas (43,8 %), seguida de la región de África (29,9 %) y la región de Europa (20,6 %); la región del Mediterráneo Oriental no reportó casos en este mes. En la región de África, la República Democrática del Congo notificó la mayor parte (99,6 %) de los casos confirmados de Mpox en el mismo período.

Al 30 de abril de 2024, los diez países que han notificado el mayor número acumulado de casos confirmados a nivel mundial son los Estados Unidos de América (32 820), Brasil (11 212), España (7 992), Colombia (4 226), Francia (4 218), México (4 097), Reino Unido (3 928), Alemania (3 841), Perú (3 812) y China (2 357). En conjunto, estos países representan el 80,8 % de los casos notificados a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Brote mundial de Mpox. Fecha de publicación: 31 de mayo de 2024. Fecha de consulta: 1 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report-33--31-may-2024>

Situación mundial de dengue. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 30 de mayo de 2024

En 2024, con corte al 30 de abril, se han notificado a la OMS más de 7,6 millones de casos de dengue, incluidos 3,4 millones de casos confirmados, más de 16 000 casos graves y más de 3 000 muertes. En los últimos cinco años se ha notificado un aumento sustancial de los casos de dengue en todo el mundo, siendo particularmente pronunciado en la región de las Américas, donde el número de casos sospechosos a finales de abril de 2024 fue de 7 517 060, superando el máximo anual de 4,6 millones de casos en 2023.

Actualmente, 90 países han reportado la transmisión activa del dengue en 2024, sin embargo, muchos países endémicos no cuentan con mecanismos sólidos de detección y notificación, por lo que se subestima la verdadera carga del dengue a nivel mundial.

Con el fin de controlar la transmisión de manera más eficaz, se necesita una vigilancia sólida del dengue en tiempo real para abordar las preocupaciones sobre posibles casos no detectados, la circulación simultánea y el diagnóstico erróneo como otros arbovirus, y los movimientos de viaje no registrados. Estos factores podrían contribuir a la propagación de enfermedades no reconocidas y establecer un riesgo potencial de transmisión local en países no endémicos.

Dada la escala actual de los brotes de dengue, el riesgo potencial de una mayor propagación internacional y la complejidad de los factores que afectan a la transmisión, el riesgo general a nivel mundial sigue siendo alto y, por lo tanto, el dengue sigue siendo una amenaza mundial para la salud pública.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación mundial de dengue. Fecha de publicación: 30 de mayo de 2024. Fecha de consulta: 1 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518>

Seguimiento comportamiento de eventos de interés en salud pública por el 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 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 presentaron más de 929 incendios de cobertura vegetal y 245 casos de desabastecimiento de agua en el territorio colombiano. Por monitoreo de medios, para esta semana se ha identificado un incendio de coberturas vegetales en Barranquilla. En límites con Venezuela se reportaron tres incendios, afectando la calidad del aire de algunas ciudades colombianas.

Se intensificó la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) en municipios priorizados por la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, observándose que se mantiene incremento de dengue en 19 departamentos; aumento de malaria en seis (6) departamentos, Infección Res-

piratoria Aguda Grave (IRAG) inusitado en 16 departamentos y enfermedad diarreica aguda en 11 departamentos. Se identifican varios municipios con aumento sostenido de casos de dengue, malaria, IRA y COVID-19 en las últimas semanas (tablas 27, 28 y 29).

Tabla 27. Municipios priorizados con incremento sostenido de enfermedades vectoriales, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024

Región	Departamento	Municipio	Eventos de interés en Salud Pública	
			Dengue	Malaria
Caribe	Bolívar	Montecristo	Muy alto	Muy alto
Caribe	Bolívar	Tiquisio	Muy alto	Bajo
Caribe	Córdoba	Puerto Libertador	Muy alto	Muy alto
Caribe	Córdoba	Tierralta	Muy alto	Muy alto
Andina	Norte de Santander	Sardinata	Muy alto	Muy alto
Orinoquía	Meta	La Macarena	Bajo	Moderado
Amazonía	Guaviare	Calamar	Muy alto	Moderado

Fuente: Sivigila INS

*La tabla muestra únicamente los municipios que han experimentado dos o más semanas con aumentos relacionados con EISP. Se recomienda consultar el Portal Sivigila para obtener información específica sobre los municipios en aumento para dengue.

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 28. Municipios priorizados con incremento sostenido de IRA y COVID-19, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024

Evento	Situación	Municipios
IRA	Aumento de casos en las últimas cuatro (4) semanas continuas	Cañasgordas, Repelón, Arjona, Hatillo de Loba, Pinillos, Río Viejo, Turbaná, Villanueva, Cucaita, San Pablo de Borbur, Tenza, La Sierra, Chiriguana, La Jagua de Ibirico, Pailitas, Pelaya, Puerto Libertador, El Colegio, Junín, Pulí, Quetame, San Bernardo, Tibacuy, Ubalá, Barrancas, Maicao, Riohacha, San Juan del Cesar, Uribí, Algarrobo, Ciénaga, Concordia, Santa Marta, Cucutilla, El Tarra, Sardinata, Tibú, Guática, Rionegro, Chalán, San Marcos, Prado, Cumaribo.
	Aumento de casos en las últimas tres (3) semanas continuas	Distracción, El Banco, Coveñas.
	Aumento de casos en las últimas dos (2) semanas continuas	Lorica, Chaparral, Coyaima.
	Aumento de casos en la última semana	Suan, El Carmen de Bolívar, Mahates, Margarita, San Cristóbal, San Jacinto, San Jacinto del Cauca, Santa Rosa, Soplaviento, Chita, Covarachía, Güicán de la Sierra, Santana, Cartagena del Chairá, Curillo, El Paujil, Caldono, Becerril, El Copey, Pueblo Bello, San Diego, Tierralta, Fosca, Quebradanegra, Tibirita, Viotá, Fonseca, Hatonuevo, Manaure, Aracataca, Zona Bananera, Chitagá, Convención, La Esperanza, La Playa, El Playón, Los Santos, Ovejas, Fresno.
COVID-19	Aumento de casos en las últimas tres (3) semanas continuas	El Carmen, San Benito.
	Aumento de casos en las últimas dos (2) semanas continuas	Distracción, Convención.
	Aumento de casos en la última semana	Coveñas

Fuente: Sivigila INS

Para esta semana no se identificaron 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, 12 estaciones reportan riesgo con nivel moderado. En Bogotá D.C, según reportes de IBOCA, tres (3) estaciones en riesgo moderado y las demás en riesgo bajo. Para Norte de Santander, Cúcuta presenta 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 encuentran 19 estaciones de monitoreo en nivel moderado.

En cuanto a municipios con reporte de desabastecimiento de agua, se identificó aumento en casos de EDA en Suan (Atlántico) y Pulí (Cundinamarca).

Tabla 29. Municipios priorizados con incremento sostenido de EDA, DNT y accidente ofídico, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2024

Región	Departamento	Municipio	Eventos de interés en Salud Pública		
			EDA	DNT	ACC. OFÍDICO
Caribe	Atlántico	Repelón	Red	Verde	Verde
Caribe	Bolívar	Córdoba	Verde	Naranja	Verde
Caribe	Bolívar	Pinillos	Verde	Verde	Verde
Caribe	Bolívar	San Cristóbal	Verde	Verde	Verde
Caribe	Cesar	Astrea	Verde	Verde	Verde
Caribe	Cesar	El Copey	Verde	Verde	Verde
Caribe	Cesar	Pelaya	Verde	Verde	Verde
Caribe	Cesar	Pueblo Bello	Verde	Verde	Verde
Caribe	Cesar	Tamalameque	Verde	Verde	Verde
Caribe	Córdoba	Planeta Rica	Verde	Verde	Verde
Caribe	Córdoba	San Bernardo del Viento	Verde	Verde	Verde
Caribe	Córdoba	Tierralta	Verde	Verde	Verde
Caribe	La Guajira	San Juan del Cesar	Verde	Verde	Verde
Caribe	Magdalena	Puebloviejo	Verde	Verde	Verde
Caribe	Magdalena	Santa Marta	Verde	Verde	Verde
Caribe	Sucre	Ovejas	Verde	Verde	Verde
Andina	Antioquia	Cañasgordas	Verde	Verde	Verde
Pacífica	Chocó	Riosucio	Verde	Verde	Verde
Orinoquía	Arauca	Fortul	Verde	Verde	Verde
Orinoquía	Arauca	Tame	Verde	Verde	Verde
Amazonía	Guaviare	Calamar	Verde	Verde	Verde

Fuente: Sivigila INS

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

Según la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica (NOAA) y el Boletín No. 190 del IDEAM con el seguimiento al ciclo ENOS El Niño-oscilación del sur del 23 de mayo, se ha observado un debilitamiento en las características de El Niño y un cambio hacia la fase neutral en las condiciones oceánicas y atmosféricas. Esta transición, sumada a las variaciones climáticas propias de la temporada, influirá en el clima del país, siendo modulado por la evolución de este evento en su fase de finalización, así como por las oscilaciones intraestacionales y el tránsito de ondas en el Atlántico tropical. Por lo anteriormente mencionado, se finaliza el seguimiento al fenómeno de El Niño por parte de Grupo de Vigilancia y Control de Factores de Riesgo Ambiental y se continuará con de monitoreo de medios rutinario.

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

La primera temporada de lluvias que se viene presentando desde finales de abril 2024 en gran parte del territorio nacional, ha afectado en las últimas semanas los departamentos de Antioquia, Casanare, Santander, Quindío, Valle del Cauca, Atlántico, Bolívar, Córdoba, Sucre, Meta, La Guajira, Chocó y Risaralda. No se tiene reporte de instalación de ATE.

Las fuertes lluvias generaron estragos en viviendas en Bojayá (Chocó), la Unidad de Gestión de Riesgo Departamental respondió oportunamente a las emergencias. De igual manera, las fuertes precipitaciones en varios municipios de Casanare generaron el desbordamiento de ríos y quebradas, inundando barrios, con alrededor de 4.000 damnificados y dos (2) fallecidos; no se han reportado ATE y los organismos de emergencia municipales dieron respuesta oportuna a las eventualidades presentadas.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 22

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.

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			Hepatitis A			IRAG inusitado			Malaria		
	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		
	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	1	0	185	25	33	551	15	79	1	0	0	5	2	0	619	59	200
Antioquia	307	16	9	8.358	1.212	1.426	5.597	254	1.575	916	27	111	66	10	7	8.247	880	1.648
Arauca	63	3	5	378	48	78	862	69	300	1	1	0	32	6	2	25	1	5
Atlántico	60	3	7	1.837	242	307	1.227	47	226	1	1	0	5	0	1	2	0	1
Barranquilla	3	1	0	1.632	198	262	1.426	38	238	9	2	1	23	2	11	0	0	0
Bogotá	1	0	0	10.095	1.599	1.689	0	0	0	70	15	9	58	4	5	0	0	0
Bolívar	101	5	3	1.355	185	234	2.596	136	542	0	1	0	6	1	0	1.022	162	267
Boyacá	33	1	1	2.895	427	533	847	34	301	6	1	4	0	0	0	347	0	132
Buenaventura	9	0	0	76	10	11	410	19	73	0	0	0	0	0	0	1.679	116	294
Caldas	33	1	2	1.711	257	295	1.084	26	386	23	2	2	23	5	2	84	0	6
Calí	4	0	0	2.157	400	340	22.401	441	5.117	193	26	39	48	6	6	41	0	13
Caquetá	93	4	2	510	77	81	1.497	91	389	2	0	0	4	0	1	61	4	7
Cartagena	13	0	1	1.006	105	140	884	62	164	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Casanare	70	4	3	793	96	124	2.042	223	816	4	2	0	0	0	0	12	2	2
Cauca	64	4	4	2.434	410	365	5.679	74	1.384	325	1	65	7	1	0	1.703	387	382
Cesar	126	8	8	1.243	164	235	1.660	174	275	2	1	1	43	7	5	24	2	2
Chocó	87	4	3	81	18	1.126	44	190	1	0	0	14	2	0	24.549	2.370	4.346	
Córdoba	196	10	1	2.298	327	378	1.962	163	436	0	1	0	2	0	1	6.764	781	984
Cundinamarca	51	2	3	6.023	901	990	7.495	224	2.048	16	3	1	21	3	1	0	0	0
Guainía	6	1	0	50	9	10	109	11	53	1	0	0	0	0	0	1.797	273	376
Guaviare	45	2	0	144	21	22	612	26	257	5	0	0	1	0	0	415	151	67
Huila	58	3	1	2.602	371	423	15.279	204	3.098	4	1	0	14	2	5	0	0	0
La Guajira	69	3	6	1.009	141	191	803	68	68	1	1	0	4	1	0	21	1	2
Magdalena	75	5	3	1.162	185	194	789	54	120	2	1	0	22	4	2	5	1	0
Meta	137	6	9	1.753	239	266	3.568	311	1.015	13	4	1	25	4	3	148	72	41
Nariño	56	2	3	3.132	462	561	1.996	47	268	9	1	3	16	2	4	4.147	1.226	662
Norte de Santander	145	8	5	2.808	351	508	5.733	155	1.425	48	26	5	9	1	1	753	192	159
Putumayo	72	3	2	784	99	125	3.336	97	1.183	0	0	0	1	0	0	26	4	5
Quindío	11	0	0	1.222	203	185	3.179	17	1.061	4	2	0	3	1	0	31	2	4
Risaralda	24	1	0	1.752	286	300	3.562	22	1.410	14	5	1	16	3	4	4.497	137	837
San Andrés	0	0	0	159	21	21	131	3	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	23	1	0	915	94	154	385	16	47	1	0	0	11	2	1	0	0	0
Santander	94	4	5	3.262	458	530	16.431	334	4.680	14	7	1	18	4	1	11	1	5
Sucre	59	2	4	1.220	180	206	737	163	158	0	1	0	19	0	18	44	4	3
Tolima	78	3	3	2.887	426	497	15.093	555	3.132	8	3	0	26	5	2	13	0	10
Valle del Cauca	29	1	2	3.450	544	547	34.681	432	6.907	30	2	2	18	3	0	48	5	16
Vaupés	28	1	0	66	11	11	167	10	36	0	0	0	0	0	0	4.042	10	1.075
Vichada	20	1	0	82	17	13	84	4	40	0	0	0	0	0	0	247	184	53
Total nacional	2.366	114	95	73.526	10.811	12.303	166.021	4.663	39.517	1.724	141	379	566	75	83	61.643	7.117	11.643

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

Departamento	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		
	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		
	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	2.683	894	779	351	12	114	0	0	0	1.524	403	307	4	1	1
Antioquia	83	33	27	399.070	78.486	92.500	18.918	2.578	3.890	2.501	72	554	188.876	35.933	30.867	278	77	47
Arauca	5	1	1	10.718	2.306	2.279	791	128	188	15	1	3	3.786	887	755	18	5	2
Atlántico	10	3	5	73.209	10.641	17.720	1.265	201	322	403	59	109	24.604	4.845	5.660	77	19	9
Barranquilla	19	6	5	92.912	16.222	24.315	3.376	304	774	464	54	83	33.880	8.334	6.535	70	29	11
Bogotá	118	37	42	789.543	161.363	193.564	32.119	8.218	8.801	4.027	909	1.101	389.769	60.065	58.053	329	79	80
Bolívar	8	4	3	55.692	11.602	11.472	1.465	206	211	328	2	42	17.373	3.435	3.508	50	21	9
Boyacá	7	4	3	61.034	15.214	15.061	2.903	604	820	202	33	53	29.747	4.449	4.402	55	12	9
Buenaventura	7	1	1	3.931	1.273	665	134	0	26	5	0	0	1.332	566	193	23	8	6
Caldas	9	2	4	33.267	8.491	7.462	1.256	363	335	403	37	94	16.781	2.830	2.628	31	9	1
Cali	28	16	11	125.204	26.502	29.598	2.351	662	401	175	43	40	50.636	13.748	10.504	103	26	15
Caquetá	10	2	5	12.861	3.954	3.847	881	175	262	38	3	14	10.186	1.722	1.925	18	5	2
Cartagena	14	5	3	88.333	16.388	18.599	2.058	322	483	531	102	93	23.678	4.405	5.382	74	22	9
Casanare	0	1	0	12.737	2.666	3.044	301	66	90	40	0	11	7.120	1.380	1.200	28	7	7
Cauca	19	2	4	54.815	10.738	10.689	2.046	237	464	167	2	32	35.272	5.016	6.600	76	22	10
Cesar	6	5	2	45.555	11.959	9.727	3.408	548	791	180	24	34	13.183	5.258	2.709	70	26	13
Chocó	6	2	0	16.832	1.752	2.783	746	159	122	16	0	2	6.880	850	1.069	68	16	7
Córdoba	16	2	3	81.474	13.012	18.514	2.172	347	458	585	30	101	24.711	5.565	4.129	118	37	18
Cundinamarca	27	8	6	177.173	30.114	44.578	6.432	1.082	1.680	914	69	209	89.638	12.614	14.129	148	37	28
Guainía	0	1	0	863	191	174	89	21	22	0	0	0	739	167	149	2	1	0
Guaviare	3	1	2	3.041	713	749	94	49	16	16	0	1	1.633	329	253	1	2	0
Huila	15	3	4	51.011	12.484	15.076	2.690	440	718	209	40	65	23.638	4.186	3.535	64	15	8
La Guajira	8	1	4	95.886	11.861	18.391	2.309	578	492	68	30	10	18.627	4.350	4.299	121	34	24
Magdalena	1	2	0	44.280	7.850	8.857	1.354	166	318	60	0	9	17.072	4.100	2.983	53	18	11
Meta	8	2	2	33.134	8.475	8.192	1.392	208	276	205	22	25	26.471	5.108	4.360	59	16	11
Nariño	22	8	9	64.288	17.239	14.256	3.082	560	810	66	10	9	22.769	7.575	4.576	81	18	15
Norte de Santander	29	6	17	84.001	13.575	20.910	4.720	760	958	407	40	94	26.051	6.021	4.418	78	22	14
Putumayo	5	2	2	13.926	3.101	4.190	570	156	165	16	0	2	5.324	1.103	952	22	5	4
Quindío	0	1	0	27.856	6.543	6.121	1.435	350	329	184	18	41	16.935	2.587	2.814	22	5	2
Risaralda	7	3	2	49.875	9.024	9.861	2.142	326	484	192	16	33	19.933	4.221	3.093	41	10	7
San Andrés	0	1	0	3.930	862	637	235	79	60	0	1	0	1.480	289	228	6	1	0
Santa Marta D.E.	4	1	2	28.256	2.322	7.309	967	153	255	439	24	86	8.843	1.216	1.652	25	10	5
Santander	22	7	5	99.850	13.185	23.550	8.068	811	1.697	1.243	71	225	42.047	8.010	8.280	63	22	12
Sucre	4	4	4	33.484	7.895	7.232	2.552	550	588	518	77	95	10.882	3.035	2.310	60	17	7
Tolima	16	4	7	52.046	14.321	12.464	3.195	470	829	236	55	64	28.282	5.231	4.764	50	16	11
Valle del Cauca	17	10	4	66.090	14.872	16.226	1.226	298	330	242	5	49	35.857	7.211	6.102	70	18	14
Vaupés	3	1	3	1.193	209	312	62	11	17	8	0	0	413	88	81	9	1	1
Vichada	2	1	0	2.457	352	830	16	6	6	1	0	0	1.728	147	681	18	3	3
Total nacional	564	188	194	2.892.510	568.651	682.533	119.171	22.204	28.602	15.104	1.849	3.383	1.277.700	239.606	216.085	2.483	691	433

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Desnutrición
- Brotos
- Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

Departamento	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Tipo de casos incluidos para el análisis									Casos confirmados por laboratorio								
	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	14	5	3	65	2	7
Antioquia	4	6	0	299	86	49	34	3	1	101	53	15	1.079	229	194	2.025	51	41
Arauca	0	0	0	12	1	2	2	0	0	2	1	1	87	10	11	97	2	1
Atlántico	0	2	0	34	9	5	0	1	0	3	0	2	331	78	66	218	0	13
Barranquilla	0	1	0	38	6	3	0	1	0	20	2	6	230	57	51	702	12	21
Bogotá	7	6	0	568	223	107	358	3	4	218	144	73	1.902	463	379	6.406	122	127
Bolívar	1	1	0	11	5	3	1	1	0	1	2	0	159	55	20	60	3	0
Boyacá	2	1	0	82	18	5	16	1	1	10	6	2	304	108	51	587	12	8
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	3	1	14	0	0
Caldas	0	1	0	32	7	5	1	0	0	2	3	0	153	45	19	218	2	2
Cali	4	2	0	70	28	13	1	1	0	4	7	0	446	115	52	1.231	11	17
Caquetá	0	1	0	11	3	4	0	0	0	5	4	1	61	16	10	45	1	0
Cartagena	0	1	0	34	4	1	1	1	0	2	1	1	142	77	12	170	5	12
Casanare	2	1	0	19	2	8	5	0	1	2	2	0	96	30	12	122	1	1
Cauca	4	2	0	40	11	5	0	1	0	3	5	1	166	46	24	392	5	5
Cesar	1	2	0	22	6	2	2	1	0	1	4	0	202	39	29	282	13	10
Chocó	0	1	0	9	0	2	2	0	0	41	6	3	32	3	10	31	0	2
Córdoba	1	2	0	39	27	4	1	1	0	1	1	0	474	84	82	418	3	36
Cundinamarca	2	3	0	157	40	35	70	1	2	53	31	19	0	1	0	1.026	15	17
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	803	190	166	4	1	0
Guaviare	0	0	0	3	1	0	2	0	0	1	0	0	29	3	6	7	0	0
Huila	2	1	0	68	18	10	3	1	0	18	11	8	206	66	30	264	3	2
La Guajira	0	1	0	15	4	0	1	1	0	0	1	0	142	55	29	162	1	7
Magdalena	0	1	0	7	4	3	1	1	0	2	1	1	102	52	11	49	1	1
Meta	6	1	0	28	8	4	5	1	0	13	7	4	232	66	57	192	4	2
Nariño	5	2	0	62	12	16	3	1	0	36	17	10	417	69	70	284	10	10
Norte de Santander	4	2	1	101	22	19	2	1	0	8	10	2	382	76	69	311	5	9
Putumayo	0	0	0	30	5	5	1	0	0	5	1	1	67	17	11	223	19	22
Quindío	0	0	0	17	5	3	0	0	0	4	1	0	122	37	25	235	10	5
Risaralda	3	1	0	40	6	14	1	0	0	1	2	1	211	54	37	150	4	1
San Andrés	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	11	3	2	17	1	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	9	1	4	54	8	16	128	2	0
Santander	1	2	0	38	10	5	0	1	0	28	14	7	322	79	48	754	9	11
Sucre	3	1	0	30	12	6	1	1	0	19	11	4	196	47	43	240	1	16
Tolima	4	1	0	27	11	1	2	1	0	16	8	4	279	117	52	233	8	5
Valle del Cauca	1	2	0	65	12	7	1	1	0	1	2	0	440	128	44	584	11	11
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	1	4	0	1
Viracacha	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	29	5	7	11	0	1
Total nacional	58	49	1	2.010	607	346	519	27	9	631	366	170	9.963	2.501	1.750	17.961	350	424

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Desnutrición
- Brotos
- Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna	
	Tipos de casos incluidos para el análisis		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	
	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	23	27	0	0	2	1	20	48	5	5	6	52	1	0
Antioquia	1	0	3	4	632	1.215	1	0	2	6	2.197	2.530	570	333	177	562	11	7
Arauca	1	0	0	0	115	204	0	0	2	0	81	71	9	8	2	7	1	0
Atlántico	1	0	1	1	140	215	0	0	2	2	347	447	0	0	15	53	4	1
Barranquilla	0	0	2	0	82	116	0	0	1	3	367	421	0	0	26	153	3	3
Bogotá	0	0	0	0	1.355	1.642	2	0	2	15	1.721	2.382	0	0	36	68	12	8
Bolívar	0	0	0	1	150	300	0	0	1	0	212	282	184	156	27	84	5	3
Boyacá	0	3	1	0	209	238	0	0	1	0	394	475	44	116	5	14	2	2
Buenaventura	0	0	0	0	38	115	0	0	0	0	33	54	7	5	21	50	2	0
Caldas	0	0	1	0	59	148	0	0	23	3	496	507	73	72	15	94	1	1
Cali	0	0	8	1	200	274	0	0	7	4	678	742	1	1	47	83	4	2
Caquetá	0	0	1	0	85	107	0	0	0	0	109	85	112	78	34	278	2	0
Cartagena	0	0	2	0	69	182	0	0	1	1	226	258	1	1	59	103	4	0
Casare	8	3	2	1	153	172	0	0	1	1	125	102	4	1	5	16	1	1
Cauca	0	0	1	1	135	162	0	0	1	2	354	408	33	14	19	66	4	3
Cesar	4	0	0	0	268	395	0	0	0	0	252	303	30	74	25	49	5	7
Chocó	0	0	1	1	236	525	0	0	1	0	41	74	117	93	19	49	5	7
Córdoba	0	1	1	0	238	295	0	0	4	0	407	461	67	59	17	61	4	5
Cundinamarca	0	0	10	1	496	741	0	0	4	2	854	1.069	81	68	32	81	7	4
Guainía	0	0	0	0	28	28	0	0	0	1	11	9	9	5	3	1	0	0
Guaviare	0	1	1	0	56	52	0	0	2	0	23	27	167	66	10	22	0	0
Huila	0	0	1	0	188	303	0	0	2	10	367	326	6	0	30	119	2	5
La Guajira	0	0	0	0	620	1.084	0	0	0	0	104	135	13	6	4	9	10	6
Magdalena	0	0	0	0	225	312	0	0	1	1	146	165	3	6	5	21	6	0
Meta	0	0	3	0	168	250	0	0	3	2	303	309	95	72	8	8	5	2
Nariño	0	0	0	1	263	450	0	0	19	0	573	626	172	37	12	38	7	5
Norte de Santander	0	0	3	0	283	328	1	3	16	1	410	445	113	50	16	48	5	4
Putumayo	0	0	12	2	90	87	0	0	11	1	145	106	118	78	6	19	2	1
Quindío	0	0	1	2	48	53	0	0	2	2	242	200	1	0	28	112	1	0
Risaralda	0	0	3	4	140	221	0	0	0	4	506	511	60	83	64	140	2	1
San Andrés	0	0	0	1	4	4	0	0	0	1	9	10	0	0	0	2	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	33	57	0	0	8	1	111	179	4	4	15	59	4	1
Santander	1	0	7	10	161	315	0	0	3	1	583	743	300	187	23	115	4	2
Sucre	0	0	1	0	100	121	0	1	4	0	187	285	51	31	17	32	3	2
Tolima	0	0	11	2	130	248	0	0	5	1	530	491	154	78	118	274	4	0
Valle del Cauca	0	0	4	6	148	285	0	0	4	2	565	502	8	7	73	192	2	1
Vaupés	0	0	0	0	39	32	0	0	1	0	20	28	27	16	9	21	0	0
Vichada	0	0	0	0	100	175	0	0	0	0	9	16	21	2	1	2	1	0
Total nacional	16	9	83	39	7.508	11.478	4	4	136	68	13.756	15.832	2.694	1.834	1.029	3.157	133	84

- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Desnutrición
- Brotos
- Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

Departamento	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	
	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	3	2	0	0	1	2	1	1	7	4	0	0	25	27	1	0	162	256
Antioquia	6	6	25	14	6	14	58	189	72	60	507	575	3	1	1.297	1.816	43	50	8.487	7.344
Arauca	1	0	0	1	1	1	3	3	20	7	74	63	0	0	58	67	1	0	344	615
Atlántico	0	0	2	4	2	3	13	16	19	10	150	134	3	2	181	208	7	6	860	1.141
Barranquilla	0	2	2	1	1	0	11	13	36	20	188	193	1	0	306	425	5	12	799	1.125
Bogotá	0	1	21	12	0	0	67	212	65	60	403	427	0	0	517	627	16	18	7.597	13.740
Bolívar	1	2	4	6	3	0	10	7	22	18	126	150	3	3	76	105	2	1	903	1.068
Boyacá	0	0	2	5	1	0	11	17	7	9	44	48	1	1	65	82	1	4	1.282	1.959
Buenaventura	0	4	1	0	1	1	3	0	9	12	61	43	0	0	77	65	5	0	117	160
Caldas	0	0	1	0	0	0	9	3	8	6	53	54	0	0	143	158	1	3	1.056	1.312
Cali	1	1	6	5	1	0	19	9	13	15	202	282	0	0	591	637	18	31	2.920	3.078
Caquetá	0	0	4	4	1	0	4	0	3	5	36	49	0	0	97	145	2	6	393	496
Cartagena	0	1	4	4	1	0	9	26	33	32	128	193	1	0	171	208	1	4	440	634
Casanare	1	1	0	2	1	0	4	7	14	7	56	77	0	0	67	65	1	0	343	454
Cauca	3	0	4	3	1	0	13	2	11	10	84	77	0	0	120	156	1	2	1.217	1.473
Cesar	3	2	5	6	8	4	12	7	20	12	153	115	2	0	168	237	1	3	936	977
Chocó	10	30	14	26	10	18	5	0	19	28	104	117	1	1	82	128	0	2	126	168
Córdoba	1	2	5	5	2	8	16	11	13	11	141	133	5	0	115	126	1	5	1.370	1.512
Cundinamarca	0	0	7	9	1	0	30	21	29	31	158	201	1	1	201	266	6	5	4.192	5.746
Guainía	0	2	1	1	1	0	1	0	3	0	7	6	0	0	7	14	0	0	46	84
Guaviare	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	11	15	0	0	16	17	1	0	103	149
Huila	0	0	3	3	2	1	10	3	6	4	68	67	1	0	171	276	3	4	2.360	2.622
La Guajira	10	14	18	15	25	18	9	0	32	14	162	166	1	0	188	294	2	9	503	613
Magdalena	1	1	7	7	6	4	8	2	15	11	100	122	2	0	72	83	2	2	592	626
Meta	1	1	3	3	3	1	10	2	18	26	109	121	0	0	241	306	8	8	756	1.156
Nariño	2	1	5	4	4	1	14	12	8	8	106	114	1	0	75	91	2	2	1.491	1.804
Norte de Santander	2	0	4	0	2	4	14	23	41	40	218	228	0	1	268	371	6	7	1.390	1.597
Putumayo	1	0	2	2	2	1	3	2	3	3	42	35	1	0	41	52	1	3	430	566
Quindío	0	0	2	3	0	0	5	3	5	2	42	37	0	0	107	122	2	1	915	1.093
Risaralda	4	4	3	6	3	6	8	1	12	13	75	89	0	0	259	256	12	16	1.366	1.528
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	4	0	0	4	6	0	0	48	115
Santa Marta D.E.	1	0	1	0	0	1	5	4	8	10	48	70	1	0	96	141	1	3	264	320
Santander	0	5	2	4	1	2	20	20	27	24	183	201	2	0	343	534	11	14	2.255	2.711
Sucre	0	0	3	5	0	6	8	5	12	6	93	84	3	0	42	45	0	1	721	923
Tolima	1	2	5	8	1	2	12	8	13	13	75	63	2	1	217	312	4	6	984	1.369
Valle del Cauca	1	1	6	5	3	2	17	17	12	9	126	162	1	0	287	305	8	11	2.539	2.808
Vaupés	2	3	1	2	0	0	1	0	1	1	2	2	0	0	7	10	0	0	76	87
Vichada	1	2	1	2	3	4	1	0	2	4	16	22	0	0	14	13	0	0	60	120
Total nacional	59	88	196	180	102	102	446	647	635	543	4.161	4.543	34	11	6.812	8.796	175	239	50.445	63.549

Semana Epidemiológica

26 de mayo al 1 de junio de 2024

22

Tema central

Mitos y verdades en inocuidad de alimentos

Lady Catalina Morales, lmoralesg@ins.gov.co

Jhonny Eddison Vargas, jvargash@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/10.33610/23576189.2024.22>

2024

Situación nacional

Grupo Sivigila, sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohana 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

Brotos

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



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co