

La Rabia

*Vigilancia integrada en Colombia,
a semana epidemiológica 37 de 2024*

¡Sin casos de rabia humana desde hace tres años!
En 2024, el aumento de agresiones por animales potenciales
transmisores de rabia fue de 1,6% con respecto a 2023
y 17,6% respecto a 2022.



Tema central:

La Rabia

Vigilancia integrada en Colombia,
a semana epidemiológica 37 de 2023



Situación nacional



Mortalidad



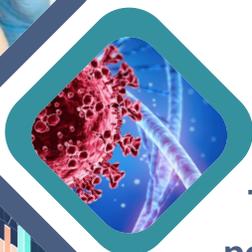
Eventos trazadores



Desnutrición



Brotos



Tablas de mando por departamento



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

La Rabia, Vigilancia integrada en Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2024

Alejandra Pinilla Farías, ipinilla@ins.gov.co

Flavio Garzon romero, fgarzon@ins.gov.co

¡Sin casos de rabia humana desde hace tres años! En 2024, el aumento de agresiones por animales potenciales transmisores de rabia fue de 1,6% con respecto a 2023 y 17,6% respecto a 2022.

La rabia es una enfermedad zoonótica, desatendida, causada por un virus RNA neurotrópico del orden *Mononegavirale*, familia *Rhabdoviridae*, género *Lyssavirus*, que cuenta con 16 especies (1), y genera una encefalomiелitis aguda. La rabia es la enfermedad con la más alta letalidad dentro de todas las enfermedades infecciosas, ya que una vez iniciada la sintomatología no hay cura; sin embargo, con un enfoque terapéutico adecuado desde la detección de la exposición al virus, la sobrevida es del 100 % (2). De esta manera, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, como evento de interés en salud pública, se evalúan en el contexto del riesgo de transmitir esta enfermedad (3).

A nivel mundial, anualmente mueren cerca de 59 000 personas por rabia la cual fue transmitida principalmente por perros, mas del 95 % de los casos se notifican en Asia y África ; aproximadamente el 40 % de casos ocurre en menores de 15 años (4,5,6).

Desde hace 40 años la región de las Américas tiene el compromiso de eliminación de la rabia transmitida por perro, pues este es el principal reservorio de transmisión para el humano. Sin embargo, desde 2023 se han presentado 25 muertes por rabia, por ejemplo, ha causado cinco muertes en Haití, tres muertes en Bolivia, dos muertes en Venezuela, uno en Perú y uno en República Dominicana, según el Sistema de Información Regional para Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en las Américas (SIRVERA)(7).

En Colombia, desde 1999 se han presentado 43 casos en humanos transmitidos por perro, un caso en Orito (Putumayo) en 1999 y otro en 2000; un caso en Ciénaga y Pedraza (Magdalena) en 1999 y dos casos en Santa Marta en 2006 y dos en 2007. Los dos últimos casos por gato en Neiva en 2020 y en La Argentina (Huila) en 2021.

Por otra parte, en el periodo comprendido entre 2004 y 2024, se han presentado 98 casos de rabia animal, de los cuales 72 casos (73,5 %) corresponden a rabia urbana (linaje genético perro), 24 casos (24,5 %) corresponden a rabia silvestre (linaje genético murciélago hematófago y frugívoro) y en dos casos (2,0 %) no se pudo identificar el linaje.

En lo que respecta a los casos de rabia animal por regiones; el comportamiento epidemiológico en Colombia es bien conocido, ya que en los últimos 24 años, la región Caribe es catalogada como de «riesgo alto», no solo por la presentación de casos de rabia humana transmitida por los perros en el distrito de Santa Marta (2006 y 2007), y también se presentala enfermedad en animales con 76 casos en Magdalena, Santa Marta, Bolívar, Cesar y Sucre; le sigue la región Andina con 14 casos en Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Tolima, Boyacá y Santander; continúa la región pacífica con seis casos en Cauca, Nariño y Valle del Cauca; y finalmente la región Orinoquia con dos casos en Casanare y Meta. La región amazónica no ha presentado casos.

Dentro de la región Caribe, el departamento de Magdalena es el que tiene mayores incidencias, ya que es la única región que ha presentado casos de rabia animal urbana (58 perros y 16 zorros), y a la vez cuatro casos de rabia silvestre (tres gatos y un murciélago hematófago). En este departamento, el virus de la rabia ha demostrado la capacidad de producir infección cruzada entre especies de animales y su circulación entre ellas, dado que se ha identificado la transmisión de perro-perro; perro-zorro-perro; perro-gato; murciélago-gato.

Las demás regiones del país han presentado solo casos de rabia silvestre, la cual se caracteriza por ser transmitida por quirópteros (murciélagos hematófagos) en los departamentos de Antioquia, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Meta, Nariño, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca; aunque el gato, que quizás no desempeña un papel importante en el ciclo natural de la enfermedad, por sus hábitos de caza variados se presenta como el intermediario más eficiente en la transmisión de la rabia de gato a gato y de gato a humano.

En cuanto a humanos, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR) se definen como un evento que determina riesgo de padecer rabia; por lo que un diagnóstico temprano, una clasificación adecuada y el tratamiento adecuado, ayuda a reducir completamente la letalidad (2).

Se define como exposición grave toda agresión o contacto de un paciente inmunocomprometido con animales silvestres y de producción primarios. En el caso de exposiciones por animales de compañía (perros y gatos) es grave si cumplen con hallazgos de signología compatible con rabia en el momento de la exposición, animales fallecidos o animales que no son observables y que generaron lesiones en área de cabeza, cara, cuello, manos, pies, genitales externos o lesiones profundas o múltiples. En este tipo de clasificación, los pacientes deben recibir el esquema postexposición con inmunoglobulina y vacuna antirrábica (8).

Las exposiciones leves se presentan cuando existe una exposición a partir de perros y gatos no observables que produjeron lesiones en tronco y extremidades (sin incluir manos y pies) con presencia de lesiones únicas y superficiales. Estos pacientes recibirían esquema profiláctico que consta de cuatro dosis de vacuna antirrábica (8).

Las no exposiciones obedecen a agresiones y contactos producidos por perros y gatos que son observables, y que por un periodo de 10 días no presentaron signos de rabia y no fallecen. Estos pacientes expuestos no recibirían esquema postexposición (8).

A semana epidemiológica 37 de 2024 se han notificado 124 717 casos de APTR, con aumento de 1,6 % con respecto a 2023, mayor incidencia de infancia y primera infancia. Las lesiones en manos se reportaron en 29 839 casos (23,9 %), de cabeza, cara o cuello en 15 862 casos (12,7 %), en pies en 5 874 casos (4,7 %) y en genitales externos en 712 casos (0,6 %), siendo estas áreas de alto riesgo. En los miembros inferiores fue 52 854 (42,4 %), los miembros superiores 22 423 (18 %) y el tronco 4 239 (3,4 %). Las lesiones múltiples se dieron en 32 644 casos (26,2 %) y las profundas en 17 378 casos (13,9 %).

Las lesiones por animales de compañía se dieron por perro en 105 301 casos (84,4 %) y gatos en 17 526 casos (14,1 %); por animales silvestres en 1 057 casos (0,8 %) y por animales de producción primaria en 811 casos (0,7 %). Los signos clínicos en perros y gatos agresores se dio en 441 (0,4 %), y muerte en 986 (0,8 %).

Los indicadores de vigilancia son la proporción de casos que cumplen la definición de caso de no exposición, de leve y de grave, siendo respectivamente 98,7 %, 72 % y 94,2 %. En no exposición se dieron 344 casos que cumplen para leve y 727 para grave, definidos como alto riesgo por no detección siendo grave; 3 627 leves debieron clasificarse graves por lo que se definió riesgo medio; los casos que resultan en clasificación de menor gravedad se definieron como los que afectan indicadores (tabla 1).

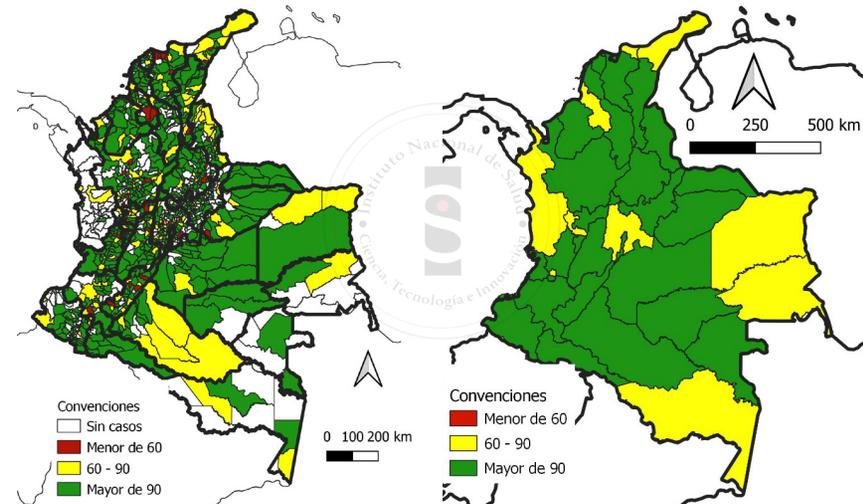
Tabla 1. Indicadores de vigilancia de APTR en Colombia a semana epidemiológica 37 de 2024

Clasificación notificada	Clasificación recomendada			Total	Indicador (%)
	No exposición	Leve	Grave		
No exposición	78274	344	727	79345	98,7
Exposición leve	3547	18484	3627	25658	72,0
Exposición grave	449	693	18572	19714	94,2
Total	82270	19521	22926		

■ Riesgo alto
 ■ Riesgo medio
 ■ Afecta indicadores
 ■ Adecuado

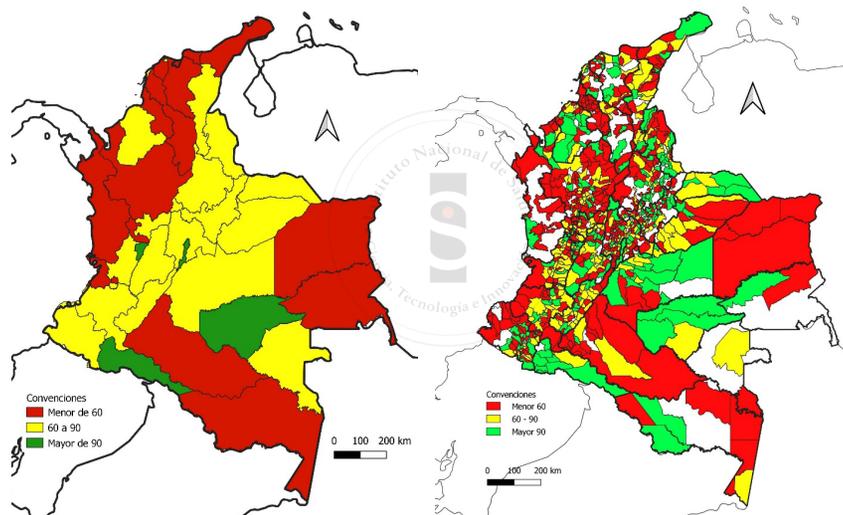
La distribución de los indicadores por departamentos, distritos y municipios se dio de la siguiente manera (mapa 1 y mapa 2):

Mapa 1. Indicadores de proporción de casos que cumplen la definición de caso de grave por departamentos, distritos, y por municipios, a semana epidemiológica 37 de 2024



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

Mapa 2. Indicadores de proporción de casos que cumplen la definición de caso de leve por departamentos y distritos, y por municipios, a semana epidemiológica 37 de 2024

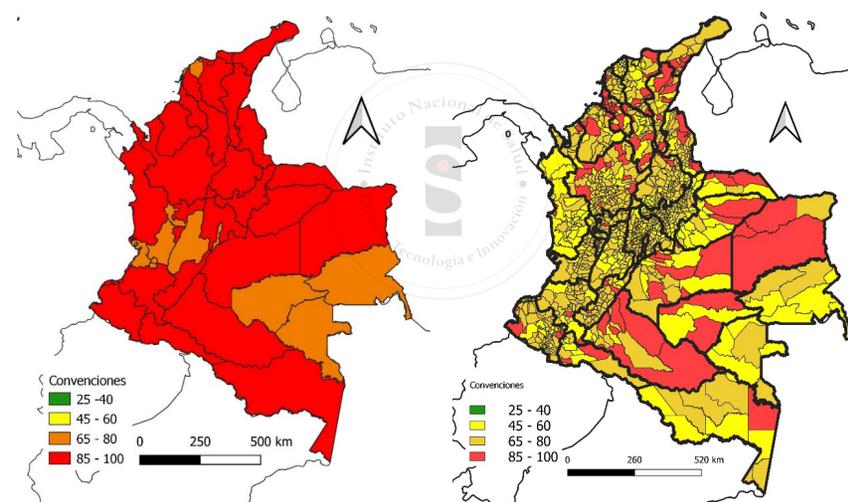


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Para generar un enfoque preventivo, se generó una herramienta de estratificación del riesgo con tres variables modificables y un orientador. Los primeros son la adecuada indicación de profilaxis, las coberturas de vacunación de tres años y la vigilancia por laboratorio. El orientador es la circulación viral en humanos, animales de compañía, de producción primaria y silvestres.

De acuerdo con esta estratificación, entre las entidades territoriales con riesgo igual o mayor al 90 % están: Huila, Magdalena, Amazonas, Antioquia, Arauca, Casanare, Cauca, Córdoba, Meta, Quindío y Sucre. (mapa 3). En verde riesgo bajo, en amarillo riesgo medio bajo, en naranja riesgo medio alto y en rojo riesgo alto.

Mapa 3. Estratificación del riesgo de rabia humana por departamentos y distritos y por municipios en Colombia a semana epidemiológica 37 de 2024



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

Conclusiones

La presentación de la rabia urbana en Colombia ha disminuido gracias a los programas de control, divulgación y la disponibilidad de biológico humano y animal; sin embargo, la rabia urbana permanece activa en el departamento de Magdalena donde la interacción zorro-perro-zorro se hace más estrecha, facilitando la infección al ser humano.

La rabia silvestre, por su lado, se ve con mayor fuerza en animales destinados a la producción primaria (bovinos, équidos, porcinos, entre otros) por linajes de origen silvestre; sin embargo, los gatos son relevantes en la transmisión de la rabia, ya que la población de gatos tiene alto contacto con murciélagos y otros animales silvestres.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

La estratificación de rabia mostró una distribución homogénea a lo largo del año, de acuerdo con la ubicación geográfica de Colombia y sus características fisiográficas, al igual que el clima variado del país.

Las zonas de mayor riesgo se concentran en la Costa Atlántica, Santander, Norte de Santander y Arauca (fronteras con Venezuela), algunas zonas aisladas de la Orinoquía y Amazonía y todas las zonas ubicadas en los piedemontes de las tres cordilleras y a lo largo del margen del Río Magdalena; áreas por debajo o igual a los dos mil m.s.n.m. con presencia de ganadería extensiva.

Dada la letalidad del 100 % se requiere contar con una clasificación adecuada de la exposición ante la presencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y, dado el período de incubación, una reclasificación oportuna permite la adherencia al manejo biológico si está indicado.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se deben considerar urgencia médica independiente del tiempo transcurrido desde la exposición, requiriendo manejo adecuado de la herida, prescripción adecuada de biológicos con seguimiento al cumplimiento.

La estratificación del riesgo de rabia humana plantea la necesidad de fortalecer el manejo de casos, las coberturas de vacunación y la vigilancia por laboratorio, presentándose mayor riesgo en Huila, Magdalena, Amazonas, Antioquia, Arauca, Casanare, Cauca, Córdoba, Meta, Quindío y Sucre.

Recomendaciones

- Seguir promoviendo la cooperación intersectorial entre los servicios veterinarios, la salud pública y la gestión de la fauna silvestre, para preparar, implementar y monitorear los planes para la eliminación de la rabia basados en la comprensión de la epidemiología local.
- Para lograr el control y la eventual eliminación de la rabia, la vacunación de los animales de compañía debe llevarse a cabo de forma recurrente (cada año) con una cobertura de vacunación de al menos el 80 % como lo establece el Ministerio de salud y Protección Social, lo que debería ser suficiente para mantener el nivel requerido de inmunidad de rebaño en la población susceptible a pesar de los nacimientos, muertes y traslados de animales entre las campañas. Las coberturas deben evaluarse de forma rutinaria, con el asesoramiento continuo para garantizar que las metas se cumplan a nivel nacional.

- Es importante estudiar los tipos de linajes genéticos del virus de la rabia que circulan en otras especies silvestres, inclusive los murciélagos; lo cual se logra realizando el procesamiento de muestras con criterio de riesgo en cada una de las entidades territoriales.
- Es preciso que los profesionales de la sanidad animal (veterinarios privados y públicos, funcionarios de las CARS, etc.) tienen mayor probabilidad de atender a un animal clínicamente rabioso en un entorno profesional. Se deben involucrar a la vigilancia pasiva del evento, no solo para la captación de animales de compañía, sino de otros animales silvestres de los que no se tiene ningún tipo de vigilancia en el país por parte del sector ambiental.
- Dada la identificación de los animales de compañía como los más frecuentes agresores, se hace necesario generar estrategias permanentes de comunicación para contar con coberturas altas de vacunación, detección de comportamientos anormales y evitar situaciones de provocación de agresiones.
- Es importante tener adecuada notificación según su riesgo, permitiendo dar un enfoque terapéutico adecuado y detectar de manera temprana riesgos de casos en humanos, por lo que se espera que la notificación nacional y por las Direcciones Territoriales de Salud no disminuya semana a semana.
- Las estrategias de comunicación del riesgo previene la exposición e incentiva la asistencia a consulta en caso de agresiones, y estrategias de prevención para la protección de la infancia que es la más expuesta con el acompañamiento permanente de esta y optimizar la tenencia responsable de animales de compañía.

Referencias

- Horwitz JA, Jenni S, Harrison SC, Whelan SPJ. Structure of a rabies virus polymerase complex from electron cryo-microscopy. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020;117(4):2099–107.
- Tarantola A. Four thousand years of concepts relating to rabies in animals and humans, its prevention and its cure. Vol. 2, Tropical Medicine and Infectious Disease. MDPI AG; 2017.
- Greene SE, Fritz SA. Infectious Complications of Bite Injuries. Vol. 35, Infectious Disease Clinics of North America. W.B. Saunders; 2021. p. 219–36.
- World Health Organization. WHO Expert Consultation on rabies [Internet]. Vol. 931, World Health Organization technical report series. 2018 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-TRS-1012>
- Brito E, Palacios H, Yunda HR, Martínez J, Reyes L. Rabia de origen silvestre en Colombia. Instituto Colombiano Agropecuario. :1–11.
- Gholami A, Alamdary A. The World Rabies Day 2020: Collaborate and Vaccinate. Iran Biomed J. 2020;24(5):264–8.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para eliminación de la rabia urbana en América Latina para el final de la década 1980. REDIPRA 1 Reunión de Directores de los Programas Nacionales de Control de Rabia en América Latina, Guayaquil Ecuador [Internet]. 1983 [cited 2023 Nov 14]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51202/estrategioplan_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. Protocolo de la Vigilancia Integrada de la rabia [Internet]. Salud IN de, editor. Bogotá; 2022 [cited 2023 Oct 9]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Vigilancia%20Integrada%20Rabia.pdf
- Humboldt I de I de R biológicos A von. Atlas de la biodiversidad de Colombia. Grandes roedores Ecdc. 2022; Available from: <http://repository.humboldt.org.co/handle/20.500.11761/36129>

SITUACIÓN NACIONAL

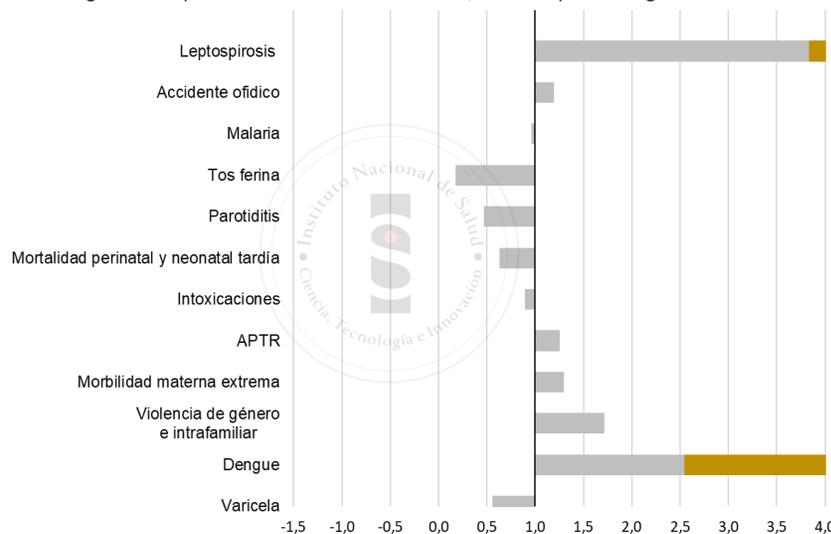
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 38 de 2024, se identificó que la notificación de los eventos dengue y leptospirosis se encuentran por encima de lo esperado, mientras que 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 38 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.

En la semana epidemiológica 38 de 2024, el evento mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea y Chikunguña se ubicaron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	14	3	0,00
Leishmaniasis cutánea	6	79	0,00
Chikunguña	0	8	0,00
Lepra	4	8	0,06
Zika	6	5	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	3	0,24
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,37

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 un aumento del 2,63 % respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 38 del año 2023. Para esta semana, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

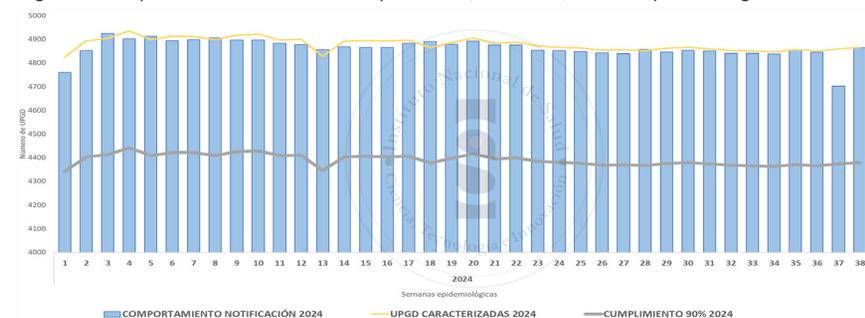
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando un aumento del 3,74 % respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 38 del año 2023. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,9 % (4 864 / 4 866); presentando un aumento del 3,1 % respecto a la semana anterior y del 0,3 % comparado con la semana epidemiológica 38 del 2023. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 38 de 2024, a nivel nacional se detectó que el 0,1 % de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al analizar el nivel de complejidad de estas UPGD silenciosas (2), se observa que el 100 % pertenece al primer nivel de complejidad.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica en 2024, las UPGD caracterizadas 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 38 de 2024



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: 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 Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

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

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

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 \(ins.gov.co\)](https://ins.gov.co/PRO_Mortalidad_menores_5años.pdf).

A semana epidemiológica 38 de 2024, se han notificado 696 muertes probables en menores de cinco años: 366 por infección respiratoria aguda (IRA), 197 por desnutrición (DNT) aguda y 133 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 26 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con esto, se consideran 670 casos de población residente en Colombia (356 por IRA, 185 por DNT aguda y 129 por EDA); de los cuales, 376 han sido confirmados, 110 fueron descartados y 184 se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 38 2024			Casos en estudio a SE 38 2024			Tasa a SE 38 2023			Tasa a SE 38 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	2	1	0	0	0	10,49	52,45	20,98	0,00	21,10	10,55
Antioquia	14	9	4	4	11	2	3,24	3,93	0,46	3,30	2,12	0,94
Arauca	1	2	0	0	1	0	10,82	10,82	7,21	3,65	7,30	0,00
Atlántico	4	6	1	1	4	1	6,85	3,42	0,86	3,50	5,25	0,88
Barranquilla	2	4	1	0	0	1	1,12	3,35	0,00	2,28	4,57	1,14
Bogotá, D.C.	0	12	1	0	9	1	0,00	5,94	0,00	0,00	2,59	0,22
Bolívar	2	7	2	0	3	0	12,54	6,75	0,96	1,97	6,89	1,97
Boyacá	0	4	0	0	0	0	1,16	8,10	1,16	0,00	4,71	0,00
Buenaventura	1	1	3	0	1	0	14,09	11,27	0,00	2,89	2,89	8,66
Caldas	0	1	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69	0,00
Cali	0	6	0	0	2	0	0,69	0,69	0,69	0,00	4,24	0,00
Caquetá	0	1	0	1	8	1	10,57	2,64	0,00	0,00	2,70	0,00
Cartagena	1	6	1	0	1	0	2,53	11,38	0,00	1,29	7,76	1,29
Casanare	0	2	1	0	0	0	0,00	2,61	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	6	0	1	1	3	0,00	7,02	3,51	0,00	5,34	0,00
Cesar	6	3	3	6	4	0	15,53	5,72	2,45	4,98	2,49	2,49
Chocó	24	21	30	7	8	4	79,67	60,62	34,64	41,81	36,58	52,26
Córdoba	7	7	2	0	2	1	4,56	8,47	0,65	4,66	4,66	1,33
Cundinamarca	0	7	0	0	5	0	0,00	1,28	0,00	0,00	2,97	0,00
Guainía	0	2	2	0	0	0	14,35	57,41	28,71	0,00	28,32	28,32
Guaviare	1	1	0	0	0	0	10,42	10,42	0,00	10,32	10,32	0,00
Huila	1	4	0	0	0	0	3,97	4,96	0,99	1,01	4,05	0,00
La Guajira	29	13	20	5	7	3	48,86	34,38	18,10	26,47	11,87	18,25
Magdalena	6	2	1	3	9	1	16,62	10,69	2,37	7,21	2,40	1,20
Meta	5	4	2	1	0	0	4,78	15,54	2,39	6,07	4,85	2,43
Nariño	2	3	0	0	0	0	3,31	8,27	1,65	1,69	2,53	0,00
Norte de Santander	4	0	0	1	3	1	0,00	3,82	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	1	1	0	1	2	0	0,00	0,00	3,15	3,18	3,18	0,00
Quindío	0	2	0	0	1	0	0,00	6,37	0,00	0,00	6,52	0,00
Risaralda	6	3	4	1	7	3	13,58	15,27	11,88	10,47	5,24	6,98
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	47,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	1	0	0	0	0,00	9,98	2,49	0,00	0,00	2,53
Santander	0	5	3	3	0	1	1,97	3,94	3,94	0,00	3,35	2,01
Sucre	5	4	0	3	3	0	2,59	2,59	3,88	6,56	5,24	0,00
Tolima	0	3	0	2	6	2	2,39	9,55	0,00	0,00	3,65	0,00
Valle del Cauca	2	3	1	2	4	1	3,62	7,24	0,72	1,49	2,23	0,74
Vaupés	0	0	1	0	4	2	0,00	31,14	15,57	0,00	0,00	15,11
Vichada	2	7	1	3	3	1	86,68	14,45	21,67	14,41	50,43	7,20
Nacional	126	164	86	45	110	29	6,46	7,78	2,57	3,46	4,51	2,36

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

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 38 de 2024, se han notificado 356 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 164 fueron confirmadas, 82 descartadas y 110 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,51 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 38 fue de 288, para una tasa de mortalidad de 7,78 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 38 de 2024 se notificaron cuatro (4) muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 38 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, Risaralda, Vichada, Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira y Santa Marta; a nivel municipal en Uribia, Cumaribo, Ibagué, Medellín y Bello. Las demás entidades territoriales, departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

Tabla 4. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Atlántico	6	10
Chocó	24	29
Risaralda	4	10
Vichada	2	10
Bogotá D.C.	40	21
Antioquia	47	20
La Guajira	32	20
Santa Marta	4	0
Uribia	6	11
Cumaribo	2	8
Ibagué	1	4
Medellín	17	3
Bello	3	0

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

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Virus sincitial respiratorio, *Rhinovirus*, *Enterovirus*, *Adenovirus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, y SARS-CoV2 (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2023 - 2024

Agente etiológico	2023						2024					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Virus Sincitial Respiratorio	33	3	1	1	1	39	22	1	1	1	0	25
<i>Rhinovirus</i>	20	8	2	2	2	34	8	4	5	1	1	19
<i>Enterovirus</i>	16	8	2	1	1	28	5	3	3	1	1	13
<i>Adenovirus</i>	16	10	2	3	1	32	6	4	2	0	0	12
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	1	0	1	1	6	8	1	1	2	0	12
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	2	0	4	2	14	2	4	2	3	1	12
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	0	0	0	0	1	3	2	2	2	1	10
SARS-CoV2	12	2	0	0	1	15	8	2	0	0	0	10
<i>Haemophilus influenzae B</i>	8	0	0	2	0	10	3	1	1	0	0	5
<i>Metapneumovirus</i>	8	3	1	1	0	13	3	0	1	0	0	4
Influenza A	2	0	0	3	0	5	2	1	0	0	0	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	0	0	0	0	4	2	0	1	0	0	3
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	5	1	0	0	0	6	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2
<i>Escherichia coli</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	4	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Influenza A H1N1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza B	4	0	0	2	1	7	0	0	0	0	0	0
Total	149	39	9	23	10	230	81	25	21	11	4	142

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

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 38, se han notificado 185 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 126 casos fueron confirmados, 14 descartados y 45 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,46 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 38 fue 239, para una tasa de mortalidad de 6,46 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 38 de 2024 se notificaron dos (2) muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 38 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Chocó, Sucre, Bolívar, La Guajira y Cundinamarca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Riohacha, Ciénaga y Maicao. Las demás entidades territoriales, departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Tabla 6. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	10	18
Chocó	14	31
Sucre	2	8
Bolívar	8	2
La Guajira	40	34
Cundinamarca	3	0
Bojayá	0	5
Tadó	1	5
Riohacha	5	10
Ciénaga	2	5
Maicao	12	4

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 38, se han notificado 129 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 86 casos fueron confirmados, 14 descartados y 29 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,36 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados en la semana epidemiológica 38 fue de 95, para una tasa de mortalidad de 2,57 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 38 de 2024 no se notificaron muertes probables en menores de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 38 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Chocó, Santander y La Guajira y a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Manaure y Uribia. Las demás entidades territoriales, departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Tabla 7. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	20	34
Santander	0	4
La Guajira	14	23
Bojayá	2	12
Tadó	1	4
Manaure	2	7
Uribia	5	10

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/guiapops.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 38 de 2024 se notificaron al Sivigila siete casos, cinco corresponden a muertes maternas tempranas y dos a muertes maternas tardías, para un total acumulado de 154 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 151 residen en territorio colombiano y tres residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	371	112	32	515
2022	193	114	47	354
2023	183	116	61	360
2024p	151	89	29	269

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

A la semana 38 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Bogotá D.C., Chocó, Antioquia y Cesar. Al comparar con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Santander y Santa Marta; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Turbo (Antioquia), Soplaviento (Bolívar), Argelia (Cauca), Valledupar y Tamalameque (Cesar), Montería (Córdoba), Fonseca (La Guajira) comparado con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 10).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 38 de 2024, el 62,9 % corresponde a causas directas y el 33,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica, con el 21,9 % (tabla 11).

Tabla 9. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2023 - 2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a SE 38	Acumulado de casos a SE 38		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	264	183	151	Disminución
La Guajira	22	13	17	Ninguno
Bogotá D.C.	22	13	13	Disminución
Chocó	10	6	13	Ninguno
Antioquia	22	16	12	Disminución
Cesar	10	4	9	Ninguno
Cundinamarca	15	8	8	Disminución
Cauca	7	9	7	Ninguno
Nariño	10	8	7	Ninguno
Córdoba	13	6	6	Disminución
Huila	4	4	5	Ninguno
Meta	8	6	5	Ninguno
Norte de Santander	8	2	5	Ninguno
Atlántico	11	11	4	Disminución
Barranquilla	7	4	4	Ninguno
Bolívar	9	5	4	Disminución
Cali	6	3	4	Ninguno
Santander	9	5	4	Disminución
Magdalena	11	7	3	Disminución
Tolima	5	6	3	Ninguno
Boyacá	4	3	2	Ninguno
Buenaventura	3	5	2	Ninguno
Putumayo	3	2	2	Ninguno
Risaralda	3	3	2	Ninguno
Santa Marta D.E.	7	3	2	Disminución
Sucre	6	6	2	Ninguno
Valle del Cauca	5	3	2	Ninguno
Vichada	2	2	2	Ninguno
Caldas	3	1	1	Ninguno
Casanare	3	1	1	Ninguno
Arauca	2	2	0	Ninguno
Caquetá	3	5	0	Disminución
Cartagena	8	8	0	Disminución
Guaviare	1	1	0	Ninguno
Quindío	2	2	0	Ninguno

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

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Turbo	3	0	0,04
Bolívar	Soplaviento	0	1	0,00
Cauca	Argelia	0	1	0,00
Cesar	Valledupar	5	0	0,01
Córdoba	Tamalameque	0	2	0,02
Córdoba	Montería	4	0	0,02
La Guajira	Fonseca	0	2	0,02

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2023, datos preliminares 2024

Tabla 11. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 38 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022	%	2023	%	2024	%	
DIRECTA	125	64,8	120	65,6	95	62,9	
Hemorragia obstétrica	29	15,0	28	15,3	33	21,9	Aumento
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	51	26,4	34	18,6	29	19,2	Ninguno
Sepsis obstétrica	14	7,3	17	9,3	9	6,0	Disminución
Embarazo ectópico	7	3,6	10	5,5	8	5,3	Ninguno
Evento tromboembólico como causa básica	12	6,2	17	9,3	8	5,3	Disminución
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	1,6	4	2,2	5	3,3	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	1,6	1	0,5	2	1,3	Ninguno
Otras causas directas	2	1,0	1	0,5	1	0,7	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	4	2,1	4	2,2	0	0,0	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	3	1,6	0	0,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,5	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	62	32,1	60	32,8	51	33,8	
Otras causas indirectas	24	12,4	25	13,7	23	15,2	Ninguno
Otras causas indirectas: Cáncer	11	5,7	8	4,4	8	5,3	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	8	4,1	12	6,6	7	4,6	Ninguno
Sepsis no obstétrica	10	5,2	10	5,5	6	4,0	Ninguno
Otras causas indirectas: Dengue	1	0,5	1	0,5	3	2,0	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	1,0	3	1,6	3	2,0	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	6	3,1	1	0,5	1	0,7	Ninguno
Desconocida / indeterminada	5	2,6	2	1,1	0	0,0	
En estudio	1	0,5	1	0,5	5	3,3	

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 de 2024, se han notificado 4 385 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 325 corresponden a residentes en Colombia y 60 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (540), Antioquia (482), Cundinamarca (265), La Guajira (216) y Córdoba (202). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 38 de 2024 se presentó comportamiento inusual en Antioquia, Arauca, Cartagena, Cauca, César, Córdoba y Norte de Santander. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 12).

Tabla 12. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2023 y 2024.

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 35 a 38)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 38	
				2023	2024
Colombia	679	407	Decremento	5317	4325
Bogotá, D.C.	73	52	Dentro del rango	569	540
Antioquia	77	50	Decremento	616	482
Cundinamarca	35	22	Dentro del rango	277	265
La Guajira	37	20	Dentro del rango	263	216
Córdoba	36	17	Decremento	271	202
Cali	26	28	Dentro del rango	210	189
Nariño	17	15	Dentro del rango	117	143
Barranquilla	28	16	Dentro del rango	204	135
Cesar	26	9	Decremento	188	134
Cauca	21	10	Decremento	177	133
Atlántico	25	15	Dentro del rango	179	122
Cartagena	25	11	Decremento	183	122
Valle del Cauca	17	14	Dentro del rango	164	121
Santander	19	13	Dentro del rango	164	120
Norte de Santander	22	4	Decremento	160	117
Chocó	17	9	Dentro del rango	121	116
Magdalena	17	8	Dentro del rango	105	112
Bolívar	20	9	Dentro del rango	154	107
Meta	15	10	Dentro del rango	134	102
Sucre	16	8	Dentro del rango	132	101
Huila	14	7	Dentro del rango	143	99
Tolima	15	15	Dentro del rango	123	94
Boyacá	10	8	Dentro del rango	97	85
Risaralda	9	7	Dentro del rango	64	64
Caldas	8	8	Dentro del rango	58	56
Casanare	6	6	Dentro del rango	47	49
Putumayo	4	3	Dentro del rango	43	44
Quindío	5	2	Dentro del rango	40	40
Santa Marta	11	2	Dentro del rango	54	40
Buenaventura	9	1	Dentro del rango	57	35
Caquetá	5	2	Dentro del rango	59	32
Arauca	5	1	Decremento	50	30
Vichada	3	1	Dentro del rango	33	26
San Andrés y Providencia	1	2	Dentro del rango	8	14
Amazonas	2	0	Dentro del rango	13	11
Vaupés	1	1	Dentro del rango	9	11
Guaviare	1	1	Dentro del rango	12	9
Guainía	1	0	Dentro del rango	19	7

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

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Cumaribo (Vichada), San Andrés (San Andrés y Providencia), Totoró (Cauca), San Bernardo del Viento (Córdoba), Polonuevo (Atlántico), La Tebaida (Quindío), Anorí (Antioquia), Tello (Huila), Flandes (Tolima) y Villahermosa (Tolima). (tabla 13).

Tabla 13. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 38	Valor observado a SE 38 de 2024	Semanas continuas en incremento
		2019-2023		
Vichada	Cumaribo	17	22	21
Archipiélago de San Andrés	San Andrés	9	14	10
Cauca	Totoró	5	10	22
Córdoba	San Bernardo del Viento	6	10	10
Atlántico	Polonuevo	4	7	3
Quindío	La Tebaida	3	7	7
Antioquia	Anorí	3	6	18
Huila	Tello	1	5	17
Tolima	Flandes	2	5	15
Tolima	Villa hermosa	1	5	3

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 43,6 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,2 %, neonatales tardías con 16,8 % y fetales intraparto con 10,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en asfixia y causas relacionadas con el 24,3 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,7 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,3 % (tabla 14). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 38 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación a la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 14. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 38, 2022 -2024					
	2022 a SE 38	(%)	2023 a SE 38	(%)	2024 a SE 38	(%)
Colombia	6315	100,0	5317	100,0	4325	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1622	25,7	1312	24,7	1050	24,3
Prematuridad-inmadurez	1151	18,2	980	18,4	677	15,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	956	15,1	850	16,0	576	13,3
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	635	10,1	558	10,5	430	9,9
Infecciones	634	10,0	464	8,7	375	8,7
Malformación congénita	523	8,3	488	9,2	368	8,5
Otras causas de muerte	413	6,5	325	6,1	276	6,4
Sin información	0	0,0	17	0,3	250	5,8
Causas no específicas	151	2,4	116	2,2	171	4,0
Trastornos cardiovasculares	150	2,4	137	2,6	116	2,7
Lesiones de causa externa	60	1,0	51	1,0	19	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	20	0,3	19	0,4	17	0,4

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

A nivel nacional se identifica una variación porcentual con tendencia a la disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa urgencias menores al 30 %. Para los servicios de hospitalización en sala general, unidad de cuidados intensivos e intermedios (UCI)/UCIM, se observa una variación porcentual con tendencia hacia al aumento con respecto el mismo periodo del año anterior que no supera el 30 % (tabla 15).

Tabla 15. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 38, 2023 y 2024

A semana epidemiológica 38 2023 - 2024			
Tipo de servicio	2023	2024	Variación porcentual >30%
Consulta externa y urgencias	5 612 923	5 290 897	⇒ -0,06%
Hospitalización en sala general	228 856	227 308	⇒ 0,20%
Hospitalización en UCI/UCIM	27 033	28 429	⇒ 0,05%

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 38 de 2024 se notificaron 120 663 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 Choco, Córdoba, Guainía, La Guajira, Santa Marta y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura y Caquetá. Las 29 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 (35 a 38 de 2024) en 15 municipios (tabla 16).

Tabla 16. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (35 a 38 de 2024).

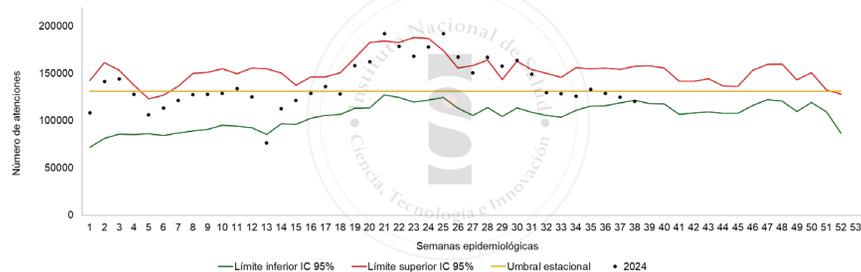
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 35 a 38)	Observado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 35 a 38)	Análisis
Antioquia	Turbo	11202	837	1183	Aumento
Antioquia	Itagüí	60055	4090	6235	Aumento
Antioquia	Bello	57597	4117	5444	Aumento
Bolívar	Magangué	12784	831	1604	Aumento
Cundinamarca	Girardot	16220	836	1362	Aumento
Cundinamarca	Madrid	15016	725	1054	Aumento
Cundinamarca	Zipaquirá	15670	1056	1560	Aumento
Cundinamarca	Soacha	59448	3402	5595	Aumento
La Guajira	Maicao	44392	2284	4538	Aumento
La Guajira	Uribí	39079	2419	4372	Aumento
Santander	Girón	6416	255	665	Aumento
Santander	Piedecuesta	5168	263	503	Aumento
Santander	Floridablanca	21550	1662	2204	Aumento
Valle del Cauca	Cartago	12934	927	1315	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	13509	449	1251	Aumento
Antioquia	Envigado	18246	1925	1338	Disminución
Antioquia	Apartado	13606	970	1206	Ninguno
Atlántico	Malambo	7754	448	497	Ninguno
Atlántico	Soledad	74292	7606	7689	Ninguno
Casanare	Yopal	12496	1045	1111	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	5389	335	291	Ninguno
Norte de Santander	Ocaña	12691	940	1141	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	10727	984	1001	Ninguno
Valle del Cauca	Palmira	22322	1669	2130	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	12403	1445	1210	Ninguno
Huila	Pitalito	9189	1014	859	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 de 2024), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 24,0 % (121 810) de las consultas, seguido por el grupo de 05 a 19 años con el 22,4 % (113 450). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,6 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con 12,1 % respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA, de las semanas epidemiológicas 01 a la 38 se ubican dentro de los límites esperados exceptuando la semana 21, 25, 26, 28, 29 y 30 donde se ubican por encima del límite superior histórico establecido; para la última semana se observa una disminución del 3,3 % comparado con la semana anterior (figura 3).

Figura 3. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 38 entre 2017 y 2024



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

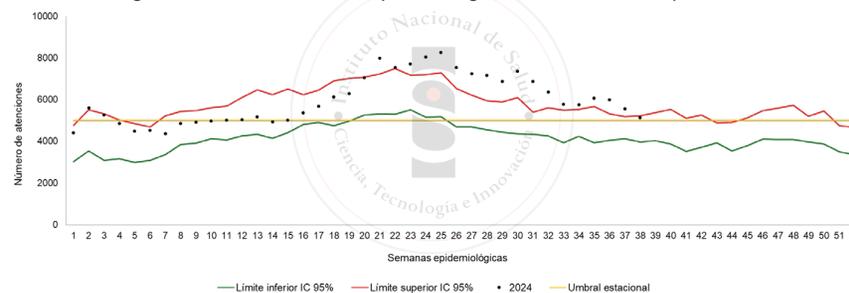
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 38 de 2024, se notificaron 5 128 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, San Andrés y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cauca, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Risaralda, Santander, Tolima y Vaupés. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 de 2024) por grupos de edad, los mayores de 60 años (5 242) representaron el 23,0 %, seguido de los menores de un año con el 17,9 % (3 925). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en los niños de un año con 22,4 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,3 %.

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRA en sala general, para las primeras 9 semanas epidemiológicas del año (exceptuando semana epidemiológica dos y tres) se ubican por debajo del umbral estacional, para semana 10 a 20 se ubica por encima del umbral estacional, en semana 21 a 37 se sitúa por encima del límite superior, y para semana 38 se observa una tendencia a la disminución ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana, se observa una disminución de 7,7 % comparada con la semana anterior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 1 a 38, entre 2016 y 2024

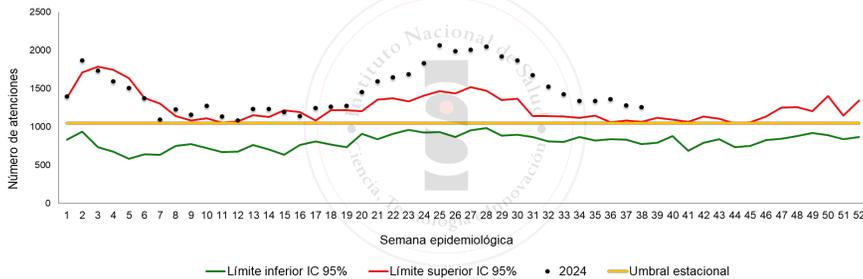


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2024

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

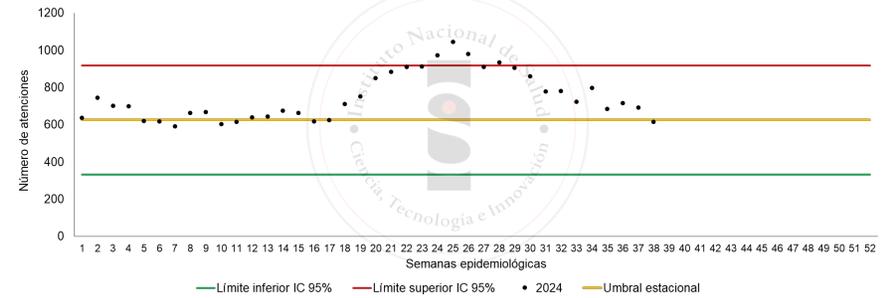
En la semana epidemiológica 38 de 2024, se notificaron (1 257) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. En el canal endémico para este grupo de edad, se evidencia que se ubica por encima del límite superior el 82,0 % de las semanas epidemiológicas. (figura 5).

Figura 5. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 1 a 38, entre 2016 y 2024



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

Figura 6. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 1 a 38 Colombia, entre 2018 y 2024



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

Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 38 de 2024 se notificaron 615 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 12 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Cesar, Nariño, Tolima y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Arauca, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cartagena, Choco, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, San Andrés, Santander, Sucre y Vichada.

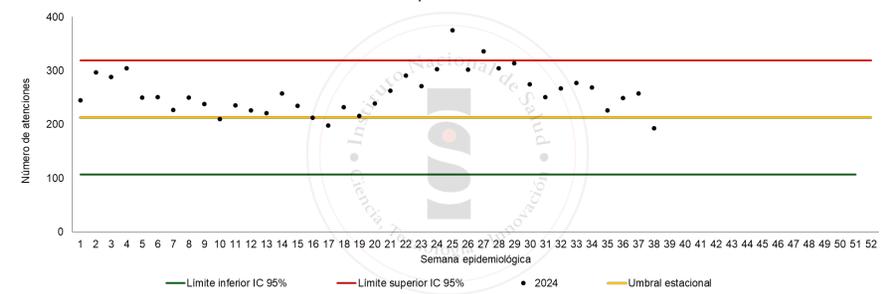
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 de 2024) por grupos de edad, los mayores de 60 años representan el 34,6 % (926), seguido de los menores de un año con el 28,3 % (765) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI y UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en los niños de un año con el 24,5 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 22,1 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM de semana 1 a 23 se ubican dentro de los límites esperado; para semana 24 a 27 se observa un incremento ubicándose por encima del límite superior; sin embargo, para las semanas 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38 se evidencia disminución, ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana, se observa una disminución del 11,0 % comparada con la semana anterior (figura 6).

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

En la semana epidemiología 38 de 2024, se notificaron 193 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 de semana epidemiológica 1 a la 37 (exceptuando semana 25 y 27) se han situado dentro los límites esperados; para semana 25 y 27 se ubica por encima del límite superior (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 38, Colombia, entre 2019 y 2024



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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante la semana epidemiológica 37 en la región de las Américas, la actividad de Influenza en las últimas 4 semanas epidemiológicas se ha mantenido en niveles epidémicos en América Central. Las demás regiones han permanecido con niveles bajos de circulación. La detección por laboratorio evidencia circulación concurrente en toda la región de A(H3N2), A(H1N1)pdm09 y, en menor medida, Influenza B/Victoria. Para el virus sincitial respiratorio (VSR) se reportan niveles bajos de circulación en toda la región; sin embargo, América Central reporta incremento en las últimas semanas. Con relación a SARS-CoV-2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un marcado incremento en toda la región, excepto en la región Andina y Brasil y Cono Sur ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana 38, 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 incremento para rinovirus, enterovirus y parainfluenza; en decremento para VSR y metapneumovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (Tabla 17).

Tabla 17. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 31 a 38 de 2024

Agente viral identificado	SE 31 a SE 34			SE 35 a SE 38			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	45,0	55,9	11,5	37,8	43,6	17,5	
Rinovirus	19,0	18,3	16,6	28,8	29,3	-	
VSR	28,8	32,9	-	17,8	20,0	28,5	
Enterovirus	8,0	6,1	-	16,1	18,7	-	
Adenovirus	8,0	9,1	-	8,5	10,7	14,3	
Influenza B	2,7	1,2	16,6	5,9	2,7	14,2	
Influenza A	3,1	2,4	16,6	1,7	1,3	-	
Parainfluenza	6,2	4,9	-	11,8	9,3	28,5	
Metapneumovirus	15,9	18,9	16,6	4,2	5,3	-	
A(H1N1)pdm09	1,4	1,2	-	-	-	-	
SARS-CoV2	4,0	3,0	16,6	2,5	2,7	-	
A(H3N2)	3,1	1,8	16,6	2,5	-	14,2	

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

COVID-19

Metodología

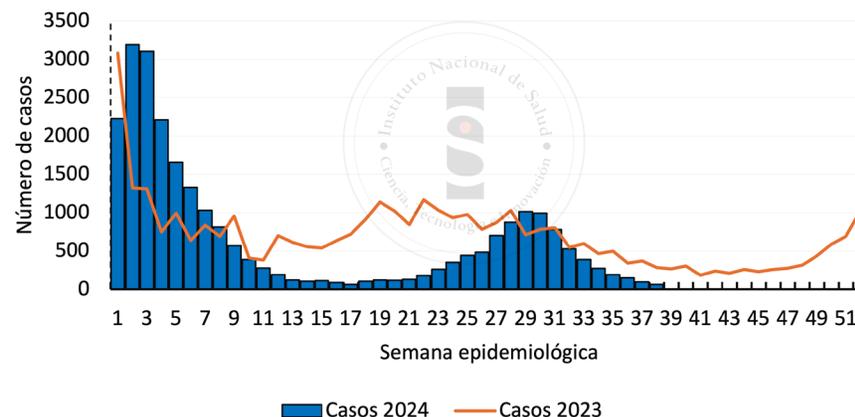
Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 38 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

El análisis del comportamiento del evento en el tiempo se realiza comparando los casos confirmados del período 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 21 de septiembre por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 25 740 casos de COVID-19. En las últimas 8 semanas se observa una disminución significativa del 36,7 % comparado con el mismo período del año 2023 (figura 8).

Figura 8. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2023-2024



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

Entre el 15 de septiembre y el 21 de septiembre de 2024 (semana epidemiológica 38) se confirmaron 105 casos en el territorio nacional; de estos, el 58,1 % (61 casos) corresponde a la semana 38. El 86,7 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Cauca, Valle del Cauca, Cundinamarca, Cali, Barranquilla, Caldas y Nariño (tabla 18).

Tabla 18. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	35	36	37	38	Total
Bogotá D.C.	1	0	3	8	23	35
Antioquia	2	0	1	5	9	17
Cauca	1	0	1	4	5	11
Valle	1	0	1	1	4	7
Cundinamarca	3	1	1	2	0	7
Cali	0	1	0	0	4	5
Barranquilla	1	0	1	0	1	3
Caldas	1	0	0	0	2	3
Nariño	0	0	0	0	3	3
Putumayo	0	0	0	0	2	2
Tolima	0	0	0	1	1	2
Atlántico	0	0	1	0	1	2
Boyacá	0	0	0	0	2	2
Santander	0	0	0	0	1	1
Arauca	0	0	0	0	1	1
Buenaventura	1	0	0	0	0	1
Quindío	0	0	0	0	1	1
Santa Marta	0	0	0	1	0	1
Meta	0	0	0	0	1	1
Total General	11	2	9	22	61	105

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

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 498 casos nuevos por COVID-19 en 27 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 116 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2024), en este indicador no se observaron incrementos estadísticamente significativos en las entidades territoriales. De los municipios se observó incremento significativo en Ventaquemada (Boyacá), Argelia (Cauca), Pupiales (Nariño), Sandoná (Nariño) y Alcalá en Valle del Cauca.

Para 2024, en Colombia se han notificado 302 fallecidos con una mortalidad de 0,58 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportaron 11 fallecidos (tabla 19). El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más, con el 80,1 % del total de las muertes.

Tabla 19. Fallecidos COVID-19 semanas epidemiológicas 31 a 38 de 2024

Entidad territorial	Fallecidos		Mortalidad	
	P. Anterior	P. Actual	P. Anterior	P. Actual
Nacional	28	11	0,05	0,02
Barranquilla	0	1	0,00	0,07
Bogotá, D.C.	15	3	0,19	0,04
Cundinamarca	0	1	0,00	0,03
La Guajira	0	1	0,00	0,09
Quindío	0	1	0,00	0,18
Santander	2	1	0,08	0,04
Valle del Cauca	4	1	0,20	0,05
Arauca	1	1	0,32	0,32
Casanare	0	1	0,00	0,21
Boyacá	1	0	0,08	0,00
Cesar	1	0	0,07	0,00
Sucre	1	0	0,10	0,00
Tolima	2	0	0,14	0,00
Putumayo	1	0	0,26	0,00

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 38 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 %.

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2015-2023 - sin 2021)

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))	Entidades territoriales que, presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2015-2023 (sin 2021))

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 38 de 2024 se notificaron 5 313 casos probables de dengue: 3 719 casos de esta semana y 1 594 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 271 401 casos, 168 584 (62,1 %) sin signos de alarma, 100 283 (37,0 %) con signos de alarma y 2 534 (0,9 %) de dengue grave.

El 77,2 % (209 638) de los casos acumulados a nivel nacional proceden de Valle del Cauca, Cali, Santander, Tolima, Huila, Antioquia, Cundinamarca, Cauca, Risaralda y Norte de Santander (tabla 20); mientras que en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2024), el 58,5 % (12 832) de los casos se concentran en Valle del Cauca, Santander, Antioquia, Cali, Tolima, Cundinamarca y Huila.

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

Tabla 20. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024

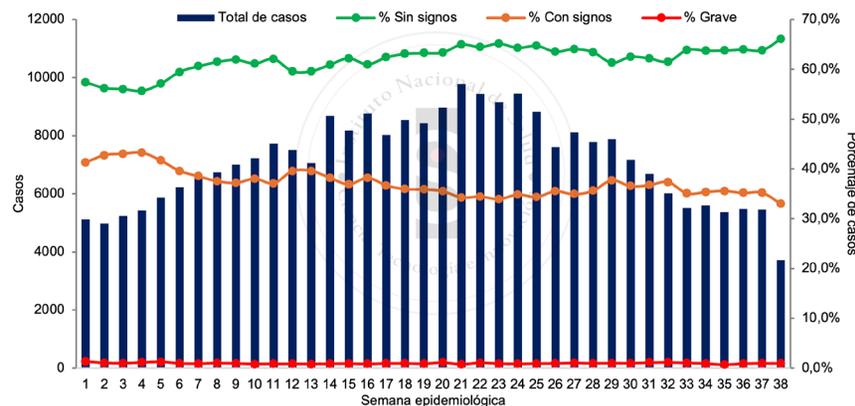
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	50226	69,6	29,9	0,5
Cali	35375	62,8	36,2	0,9
Santander	31516	63,0	36,3	0,7
Tolima	22717	58,4	40,4	1,2
Huila	19834	60,5	37,0	2,5
Antioquia	14548	60,5	38,7	0,8
Cundinamarca	11925	56,7	42,7	0,6
Cauca	8589	62,3	36,8	0,9
Risaralda	7685	61,6	37,8	0,6
Norte de Santander	7223	55,4	43,1	1,6
Meta	6192	66,1	33,1	0,8
Quindío	6098	67,4	32,2	0,4
Bolívar	5213	52,8	46,0	1,2
Córdoba	4559	46,9	52,8	0,2
Putumayo	4164	65,9	33,3	0,8
Casanare	3381	68,4	31,0	0,6
Barranquilla	2989	63,3	35,9	0,8
Nariño	2920	69,6	29,8	0,6
Cesar	2841	40,6	58,0	1,4
Sucre	2761	40,6	58,4	1,1
Cartagena	2451	67,2	31,0	1,9
Caldas	2407	65,8	34,0	0,2
Caquetá	2093	47,9	50,9	1,2
Arauca	2072	62,5	36,3	1,2
Atlántico	1915	47,3	50,7	2,0
Boyacá	1670	69,7	29,7	0,6
Chocó	1616	76,5	23,0	0,6
Magdalena	1248	36,2	62,6	1,2
La Guajira	1140	40,8	58,1	1,1
Guaviare	649	81,0	18,6	0,3
Buenaventura	636	63,8	34,6	1,6
Amazonas	552	65,8	33,9	0,4
Santa Marta	538	43,3	54,8	1,9
Exterior	438	39,7	55,9	4,3
Archipiélago de San Andrés	355	59,4	40,3	0,3
Vichada	348	69,3	30,5	0,3
Guainía	308	65,6	33,4	1,0
Vaupés	209	85,2	13,4	1,4
Total	271 401	62,1	37,0	0,9

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Cartagena, Guaviare, Guainía y Archipiélago de San Andrés y Providencia; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Cali, Caquetá, Cauca y La Guajira, 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, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2024) fueron: Caquetá, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre y Vaupés.

Figura 9. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2024



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

En la semana epidemiológica 38 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 81,6 % (81 832) de los casos de dengue con signos de alarma y 91,9 % (2 330) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,4 % (77 667) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,2 % (2 412) de los casos con dengue grave (tabla 21).

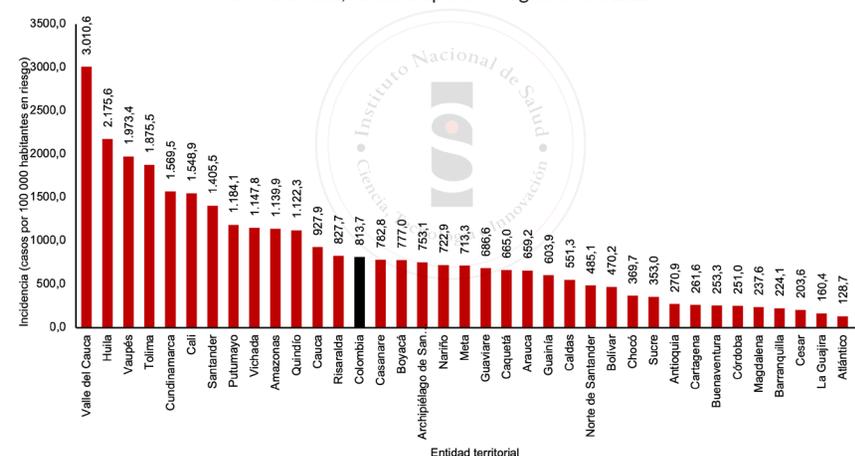
Tabla 21. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024

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	376	205	1	19,9%	24,4%	0,0%	94,6%	100,0%
Antioquia	9132	5453	114	66,4%	67,8%	85,1%	49,8%	82,5%
Arauca	1288	719	12	38,4%	63,0%	91,7%	87,8%	100,0%
Atlántico	656	767	25	78,8%	85,0%	84,0%	79,7%	92,0%
Barranquilla	2142	1374	44	93,2%	96,0%	88,6%	93,4%	100,0%
Bolívar	2374	1702	9	85,2%	90,1%	77,8%	78,3%	100,0%
Bogotá D.C.	2065	1746	36	97,3%	98,3%	100,0%	73,6%	94,4%
Boyacá	1235	606	6	75,4%	86,8%	100,0%	63,0%	100,0%
Buenaventura	357	157	4	97,5%	91,7%	100,0%	86,6%	75,0%
Caldas	1563	841	3	72,0%	74,9%	66,7%	62,7%	33,3%
Cali	24093	15485	482	62,0%	79,6%	95,2%	74,8%	96,5%
Caquetá	990	1048	14	85,1%	92,1%	100,0%	84,9%	100,0%
Cartagena	1923	1199	79	46,7%	67,1%	63,3%	87,2%	94,9%
Casanare	2270	1030	23	74,0%	83,5%	95,7%	88,2%	100,0%
Cauca	5007	2571	33	95,6%	97,4%	97,0%	69,7%	84,8%
Cesar	1156	1722	58	78,1%	94,9%	100,0%	95,2%	98,3%
Chocó	1115	223	3	96,8%	96,9%	100,0%	58,3%	100,0%
Córdoba	2129	2662	13	77,2%	96,5%	92,3%	91,0%	100,0%
Cundinamarca	6174	4553	59	71,6%	85,3%	89,8%	80,8%	91,5%
Guainía	213	108	3	72,3%	74,1%	100,0%	86,1%	100,0%
La Guajira	442	618	10	99,3%	99,0%	100,0%	75,1%	100,0%
Guaviare	534	121	0	73,2%	86,8%	N/A	96,7%	N/A
Huila	11866	7297	526	96,1%	97,4%	98,5%	75,5%	95,4%
Magdalena	402	643	4	80,3%	86,3%	100,0%	77,9%	100,0%
Meta	4008	1999	57	21,2%	57,0%	73,7%	86,0%	94,7%
Nariño	2142	924	17	99,0%	98,2%	100,0%	75,9%	88,2%
Norte de Santander	4041	3227	127	61,5%	85,1%	94,5%	91,6%	96,1%
Putumayo	2733	1356	31	66,8%	84,1%	93,5%	99,0%	96,8%
Quindío	4099	2000	23	48,4%	69,8%	100,0%	62,1%	91,3%
Risaralda	4713	2898	54	61,0%	77,4%	77,8%	65,0%	87,0%
Arch. San Andrés	182	128	0	97,8%	92,2%	N/A	48,4%	N/A
Santander	19692	11389	231	56,9%	92,6%	95,2%	88,3%	97,8%
Santa Marta D.E.	203	312	16	67,5%	77,2%	81,3%	66,7%	93,8%
Sucre	1163	1785	40	60,8%	69,9%	85,0%	86,9%	100,0%
Tolima	12619	8468	240	41,9%	73,4%	88,3%	84,4%	97,5%
Valle del Cauca	33083	12826	134	52,1%	68,8%	85,1%	69,1%	94,8%
Vaupés	174	25	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	230	96	0	84,8%	88,5%	N/A	35,4%	N/A
Colombia	168 584	100 283	2 534	63,3%	81,6%	91,9%	77,4%	95,2%

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

En la semana epidemiológica 38 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 813,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023, la incidencia fue de 251,2 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, Cundinamarca, Cali y Santander presentan las mayores incidencias, registrando tasas superiores a 1 400 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 1 412,5 casos por 100 000 habitantes.

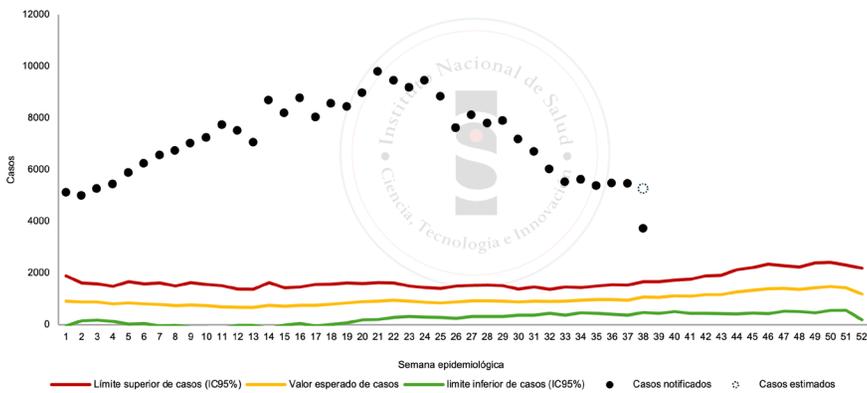
Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024



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

A semana epidemiológica 38 de 2024, el evento a nivel nacional según el canal endémico se mantiene por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico. Sin embargo, se observó una tendencia al descenso del 13,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33, 2024) (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 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 2,7 % (1) se encuentra dentro de lo esperado, el 13,5 % (5) se encuentran en situación de alerta y el 83,8 % (31) se encuentran por encima del límite superior lo esperado, comparado con el comportamiento histórico de estas entidades territoriales Antioquia, Arauca, Bolívar, Chocó, Córdoba, Risaralda, Archipiélago San Andrés y Providencia, Santander y Sucre se encuentran en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico (2015-2023), por lo que se espera un incremento de casos para el mes de septiembre (tabla 22). 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”.

Tabla 22. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 38, 2024	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de septiembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Bolívar, Chocó, Córdoba, Risaralda, Archipiélago San Andrés y Providencia, Santander, Sucre	Cali, Cartagena, Cundinamarca, Norte de Santander, Vichada	Amazonas, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Santa Marta, Tolima, Valle del Cauca
Alerta	Atlántico, Cesar, Magdalena	Buenaventura	La Guajira
Dentro de lo esperado		Vaupés	

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 38 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país, el 55,3 % (456) 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 82,4 % (47/57) se encuentra por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 23).

A la semana epidemiológica 38 de 2024, se han notificado 521 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 157 casos, se descartaron 186 casos y se encuentran en estudio 178 casos; de las muertes confirmadas, tres casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,057 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 83 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 24).

Tabla 23. 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 38 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 hab.	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	140,1	3662	63	758
	Bello	31,8	176	6	33
	Envigado	259,7	628	2	143
	Itagüí	46,2	127	2	29
	Turbo	318,7	428	11	42
Atlántico	Barranquilla	227,8	2989	0	446
	Soledad	118,1	808	43	113
Bolívar	Cartagena	232,3	2451	59	716
	Magangué	427,2	614	24	69
	Turbaco	373,9	435	5	79
Caldas	Manizales	19,6	89	0	8
Caquetá	Florencia	471,4	833	11	52
Cauca	Popayán	1296,5	3515	1	166
	Santander de Quilichao	1274,0	1463	2	64
Cesar	Valledupar	221,0	1220	42	134
Córdoba	Montería	242,7	1245	99	213
	Lorica	478,7	561	12	37
Cundinamarca	Fusagasugá	1827,7	3022	3	279
	Girardot	932,5	1098	22	225
Chocó	Quibdó	346,8	461	4	22
Huila	Neiva	1779,3	6589	32	510
	Pitalito	2658,7	3476	15	105
Santa Marta	Santa Marta	97,4	538	43	71
Meta	Villavicencio	555,6	2833	88	310
Nariño	San Andres de Tumaco	327,6	843	13	52
Norte de Santander	Cúcuta	434,2	3315	114	188
	Ocaña	535,2	635	14	65
	Villa del Rosario	693,9	764	19	90
Quindío	Armenia	969,8	3031	11	273
Risaralda	Pereira	813,4	3948	5	408
	Dosquebradas	694,3	1511	3	188
Santander	Bucaramanga	1630,5	10092	36	741
	Barrancabermeja	232,4	499	12	45
	Floridablanca	1779,5	5583	24	413
	Girón	1386,1	2428	15	241
	Piedecuesta	1838,2	3427	16	134
Sucre	Sincelejo	416,4	1254	66	365
Tolima	Ibagué	2205,9	11999	47	756
	Calí	1550,9	35375	249	1688
Valle del Cauca	Buenaventura	201,4	636	15	62
	Guadalajara de Buga	3825,7	4995	14	169
	Cartago	2751,3	3825	10	125
	Jamundí	3090,1	5231	6	296
	Palmira	1530,1	5490	19	73
	Tuluá	1788,3	3963	16	148
	Yumbo	3510,2	3913	8	178
Arauca	Arauca	364,7	366	10	30

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

Tabla 24. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2023-2024

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 38, 2024	Letalidad por dengue a SE 38, 2023
	Confirmados	En estudio		
Exterior	3	2	0,685	0,556
La Guajira	4	2	0,351	0,248
Guainía	1	0	0,325	0,000
Cesar	7	0	0,246	0,054
Putumayo	9	1	0,216	0,000
Arauca	3	0	0,145	0,095
Norte de Santander	9	4	0,125	0,246
Boyacá	2	0	0,120	0,000
Atlántico	2	1	0,104	0,050
Meta	6	0	0,097	0,088
Bolívar	5	5	0,096	0,105
Huila	18	1	0,091	0,081
Casanare	3	0	0,089	0,073
Caldas	2	0	0,083	0,000
Risaralda	5	5	0,065	0,000
Santander	20	24	0,063	0,075
Tolima	13	31	0,057	0,064
Quindío	3	6	0,049	0,000
Caquetá	1	1	0,048	0,000
Valle del Cauca	23	11	0,046	0,198
Antioquia	6	15	0,041	0,079
Cartagena	1	7	0,041	0,051
Sucre	1	2	0,036	0,169
Cauca	2	8	0,023	0,000
Córdoba	1	2	0,022	0,070
Cali	6	21	0,017	0,014
Cundinamarca	1	12	0,008	0,140
Vichada	0	4	0,000	0,000
Barranquilla	0	3	0,000	0,000
Buenaventura	0	3	0,000	0,000
Chocó	0	2	0,000	0,526
Magdalena	0	2	0,000	0,480
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Nariño	0	1	0,000	0,250
Santa Marta D.E.	0	1	0,000	0,164
Amazonas	0	0	0,000	0,205
Guaviare	0	0	0,000	0,000
Arch. San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	154	177	0,057	0,100

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 38 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).

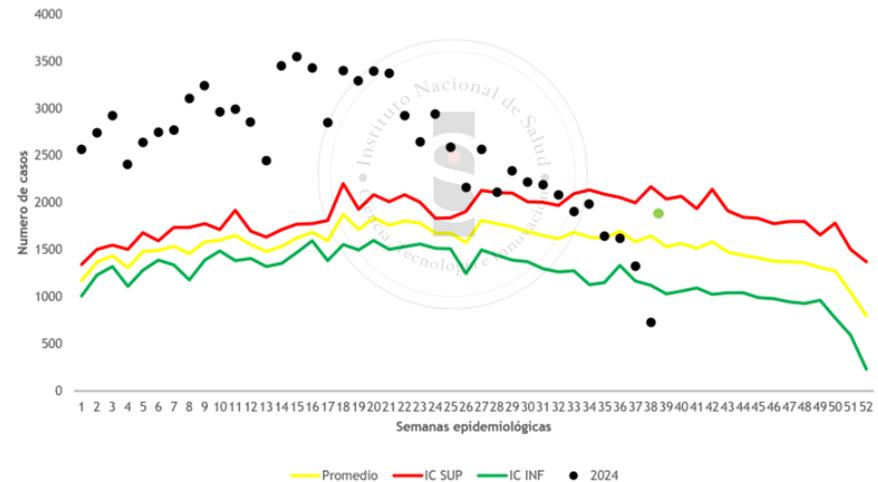
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
			NO	NO	SI	NO	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual 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 12).

Figura 12. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024.
El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 38, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 38 se notificaron 1 625 casos de malaria, para un acumulado de 99 519 casos, de los cuales 97 797 son de malaria no complicada y 1 722 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 61,1 % (60 845), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 37,0 % (36 827) e infección mixta con 1,9 % (1 847). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,4 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (36,6 %), Antioquia (13,5 %), Córdoba (11,0 %), Vaupés (7,9 %), Risaralda (7,1 %), Nariño (7,0 %), Guainía (3,5 %), Buenaventura (3,1 %), Cauca (2,8 %), Bolívar (1,7 %), Norte de Santander (1,2 %) y Boyacá (1,0 %). Mientras que por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 78,8 % de los casos son los que se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria P. falciparum	Malaria P. vivax	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	El Bagre	9	248	2257	2514	44,65
	Chigorodó	17	263	1080	1360	21,85
	Turbo	1	42	992	1035	7,69
	Mutatá	2	34	745	781	51,95
	Vigía del Fuerte	24	380	378	782	80,19
	Murindó	13	152	797	962	181,51
Bolívar	Montecristo	11	144	781	936	50,95
Buenaventura	Buenaventura	22	2063	926	3011	9,29
Cauca	Guapi	2	1672	67	1741	58,94
Chocó	Quibdó	53	3572	1860	5485	37,93
	Bagadó	162	2777	1773	4712	397,87
	Lloró	371	1136	1272	2779	261,90
	Alto Baudó	50	1512	1266	2828	90,45
	Tadó	35	1764	865	2664	132,18
	Bajo Baudó	64	872	2081	3017	88,92
	Río Quito	14	1156	512	1682	183,66
	Medio San Juan	46	861	649	1556	132,27
	Medio Baudó	20	967	328	1315	77,84
	Istmina	17	720	608	1345	39,78
	Medio Atrato	60	798	241	1099	85,23
	Atrato	15	636	221	872	127,47
	El Cantón del San Pablo	9	518	332	859	124,38
Nuquí	5	344	300	649	35,60	
Córdoba	Tierralta	97	970	4870	5937	59,49
	Puerto Libertador	12	225	2294	2531	55,73
Montelíbano	8	56	807	871	10,05	
Guainía	Inírida	6	16	3341	3363	88,69
Nariño	Roberto Payán	5	1048	407	1460	109,54
	Barbacoas	2	1303	56	1361	23,22
	Olaya Herrera	5	434	600	1039	39,25
	Tumaco	15	537	296	848	3,18
	Magüí	1	598	110	709	27,12
Norte de Santander	Tibú	1	2	794	797	12,82
Risaralda	Pueblo Rico	206	2493	3839	6538	389,42
Vaupés	Mitú	206	910	6506	7622	313,73

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 38 se han notificado 1 722 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 48 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño, Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 84,8 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 62,0 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 13).

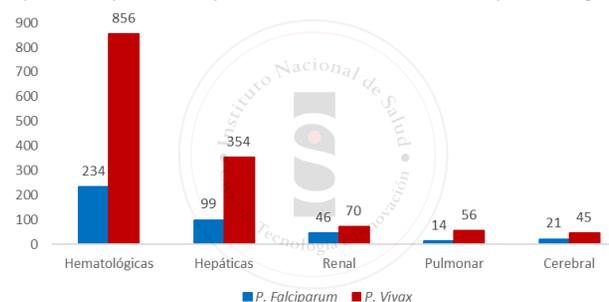
Figura 13. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 60,7 % (1 090) presentaron complicaciones hematológicas; un 25,2 % (453) complicaciones hepáticas; el 6,5 % (116) complicaciones renales; el 3,9 % (70) complicaciones pulmonares y el 3,7 % (66) a nivel cerebral (figura 14).

Figura 14. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

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

A semana epidemiológica 38 de 2024 se han notificado treinta y dos casos probables de muerte por malaria, de los cuales 13 se encuentran confirmados: 4 casos procedentes de Chocó (El Carmen de Atrato, Bajo Baudó y dos casos de Quibdó), 3 casos de Vaupés (Mitú), 2 caso de Risaralda (Pueblo Rico), 2 casos de Valle (El Dovio y Buenaventura), 1 caso de Montecristo (Bolívar) y 1 caso de Cauca (Guapi). De los 19 casos restantes, 6 se han descartado y 13 se encuentran pendientes por unidad de análisis.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 38 el país se encuentra en situación de aumento; 10 departamentos y 21 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 26) y 4 departamentos junto con 16 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 27).

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 34 a 38 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	7251	16	816	4
Chocó	Lloró	2684	121	125	5
Antioquia	El Bagre	2395	159	184	5
Chocó	Río Quito	1630	90	92	5
Antioquia	Chigorodó	1317	33	73	5
Chocó	Istmina	1294	44	91	5
Chocó	Medio Atrato	1037	53	69	5
Antioquia	Turbo	1008	33	63	5
Boyacá	Cubará	973	0	102	4
Antioquia	Mutatá	771	28	44	5
Antioquia	Frontino	607	21	38	4
Chocó	Bahía Solano	422	24	28	5
Amazonas	Leticia	409	3	13	4
Antioquia	Cáceres	376	16	36	4
Antioquia	Tarazá	354	9	38	4
Chocó	El Carmen de Atrato	196	2	9	4
Caldas	Belalcázar	80	0	4	1
Arauca	Saravena	77	0	15	4
Caquetá	Florencia	49	1	13	4
Córdoba	Canalete	39	1	13	4
Cali	Cali	29	1	7	4

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

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 34 a 38 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Risaralda	Pueblo Rico	6236	266	420	5
Nariño	Barbacoas	1242	68	136	5
Chocó	El Cantón del San Pablo	818	28	52	5
Chocó	Río Iro	520	11	25	4
Vichada	Cumaribo	483	179	141	5
Chocó	Nóvita	480	27	33	5
Antioquia	Nechí	419	25	54	5
Risaralda	Mistrató	331	11	18	4
Chocó	Unión Panamericana	317	17	16	5
Chocó	Condoto	316	11	21	4
Guaviare	San José del Guaviare	308	51	55	5
Antioquia	Caucasia	162	7	10	4
Córdoba	Montería	96	12	18	4
Córdoba	Moñitos	35	1	5	4
Córdoba	Puerto Escondido	32	2	4	4
Risaralda	Pereira	20	1	6	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 de 2024, se han notificado 19 405 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 19 270 corresponden a residentes en Colombia y 135 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (39 de 2023 a 38 de 2024) es de 0,67 casos por 100 menores de 5 años (tabla 28).

Tabla 28. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 38 de 2023	Casos a SE 38 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	18345	19270	0,67
La Guajira	1989	2142	2,50
Vichada	282	268	2,28
Chocó	729	888	1,77
Arauca	243	286	1,31
Guaviare	81	89	1,12
Casanare	298	252	0,93
Vaupés	44	44	0,86
Magdalena	515	588	0,85
Guainía	47	52	0,82
Amazonas	39	53	0,81
Risaralda	444	361	0,78
Cesar	687	719	0,75
Nariño	605	737	0,74
Bogotá D.C.	2619	2490	0,73
Putumayo	173	141	0,64
Buenaventura	126	197	0,63
Cundinamarca	1039	1141	0,63
Bolívar	457	525	0,61
Boyacá	408	402	0,61
Antioquia	1791	2110	0,61
Meta	394	410	0,61
Tolima	360	401	0,59
Norte Santander	588	536	0,58
Caquetá	132	160	0,58
Huila	409	467	0,58
Cartagena	363	340	0,51
Caldas	210	229	0,47
Valle	500	473	0,46
Atlántico	427	408	0,44
Santander	441	520	0,43
Córdoba	512	492	0,42
Cali	391	443	0,39
Sucre	293	231	0,39
San Andrés	13	8	0,34
Barranquilla	216	218	0,33
Santa Marta D.E	104	108	0,33
Cauca	283	268	0,32
Quindío	93	73	0,32

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 39 de 2023 a SE 38 de 2024

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

El 75,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y el 24,2 % como desnutrición aguda severa; el 8,1 % 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 (30,6 %) y de 1 año (29,7 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 65,2 %.

Para la semana epidemiológica 38 de 2024, comparada con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Bolívar, Tolima, Buenaventura, Santa Marta, Amazonas, Guainía y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 29).

Tabla 29. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Bolívar	264	525
Tolima	230	401
Buenaventura	67	197
Santa Marta	69	108
Amazonas	39	52
Guainía	43	52
Vaupés	65	44

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 38 de 2024, comparada con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 26 municipios (tabla 30).

Tabla 30. 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 38 de 2024

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Nariño	San Andrés de Tumaco	169	353
Huila	Neiva	104	209
Chocó	Quibdó	45	145
Antioquia	Bello	73	129
Bolívar	Magangué	34	122
Santander	Barrancabermeja	43	116
Antioquia	Turbo	22	106
Valle del Cauca	Palmira	44	86
Tolima	Ibagué	43	84
Caldas	Manizales	33	78
Caquetá	Florencia	40	65
Cundinamarca	Zipaquirá	30	64
Santander	Girón	27	56
Atlántico	Malambo	29	55
Antioquia	Itagüí	34	47
Atlántico	Sabanalarga	28	46
Cundinamarca	Girardot	34	46
Santander	Piedecuesta	30	46
Valle del Cauca	Jamundí	24	45
Risaralda	Dosquebradas	20	44
Boyacá	Duitama	23	37
Valle del Cauca	Tuluá	21	36
Córdoba	Sahagún	16	34
Cundinamarca	Chía	15	34
Norte de Santander	Villa del Rosario	46	32
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	11	21

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

Brotos y situaciones de emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Comportamiento de mpox en Colombia. 25 de septiembre de 2024

En Colombia no se han reportado casos del clado Ib, por el que fue declarada por la OMS la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 14 de agosto de 2024. Con relación al clado II, entre 2022 y 2023 se recibieron 8 924 notificaciones, se confirmaron 4 148 y se descartaron 4 165. En 2024, con corte a la semana epidemiológica 38 no se han confirmado nuevos casos con respecto a la semana anterior; se han notificado 784 casos y se han confirmado 121, de estos, el 99,1 % son hombres. Se han descartado 486 casos. Actualmente hay un (1) caso activo en Bogotá. Desde el nivel nacional, se mantiene activa la Sección de Planificación y la Sala de Análisis del Riesgo permanente del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública (COE-SP). Los potenciales integrantes de los equipos de respuesta rápida se encuentran en alistamiento y capacitación permanente, garantizando la capacidad de respuesta ante el posible ingreso de casos al país tras la alerta internacional.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sala de Análisis del Riesgo para mpox clado Ib.

Situación de infección por virus Oropouche en Colombia. 26 de septiembre de 2024

Con corte a la semana epidemiológica 38 de 2024, se han confirmado en Colombia 74 casos de infección por el virus Oropouche (OROV) mediante diagnóstico de laboratorio. De estos, 38 fueron detectados por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud, a través de la vigilancia retrospectiva basada en muestras notificadas inicialmente como casos de dengue (1279 muestras procesadas). Los otros 36 casos fueron notificados por instituciones que realizan labores de investigación de síndromes febriles.

El 94,6 % de los casos (70/74) proceden del departamento de Amazonas: 68 de Leticia y dos de Puerto Nariño. Además, se reportaron casos aislados: uno en Florencia, Caquetá y otro en Guamal, Meta. Dos casos adicionales fueron importados de Tabatinga, Brasil. Todos los pacientes presentaron síntomas leves relacionados con el síndrome febril y su condición final fue vivo. El 51,4 % de los casos (38/74) correspondieron a mujeres, mientras que el 60,8 % (45/74) fueron pacientes de entre 18 y 46 años. Además, se registraron seis casos de coinfección con dengue: cuatro en Leticia (2 con DENV-1 y 2 con DENV-2), uno en Puerto Nariño (DENV-3) y otro en Guamal (DENV-4).

Dos de los casos correspondieron a gestantes, ambas procedentes de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación). Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin complicaciones el 28 de abril (parto vaginal) y el 8 de marzo (cesárea por preeclampsia), respectivamente. Hasta la fecha, ninguno de los lactantes evidencia anomalías congénitas, síndromes neurológicos ni alteraciones del neurodesarrollo.

El 56,8 % de los casos reportó fecha de inicio de síntomas entre las semanas epidemiológicas 6 y 9 de 2024. El último caso detectado corresponde a la semana 22. Posterior a este y en ejercicio de búsqueda por laboratorio, no se han confirmado nuevos casos tanto por la estrategia de vigilancia retrospectiva del Laboratorio Nacional de Referencia, como a través del reporte de labores de investigación. Se recuerda a las entidades territoriales que, dado que el objetivo es la detección de circulación viral, la búsqueda se realiza a partir de la notificación de dengue. Se recomienda reforzar el seguimiento clínico en gestantes con síndromes febriles, teniendo en cuenta la alerta de posible transmisión vertical emitida por la Organización Panamericana de la Salud.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Grupo de virología - Laboratorio Nacional de Referencia.

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial del Cauca. 24 de septiembre de 2024

El 15 de septiembre se presentó brote de ETA en población privada de la libertad. Se identificaron 86 casos de 609 expuestos, para una tasa de ataque del 14,1 %. Tres personas fueron hospitalizadas y actualmente se encuentran en manejo ambulatorio, no se reportaron muertes. Se implementaron medidas de control como investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria, visita de inspección, vigilancia y control, recolección de muestras. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría de Salud del Cauca.

Brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en población general de Ipiales, Nariño. 25 de septiembre de 2024

El 2 de septiembre se identificó un aumento inusual en las consultas por EDA en Ipiales. La curva epidemiológica muestra un incremento del 33 % desde la semana 34, frente al promedio anual, con un pico de 498 casos en la semana 36, de los cuales 22 requirieron hospitalización menor a 24 horas. Actualmente no hay casos hospitalizados ni se han reportado muertes. Los grupos de edad más afectados son los jóvenes de 20 a 29 años, seguidos por los de 10 a 19 años. Se sospecha que el desabastecimiento de agua podría ser un factor contribuyente. Se han implementado medidas de control como reporte diario de casos, búsqueda activa de casos, comunicación de riesgo y colaboración intersectorial. Se ha activado una sala de análisis de riesgo a nivel departamental y nacional para seguimiento de la situación.

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 38 de 2024 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza 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

Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 19 de septiembre de 2024

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se han notificado 38 casos confirmados incluidas 19 defunciones en cinco países de la Región: Perú 18 casos (9 muertes), Colombia 8 casos (5 muertes), Bolivia 3 casos (2 muertes), Brasil 3 casos (2 muertes) y Guyana 2 casos. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales.

En la Región de las Américas, el riesgo de ocurrencia de brotes de fiebre amarilla es alto. Si bien la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más exitosas para prevenir esta enfermedad, la mayoría de los casos registrados durante el 2024 no tienen antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla.

Se recomienda a los países con áreas de riesgo para fiebre amarilla que continúen con sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia y la vacunación en zonas endémicas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 19 de septiembre de 2024. Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-america-19-septiembre-2024>

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 38

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		
	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	37	1	1	334	30	31	552	10	22	1	0	0	6	0	0	1.086	224	91
Antioquia	503	13	13	14.413	1.253	1.560	14.548	293	2.398	1.546	41	101	87	7	0	13.478	675	866
Arauca	87	3	0	586	51	61	2.072	75	219	1	1	0	48	4	5	117	2	19
Atlántico	105	3	0	3.109	235	298	1.915	177	257	2	1	1	22	4	2	3	1	0
Barranquilla	14	0	2	2.898	217	331	2.989	136	446	18	2	3	57	9	11	0	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	17.927	1.735	1.984	0	0	0	111	22	6	103	5	0	0	0	0
Bolívar	212	6	5	2.176	189	191	5.213	211	691	0	1	0	12	1	1	1.714	94	107
Boyacá	58	1	1	5.132	459	547	1.670	20	170	9	1	0	5	0	0	1.028	0	102
Buenaventura	24	1	1	113	10	8	636	29	62	1	0	0	0	0	0	3.085	161	168
Caldas	51	2	1	2.904	282	296	2.407	22	387	46	1	5	23	2	0	102	1	6
Cali	6	0	0	3.636	424	352	35.375	604	1.688	919	21	93	73	5	2	19	1	7
Caquetá	151	3	3	934	85	85	2.093	57	90	2	0	0	9	1	0	127	5	17
Cartagena	22	0	0	1.682	112	142	2.451	131	716	0	1	0	9	2	0	0	0	0
Casanare	151	5	11	1.352	110	125	3.381	103	159	7	1	0	4	1	0	37	6	2
Cauca	92	2	0	4.281	420	444	8.589	29	430	386	1	3	14	2	1	2.773	293	168
Cesar	250	7	12	2.196	162	227	2.841	278	286	2	3	0	64	6	0	33	2	3
Chocó	155	4	2	218	13	22	1.616	40	87	1	0	0	112	9	0	36.153	2.028	1.794
Córdoba	359	7	8	3.914	320	371	4.559	316	629	15	1	1	4	1	0	10.872	767	683
Cundinamarca	78	1	1	10.580	993	1.143	11.925	174	1.089	35	4	2	32	2	0	0	0	0
Guainía	8	0	0	125	10	21	308	5	54	1	0	0	0	0	0	3.466	400	402
Guaviare	77	1	1	249	26	26	649	22	138	7	0	0	2	0	0	699	99	86
Huila	109	2	2	4.571	408	499	19.834	145	1.024	16	1	2	16	2	2	4	0	2
La Guajira	139	3	1	1.787	147	187	1.140	84	56	1	1	0	12	1	0	24	2	0
Magdalena	151	4	2	1.927	181	194	1.248	124	101	3	5	1	29	2	0	11	1	0
Meta	223	5	2	3.128	282	346	6.192	207	635	76	4	20	59	4	1	240	42	22
Nariño	103	2	4	5.452	478	568	2.920	39	136	13	1	0	29	2	0	6.938	1.034	506
Norte de Santander	261	6	8	4.986	386	537	7.223	285	539	54	23	0	3	0	0	1.191	245	73
Putumayo	103	2	0	1.376	116	167	4.164	40	261	1	0	0	2	0	0	41	3	3
Quindío	13	0	0	2.214	203	246	6.098	29	569	5	1	0	11	0	1	47	2	6
Risaralda	45	1	0	3.020	291	306	7.685	23	889	16	3	1	25	3	0	7.011	238	452
San Andrés	0	0	0	298	25	30	355	7	127	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	41	1	2	1.473	98	131	538	44	71	3	0	0	23	4	1	0	0	0
Santander	174	3	8	5.644	474	621	31.516	307	2.425	25	5	2	20	2	1	17	2	1
Sucre	98	3	1	2.046	170	206	2.761	193	727	0	0	0	29	3	0	79	4	4
Tolima	110	2	2	5.180	458	539	22.717	605	1.551	12	2	0	45	3	2	19	0	0
Valle del Cauca	54	0	1	6.100	572	675	50.226	351	2.657	96	9	11	24	4	5	64	6	10
Vaupés	40	0	0	112	12	13	209	12	3	0	0	0	0	0	0	7.981	30	830
Vichada	46	2	2	180	21	18	348	5	94	0	0	0	0	0	0	702	166	150
Total nacional	4.151	96	97	128.253	11.458	13.548	270.963	5.232	21.883	3.431	157	252	1.014	91	35	99.161	6.534	6.580

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 38

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						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	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado												
Amazonas	0	1	0	4.864	752	398	315	14	15	0	0	0	2.542	389	323	11	2	0																		
Antioquia	170	27	44	710.210	77.955	64.581	33.119	2.420	3.274	4.276	712	770	311.126	38.601	31.370	482	77	50																		
Arauca	9	1	2	19.439	2.718	2.046	2.169	140	286	23	4	6.529	689	732	30	5	1																			
Atlántico	17	3	4	136.170	11.744	14.054	2.919	273	418	1.034	164	332	44.966	3.544	4.553	122	25	15																		
Barranquilla	45	6	13	189.485	18.093	19.212	7.636	383	930	1.212	226	290	60.583	5.593	5.476	135	28	16																		
Bogotá D.C.	199	36	38	1.396.865	131.777	119.188	59.397	4.646	4.907	7.500	1.316	1.353	597.539	61.324	60.099	540	73	52																		
Bolívar	16	4	6	104.021	11.962	11.199	2.741	263	343	521	108	111	28.912	2.570	2.298	107	20	9																		
Boyacá	20	5	10	111.793	12.863	10.921	5.704	411	489	388	83	70	44.175	4.181	3.957	85	10	8																		
Buenaventura	12	1	3	6.728	1.183	674	185	0	8	8	2	1	2.221	477	258	35	9	1																		
Caldas	15	2	4	63.027	8.485	6.646	2.576	261	233	812	118	176	27.010	2.952	3.189	56	8	8																		
Cali	53	12	7	224.570	21.363	17.772	5.528	501	471	514	48	100	81.859	13.645	7.535	189	26	28																		
Caquetá	17	2	2	25.552	4.014	2.346	1.723	128	141	56	17	6	18.815	1.658	1.396	32	5	2																		
Cartagena	28	6	3	166.139	18.399	19.079	5.048	413	947	1.024	240	207	42.811	3.881	4.669	122	25	11																		
Casanare	3	1	0	24.438	2.819	2.279	816	69	112	87	10	26	11.086	991	993	49	6	6																		
Cauca	26	4	1	97.189	9.581	8.357	3.627	98	286	330	36	83	60.009	5.354	5.646	133	21	10																		
Cesar	16	4	3	91.858	11.249	11.461	6.441	653	670	345	177	80	22.838	2.637	1.856	134	26	9																		
Chocó	16	2	8	28.343	1.561	2.527	1.324	153	112	31	6	5	11.120	869	1.081	116	17	9																		
Córdoba	26	3	6	164.260	14.917	21.388	4.760	519	662	1.209	220	342	42.517	4.267	3.935	202	36	17																		
Cundinamarca	52	9	13	319.061	25.424	28.878	12.292	696	1.153	1.562	396	285	134.134	12.823	12.279	265	35	22																		
Guainía	0	1	0	2.072	183	276	202	21	20	0	1	0	1.292	107	130	7	1	0																		
Guaviare	4	1	0	5.545	659	470	171	44	8	36	12	11	2.469	276	186	9	1	1																		
Huila	35	5	5	92.291	10.386	7.724	4.610	293	397	456	69	90	37.558	4.909	3.816	99	14	7																		
La Guajira	9	1	1	179.160	12.353	20.584	4.348	619	508	206	65	52	49.437	4.579	10.323	216	37	20																		
Magdalena	2	1	0	83.630	8.817	10.260	2.696	236	364	124	6	30	28.995	3.322	2.659	112	17	8																		
Meta	17	1	7	64.628	7.220	6.137	3.014	165	347	432	119	93	41.902	4.305	3.957	102	15	10																		
Nariño	35	9	7	111.817	14.327	11.021	5.294	375	445	99	57	15	40.359	7.996	5.817	143	17	15																		
Norte de Santander	50	9	8	135.240	12.143	11.158	8.210	645	766	717	153	132	41.878	6.110	4.280	117	22	4																		
Putumayo	7	1	0	27.489	2.415	2.933	1.074	119	90	31	4	8	8.706	1.277	886	44	4	3																		
Quindío	8	2	2	50.894	5.712	5.010	2.508	243	202	307	56	56	26.900	2.900	2.878	40	5	2																		
Risaralda	14	3	3	93.176	9.118	10.311	4.308	268	473	344	44	57	30.941	4.179	3.242	64	9	7																		
San Andrés	0	1	0	6.721	708	545	427	82	31	1	1	2.487	287	211	14	1	2																			
Santa Marta D.E.	4	3	0	52.433	2.648	5.869	2.160	183	235	727	149	187	15.562	1.291	1.300	40	11	2																		
Santander	46	9	14	195.222	15.551	18.838	15.120	1.137	1.653	2.120	374	391	65.930	6.768	5.672	120	19	13																		
Sucre	10	2	4	69.844	9.272	9.425	5.573	793	805	1.042	229	280	20.158	3.077	1.850	101	16	8																		
Tolima	29	2	10	105.618	10.225	10.809	6.578	357	658	390	75	50	47.124	5.400	5.219	94	15	15																		
Valle del Cauca	30	5	6	122.618	12.415	12.178	2.425	255	263	455	63	92	58.716	6.421	5.482	121	17	14																		
Vaupés	4	1	1	3.399	361	625	248	14	20	9	8	0	879	101	72	11	1	1																		
Vichada	3	1	0	5.088	397	415	22	5	3	1	0	0	2.906	126	126	26	3	1																		
Total nacional	1.047	187	235	5.290.897	521.769	507.594	227.308	17.895	22.745	28.429	5.357	5.786	2.074.781	238.349	209.751	4.325	679	407																		

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

Departamento	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	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	1	0	0	0	0	32	15	1	82	3	0
Antioquia	7	10	1	537	91	41	50	6	0	168	40	5	1.820	301	143	2.904	217	76
Arauca	0	1	0	17	2	3	2	1	0	5	2	0	145	28	7	211	17	3
Atlántico	0	3	0	67	6	1	0	1	0	9	1	0	559	181	39	280	9	5
Barranquilla	0	2	0	92	8	7	0	1	0	38	3	2	502	100	55	889	15	11
Bogotá D.C.	10	10	0	1.057	240	122	622	6	14	406	68	11	3.488	505	377	9.331	853	172
Bolívar	2	2	0	32	7	3	2	1	0	12	4	6	282	104	28	103	3	0
Boyacá	2	2	0	159	24	14	26	1	0	24	4	0	553	95	63	917	128	22
Buenaventura	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	69	4	0	18	3	0
Caldas	0	1	0	58	8	5	1	1	0	6	2	0	278	49	22	286	16	5
Cali	7	3	1	115	26	10	1	1	0	6	4	0	703	135	53	1.595	125	48
Caquetá	0	1	0	22	4	1	1	0	0	6	4	3	106	22	10	64	1	3
Cartagena	0	2	0	71	5	2	3	1	0	3	3	1	322	113	43	205	5	1
Casanare	3	1	0	36	4	3	6	0	0	6	1	0	157	48	13	227	11	3
Cauca	3	3	0	63	11	7	1	1	0	5	2	1	313	39	28	571	94	37
Cesar	2	3	0	37	8	2	5	2	0	3	8	1	307	60	25	342	10	3
Chocó	0	1	0	14	0	1	2	1	0	45	3	0	62	7	8	39	3	0
Córdoba	1	3	0	117	18	8	4	2	0	1	2	0	1.034	178	105	624	3	1
Cundinamarca	6	5	0	311	55	31	158	2	7	108	16	3	2	1	0	1.459	139	14
Guainía	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1.441	232	156	8	0	0
Guaviare	0	0	0	7	1	0	5	1	1	1	0	0	43	9	5	38	3	0
Huila	4	2	0	128	19	12	4	1	0	55	6	2	360	47	36	351	17	8
La Guajira	4	2	0	47	3	5	1	2	0	0	1	0	240	57	27	196	5	1
Magdalena	0	2	0	14	4	2	1	1	0	2	1	0	178	45	25	67	4	0
Meta	7	2	0	61	12	5	10	1	1	41	5	1	410	83	38	358	16	5
Nariño	8	3	1	124	14	12	7	1	0	53	7	2	671	87	44	349	17	11
Norte de Santander	7	3	0	165	21	8	2	2	0	11	10	0	668	124	86	434	6	5
Putumayo	0	1	0	44	5	0	1	1	0	10	1	0	175	22	25	275	17	5
Quindío	0	1	0	35	6	2	0	1	0	5	1	0	205	57	22	278	12	6
Risaralda	4	1	0	62	8	2	3	1	1	1	2	0	364	54	35	197	15	3
San Andrés	0	0	0	3	0	1	0	1	0	3	0	0	19	12	1	27	0	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	9	2	0	1	1	0	10	1	0	97	13	10	149	8	2
Santander	2	4	0	79	10	6	1	2	0	57	12	1	555	128	64	1.285	92	12
Sucre	4	2	0	71	10	7	4	1	0	35	21	3	352	112	45	378	6	0
Tolima	4	2	0	54	11	6	3	1	0	26	3	1	547	82	63	399	38	11
Valle del Cauca	2	3	0	132	15	10	2	1	0	1	1	0	767	138	60	740	57	25
Vaupés	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	5	1	1	12	0	0
Vichada	0	0	0	1	0	0	2	1	0	3	1	0	95	1	39	11	0	0
Total nacional	90	84	3	3.844	658	339	934	52	24	1.169	246	40	17.926	3.289	1.802	25.699	1.968	498

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 38

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		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis		Tipos de casos incluidos para el análisis	
	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	4	39	53	0	0	3	0	49	72	10	8	11	69	1	0
Antioquia	1	0	6	8	1.121	2.110	1	1	4	6	3.784	4.427	837	612	335	1.017	22	12
Arauca	2	1	0	0	205	286	0	0	3	0	133	134	15	11	4	12	2	0
Atlántico	1	0	3	1	279	408	0	0	2	1	610	770	2	1	28	84	11	4
Barranquilla	0	0	2	1	155	218	0	0	2	4	638	739	0	0	47	230	7	4
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2.175	2.490	2	0	4	20	3.061	4.264	0	0	51	78	22	13
Bolívar	0	0	1	1	264	525	0	0	2	1	359	492	269	316	54	159	9	4
Boyacá	0	3	1	0	352	402	0	0	1	2	688	824	79	182	10	30	4	2
Buenaventura	0	0	0	0	67	197	0	0	1	0	59	77	15	9	42	83	3	2
Caldas	0	0	2	0	108	229	0	0	42	3	857	915	131	175	25	143	3	1
Cali	0	0	11	5	345	443	0	0	12	12	1.161	1.247	1	1	81	222	6	4
Caquetá	0	0	1	0	140	160	0	0	2	0	186	161	182	144	65	427	3	0
Cartagena	0	0	2	0	146	340	0	1	4	2	383	434	2	1	92	194	8	0
Casanare	8	4	4	2	250	252	0	0	2	2	213	210	6	1	11	22	3	1
Cauca	0	0	1	2	254	268	0	0	2	7	612	716	53	23	34	81	7	7
Cesar	5	0	1	0	499	719	0	0	1	1	422	492	44	236	44	69	10	9
Chocó	0	0	1	1	447	888	0	0	2	0	70	119	181	171	34	79	10	13
Córdoba	0	4	1	0	384	492	0	0	6	0	712	858	118	147	30	92	13	6
Cundinamarca	0	0	15	11	803	1.141	0	0	6	10	1.516	1.878	128	155	51	114	15	8
Guainía	0	0	0	0	43	52	0	0	1	0	21	19	15	10	4	4	0	0
Guaviare	0	1	1	0	86	89	0	0	4	0	40	52	302	125	17	37	1	0
Huila	0	0	1	0	297	467	0	0	2	7	651	583	11	6	54	175	4	5
La Guajira	0	0	0	0	1.232	2.142	0	1	1	0	192	255	17	13	6	23	22	17
Magdalena	0	0	0	0	407	588	0	0	3	1	249	303	5	7	12	34	11	3
Meta	1	0	5	1	283	410	0	0	4	2	522	555	162	115	15	20	8	5
Nariño	0	0	1	2	451	737	0	1	21	1	1.002	1.086	255	68	25	58	10	7
Norte de Santander	2	0	3	0	481	536	0	4	18	2	739	832	176	127	32	79	8	5
Putumayo	0	0	14	2	143	141	0	0	13	2	243	193	181	154	10	22	3	2
Quindío	0	0	3	3	80	73	0	0	3	1	411	349	1	2	47	199	2	0
Risaralda	0	0	4	3	235	361	0	0	0	5	863	930	103	162	113	231	3	2
San Andrés	0	0	0	0	6	8	0	0	0	1	15	27	0	0	1	4	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	69	108	0	0	10	1	183	282	6	7	27	81	7	2
Santander	1	1	10	10	293	519	0	0	5	3	1.024	1.353	438	315	47	185	9	4
Sucre	1	0	2	0	164	231	0	1	10	3	318	475	75	43	31	49	6	2
Tolima	0	0	15	4	230	401	0	0	10	3	928	873	227	168	190	439	5	3
Valle del Cauca	0	1	6	0	276	473	0	1	9	3	979	956	15	15	123	309	5	2
Vaupés	0	0	0	0	65	44	0	0	1	0	41	67	40	30	17	21	0	0
Vichada	0	0	0	0	205	268	0	0	0	0	18	19	35	7	2	2	2	2
Total nacional	22	16	119	61	13.078	19.269	14	10	216	106	23.955	28.038	4.182	3.599	1.822	5.177	263	151

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 38

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 farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
	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	2	1	3	2	1	0	1	2	3	2	14	12	0	0	45	49	1	1	321	450
Antioquia	8	6	47	20	10	18	101	306	120	98	877	967	3	2	2.259	3.219	71	98	15.362	14.738
Arauca	2	0	3	3	2	1	5	5	32	16	129	113	0	0	101	115	2	0	628	1.070
Atlántico	1	2	6	10	5	5	22	23	39	20	260	222	3	3	316	384	13	12	1.551	1.953
Barranquilla	1	2	5	4	2	2	20	24	58	33	312	292	1	0	516	724	12	16	1.436	2.019
Bogotá D.C.	1	2	40	21	0	0	116	387	127	94	711	696	0	0	910	1.071	24	36	13.835	25.758
Bolívar	2	2	12	10	8	2	18	12	35	33	226	245	3	3	125	177	3	2	1.579	1.833
Boyacá	1	0	3	4	1	0	19	24	18	13	74	74	1	1	116	148	1	5	2.327	3.536
Buenaventura	0	3	3	2	2	1	5	0	11	21	101	89	0	0	122	124	9	5	205	285
Caldas	0	0	2	2	0	0	15	3	15	14	97	107	0	0	235	313	3	7	1.938	2.440
Cali	1	0	11	8	2	0	33	20	26	32	342	465	0	0	1.031	1.140	29	42	5.112	5.548
Caquetá	0	1	6	9	4	1	6	1	5	5	65	90	0	0	164	226	4	8	686	856
Cartagena	0	1	8	7	2	1	15	34	55	66	178	361	1	0	285	377	2	5	771	1.169
Casanare	1	1	1	2	2	0	7	9	30	18	96	127	0	0	117	116	3	2	609	834
Cauca	4	3	8	7	1	1	23	5	16	13	148	133	0	0	212	275	2	3	2.224	2.681
Cesar	5	3	7	7	17	12	20	11	30	15	251	189	2	1	293	370	2	3	1.596	1.725
Chocó	20	34	24	29	14	31	9	5	29	39	166	180	1	2	152	204	1	5	237	306
Córdoba	1	3	13	9	5	7	28	30	25	18	244	207	5	1	200	219	2	5	2.375	2.774
Cundinamarca	0	0	11	12	3	0	52	45	58	37	274	335	1	1	369	445	11	9	7.412	10.867
Guainía	1	2	3	2	1	0	1	0	5	0	14	11	0	0	13	22	0	0	96	151
Guaviare	0	0	1	1	0	1	1	3	4	1	21	24	0	0	30	26	1	0	193	211
Huila	0	0	6	4	3	1	17	6	12	12	118	121	1	0	284	423	5	8	4.222	4.651
La Guajira	14	23	32	20	40	34	15	3	53	27	276	275	1	0	343	494	3	14	908	1.149
Magdalena	2	2	13	11	10	9	14	2	26	20	170	205	2	0	116	174	2	2	1.047	1.129
Meta	1	2	8	4	5	6	17	2	39	38	192	209	0	0	426	532	14	17	1.403	2.126
Nariño	2	0	7	3	5	2	25	17	15	10	177	164	1	0	127	165	6	2	2.643	3.378
Norte de Santander	2	1	7	3	3	5	25	35	69	64	375	364	0	1	472	624	9	17	2.462	3.056
Putumayo	1	0	3	3	2	2	6	6	6	4	69	59	1	0	77	96	2	6	801	977
Quindío	0	0	3	3	0	0	8	4	10	3	74	68	0	0	191	229	3	1	1.612	2.073
Risaralda	5	7	4	10	5	7	14	8	19	28	133	148	0	0	439	457	21	19	2.421	2.767
San Andrés	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	7	0	0	8	9	0	0	90	205
Santa Marta D.E.	1	1	4	0	0	0	8	5	13	15	81	105	1	0	166	254	2	3	441	539
Santander	0	4	6	5	1	3	35	22	49	43	313	339	2	1	620	928	18	24	3.955	4.721
Sucre	1	0	5	7	2	8	15	14	18	11	154	138	3	0	76	87	1	1	1.260	1.502
Tolima	1	2	8	9	2	2	20	15	26	18	134	121	2	1	366	500	8	15	1.846	2.584
Valle del Cauca	2	2	9	7	5	4	30	31	26	18	232	276	1	0	511	575	13	15	4.593	5.268
Vaupés	2	3	3	4	0	0	1	1	1	1	3	2	0	0	12	14	0	0	143	177
Vichada	3	2	2	10	8	5	2	1	4	5	27	30	0	0	24	25	0	0	121	226
Total nacional	88	115	337	274	173	171	770	1.121	1.218	906	7.133	7.570	36	17	11.868	15.330	303	408	90.461	117.732

Semana Epidemiológica

15 al 21 de septiembre de 2024

38

Temas centrales

La Rabia, Vigilancia integrada en Colombia,
a semana epidemiológica 37 de 2024

Alejandra Pinilla Farías
ipinilla@ins.gov.co

Flavio Garzon romero
fgarzon@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/10.33610/23576189.2024.38>
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
Natalí Paola Cortés Molano, ncortes@ins.gov.co
Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co
Viviana Ines Pantoja Muñoz, vpantoja@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, jpедраза@ins.gov.co
María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co
Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

Brotos

Gestor sistema de alerta temprana, eri@ins.gov.co
Javier Alberto Madero Reales, jmadero@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

Diana Paola Gamba Díaz, dgamba@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