

Parálisis Flácida Aguda

*Comportamiento epidemiológico
en Colombia a semana epidemiológica 41*

La tasa de notificación de parálisis flácida aguda (PFA) entre 2018 y 2023 cumplió la meta de la OPS de un caso por 100,000 menores de 15 años, excepto en 2020 (0,85 casos debido a la pandemia de COVID-19); en la semana 40 de 2024 fue de 0,84 casos. Un logro en la tarea para erradicar la poliomielitis.



Tema central:

Parálisis Flácida Aguda
Comportamiento epidemiológico en Colombia
a semana epidemiológica 41

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

Parálisis Flácida Aguda Comportamiento epidemiológico en Colombia a semana epidemiológica 41

Yenny Marcela Elizalde Rodríguez - yelizalde@ins.gov.co

La tasa de notificación de parálisis flácida aguda (PFA) entre 2018 y 2023 cumplió la meta de la OPS de un caso por 100,000 menores de 15 años, excepto en 2020 (0,85 casos debido a la pandemia de COVID-19); en la semana 40 de 2024 fue de 0,84 casos." Un logro en la tarea para erradicar la poliomiélitis.

El poliovirus es un enterovirus que infecta exclusivamente a los seres humanos y se presenta en tres serotipos: tipo 1, tipo 2 y tipo 3. Históricamente, el poliovirus salvaje causó miles de casos de parálisis flácida aguda (PFA) y numerosas muertes. Sin embargo, gracias a la introducción de las vacunas contra la polio, los casos de poliovirus salvaje han disminuido en más del 99 % (1).

Desde 1988, el objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es constituir la poliomiélitis como la segunda enfermedad inmunoprevenible, después de la viruela, en ser erradicada en todo el mundo. Actualmente, solo el poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1) sigue circulando. El último caso de poliovirus tipo 2 (PVS2) se detectó en 1999 y fue declarado erradicado en 2015, mientras que el último caso de poliovirus tipo 3 (PVS3) se registró en 2012, siendo erradicado en 2019 (1).

El esfuerzo de la erradicación ha entrado en una fase crítica, Pakistán y Afganistán continúan siendo endémicos para la enfermedad con la persistencia del poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1); simultáneamente, en tres de las seis regiones de la OMS que han logrado eliminar el poliovirus salvaje, se han detectado casos de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) en poblaciones con vacunación ineficiente (1).

A partir del retiro de la vacuna oral de polio tipo 2 (VOP2) del esquema regular en 2016, a nivel mundial se han incrementado los brotes por poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2), identificados en poblaciones con deficiencia en coberturas de vacunación, lo que genera intranquilidad para el programa de erradicación de la poliomiélitis. Adicionalmente, este aumento está relacionado con la caída de la inmunidad de la mucosa intestinal de la población a los PVS2 en los menores nacidos después de abril de 2016 (1,2).

Es importante destacar que la inmunidad frente a un serotipo no protege contra los otros dos. La transmisión de la poliomiélitis ocurre por vía fecal-oral, es decir, el virus entra por la boca, se multiplica en el intestino y es excretado al ambiente durante varias semanas, facilitando su propagación en áreas con saneamiento deficiente (3).

Cuando la cobertura de vacunación es baja, los virus vivos atenuados de la vacuna oral contra la poliomiélitis (VOP) pueden, mediante replicación prolongada en un individuo o una comunidad, recuperar características de neurovirulencia y transmisibilidad similares a las del poliovirus salvaje (PVS). A través de la acumulación de mutaciones genéticas, estos virus derivados de la vacuna (VDPV) tienen el potencial de generar casos aislados o brotes de poliomiélitis paralítica (3).

En la Región de las Américas, en julio de 2022, en el condado de Rockland, Nueva York, se identificó un caso de poliomiélitis paralítica en un hombre, inmunocompetente, no vacunado y sin antecedentes de viaje. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) informó que se trataba de poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2). Investigaciones posteriores evidenciaron en aguas residuales resultados positivos para virus Sabin tipo 2, relacionados genéticamente con el virus identificado en el caso, que fue clasificado como cPVDV2 (4). El 21 de marzo de 2023, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Perú notificó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la OMS un caso confirmado de poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 (PVDV1) en menor de 16 meses, sin antecedente vacunal ni historial de viajes recientes (5). El 02 de agosto de 2024, el laboratorio global especializado informó a las autoridades sanitarias francesas la detección de poliovirus derivado de la vacuna tipo 3 (VDPV3) en muestra de aguas residuales ambientales recolectadas en Cayena-Guyana Francesa; los resultados de la secuenciación confirman que las muestras es-

tán relacionadas; estos hallazgos confirman la presencia de un cVDPV3 en la Guyana Francesa. Hasta el momento no se han confirmado casos probables de polio (6).

Ante la confirmación de casos de poliomielitis parálitica en la región de las Américas (Estados Unidos y Perú), y la detección de poliovirus cVDPV3 en aguas residuales, la OPS emitió alertas epidemiológicas y generó recomendaciones para la intensificación de la vigilancia (6); con base en estas recomendaciones y con el fin de fortalecer e intensificar la vigilancia, Colombia actualmente cuenta con estas tres estrategias de vigilancia de la PFA:

1. Vigilancia rutinaria de PFA en menores de 15 años.
2. Ampliación de la vigilancia de las PFA en adolescentes y adultos hasta los 49 años en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) Centinela a partir de la semana epidemiológica 18 de 2023 (7).
3. Vigilancia de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencia primaria en UPGD centinelas (8).

A continuación, se describen los principales aspectos de estas estrategias.

Comportamiento epidemiológico de la vigilancia rutinaria de PFA en menores de 15 años

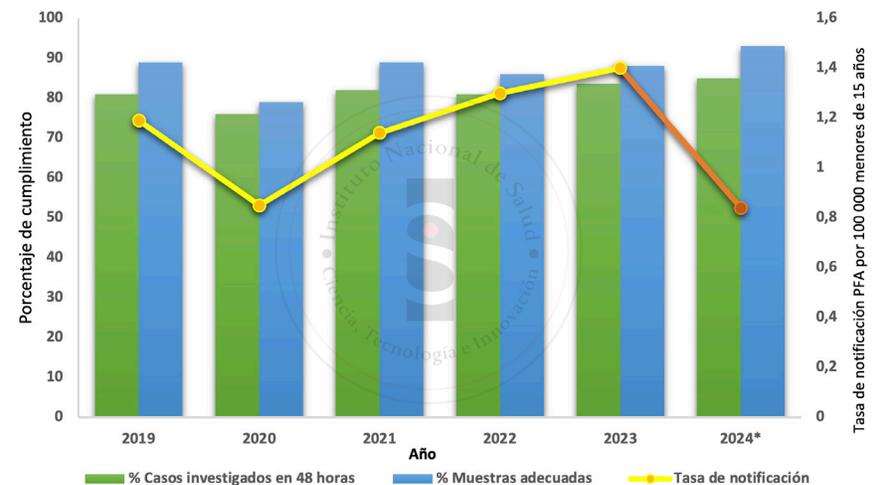
Colombia ha mantenido la certificación de la erradicación de la poliomielitis y el cumplimiento de los indicadores de vigilancia de PFA con estrategias como la notificación superinmediata e inmediata al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), implementada en 2017, a partir de la cual se genera una alerta a todas las entidades territoriales por notificación, procedencia y residencia, para que se desarrollen las actividades individuales y colectivas.

En cuanto a la capacidad básica de vigilancia, la tasa de notificación de PFA para el periodo 2018 a 2023 alcanzó la meta establecida por la OPS de al menos un caso por 100 000 menores de 15 años, excepto en 2020 que fue de 0,85 casos por 100 000 menores de 15 años, comportamiento generalizado a nivel mundial por la pandemia de COVID-19; a semana epidemiológica 40 de 2024 la tasa fue de 0.84 casos por 100 000 menores de 15 años.

Así mismo, el porcentaje de cumplimiento óptimo para los indicadores de gestión y de laboratorio es del 80 %, al igual que el indicador de gestión de

investigación de campo en las primeras 48 horas persiste sobre el 80 %. Este comportamiento puede relacionarse con un aumento en el diligenciamiento de la variable de investigación de campo en el momento de ajuste del caso, las asistencias técnicas y las capacitaciones. En 2020, debido a las medidas de contención por la pandemia de COVID-19, el cumplimiento fue del 76 %; mientras que para el 2024, a la semana epidemiológica 40 fue del 85 %. En el caso del indicador de laboratorio de recolección adecuada de muestras, históricamente ha cumplido con la meta del 80 %; en 2023, a semana epidemiológica 40, se reportó un cumplimiento del 93 % (figura 1).

Figura 1. Indicadores de vigilancia de parálisis flácida aguada, Colombia, 2019 a 2024*



*2023 corte a semana epidemiológica 40
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024

Vigilancia ampliada de PFA en personas de 15 a 49 años

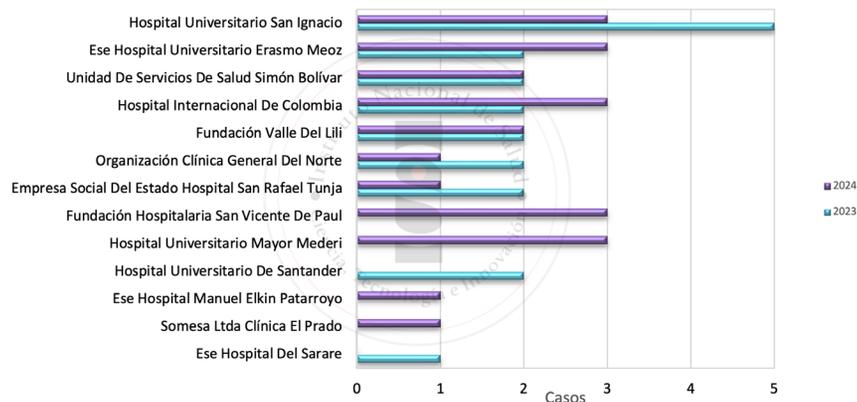
El objetivo de esta estrategia es intensificar la vigilancia de PFA en el grupo de 15 a 49 años en unidades centinela del país, para esto, se cuenta con un anexo técnico con las directrices nacionales del proceso. Para escoger las unidades centinela se tuvo en cuenta la valoración del riesgo, adicionalmente, se consideraron aquellas UPGD que se encuentran en ciudades fronterizas o puertos de entrada internacionales con elevados flujos migratorios, que cuenten con experiencia en vigilancia centinela de otros eventos, capa-

ciudad logística y tecnológica para realizar diagnósticos diferenciales de las parálisis flácidas agudas.

De esta manera, se seleccionaron 13 unidades centinela: Fundación Hospital San Vicente (Antioquia), E.S.E. Hospital del Sarare (Arauca), Organización Clínica General del Norte (Barranquilla), Hospital Universitario Mederi, Hospital Universitario San Ignacio y Hospital Simón Bolívar (Bogotá), E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja (Boyacá), Fundación Valle de Lili (Cali), Clínica Madre Bernarda (Cartagena), Fundación Hospital San Pedro (Nariño), E.S.E. Hospital Erazmo Meoz (Norte de Santander), Hospital Internacional de Colombia y Hospital Universitario de Santander (Santander).

Desde el inicio de la vigilancia centinela de PFA hasta semana epidemiológica 40 de 2024, las unidades centinela participantes han reportado 43 casos probables, 20 casos en 2023 y 23 casos a semana epidemiológica 40 de 2024. En cuanto a la procedencia de los casos, la mayoría son de Bogotá con 14 casos, seguido por Norte de Santander con 5 casos y Antioquia con 40 casos. Todos los casos se han descartado por laboratorio (figura 2).

Figura 2. Número de casos probables de parálisis flácida aguda notificados en personas de 15 a 49 años por unidad centinela semana epidemiológica 18 de 2023 a semana epidemiológica 40 de 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2023-2024

Vigilancia centinela de excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencia primaria

Colombia adaptó las recomendaciones de vigilancia en pacientes con inmunodeficiencia primaria emitidas por la OPS en el documento técnico “Orientaciones para la implementación de la vigilancia de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias”. Para esto, se cuenta con un anexo técnico con las directrices nacionales, las cuales fueron socializadas en la sesión informativa de lanzamiento el 28 de abril de 2023, pues el objetivo de esta estrategia de vigilancia es identificar pacientes con inmunodeficiencia primaria excretores de poliovirus asintomáticos o con cuadros clínicos de parálisis flácida aguda.

Se seleccionaron dos unidades centinela del país por ser de referencia para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos de inmunodeficiencia, estas unidades son: Hospital Pediátrico la Misericordia (HOMI) y Fundación Hospital Infantil Universitario de San José, ambos ubicados en Bogotá, las cuales se encuentran actualmente en el proceso de identificación y captación de pacientes con inmunodeficiencia primaria.

Las unidades centinela a semana epidemiológica 40 de 2024 han identificado 22 casos, 14 casos de la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José y 8 casos el HOMI; la mayor proporción de casos se presenta en el grupo de 10 a 14 años (7 casos) y en el sexo masculino con 14 casos. Los resultados de laboratorio para poliovirus han sido negativos.

Retos de la vigilancia de parálisis flácida aguda:

- Fortalecer la notificación inmediata de los casos en las entidades territoriales para garantizar el cumplimiento de indicadores.
- Identificar otros agentes causales que generen cuadros de parálisis flácida, a través del Laboratorio Nacional de Referencia.
- Generar estrategias para mejorar la oportunidad en el indicador de valoraciones neurológicas de 60 días, por medio de mesas de trabajo con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
- Concretar la logística para la identificación de los pacientes con inmunodeficiencia primaria y recolección de las muestras con cada una de las unidades centinela que confirmaron su participación en la estrategia de vigilancia de excre de poliovirus en esta población.

- Continuar con la capacitación y sensibilización a todas las unidades centinela participantes en las estrategias de vigilancia ampliada de PFA de 15 a 49 años para garantizar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia establecidos.

Conclusiones:

- A la fecha no se ha identificado circulación de poliovirus salvaje o cVDPV, existe riesgo de brotes en el país por este tipo de agentes.
- La vigilancia ha demostrado ser sensible ante la Identificación de casos poliovirus en el país, sin embargo, se requiere fortalecer la respuesta desde ingreso al sistema de casos probables.
- El país cumple parcialmente, con los estándares de certificación en el periodo de post-erradicación en Vigilancia y laboratorio.

Recomendaciones:

- Establecer acciones para el mantenimiento del sistema de vigilancia sensible y altas coberturas de vacunación.
- Capacitación y sensibilización a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública para la implementación de acciones individuales y colectivas ante todo caso probable de PFA para garantizar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia establecidos en el Plan de Erradicación.
- Contar con un plan de respuesta a brotes y equipos de respuesta inmediata para dar respuesta adecuada ante un evento o brote de polio.
- Dado el alcance que tiene este proceso en la era de post-erradicación en el país, se requieren procesos de vigilancia del evento y una vacunación de cohortes de susceptibles con polio eficaces y eficientes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Poliomieltis. [Internet] 2023. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1.

2. Global Polio Eradication Initiative. Our misión. [Internet]. 2024. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: <https://polioeradication.org/who-we-are/our-mission/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Poliomieltis. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/poliomieltis>
4. Organización Panamericana de Salud OPS/OMS. Actualización epidemiológica Poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 circulante en los Estados Unidos: consideraciones para la Región de las Américas - 13 de septiembre de 2022, Washington, DC. [Internet]. 2022. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-poliovirus-derivado-vacuna-tipo-2-circulante-estados-unidos>
5. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: poliomieltis en la Región de las Américas - 23 de marzo de 2023, Washington, D.C. [Internet]. 2023. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-poliomieltis-region-americas-23-marzo-2023>
6. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Alerta epidemiológica - Detección de poliovirus (cVDPV3) en aguas residuales, consideraciones para la Región de las Américas - 14 de octubre del 2024, Washington, D.C. [Internet]. 2024. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-deteccion-poliovirus-cvdpv3-aguas-residuales-consideraciones-para>
7. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia centinela de parálisis flácida Aguda personas de 15 a 49 años en diez Unidades Primarias Generadoras de Datos, Colombia. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo_PFA_15-50_a%C3%B1os_2023.pdf
8. Instituto Nacional de Salud. vigilancia de excreción de poliovirus en personas con inmunodeficiencia primaria en dos Unidades Primarias Generadoras de Datos centinela, Colombia. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo_PFA_15-50_a%C3%B1os_2023.pdf

SITUACIÓN NACIONAL

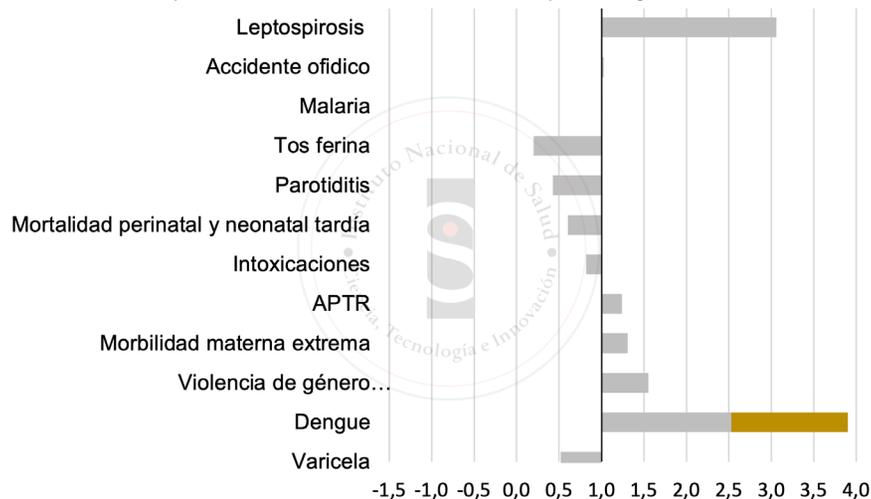
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 42 de 2024 se identificó que la notificación del evento de dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 42 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 42 de 2024, el evento mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea, Zika, Lepra y Chikungunya se ubicaron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Evento	Sección eventos última semana		
	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	8	2,6	0,00
Leishmaniasis cutánea	8	92,6	0,00
Zika	2	6	0,04
Lepra	4	8,8	0,04
Chikungunya	0	5,8	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,37
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.

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 42 del año 2023. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

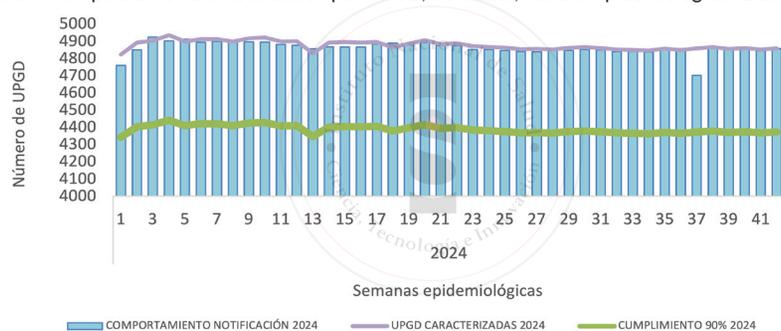
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122/1 122 UNM), observando el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con relación a la semana 42 del año 2023. El país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 857/4 859); aumentando un 0,2 % respecto a la semana anterior y 0,3 % comparado con la semana epidemiológica 42 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 42 de 2024, a nivel nacional se detectó que dos Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al hacer el análisis por nivel de complejidad sobre el total de UPGD silenciosas están categorizadas en el 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 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024



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

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

A semana epidemiológica 42 de 2024, se han notificado 764 muertes probables en menores de cinco años: 407 por infección respiratoria aguda (IRA), 214 por desnutrición (DNT) aguda y 143 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, 27 residen en el exterior y no se incluyeron en el análisis. En concordancia con esto, se consideran 737 casos de población residente en Colombia (397 por IRA, 201 por DNT aguda y 139 por EDA); de los cuales, 416 han sido confirmados, 122 fueron descartados y 199 se encuentran en estudio (tabla 2).

Tabla 2. 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 42, 2023-2024

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 42 2024			Casos en estudio a SE 42 2024			Tasa a SE 42 2023			Tasa a SE 42 2024		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Amazonas	0	2	1	1	1	0	10,49	62,95	20,98	0,00	21,10	10,55
Antioquia	14	9	5	4	14	3	3,47	4,17	0,46	3,30	2,12	1,18
Arauca	1	2	0	0	1	0	10,82	14,42	7,21	3,65	7,30	0,00
Atlántico	4	6	1	2	4	1	7,70	5,14	0,86	3,50	5,25	0,88
Barranquilla	2	4	1	0	1	1	1,12	3,35	0,00	2,28	4,57	1,14
Bogotá, D.C.	0	12	1	0	13	1	0,00	6,16	0,00	0,00	2,59	0,22
Bolívar	2	7	2	0	4	0	12,54	9,64	0,96	1,97	6,89	1,97
Boyacá	0	4	0	0	0	0	1,16	9,26	1,16	0,00	4,71	0,00
Buenaventura	1	1	3	0	1	0	14,09	16,91	0,00	2,89	2,89	8,66
Caldas	0	1	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69	0,00
Cali	0	6	0	2	1	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	2	0	2,53	11,38	0,00	1,29	7,76	1,29
Casanare	0	2	1	0	1	1	0,00	5,22	10,44	0,00	5,31	2,65
Cauca	0	6	0	1	1	3	0,00	9,66	3,51	0,00	5,34	0,00
Cesar	8	6	3	4	5	1	15,53	7,36	2,45	6,64	4,98	2,49
Chocó	28	23	34	3	15	0	83,14	64,08	34,64	48,77	40,06	59,23
Córdoba	7	9	2	0	2	1	5,87	9,12	0,65	4,66	5,99	1,33
Cundinamarca	0	7	0	0	3	0	0,00	1,28	0,00	0,00	2,97	0,00
Guainía	0	2	2	0	2	0	14,35	57,41	43,06	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	1	0	4,96	4,96	0,99	1,01	4,05	0,00
La Guajira	31	15	21	7	11	2	49,77	36,19	19,00	28,29	13,69	19,17
Magdalena	7	2	1	4	9	1	19,00	11,87	2,37	8,41	2,40	1,20
Meta	5	4	2	1	1	1	4,78	15,54	2,39	6,07	4,85	2,43
Nariño	2	3	0	1	1	2	4,13	9,09	1,65	1,69	2,53	0,00
Norte de Santander	4	0	0	0	3	2	0,76	3,82	0,76	3,12	0,00	0,00
Putumayo	1	2	1	0	1	0	0,00	0,00	3,15	3,18	6,36	3,18
Quindío	0	2	0	0	1	0	0,00	6,37	0,00	0,00	6,52	0,00
Risaralda	6	8	5	1	1	1	13,58	15,27	11,88	10,47	13,97	8,73
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	1	0	0	0,00	9,98	4,99	0,00	0,00	2,53
Santander	0	5	3	3	0	1	2,63	3,94	3,94	0,00	3,35	2,01
Sucre	6	5	0	2	2	0	2,59	3,88	3,88	7,87	6,56	0,00
Tolima	0	3	0	3	6	2	2,39	9,55	0,00	0,00	3,65	0,00
Valle del Cauca	2	3	2	2	5	0	3,62	7,97	0,72	1,49	2,23	1,49
Vaupés	0	0	1	0	4	2	0,00	46,71	15,57	0,00	0,00	15,11
Vichada	5	9	1	1	2	1	101,13	14,45	21,67	36,02	64,83	7,20
Nacional	139	182	95	44	127	28	6,86	8,54	2,65	3,82	5,00	2,61

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 42 de 2024, se han notificado 397 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 182 fueron confirmadas, 88 descartadas y 127 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue de 316, para una tasa de mortalidad de 8,54 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 42 de 2024 se notificaron ocho muertes probables en menores de cinco años por IRA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 42 de 2017 a 2023, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables notificadas en las entidades territoriales de Chocó, Risaralda, Vichada, Antioquia, Bogotá D.C., La Guajira, Nariño y Santa Marta, y a nivel municipal en Uribia, Cumaribo, Ibagué, Medellín, Bello y Puerto Gaitán (tabla 3). Las demás entidades territoriales, departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 3. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por IRA, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Chocó	25	38
Risaralda	4	9
Vichada	4	11
Antioquia	53	23
Bogotá D.C.	42	25
La Guajira	34	27
Nariño	8	4
Santa Marta	4	0
Uribia	7	12
Cumaribo	2	9
Ibagué	1	4
Medellín	19	5
Bello	3	0
Puerto Gaitán	3	0

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

Los principales agentes etiológicos identificados fueron virus sincitial respiratorio, rhinovirus, enterovirus, *Staphylococcus aureus* y adenovirus (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 42, 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	37	3	1	1	2	43	26	2	1	1	0	30
Rhinovirus	20	9	2	2	2	35	9	4	5	1	1	20
Enterovirus	16	8	2	1	1	28	6	3	3	1	1	14
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	1	0	1	1	6	9	1	2	2	0	14
Adenovirus	18	11	2	3	1	35	7	4	2	0	0	13
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	2	0	4	2	14	2	4	3	3	1	13
SARS-CoV-2	12	3	1	0	1	17	9	2	0	0	0	11
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	0	0	0	0	2	3	2	2	2	1	10
<i>Haemophilus influenzae B</i>	8	0	0	2	0	10	3	2	2	0	0	7
Influenza A	3	0	0	3	0	6	3	2	0	0	0	5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	0	0	0	0	4	3	1	1	0	0	5
Metapneumovirus	8	3	1	1	0	13	3	0	1	0	0	4
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Parainfluenza tipo 3	5	1	0	0	0	6	2	0	0	0	0	2
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 1	5	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Influenza B	6	0	0	2	1	9	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0
Total	160	42	10	23	10	245	92	29	24	11	4	160

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 42, se han notificado 201 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 139 casos fueron confirmados, 18 descartados y 44 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,82 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42

fue 254, para una tasa de mortalidad de 6,86 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 42 de 2024 se notificaron tres muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 42 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Antioquia, Chocó, Sucre, Bolívar, Cesar y Cundinamarca; a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Riohacha, Ciénaga, Maicao y Riosucio (Chocó) (tabla 5). Las demás entidades territoriales, departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 5. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por DNT aguda, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Antioquia	11	18
Chocó	15	31
Sucre	2	8
Bolívar	8	2
Cesar	18	12
Cundinamarca	3	0
Bojayá	1	5
Tadó	1	5
Riohacha	5	11
Ciénaga	2	5
Maicao	12	4
Riosucio	3	0

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 42, se han notificado 139 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia; 95 casos fueron confirmados, 16 descartados y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,61 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2023, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue de 98, para una tasa de mortalidad de 2,65 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En la semana epidemiológica 42 de 2024 se notificó una muerte probable en menores de cinco años por EDA.

En comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 42 de 2017 a 2023, se observaron diferencias significativas en el número de muertes probables notificadas en Buenaventura, Chocó, Santander y La Guajira y a nivel municipal en Bojayá, Tadó, Manaure y Dibulla (tabla 6). Las demás entidades territoriales, departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado.

Tabla 6. Entidades territoriales y municipios con comportamiento inusual en la notificación de muertes probables en menores de cinco años por EDA, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico	Valor observado
Buenaventura	0	3
Chocó	20	34
Santander	1	4
La Guajira	15	23
Bojayá	3	12
Tadó	1	4
Manaure	2	7
Dibulla	3	0

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

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

1. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 02]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/guiasops.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 42 de 2024 se notificaron al Sivigila cuatro casos, de los cuales dos corresponden a muertes maternas tempranas y dos a muertes maternas tardías; para un total acumulado de 171 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 164 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

De acuerdo con el análisis de los casos, para esta semana epidemiológica se ajusta la residencia en el extranjero a un caso de muerte materna temprana con residencia inicialmente en la entidad territorial de Bogotá.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2021 a 2024

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2021	396	120	35	551
2022	215	125	51	391
2023	195	124	64	383
2024p	164	96	32	292

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

A semana 42 de 2024 se han reportado casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá, La Guajira, 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 D.C., Bolívar, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Santander y Santa Marta; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Turbo (Antioquia), Valledupar y Tamalameque (Cesar), Montería (Córdoba) y Palocabildo (Tolima) comparado con el promedio histórico 2020-2023, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 42 de 2024, el 63,4 % corresponden a causas directas y el 32,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a hemorragia obstétrica con el 21,3 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Histórico 2020 - 2023 a SE 42	Acumulado de casos a SE 42		Comportamiento inusual con respecto al histórico
		2023	2024	
Colombia	287	195	164	Disminución
Bogotá D.C.	25	16	18	Disminución
La Guajira	23	13	17	Disminución
Chocó	11	7	14	Ninguno
Antioquia	23	16	13	Disminución
Cesar	11	5	10	Ninguno
Cundinamarca	16	8	9	Disminución
Cauca	8	9	7	Ninguno
Nariño	11	9	7	Ninguno
Córdoba	14	6	6	Disminución
Meta	8	6	6	Ninguno
Cali	7	4	5	Ninguno
Huila	4	4	5	Ninguno
Norte de Santander	8	2	5	Ninguno
Atlántico	11	11	4	Disminución
Barranquilla	8	4	4	Ninguno
Magdalena	12	8	4	Disminución
Santander	9	5	4	Disminución
Tolima	6	6	4	Ninguno
Bolívar	10	5	3	Disminución
Vichada	3	2	3	Ninguno
Boyacá	5	4	2	Ninguno
Buenaventura	4	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	6	4	2	Ninguno
Caldas	3	1	1	Ninguno
Casanare	3	1	1	Ninguno
Arauca	3	2	0	Ninguno
Caquetá	3	5	0	Disminución
Cartagena	9	9	0	Disminución
Guainía	1	1	0	Ninguno
Guaviare	1	1	0	Ninguno
Quindío	2	2	0	Ninguno

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2020-2023, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Valor histórico	Valor observado	Poisson
Antioquia	Turbo	3	0	0,04
Cesar	Valledupar	5	1	0,04
	Tamalameque	0	2	0,02
Córdoba	Montería	4	0	0,02
Tolima	Palocabildo	0	1	0,00

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Causa agrupada	Número de casos y proporción a SE 42 2022 - 2024						Comportamiento inusual
	2022		2023		2024		
DIRECTA	140	65,1	129	66,2	104	63,4	
Hemorragia obstétrica	32	14,9	31	15,9	35	21,3	Aumento
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	58	27,0	35	17,9	32	19,5	Ninguno
Sepsis obstétrica	15	7,0	17	8,7	9	5,5	Disminución
Evento tromboembólico como causa básica	14	6,5	19	9,7	9	5,5	Disminución
Embarazo ectópico	7	3,3	11	5,6	8	4,9	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	1,4	4	2,1	5	3,0	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	4	1,9	3	1,5	3	1,8	Ninguno
Otras causas directas	2	0,9	1	0,5	1	0,6	Ninguno
Embolia de líquido amniótico	5	2,3	4	2,1	1	0,6	Ninguno
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0,0	1	0,5	1	0,6	Ninguno
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0,0	3	1,5	0	0,0	Ninguno
INDIRECTA	69	32,1	63	32,3	53	32,3	
Otras causas indirectas	29	13,5	25	12,8	24	14,6	Ninguno
Otras causas indirectas: cáncer	11	5,1	9	4,6	8	4,9	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía	9	4,2	12	6,2	8	4,9	Ninguno
Sepsis no obstétrica	11	5,1	11	5,6	6	3,7	Disminución
Otras causas indirectas: dengue	1	0,5	1	0,5	3	1,8	Ninguno
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	0,9	3	1,5	3	1,8	Ninguno
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	6	2,8	1	0,5	1	0,6	Ninguno
Otras causas indirectas: malaria	0	0,0	1	0,5	0	0,0	Ninguno
Desconocida / indeterminada	5	2,3	2	1,0	0	0,0	
En estudio	1	0,5	1	0,5	7	4,3	

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.

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 06. 11 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM.

A semana epidemiológica 42 de 2024 se han notificado 4 802 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 735 corresponden a residentes en Colombia y 67 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C. (602), Antioquia (537), Cundinamarca (293), La Guajira (233) y Córdoba (219). Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre 2019 y 2023, con corte a semana epidemiológica 42 de 2024 se presentó comportamiento inusual en Amazonas, Atlántico, Córdoba, Guainía, La Guajira, Huila, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Sucre. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 11).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2023 y 2024

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2019-2023	Valor observado 2024 (SE 39 a 42)	Comportamiento inusual	Acumulado de casos a SE 42	
				2023	2024
Colombia	652	379	Decremento	5 800	4 735
Bogotá, D.C.	75	62	Dentro del rango	621	602
Antioquia	72	49	Dentro del rango	678	537
Cundinamarca	35	25	Dentro del rango	313	293
La Guajira	37	16	Decremento	290	233
Córdoba	34	14	Decremento	300	219
Cali	25	19	Dentro del rango	222	210
Nariño	17	8	Decremento	134	152
Barranquilla	27	14	Dentro del rango	234	151
Cauca	20	12	Dentro del rango	193	146
Cesar	22	10	Dentro del rango	204	145
Cartagena	24	15	Dentro del rango	199	138
Valle del Cauca	16	16	Dentro del rango	169	136
Atlántico	25	8	Decremento	191	131
Chocó	15	11	Dentro del rango	133	131
Santander	20	11	Dentro del rango	174	130
Norte de Santander	20	5	Decremento	172	124
Magdalena	15	6	Decremento	115	120
Bolívar	18	8	Dentro del rango	167	114
Meta	15	11	Dentro del rango	147	112
Sucre	15	5	Decremento	145	107
Huila	14	5	Decremento	154	104
Tolima	13	5	Dentro del rango	132	100
Boyacá	10	7	Dentro del rango	103	93
Risaralda	9	9	Dentro del rango	69	74
Caldas	7	7	Dentro del rango	66	63
Casanare	6	4	Dentro del rango	53	53
Putumayo	4	2	Dentro del rango	45	46
Quindío	5	3	Dentro del rango	40	44
Santa Marta	10	1	Dentro del rango	59	40
Buenaventura	8	1	Dentro del rango	62	37
Caquetá	5	3	Dentro del rango	64	35
Arauca	5	3	Dentro del rango	52	32
Vichada	3	2	Dentro del rango	34	28
San Andrés y Providencia	1	0	Dentro del rango	9	14
Vaupés	2	0	Dentro del rango	9	12
Amazonas	1	0	Decremento	15	11
Guainía	1	2	Decremento	20	9
Guaviare	1	0	Dentro del rango	13	9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2024 p

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico 2019 a 2023 en Totoró (Cauca), San Bernardo del Viento (Córdoba), Anorí (Antioquia), El Rosal (Cundinamarca), La Tebaida (Quindío), Zarzal (Valle del Cauca), Vigía del Fuerte (Antioquia), Tello (Huila), Villahermosa (Tolima) y Jardín (Antioquia) (tabla 12).

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial de residencia	Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 42 2019 - 2023	Valor observado a SE 42 de 2024	Semanas continuas en incremento
Cauca	Totoró	5	10	25
Córdoba	San Bernardo del Viento	6	10	14
Antioquia	Anorí	3	7	15
Cundinamarca	El Rosal	3	7	4
Quindío	La Tebaida	4	7	11
Valle del Cauca	Zarzal	4	7	11
Antioquia	Vigía del Fuerte	3	6	2
Huila	Tello	1	5	21
Tolima	Villahermosa	1	5	7
Antioquia	Jardín	2	4	4

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 43,3 %, seguido de las neonatales tempranas con 29,2 %, neonatales tardías con 17,0 % y fetales intraparto con 10,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,8 % y complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas ovulares con el 13,2 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 42 de 2024 frente a 2022 y 2023 (datos preliminares) en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte, en consecuencia, se invita a la gestión de las entidades territoriales de notificación a la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 13. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2022-2024

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 42, 2022 - 2024					
	2022 a SE 42	(%)	2023 a SE 42	(%)	2024 a SE 42	(%)
Colombia	6964	100,0	5800	100,0	4735	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1771	25,4	1442	24,9	1164	24,6
Prematuridad-inmadurez	1255	18,0	1064	18,3	746	15,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1056	15,2	928	16,0	625	13,2
Complicaciones del embarazo y trabajo de parto	707	10,2	597	10,3	490	10,3
Malformación congénita	574	8,2	526	9,1	406	8,6
Infecciones	703	10,1	506	8,7	405	8,6
Otras causas de muerte	459	6,6	349	6,0	296	6,3
Sin información	0	0,0	30	0,5	258	5,4
Causas no específicas	180	2,6	130	2,2	172	3,6
Trastornos cardiovasculares	172	2,5	151	2,6	133	2,8
Lesión de causa externa	64	0,9	56	1,0	21	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	23	0,3	21	0,4	19	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 y 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 al mismo periodo del año anterior que no supera el 30 % (tabla 14).

Tabla 14. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 42, 2023 y 2024

A semana epidemiológica 42 2023 - 2024			
Tipo de servicio	2023	2024	Variación porcentual >30%
Consulta externa y urgencias	6 124 394	5 777 436	↘ -0,06%
Hospitalización en sala general	247 047	246 847	↔ 0,01%
Hospitalización en UCI/UCIM	29 571	31 338	↗ 0,06%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023 a 2024

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 42 de 2024 se notificaron 116 565 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, Guainía, La Guajira, San Andrés, Santa Marta y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura, Caquetá y Huila. Las 28 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 (39 a 42 de 2024) en 10 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica (39 a 42 de 2024)

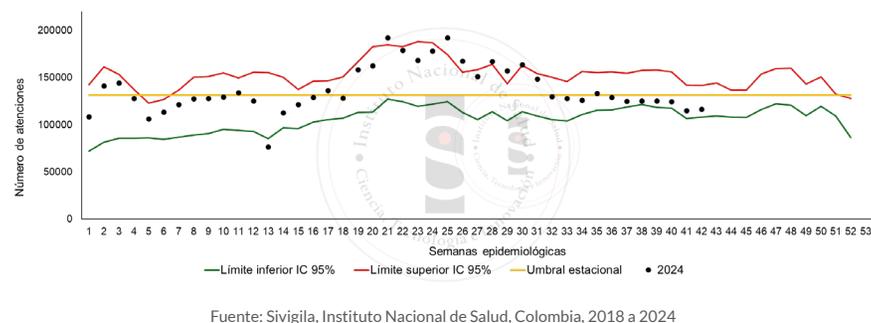
Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 39 a 42)	Observado (Últimas 4 semanas epidemiológicas 39 a 42)	Análisis
Antioquia	Itagüí	66320	4178	6265	Aumento
Bolívar	Magangué	14340	790	1556	Aumento
Cundinamarca	Madrid	16259	725	1243	Aumento
Cundinamarca	Zipacquirá	17979	1085	2309	Aumento
Cundinamarca	Soacha	65239	3492	5791	Aumento
La Guajira	Maicao	48916	2547	4524	Aumento
La Guajira	Uribe	43489	2748	4410	Aumento
Santander	Girón	6987	255	571	Aumento
Santander	Piedecuesta	5679	263	511	Aumento
Valle del Cauca	Tuluá	14580	628	1071	Aumento
Antioquia	Apartado	14622	917	1016	Ninguno
Antioquia	Turbo	12142	805	940	Ninguno
Antioquia	Envigado	19763	1811	1517	Ninguno
Antioquia	Bello	62926	4206	5329	Ninguno
Atlántico	Malambo	8214	436	460	Ninguno
Atlántico	Soledad	81694	7606	7402	Ninguno
Casanare	Yopal	13312	888	816	Ninguno
Cundinamarca	Girardot	17360	896	1140	Ninguno
Cundinamarca	Mosquera	5688	314	299	Ninguno
Norte de Santander	Ocaña	13732	941	1041	Ninguno
Santander	Floridablanca	23581	1632	2031	Ninguno
Valle del Cauca	Yumbo	11633	1009	906	Ninguno
Valle del Cauca	Cartago	13958	825	1024	Ninguno
Valle del Cauca	Palmira	24219	1631	1897	Ninguno
Boyacá	Sogamoso	13610	1112	1207	Ninguno
Huila	Pitalito	10074	975	885	Ninguno

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 de 2024), por grupos de edad, los de 20 a 39 años representan el 26,1 % (125 728) de las consultas, seguido por el grupo de 05 a 19 años con el 21,5 % (103 775). 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 12,0 % seguido de los menores de dos a cuatro años con 11,4% respectivamente.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA, de las semanas epidemiológicas 01 a la 42 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 un aumento del 1,44 % comparado con la semana anterior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 01 a 42 entre 2017 y 2024



Hospitalizaciones por IRA en sala general

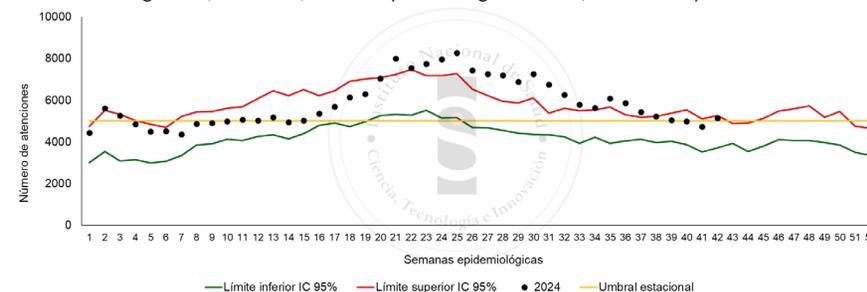
En la semana epidemiológica 42 de 2024 se notificaron 5 149 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Guaviare, La Guajira, Putumayo, San Andrés y Vichada e incremento en Antioquia, Arauca, Barranquilla, Cartagena, Cauca, Cundinamarca, Guainía, Meta y Tolima. En las 24 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 de 2024, por grupos de edad, los mayores de 60 años (5 060) representaron el 25,4 %, seguido de los menores de un año con el 16,9 % (3 363). 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 20,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 18,5 %.

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, mientras que la semana 21 a 37 se sitúa por encima del límite superior y para semana 38 y 42 se observa una tendencia a la disminución ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana se observa un aumento de 8,0 % comparado con la semana anterior (figura 6).

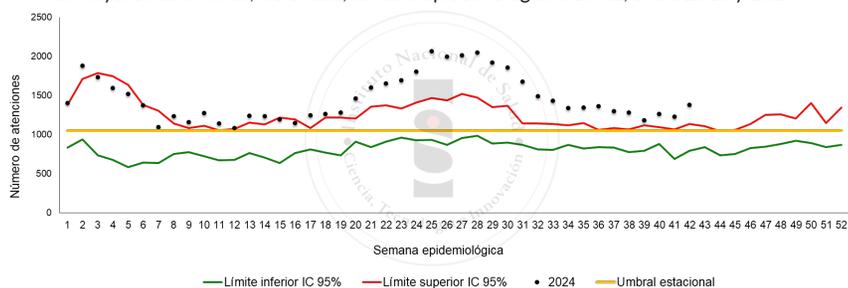
Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 01 a 42, entre 2016 y 2024



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

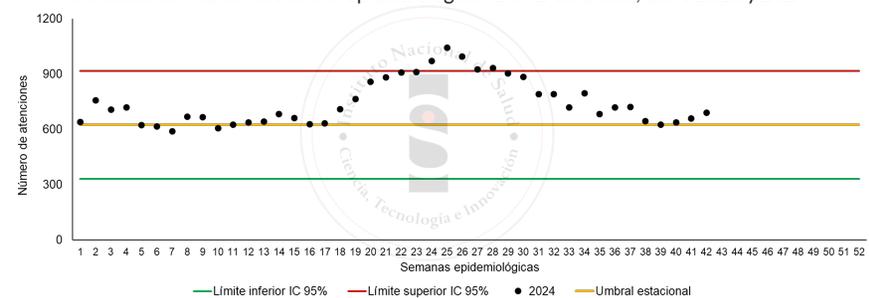
En la semana epidemiológica 42 de 2024, se notificaron (1 380) atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. En el canal endémico para este grupo de edad se evidencia que se ubica por encima del límite superior el 86,0 % de las semanas epidemiológicas. (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 42, entre 2016 y 2024



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

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana epidemiológica 01 a 42 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 42 de 2024, se notificaron 692 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en 12 entidades territoriales. Se presentó disminución en Caquetá, Cesar, Choco, Cundinamarca, Nariño y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Cartagena, Cauca, Guainía, Huila, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Quindío, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

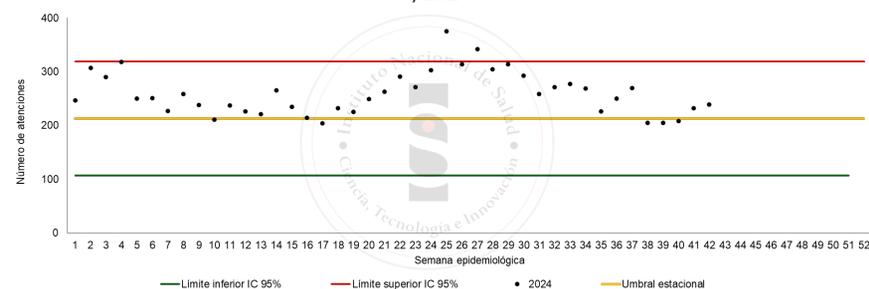
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 de 2024) por grupos de edad, los mayores de 60 años representan el 33,8 % (884), seguido de los menores de un año con el 25,5 % (667) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI y UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en los niños de un año con el 26,5 %, seguido del grupo de dos a cuatro años con el 23,3 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM de semana 1 a 23 se ubican dentro de los límites esperados; para semana 24 a 27 se observa un incremento ubicándose por encima del límite superior; sin embargo, para las semanas 28 a 42 se evidencia tendencia a la disminución, ubicándose por debajo del límite superior. Para la última semana se observa un aumento de 4,62 % comparada con la semana anterior (figura 8).

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

En la semana epidemiológica 42 de 2024, se notificaron 239 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 01 a la 42 (exceptuando semana 25 y 27) se han situado dentro de los límites esperados; para semana 25 y 27 se ubica por encima del límite superior. (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, semana epidemiológica 01 a 42, 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 41 en la región de las Américas la actividad de Influenza en las últimas 4 semanas epidemiológicas ha presentado acenso en la región Caribe y Andina. 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 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 región Andina y Brasil y Cono Sur (consulta [datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana 42, 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 y otros coronavirus; en decremento para VSR y enterovirus. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (figura 10).

Figura 10. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 35 a 42 de 2024

Agente viral identificado	SE 35 a SE 38			SE 39 a SE 42			Variación
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	40,8	45,7	27,1	34,5	39	23,7	
Rinovirus	22,2	19,7	-	29,0	27,1	44,4	
VSR	18,8	22,8	25,0	13,1	23,7	-	
Enterovirus	14,0	17,3	-	7,5	8,5	-	
Adenovirus	11,6	15,0	12,5	11,2	18,6	-	
Influenza B	8,7	4,7	6,3	11,2	1,7	-	
Influenza A	3,9	2,4	25,0	2,8	-	22,2	
Parainfluenza	7,7	6,3	18,8	7,5	8,5	-	
Metapneumovirus	4,8	5,5	-	5,6	6,8	-	
A(H1N1)pdm09	-	-	-	1,8	-	-	
SARS-CoV2	1,9	2,4	-	0,9	-	-	
A(H3N2)	1,9	0,8	6,3	0,9	-	-	
Bocavirus	1,4	2,3	-	-	-	-	
Coronavirus	2,9	0,8	6,3	8,4	5,1	33,3	

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

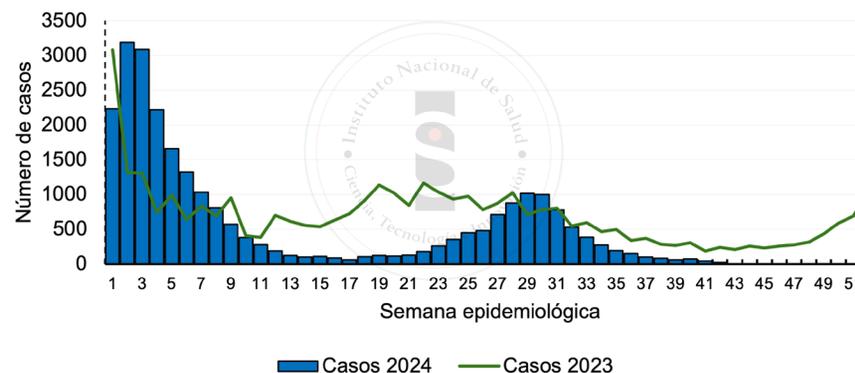
Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 de 2024, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (Código INS 346).

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

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

En Colombia, para el 2024, con corte al 19 de octubre por fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila 25 960 casos de COVID-19. En las últimas 8 semanas se observa una disminución significativa del 71,1 % comparada con el mismo periodo del año 2023 (figura 11).

Figura 11. Comportamiento semanal de COVID-19, Colombia, 2023-2024



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

Entre el 13 y el 19 de octubre de 2024 (semana epidemiológica 42) se confirmaron 39 casos en el territorio nacional; de estos, el 56,4 % (56 casos) corresponde a la semana 42. Los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D.C. y Antioquia (tabla 16).

Tabla 16. Casos nuevos de COVID-19 en la semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad Territorial	Semanas anteriores	39	40	41	42	Total
Bogotá D.C.	0	0	2	1	8	11
Antioquia	0	0	1	0	3	4
Tolima	1	0	0	0	1	2
Guajira	0	0	0	1	1	2
Barranquilla	0	0	2	0	0	2
Arauca	0	0	1	1	0	2
Meta	0	0	0	2	0	2
Caldas	1	0	0	1	0	2
Cauca	0	0	0	0	2	2
Cundinamarca	1	0	0	1	0	2
Boyacá	0	0	0	0	1	1
Cali	1	0	0	0	0	1
Santander	0	0	0	0	1	1
Huila	0	0	0	0	1	1
Valle	0	0	0	0	1	1
Exterior	0	0	0	0	1	1
Putumayo	0	0	0	0	1	1
Córdoba	0	0	0	0	1	1
Total	4	0	6	7	22	39

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

En el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2024), en Colombia se confirmaron por laboratorio 194 casos nuevos por COVID-19 en 26 entidades territoriales del orden departamental y distrital, con afectación de 69 municipios. Durante este periodo se ha registrado una incidencia de 0,37 casos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2024), en este indicador no se observan cambios a nivel departamental y distrital. En los municipios con población mayor a 100 000 habitantes, se observa disminución en Popayán (Cauca) y Cajicá (Cundinamarca). Ninguna entidad territorial, departamental, distrital o municipal, reporta incremento estadísticamente significativo para el período observado.

Para 2024, en Colombia se han notificado 340 fallecidos con una mortalidad de 0,65 casos por 100 000 habitantes. En el período epidemiológico actual se reportaron 3 fallecidos, lo que también muestra una reducción en este indicador al compararse con el período anterior. La procedencia de los casos fallecidos en el período es de Bogotá, Tame y Arauca. El grupo de edad más afectado es el de los adultos de 60 años y más, con el 79 % del total de las muertes.

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

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 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 42 de 2024 se notificaron 4 948 casos probables de dengue: 3 371 casos de esta semana y 1 577 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 286 295 casos, 178 011 (62,2 %) sin signos de alarma, 105 620 (36,9 %) con signos de alarma y 2 630 (0,9 %) de dengue grave.

El 76,3 % (218 361) 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 17); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41, 2024), el 56,11 % (10 725) de los casos se concentran en Santander, Antioquia, Valle del Cauca, Cali, Tolima, Cundinamarca y Risaralda (tabla 17).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024

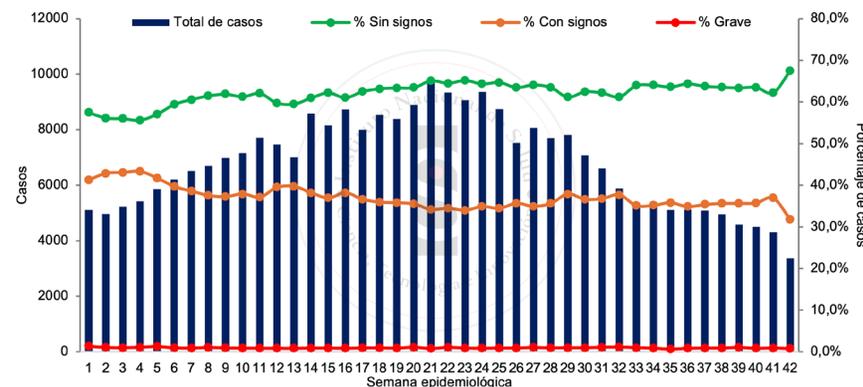
Entidad territorial	Casos	Porcentaje de casos de dengue según clasificación (%)		
		Sin signos de alarma	Con signos de alarma	Grave
Valle del Cauca	51701	69,7	29,8	0,5
Cali	36137	62,7	36,4	0,9
Santander	33282	63,2	36,1	0,7
Tolima	23544	58,5	40,3	1,2
Huila	20126	60,4	37,1	2,5
Antioquia	16218	61,0	38,2	0,8
Cundinamarca	12648	57,3	42,1	0,6
Cauca	8852	62,3	36,8	0,9
Risaralda	8374	62,1	37,3	0,6
Norte de Santander	7479	55,1	43,4	1,5
Meta	6647	65,9	33,3	0,8
Quindío	6611	68,0	31,6	0,4
Bolívar	5879	54,2	44,6	1,2
Córdoba	5233	47,2	52,5	0,2
Putumayo	4219	65,7	33,5	0,8
Sucre	3571	41,8	57,3	0,9
Barranquilla	3458	63,8	35,3	0,8
Casanare	3438	68,3	31,1	0,6
Cartagena	3261	67,6	30,8	1,6
Cesar	3073	41,5	57,2	1,4
Nariño	3024	68,8	30,7	0,6
Caldas	2616	66,7	33,1	0,2
Arauca	2261	62,7	36,2	1,1
Caquetá	2211	47,3	51,6	1,2
Atlántico	2082	47,1	51,0	1,9
Boyacá	1812	69,9	29,5	0,6
Chocó	1718	76,3	23,2	0,5
Magdalena	1310	35,8	63,1	1,1
La Guajira	1201	41,4	57,5	1,1
Buenaventura	678	64,7	33,8	1,5
Guaviare	640	80,6	18,9	0,5
Amazonas	575	66,3	33,4	0,3
Santa Marta	560	45,5	52,5	2,0
Archipiélago de San Andrés	469	60,6	39,2	0,2
Exterior	455	39,6	55,4	5,1
Vichada	384	68,5	31,0	0,5
Guainía	337	68,2	30,9	0,9
Vaupés	211	84,8	13,7	1,4
Colombia	286295	62,2	36,9	0,9

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2024), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Guaviare, Putumayo y Guainía; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura, Cali, Huila y Nariño; 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 12); 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 38 a 41, 2024) fueron: Caquetá, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Nariño, Santa Marta, Sucre y Vaupés.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2024



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

En la semana epidemiológica 41 de 2024, a nivel nacional se confirmó el 82,5 % (87 114) de los casos de dengue con signos de alarma y 93,4 % (2 487) de los casos de dengue grave. Se hospitalizó al 77,5 % (81 830) de los casos de dengue con signos de alarma y el 95,1 % (2 534) de los casos con dengue grave (tabla 18).

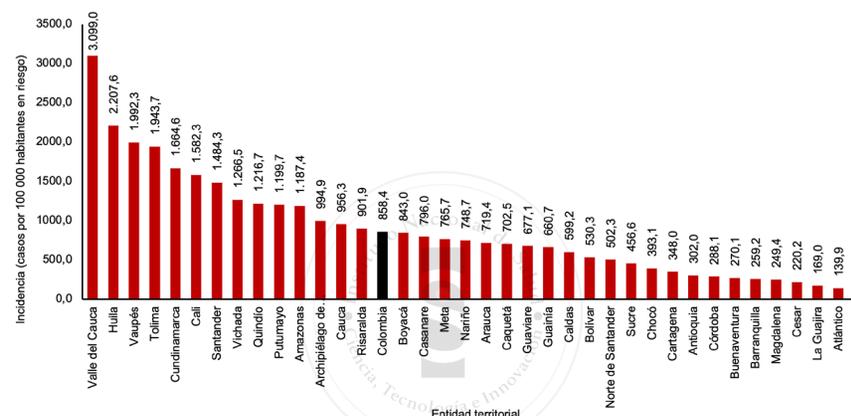
Tabla 18. Indicadores de gestión por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024

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	391	211	1	19,9%	24,2%	0,0%	93,8%	100,0%
Antioquia	10210	5998	124	69,4%	69,5%	85,5%	49,4%	82,3%
Arauca	1410	775	14	36,5%	65,5%	100,0%	85,7%	100,0%
Atlántico	698	826	26	85,0%	90,4%	92,3%	79,8%	92,3%
Barranquilla	2494	1569	49	94,0%	96,7%	93,9%	92,4%	100,0%
Bolívar	2746	1824	11	82,4%	89,6%	81,8%	77,7%	90,9%
Bogotá D.C.	2228	1831	37	95,6%	98,1%	100,0%	73,5%	94,6%
Boyacá	1338	653	6	74,9%	85,8%	100,0%	62,2%	100,0%
Buenaventura	381	162	4	97,6%	93,2%	100,0%	86,4%	75,0%
Caldas	1725	891	4	73,2%	75,1%	75,0%	66,1%	50,0%
Cali	24582	15908	500	62,2%	80,3%	96,2%	75,2%	96,2%
Caquetá	1026	1120	15	85,5%	93,1%	100,0%	85,3%	100,0%
Cartagena	2536	1531	90	48,0%	67,3%	75,6%	88,2%	97,8%
Casanare	2314	1052	23	75,3%	84,3%	95,7%	89,3%	100,0%
Cauca	5157	2642	35	95,6%	97,4%	97,1%	70,6%	85,7%
Cesar	1281	1836	60	75,2%	94,6%	100,0%	94,3%	98,3%
Chocó	1189	244	3	96,9%	97,1%	100,0%	54,9%	100,0%
Córdoba	2445	2996	15	78,2%	96,6%	86,7%	90,8%	100,0%
Cundinamarca	6613	4757	62	74,1%	88,5%	95,2%	82,0%	90,3%
Guainía	244	107	3	65,6%	76,6%	100,0%	86,9%	100,0%
La Guajira	470	647	11	100,0%	99,8%	100,0%	74,8%	100,0%
Guaviare	527	121	0	79,5%	90,1%	N/A	96,7%	N/A
Huila	12011	7430	533	96,9%	98,5%	99,2%	75,4%	95,5%
Magdalena	417	672	4	81,3%	86,8%	100,0%	76,5%	100,0%
Meta	4278	2166	62	22,8%	57,8%	71,0%	85,5%	93,5%
Nariño	2193	982	17	98,8%	98,4%	100,0%	76,6%	88,2%
Norte de Santander	4156	3366	131	63,5%	86,5%	95,4%	91,5%	96,9%
Putumayo	2759	1389	30	69,1%	84,1%	96,7%	99,1%	96,7%
Quindío	4477	2131	27	52,5%	74,0%	96,3%	62,8%	92,6%
Risaralda	5173	3115	58	63,2%	78,6%	84,5%	64,1%	86,2%
Arch. San Andrés	253	165	0	97,6%	95,2%	N/A	46,1%	N/A
Santander	20860	11938	254	56,8%	92,2%	96,1%	88,2%	97,2%
Santa Marta D.E.	215	309	17	77,7%	86,4%	82,4%	66,3%	88,2%
Sucre	1543	2260	44	61,8%	70,1%	93,2%	86,3%	100,0%
Tolima	13086	8749	254	42,2%	74,4%	89,4%	84,3%	97,6%
Valle del Cauca	34159	13113	136	52,1%	70,3%	86,0%	68,9%	94,9%
Vaupés	175	25	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vichada	251	109	1	85,3%	88,1%	0,0%	34,9%	100,0%
Colombia	178011	105620	2664	64,0%	82,5%	93,4%	77,5%	95,1%

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

En la semana epidemiológica 42 de 2024, la incidencia nacional de dengue es de 858,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo de 2023 la incidencia fue de 285,6 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Valle del Cauca, Huila, Vaupés, Tolima, Cundinamarca, Cali y Santander presentan las mayores incidencias registrando tasas superiores a 1 400 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 1 492,1 casos por 100 000 habitantes.

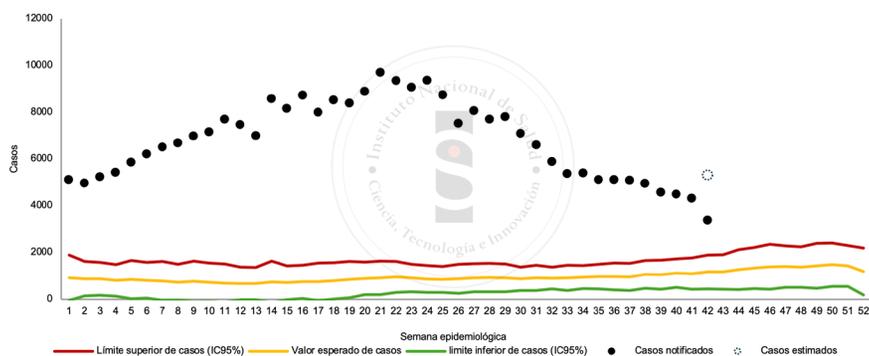
Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024



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

A semana epidemiológica 42 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 11,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41, 2024) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2024) (figura 14).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 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 5,4 % (2) se encuentra dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentran en situación de alerta y el 73,0 % (27) se encuentran por encima del límite superior de 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 octubre (tabla 19). 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 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024

Situación epidemiológica a semana epidemiológica 42, 2024	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de Octubre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Arauca, Bolívar, Chocó, Córdoba, Risaralda, Archipiélago San Andrés y Providencia, Santander y Sucre	Cartagena, Cundinamarca y Vichada	Amazonas, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío y Valle del Cauca
Alerta	Atlántico y Cesar	Buenaventura, Cali y Norte de Santander	La Guajira, Santa Marta y Tolima
Dentro de lo esperado	Magdalena	Vaupés	

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 42 de 2024 se observó que de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 52,7 % (435) se encuentra 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 77,2 % (44/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

A semana epidemiológica 42 de 2024, se han notificado 559 muertes probables por dengue, de las que se confirmaron 178 casos, se descartaron 211 casos y se encuentran en estudio 170 casos; de las muertes confirmadas, tres casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad por dengue nacional es de 0,061 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2023 se confirmaron 88 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,093 %) (tabla 21).

Tabla 20. 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 42 de 2024

Departamento	Municipio	Incidencia Casos por 100 000 hab.	Total	Esperado	Observado
Antioquia	Medellín	160,3	4189	67	648
	Bello	35,4	196	6	33
	Envigado	296,4	717	1	109
	Itagüí	41,8	115	5	11
	Turbo	336,6	452	15	24
Atlántico	Barranquilla	263,6	3458	0	461
Bolívar	Cartagena	309,1	3261	73	846
	Magangué	439,8	632	29	31
Caldas	Turbaco	445,2	518	8	80
	Manizales	18,9	86	0	4
Caquetá	Florencia	516,1	912	13	69
Cauca	Popayán	1325,6	3594	1	101
	Santander de Quilichao	1315,8	1511	3	48
Cesar	Valledupar	249,1	1375	48	149
Córdoba	Lorica	506,0	593	6	33
	Sahagún	231,5	259	13	32
Cundinamarca	Fusagasugá	1937,8	3204	2	323
	Girardot	1016,6	1197	19	84
Chocó	Quibdó	363,4	483	3	18
Huila	Neiva	1802,8	6676	32	179
	Pitalito	2690,0	3517	10	52
Meta	Villavicencio	597,4	3046	82	298
Nariño	San Andres de Tumaco	348,6	897	15	42
Norte de Santander	Ocaña	564,7	670	13	59
	Villa del Rosario	703,9	775	34	63
Quindío	Armenia	1053,9	3294	9	280
Risaralda	Pereira	876,6	4255	7	357
	Dosquebradas	765,5	1666	3	191
Santander	Bucaramanga	1713,0	10603	38	532
	Barrancabermeja	252,5	542	11	50
	Floridablanca	1877,3	5890	15	363
	Girón	1477,4	2588	16	168
	Piedecuesta	1896,1	3535	14	138
Sucre	Sincedejo	547,9	1650	74	432
Tolima	Ibagué	2283,3	12420	43	555
Valle del Cauca	Calí	1584,3	36137	238	1127
	Buenaventura	214,7	678	17	35
	Guadalajara de Buga	3844,9	5020	20	97
	Cartago	2850,5	3963	10	79
	Jamundí	3257,3	5514	6	293
	Palmira	1544,0	5540	21	65
	Tuluá	1837,1	4071	17	114
	Yumbo	3596,4	4009	13	114
	Arauca	Arauca	367,7	369	5

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

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2023-2024

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2024		Letalidad por dengue a SE 42, 2024	Letalidad por dengue a SE 42, 2023
	Confirmados	En estudio		
Exterior	3	4	0,659	0,472
La Guajira	4	2	0,333	0,000
Guainía	1	0	0,297	0,000
Buenaventura	2	1	0,295	0,000
Cesar	7	0	0,228	0,073
Putumayo	9	1	0,213	0,000
Arauca	3	1	0,133	0,088
Norte de Santander	9	4	0,120	0,243
Boyacá	2	0	0,110	0,000
Atlántico	2	1	0,096	0,046
Cartagena	3	4	0,092	0,046
Meta	6	4	0,090	0,084
Huila	18	1	0,089	0,175
Casanare	3	0	0,087	0,072
Bolívar	5	7	0,085	0,095
Santander	28	14	0,084	0,062
Caldas	2	0	0,076	0,000
Risaralda	6	6	0,072	0,000
Quindío	4	7	0,061	0,000
Chocó	1	0	0,058	0,462
Tolima	13	29	0,055	0,056
Caquetá	1	2	0,045	0,000
Valle del Cauca	23	11	0,044	0,130
Cundinamarca	5	5	0,040	0,124
Antioquia	6	19	0,037	0,093
Sucre	1	3	0,028	0,159
Cauca	2	9	0,023	0,000
Cali	8	18	0,022	0,023
Córdoba	1	4	0,019	0,063
Vichada	0	4	0,000	0,000
Barranquilla	0	3	0,000	0,000
Magdalena	0	2	0,000	0,462
Nariño	0	2	0,000	0,210
Bogotá	0	1	0,000	0,000
Santa Marta D.E.	0	1	0,000	0,143
Amazonas	0	0	0,000	0,195
Guaviare	0	0	0,000	0,260
Arch. San Andrés	0	0	0,000	0,000
Vaupés	0	0	0,000	0,000
Colombia	178	170	0,061	0,093

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 41 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 endemicidad 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).

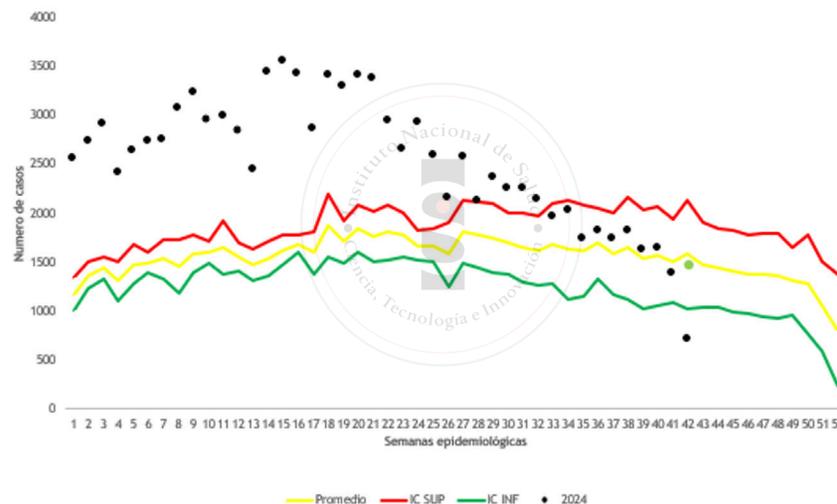
Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
			NO	SI	SI/NO	NO	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o 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 15).

Figura 15. Canal endémico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2024



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana 42, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 42, se notificaron 1 966 casos de malaria, para un acumulado de 106 915 casos, de los cuales 105 104 son de malaria no complicada y 1 811 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 61,7 % (66 003), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 36,4 % (38 951) e infección mixta con 1,8 % (1 961). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 96,2 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (36,0 %), Antioquia (13,3 %), Córdoba (11,0 %), Vaupés (8,4 %), Nariño (7,2 %), Risaralda (6,9 %), Guainía (3,6 %), Buenaventura (3,0 %), 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 78,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia con mayor tasa de incidencia, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial	Municipio	Malaria mixta	Malaria <i>P. falciparum</i>	Malaria <i>P. vivax</i>	Casos	Tasa por 1 000 habitantes
Antioquia	El Bagre	9	280	2385	2674	47,49
	Chigorodó	17	266	1121	1404	22,56
	Turbo	1	43	1020	1064	7,91
	Mutatá	2	34	792	828	55,07
	Vigía del Fuerte	24	394	394	812	83,26
	Murindó	15	162	862	1039	196,04
Bolívar	Montecristo	11	151	841	1003	54,60
Buenaventura	Buenaventura	22	2162	991	3175	9,80
Cauca	Guapi	2	1748	72	1822	61,68
Chocó	Quibdó	55	3673	2021	5749	39,76
	Bagadó	165	2890	1896	4951	418,05
	Lloró	375	1197	1338	2910	274,24
	Alto Baudó	52	1551	1343	2946	94,22
	Tadó	36	1878	954	2868	142,30
	Bajo Baudó	72	1004	2189	3265	96,23
	Río Quito	14	1177	545	1736	189,56
	Medio San Juan	48	883	693	1624	138,05
	Medio Baudó	20	988	341	1349	79,86
	Istmina	18	763	647	1428	42,23
	Medio Atrato	64	852	261	1177	91,28
	Atrato	15	651	228	894	130,68
	El Cantón del San Pablo	9	548	361	918	132,93
Nuquí	5	358	323	686	37,63	
Córdoba	Tierralta	105	1037	5264	6406	64,19
	Puerto Libertador	14	234	2430	2678	58,97
	Montelíbano	8	58	854	920	10,62
Guainía	Inírida	6	19	3687	3712	97,90
Nariño	Roberto Payán	6	1136	438	1580	118,55
	Barbacoas	4	1498	87	1589	27,11
	Olaya Herrera	6	462	625	1093	41,29
	Tumaco	16	585	325	926	3,47
	Magüí	1	709	119	829	31,71
Norte de Santander	Tibú	1	2	897	900	14,48
Risaralda	Pueblo Rico	216	2527	4068	6811	405,68
Vaupés	Mitú	230	982	7482	8694	357,85

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 42 se han notificado 1 811 casos de malaria complicada, que proceden de 29 entidades territoriales y 55 casos procedentes del exterior. Chocó, Antioquia, Vaupés, Amazonas, Nariño, Córdoba, Buenaventura, Risaralda, Bolívar, Meta y Norte de Santander notificaron el 85,0 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 61,6 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 16).

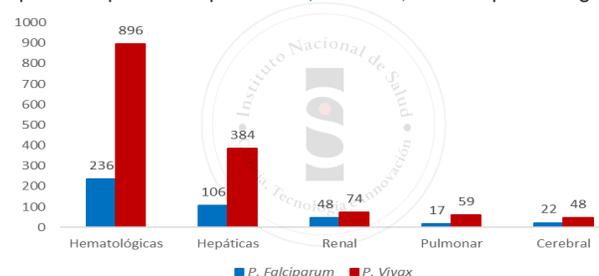
Figura 16. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, el 59,9 % (1 132) presentaron complicaciones hematológicas, el 25,9 % (490) complicaciones hepáticas; el 6,5 % (122) complicaciones renales; el 4,0 % (76) complicaciones pulmonares y el 3,7 % (70) a nivel cerebral (figura 17).

Figura 17. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, semana epidemiológica 42 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 42 de 2024 se han confirmado quince (15) casos de muerte por malaria; 5 casos procedentes de Chocó (El Carmen de Atrato, Bajo Baudó y tres casos de Quibdó), 2 casos de Risaralda (Pueblo Rico), 3 casos de Vaupés (Mitú), 1 caso de Montecristo (Bolívar), 1 caso de Cauca (Guapi), 1 caso de Guainía (Inírida), 1 caso de Valle (El Dovio) y 1 caso de Buenaventura. Trece (13) casos se encuentran pendientes por unidad de análisis.

Comportamientos inusuales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 42 el país se encuentra en situación de aumento; catorce (14) departamentos y 24 municipios se encuentran en situación de brote (tabla 23) y tres (3) departamentos y 17 municipios se encuentran en situación de alerta para malaria (tabla 24).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 38 a 42 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Vaupés	Mitú	8279	35	931	4
Chocó	Bagadó	4766	290	270	5
Buenaventura	Buenaventura	3115	149	168	5
Nariño	Barbacoas	1454	89	178	5
Chocó	Istmina	1397	47	68	5
Boyacá	Cubará	1037	0	60	4
Chocó	El Cantón del San Pablo	876	33	61	5
Antioquia	Mutató	823	33	48	5
Nariño	Magüi	735	67	121	5
Chocó	Carmen del Darién	698	49	83	5
Vichada	Cumaribo	682	144	194	5
Amazonas	Leticia	426	5	27	4
Antioquia	Tarazá	396	8	38	4
Risaralda	Mistrató	357	6	26	4
Chocó	El Carmen de Atrato	210	2	27	4
Córdoba	Planeta Rica	172	4	15	4
Antioquia	Carepa	169	8	14	4
Arauca	Saravena	92	1	9	4
Caldas	Belalcázar	84	0	5	1
Caquetá	Florencia	69	1	20	4
Amazonas	Puerto Santander	57	5	11	4
Vaupés	Caruru	27	0	21	4
Valle	Pradera	18	0	19	4
Vaupés	Papunaua	9	0	5	4

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

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales entre las semanas epidemiológicas 38 a 42 de 2024, Colombia

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado	Estrato de riesgo
Risaralda	Pueblo Rico	6616	218	287	5
Chocó	Lloró	2825	100	117	5
Antioquia	El Bagre	2594	143	146	5
Chocó	Río Quito	1703	77	69	5
Chocó	Medio Atrato	1135	49	69	5
Chocó	Río Iro	555	17	25	4
Chocó	Nóvita	503	21	22	5
Antioquia	Dabeiba	487	23	31	4
Antioquia	Cáceres	415	21	32	4
Guaviare	San José del Guaviare	363	56	65	5
Chocó	Unión Panamericana	334	19	17	5
Norte de Santander	Sardinata	202	8	27	4
Antioquia	Caucasia	176	11	14	4
Bolívar	Santa Rosa del Sur	163	5	9	4
Guaviare	Calamar	158	18	24	5
Guaviare	Miraflores	122	14	17	4
Córdoba	Montería	95	14	18	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2024 Colombia

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

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 42 de 2024, se han notificado 21 016 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 20 870 corresponden a residentes en Colombia y 146 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (43 de 2023 a 42 de 2024) es de 0,67 casos por 100 menores de 5 años (tabla 25).

Tabla 25. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2023-2024

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 42 de 2023	Casos a SE 42 de 2024	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE)*
Total nacional	20266	20870	0,67
Vichada	316	281	2,65
La Guajira	2308	2354	2,64
Chocó	783	938	1,85
Arauca	267	308	1,36
Guaviare	84	92	1,06
Guainía	52	52	0,96
Vaupés	56	51	0,94
Magdalena	589	621	0,85
Casanare	319	269	0,84
Amazonas	43	59	0,81
Cesar	744	783	0,76
Risaralda	471	378	0,75
Nariño	682	787	0,74
Bogotá D.C.	2855	2682	0,68
Meta	427	455	0,65
Tolima	418	436	0,65
Buenaventura	137	204	0,65
Bolívar	503	572	0,64
Antioquia	1948	2344	0,63
Boyacá	453	431	0,62
Cundinamarca	1126	1234	0,62
Huila	466	502	0,61
Putumayo	185	163	0,60
Cartagena	391	378	0,56
Caquetá	141	174	0,56
Norte Santander	655	580	0,55
Caldas	237	241	0,48
Valle	552	513	0,46
Atlántico	480	429	0,45
Santander	500	563	0,45
Córdoba	557	539	0,41
Cali	423	487	0,40
Sucre	310	254	0,39
Santa Marta	125	112	0,34
Barranquilla	242	230	0,31
Cauca	312	288	0,29
Quindío	95	78	0,29
San Andrés	14	8	0,25

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 43 de 2023 a SE 42 de 2024

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

El 76,2 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y el 23,8 % como desnutrición aguda severa; el 8,2 % 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 (30,9 %) y de 1 año (29,5 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales en el 64,9 %.

Para la semana epidemiológica 42 de 2024, comparada con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Bolívar, Buenaventura, Santa Marta, Amazonas, Guainía y Vaupés. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (tabla 26).

Tabla 26. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años respecto al promedio 2019-2023, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2024

Entidad territorial de residencia	Valor esperado	Valor observado
Bolívar	294	572
Buenaventura	74	204
Santa Marta	77	112
Amazonas	46	59
Guainía	47	52
Vaupés	72	51

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 42 de 2024, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 30 municipios (tabla 27).

Tabla 27. 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 42 de 2024.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Uribia	429	736
La Guajira	Riohacha	357	692
Nariño	San Andrés de Tumaco	184	376
Huila	Neiva	115	233
Chocó	Quibdó	52	162
Antioquia	Bello	79	136
Bolívar	Magangué	37	133
Santander	Barrancabermeja	48	131
Antioquia	Turbo	25	121
Tolima	Ibagué	47	97
Valle del Cauca	Palmira	50	95
Cundinamarca	Facatativá	47	83
Caldas	Manizales	38	80
Cundinamarca	Zipacquirá	34	66
Cundinamarca	Mosquera	37	65
Santander	Girón	29	62
Atlántico	Malambo	33	59
Risaralda	Dosquebradas	22	54
Cundinamarca	Girardot	37	53
Atlántico	Sabanalarga	32	52
Santander	Piedecuesta	31	52
Valle del Cauca	Jamundí	26	50
Sucre	Sincelejo	36	49
Valle del Cauca	Tuluá	23	41
Boyacá	Duitama	26	39
Córdoba	Sahagún	18	38
Cundinamarca	Chía	18	36
Valle del Cauca	Cartago	16	29
Norte de Santander	Villa del Rosario	50	28
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	12	23

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

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Brotos y situaciones de emergencia en salud pública

ALERTAS NACIONALES

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial de Caldas, 23 de octubre de 2024

El 17 de octubre de 2024 se presentó un brote de ETA en población escolarizada. Se han identificado 48 casos de 149 expuestos, para una tasa de ataque de 32,2%. Se registran cuatro hospitalizados, todos con alta hospitalaria y sin complicaciones. No se han reportado muertes. Se han adelantado acciones de control como visita de inspección, vigilancia y control, investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria e institucional. Muestras de alimentos cumplen con fisicoquímicos y microbiológicos establecidos. Esta información es preliminar y se encuentra sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental de Caldas

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 42 de 2024 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, 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

Enfermedad por virus Marburg-Ruanda. 8 de octubre 2024

Hasta el 17 de octubre de 2024 se habían notificado en Ruanda un total de 62 casos de enfermedad por el virus de Marburgo (MVD), incluidas 15 muertes (tasa de mortalidad: 24,2%), y 43 recuperaciones. Se está realizando el rastreo de contactos y, al 14 de octubre de 2024, se estaba haciendo un seguimiento de más de 800 contactos. En octubre, se desplegó un equipo de refuerzo de la OMS para apoyar la respuesta en el país en todas las funciones de gestión de incidentes: epidemiología, operaciones sanitarias, gestión de casos, logística sanitaria, investigación sobre vacunas, coordinación de socios y prevención y control de infecciones.

Desde que se publicó la última noticia sobre este brote de enfermedad el 11 de octubre de 2024, se han notificado cuatro casos adicionales de enfermedad por el virus de Marburgo (MVD) confirmados por laboratorio en Ruanda. Hasta el 17 de octubre de 2024, se han notificado un total de 62 casos, incluidas 15 muertes (letalidad: 24,2%). La mayoría de los casos se han notificado en los tres distritos de la ciudad de Kigali.

Desde la declaración del brote el 27 de septiembre y hasta el 17 de octubre, 43 casos confirmados se han recuperado; los cuatro casos restantes están bajo atención en el centro de tratamiento designado para la enfermedad de Marburgo. Los trabajadores sanitarios de dos centros sanitarios de Kigali representan más del 80% de los casos confirmados. Todos los nuevos casos confirmados notificados durante la última semana se han asociado con los dos grupos de hospitales de Kigali. Hasta el 17 de octubre de 2024, se han realizado un total de 4 486 pruebas para detectar el virus de Marburgo, y se analizan aproximadamente entre 200 y 300 muestras por día en el Centro Biomédico de Ruanda.

Se está realizando el rastreo de contactos y, hasta el 14 de octubre de 2024, se está haciendo un seguimiento de más de 800 contactos. Ambos contactos que viajaron al extranjero, a Bélgica y Alemania, han completado el período de seguimiento de 21 días y ya no representan un riesgo para la salud pública.

La fuente del brote aún se está investigando y se proporcionará información adicional cuando esté disponible.

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Evaluación de Riesgo de la OMS

La enfermedad del virus de Marburgo es una enfermedad hemorrágica viral altamente letal, con brotes previos de magnitud variable. El diagnóstico diferencial con otras enfermedades infecciosas puede ser complejo en etapas tempranas. El brote actual en Ruanda, con 62 casos confirmados, se concentra principalmente en trabajadores de la salud, lo que resalta la necesidad crítica de medidas robustas de prevención y control de infecciones. La OMS ha clasificado el riesgo como muy alto a nivel nacional, reconociendo la necesidad de vigilancia activa, pruebas diagnósticas oportunas, aislamiento de casos y rastreo de contactos. Aunque la transmisión del virus no se considera fácil, se requiere un control efectivo para limitar la propagación.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS Enfermedad por virus Marburg-Ruanda. Fecha de publicación: 18 de octubre 2024. Fecha de consulta: 23 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON540>

Actualización epidemiológica Oropouche en la región de las Américas. 15 de octubre de 2024

Entre la semana epidemiológica (SE) 01 y la SE 40 de 2024, se notificaron un total de 10 275 casos confirmados de Oropouche, incluidas dos muertes, en la región de las Américas. Se notificaron casos confirmados en nueve países: Bolivia (Estado Plurinacional de) (n = 356 casos), Brasil (n = 8 258 casos, incluidas dos muertes), Canadá (n = 2 casos importados), Colombia (n = 74 casos), Cuba (n = 555 casos), Ecuador (n = 2 casos), Guyana (n = 2 casos), Perú (n = 936 casos) y Estados Unidos de América (n = 90 casos importados). Además, se han notificado casos importados de Oropouche en países de la región de Europa (n = 30 casos).

Desde la publicación de la Actualización epidemiológica de Oropouche de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 6 de septiembre de 2024 (18), se notificaron 423 casos adicionales de Oropouche en siete países de la región: Brasil (n= 327 casos), Canadá (n= 1 caso importado), Cuba (n= 49 casos), Ecuador (n= 2 casos), Guyana (n= 2 casos), Perú (n= 6 casos) y Estados Unidos (n= 69 casos importados). Dos nuevos países de la región de las Américas notificaron casos por primera vez: Ecuador y Guyana.

Orientación para los Estados miembros

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros las recomendaciones sobre diagnóstico y manejo clínico, diagnóstico de laboratorio, prevención y control vectorial de la enfermedad por el virus de Oropouche, así como recomendaciones específicas relacionadas con casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal asociados a la infección por OROV.

El brote actual pone de relieve la necesidad de fortalecer las medidas de vigilancia epidemiológica y entomológica y reforzar las medidas preventivas en la población. Asimismo, para contribuir a la generación de conocimiento sobre esta enfermedad, se solicita a los Estados Miembros notificar todos los eventos inusuales relacionados, incluidas las muertes asociadas a la infección por OROV, así como los casos de posible transmisión vertical y sus consecuencias.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica Oropouche en la región de las Américas. Fecha de publicación: 15 de octubre de 2024. Fecha de consulta: 23 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-oropouche-americas-region-15-october-2024>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 42

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			Meningitis bacteriana		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado
Amazonas	40	1	1	369	32	35	575	12	25	1	0	0	6	0	0	1186	227	102	0	1	0
Antioquia	558	15	13	16075	1270	1569	16218	288	2052	1643	40	61	93	5	4	14256	660	688	184	24	36
Arauca	93	2	3	658	54	71	2261	69	205	1	1	0	59	6	4	133	2	15	10	1	3
Atlántico	120	3	3	3445	239	302	2082	217	236	3	1	0	25	4	1	2	0	0	22	6	8
Barranquilla	14	0	0	3265	218	353	3458	221	461	19	2	1	76	10	6	0	0	0	50	5	15
Bogotá	1	0	0	19821	1752	1872	0	0	0	128	23	9	104	1	0	0	0	0	231	28	51
Bolívar	239	8	4	2432	186	240	5879	238	674	0	1	0	10	1	0	1843	101	123	17	5	4
Boyacá	60	1	0	5707	466	546	1812	23	175	9	1	0	5	0	0	1095	0	60	24	4	10
Buenaventura	28	0	2	126	9	12	678	31	35	1	0	0	0	0	0	3256	137	168	15	1	3
Caldas	57	1	1	3230	278	313	2616	19	285	47	1	1	25	1	1	109	1	6	15	1	3
Cañ	7	0	1	4037	427	379	36137	622	1127	1021	14	70	74	3	0	15	1	2	57	12	9
Caquetá	162	2	2	1028	96	52	2211	59	117	2	0	0	9	1	0	154	9	29	19	4	2
Cartagena	23	0	1	1811	113	114	3261	179	846	0	0	0	9	1	0	0	0	0	30	4	3
Casanare	166	3	4	1490	109	131	3438	87	114	7	1	0	4	1	0	39	5	2	3	1	0
Cauca	97	3	1	4741	421	418	8852	32	306	387	1	0	15	2	0	2973	271	152	29	4	3
Cesar	286	7	11	2447	161	239	3073	294	270	3	3	0	67	4	0	34	2	0	17	3	1
Chocó	165	4	2	237	14	9	1718	39	91	2	0	1	112	5	0	38146	2047	1675	17	1	3
Córdoba	396	6	9	4374	315	411	5233	309	660	15	1	0	5	0	1	11679	732	716	30	2	6
Cundinamarca	86	1	2	11786	1001	1173	12648	195	965	38	4	2	36	2	1	0	0	0	59	10	12
Guainía	11	0	0	138	10	12	337	5	48	1	0	0	0	0	0	3832	402	317	0	1	0
Guaviare	81	1	1	289	27	39	640	24	108	7	0	0	2	0	0	819	108	111	4	1	0
Huila	120	2	6	5143	413	550	20126	146	460	16	2	0	18	2	0	3	0	0	43	5	10
La Guajira	152	3	3	1968	146	178	1201	100	63	1	1	0	12	1	0	27	1	3	9	3	1
Magdalena	166	5	3	2184	179	217	1310	130	81	3	4	0	31	2	0	13	0	2	2	2	0
Meta	238	5	3	3492	285	339	6647	195	595	109	3	21	61	3	0	263	36	21	18	1	6
Nariño	117	3	6	6038	491	564	3024	40	90	13	1	0	30	2	1	7673	912	654	43	7	11
Norte de Santander	282	7	6	5531	390	523	7479	351	470	56	22	0	3	0	0	1328	193	82	57	6	13
Putumayo	118	2	3	1520	118	133	4219	46	251	1	0	0	2	0	0	46	4	3	9	1	2
Quindío	15	0	0	2444	201	221	6611	32	590	12	2	1	12	0	0	34	2	2	8	1	0
Risaralda	48	1	0	3303	287	262	8374	24	821	17	3	1	28	2	0	7321	191	324	16	3	5
San Andrés	0	0	0	325	24	26	469	10	128	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.E.	44	1	2	1641	101	149	560	65	48	5	0	0	26	3	1	0	0	0	5	1	1
Santander	199	5	3	6272	495	606	33282	314	2015	27	4	1	23	2	0	19	1	2	51	5	9
Sucre	107	2	5	2275	179	219	3571	197	891	0	0	0	29	1	0	84	5	4	10	2	2
Tolima	122	3	3	5796	469	590	23544	657	1068	13	2	1	52	3	4	19	1	0	30	3	4
Valle del Cauca	62	1	3	6740	574	601	51701	445	1883	108	5	7	37	5	4	98	5	27	33	6	5
Vaupés	42	1	0	123	12	11	211	10	1	3	0	2	0	0	0	9137	62	989	4	1	0
Vichada	52	1	1	199	21	14	384	4	60	0	0	0	0	0	0	899	141	201	3	1	0
Total nacional	4.574	100	108	142.500	11.583	13.493	285.840	5.729	18315	3.719	144	179	1.101	66	28	106.915	6.331	6.502	1.174	168	241

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 42

Decremento
Incremento

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Departamento	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			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
	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	5.138	668	270	335	16	20	0	0	0	2838	425	296	11	1	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	776.576	79.318	63.097	36308	2189	3129	4684	741	771	335242	38053	33046	537	72	49	9	11	1	603	80	40
Arauca	21.315	2.411	1.876	2480	117	311	32	2	12	6839	689	479	32	5	3	0	1	0	23	2	3
Atlántico	149.097	11.744	12.928	3205	241	286	1179	154	299	49873	3609	4862	131	25	8	0	3	0	75	9	5
Barranquilla	207.532	17.757	17.766	8269	365	755	1377	227	245	66563	5586	5901	151	27	14	0	2	0	104	6	11
Bogotá	1.517.156	127.901	121.202	64002	4646	4607	8080	1367	1213	666090	63646	69137	602	75	62	13	11	1	1220	291	112
Bolívar	114.451	11.624	10.372	3058	250	317	568	120	107	31196	2599	2288	114	18	8	2	3	0	35	5	1
Boyacá	123.162	12.604	11.344	6156	380	452	423	78	64	47862	4246	3681	93	10	7	2	2	0	174	21	9
Buenaventura	7.278	1.272	550	196	0	11	9	1	2	2439	388	218	37	8	1	0	1	0	2	0	0
Caldas	68.880	8.357	5.851	2660	257	192	908	118	175	30214	2952	3104	63	7	7	1	2	0	64	9	1
Cali	240.532	21.864	15.442	5912	462	337	571	61	100	88364	13683	6284	210	25	19	8	4	0	132	25	12
Caquetá	27.426	3.076	1.874	1834	128	111	57	12	4	19985	1636	1170	35	5	3	0	1	0	26	3	1
Cartagena	185.772	17.104	19.627	4958	377	706	1176	214	189	47287	3883	4481	138	24	15	0	2	0	76	6	3
Casanare	26.430	2.684	1.971	882	57	59	95	11	21	11948	1007	848	53	6	4	3	1	0	40	3	0
Cauca	104.647	9.251	7.468	3940	94	313	352	55	64	64887	5367	4899	146	20	12	3	3	0	79	10	11
Cesar	102.440	11.249	10.386	7173	631	606	382	162	77	26111	2637	3130	145	22	10	2	3	0	41	9	3
Chocó	31.521	1.394	3.023	1459	150	134	32	4	2	12317	831	1179	131	15	11	0	1	0	14	0	0
Córdoba	181.230	14.237	18.050	5469	519	653	1403	181	338	46527	4094	3940	219	34	14	1	4	0	134	12	7
Cundinamarca	347.070	24.887	28.023	13242	651	950	1664	392	236	148721	13491	14677	293	35	25	7	6	0	358	58	26
Guainía	2.357	190	285	238	25	36	0	0	0	1419	107	127	9	1	2	0	0	0	2	0	0
Guaviare	6.040	634	493	184	38	13	44	10	15	2734	289	260	9	1	0	0	0	0	9	1	0
Huila	98.625	9.983	6.356	4928	277	318	504	77	66	41393	4948	3835	104	14	5	4	2	0	146	18	14
La Guajira	200.074	13.043	20.267	4752	660	400	245	72	58	59186	4947	9553	233	37	16	5	3	0	51	3	3
Magdalena	93.202	8.585	9.546	2944	235	248	135	8	22	32256	3132	3260	120	15	6	0	2	0	14	3	0
Meta	70.242	6.881	5.605	3609	157	316	476	77	90	47752	4189	5703	112	15	11	7	2	0	69	12	2
Nariño	122.017	14.038	9.930	5715	370	395	109	47	17	45816	7694	5425	152	17	8	8	3	0	133	13	5
Norte de Santander	146.461	12.486	11.166	9001	694	791	781	133	103	45729	5822	3867	124	20	5	6	3	1	181	21	11
Putumayo	30.026	2.291	2.537	1147	119	73	34	5	7	9606	1246	900	46	4	2	0	1	0	46	5	1
Quindío	55.207	5.548	4.302	2708	242	200	334	47	57	29505	2797	2811	44	5	3	0	1	0	35	5	0
Risaralda	102.257	9.610	9.081	4652	269	344	367	41	44	34197	4089	3256	74	9	9	4	2	0	73	7	3
San Andrés	8.076	711	1.355	462	69	35	1	0	0	2710	317	223	14	1	0	0	0	0	3	0	0
Santa Marta D.E.	57.258	2.578	4.825	2382	173	222	875	147	162	16765	1340	1201	40	10	1	1	1	0	10	2	0
Santander	212.605	15.278	16.314	16456	1045	1322	2308	369	373	71594	6856	5629	130	20	11	2	4	0	92	12	9
Sucre	78.459	8.918	8.457	6141	800	568	1188	251	306	22260	2834	2105	107	15	5	5	2	0	80	8	3
Tolima	114.430	11.007	8.726	7057	306	479	435	62	62	53197	5330	6059	100	13	5	4	2	0	65	11	4
Valle del Cauca	133.085	12.300	10.481	2650	222	225	500	72	93	62310	6421	5111	136	16	16	1	4	0	151	13	6
Vaupés	3.884	309	485	261	13	13	9	8	0	962	97	123	12	2	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	5.478	369	390	22	6	0	1	1	0	3041	147	135	28	3	2	0	0	0	1	0	0
Total nacional	5.777.436	514.161	481.721	246.847	17.250	19.947	31.338	5.321	5.394	2.287.735	238.347	223.203	4.735	654	379	98	93	3	4.361	683	306

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 42

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos probables			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado	Observado	Acumulado 2024	Esperado
Amazonas	0	1	0	0	0	0	33	15	0	80	0	0
Antioquia	59	10	3	187	34	13	1987	301	139	2931	76	28
Arauca	3	1	0	5	2	0	163	28	15	215	3	3
Atlántico	0	1	0	11	1	2	614	181	49	294	6	8
Barranquilla	0	1	0	39	4	1	601	100	73	897	12	7
Bogotá	674	10	11	433	59	21	3832	505	309	9387	177	51
Bolívar	2	1	0	12	4	0	317	104	30	103	0	0
Boyacá	27	1	0	24	4	0	598	95	42	925	24	7
Buenaventura	0	1	0	1	0	0	69	4	0	18	0	0
Caldas	2	1	0	6	1	0	296	49	15	289	5	4
Cali	1	2	0	5	4	0	787	135	60	1620	53	14
Caquetá	1	0	0	7	2	1	124	22	11	63	3	1
Cartagena	3	1	0	3	3	0	372	113	34	205	1	0
Casanare	6	0	0	6	1	0	179	48	20	231	3	1
Cauca	2	1	0	5	2	0	348	39	17	582	37	10
Cesar	5	2	0	3	7	0	340	60	26	345	3	0
Chocó	2	1	0	45	3	0	75	7	9	37	0	0
Córdoba	4	2	0	1	1	0	1175	178	101	629	1	6
Cundinamarca	172	2	6	112	14	2	7	1	2	1472	17	8
Guainía	2	1	0	0	0	0	1605	232	137	8	0	0
Guaviare	5	1	0	1	0	0	52	9	9	38	0	0
Huila	5	1	0	56	5	0	412	47	44	355	9	3
La Guajira	1	2	0	0	1	0	276	57	29	202	3	2
Magdalena	1	1	0	2	1	0	204	45	25	70	0	1
Meta	11	1	0	42	4	1	436	83	19	361	5	3
Nariño	7	1	0	55	6	2	713	87	35	352	11	2
Norte de Santander	2	2	0	11	9	0	759	124	75	436	6	1
Putumayo	1	1	0	10	1	0	185	22	9	277	6	2
Quindío	0	1	0	5	1	0	243	57	36	280	7	3
Risaralda	3	1	0	2	2	1	404	54	33	200	4	3
San Andrés	0	1	0	3	0	0	19	12	0	27	0	0
Santa Marta D.E.	1	1	0	10	0	0	97	13	10	147	2	0
Santander	1	2	0	60	10	2	631	128	68	1304	13	14
Sucre	5	1	0	36	18	1	395	112	37	379	0	2
Tolima	5	1	0	26	4	0	627	82	68	402	12	5
Valle del Cauca	2	1	0	2	1	1	863	138	78	732	23	5
Vaupés	1	1	0	3	0	0	6	1	1	12	0	0
Vichada	3	1	1	5	1	2	98	1	3	11	0	0
Total nacional	1.019	58	21	1.234	215	50	19.942	3.289	1.668	25.916	522	194

Tema central

Situación Na.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 42

Decremento
Incremento

Departamento	Chagas agudo		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años	
	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	0	0	1	4	46	59	0	0	4	0	55	75	10	8	12	75	1	0	2	1
Antioquia	1	0	7	8	1244	2344	1	1	5	7	4215	4935	925	666	378	1133	23	13	8	8
Arauca	2	1	0	1	226	308	0	0	3	0	145	154	16	11	4	13	3	0	2	0
Atlántico	1	0	4	1	317	429	0	0	3	1	676	874	2	1	35	92	11	4	1	2
Barranquilla	0	0	2	0	175	230	0	0	2	1	716	821	0	0	54	252	8	4	1	2
Bogotá	0	0	0	0	2412	2682	1	0	5	22	3435	4694	0	0	58	84	25	18	1	2
Bolívar	0	0	1	1	294	572	0	0	2	1	396	540	296	361	63	180	10	3	2	2
Boyacá	0	3	1	0	392	431	0	0	1	2	768	922	89	199	11	26	5	2	1	0
Buenaventura	0	0	0	0	74	204	0	0	1	0	68	88	17	10	47	89	4	2	0	3
Caldas	0	0	2	0	123	241	0	0	42	2	954	993	151	211	28	151	3	1	0	0
Cali	0	0	13	6	378	487	0	0	15	13	1300	1378	1	1	89	231	7	5	1	0
Caquetá	0	0	1	0	154	174	0	0	2	0	209	183	198	153	74	475	3	0	0	1
Cartagena	0	0	2	0	160	378	0	0	4	3	427	484	2	0	116	239	9	0	0	1
Casanare	8	4	4	2	276	269	0	0	2	2	238	235	7	2	14	18	3	1	1	2
Cauca	0	0	1	3	284	288	0	0	2	7	679	792	58	25	36	82	8	7	4	3
Cesar	5	0	1	0	551	783	0	1	1	1	468	555	47	283	51	76	11	10	6	4
Chocó	0	0	1	1	486	938	0	0	2	0	77	130	201	182	38	84	11	14	20	34
Córdoba	0	4	1	0	428	539	0	0	7	0	783	959	136	155	37	106	14	6	1	3
Cundinamarca	0	0	15	10	889	1234	0	0	7	10	1689	2089	145	172	58	125	16	9	0	0
Guainía	0	0	0	0	47	52	0	0	1	0	23	20	15	11	4	4	1	0	1	2
Guaviare	0	1	1	0	94	92	0	1	4	0	47	57	337	136	19	44	1	0	0	0
Huila	0	0	1	0	331	502	0	0	3	5	664	719	13	7	59	204	4	5	0	0
La Guajira	0	0	0	0	1416	2354	0	0	1	0	214	286	19	14	7	27	23	17	15	23
Magdalena	0	0	0	0	452	621	0	0	4	1	273	337	5	6	15	36	12	4	2	2
Meta	1	0	5	1	310	455	0	0	4	2	585	614	180	120	17	24	8	6	1	3
Nariño	0	0	1	1	505	787	0	0	21	1	1112	1226	277	80	29	61	11	7	2	2
Norte de Santander	2	0	3	0	546	580	0	4	18	2	816	955	192	143	36	88	8	5	2	2
Putumayo	0	0	14	2	162	163	0	0	13	2	270	222	197	167	11	27	3	2	1	1
Quindío	0	0	3	2	87	78	0	0	3	1	455	386	1	1	53	221	2	0	0	0
Risaralda	0	0	4	4	257	378	0	0	1	5	966	1051	119	183	130	236	3	2	5	6
San Andrés	0	0	0	0	7	8	0	0	0	0	15	29	0	0	1	4	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	1	1	0	77	112	0	0	11	1	203	314	8	8	32	64	7	2	2	1
Santander	2	2	11	10	326	563	0	0	6	4	1146	1497	480	358	54	194	9	4	1	4
Sucre	1	0	2	0	179	254	0	0	11	4	361	522	82	46	37	63	6	2	1	0
Tolima	0	0	16	5	260	436	0	0	10	3	1029	962	257	188	206	481	6	4	1	2
Valle del Cauca	0	1	6	3	309	513	0	1	10	3	1089	1048	16	17	137	336	6	2	2	2
Vaupés	0	0	0	0	72	51	0	0	1	0	47	77	43	30	20	24	1	0	2	3
Vichada	0	0	0	0	226	281	0	0	0	1	22	23	39	8	2	2	3	3	3	2
Total nacional	23	17	125	65	14.570	20.870	8	8	232	108	26.690	31.191	4.632	3.988	2.072	5.671	284	164	99	123

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana epidemiológica 42

Decremento
Incremento

Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Cuadro de mando semana epidemiológica XX de 2024																				
Tipo de casos incluidos para el análisis	Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Departamento	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 confirmados por laboratorio		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																				
Antioquia																				
Arauca																				
Atlántico	3	3	1	1	1	2	3	3	15	13	0	0	50	54	2	1	16	19	371	495
Barranquilla	53	23	11	18	111	325	143	110	960	1046	3	2	2506	3545	80	121	2354	2229	16986	16270
Bogotá	3	3	2	1	5	5	35	19	144	125	0	0	109	124	2	1	83	77	703	1197
Bolívar	9	10	6	6	24	25	42	26	291	239	3	3	351	444	14	13	394	351	1726	2113
Boyacá	5	5	2	2	22	26	64	38	349	313	1	1	573	817	14	19	745	676	1617	2258
Buenaventura	42	25	0	0	128	430	142	102	788	748	0	0	1013	1166	28	39	3288	3030	15747	28690
Caldas	13	11	8	2	19	12	41	32	247	259	3	2	135	203	4	2	213	174	1773	2063
Cali	6	4	1	0	21	25	18	13	83	84	1	1	129	160	1	8	166	146	2595	3851
Caquetá	4	2	2	1	5	0	11	21	110	101	0	0	135	145	9	4	117	79	238	308
Caquetá	2	1	0	0	17	3	15	17	111	121	0	0	265	349	3	6	295	231	2174	2720
Cartagena	11	7	2	2	37	23	28	37	376	496	0	0	1143	1241	32	48	1194	1022	5693	6248
Casanare	6	9	4	1	7	1	5	6	72	97	0	0	185	239	5	7	100	81	777	954
Cauca	9	8	2	1	17	34	62	68	202	377	1	0	312	417	3	9	613	490	866	1296
Cesar	2	3	2	0	8	9	32	21	107	136	0	0	126	129	3	2	116	102	679	954
Chocó	9	7	1	2	25	5	19	14	164	145	0	0	230	313	2	4	246	212	2489	3000
Córdoba	9	11	18	12	23	15	33	18	276	203	2	1	322	413	3	3	340	271	1777	1932
Cundinamarca	25	38	15	31	10	6	36	43	183	189	1	2	169	225	1	4	69	60	271	349
Guainía	14	11	5	7	31	34	30	20	266	222	5	1	216	239	2	7	637	431	2642	3046
Guaviare	11	11	3	0	57	52	65	49	306	358	1	1	407	499	13	11	762	641	8280	12177
Huila	3	4	1	0	1	0	6	0	15	10	0	0	35	23	0	0	7	1	110	163
La Guajira	1	1	0	1	1	3	4	1	23	26	0	0	35	27	1	0	42	25	217	242
Magdalena	7	6	3	1	19	7	13	15	130	131	1	0	317	444	5	12	337	521	4713	5239
Magdalena	34	27	42	38	17	3	55	29	307	300	1	0	383	543	3	16	290	210	1003	1267
Meta	13	11	11	11	15	2	30	22	191	221	2	0	133	188	2	4	145	139	1157	1247
Nariño	10	5	6	6	19	2	41	41	215	222	0	0	474	593	15	17	278	273	1585	2371
Norte de Santander	8	4	5	3	28	18	17	11	196	181	1	1	142	182	6	3	298	305	2958	3786
Putumayo	7	3	3	4	28	36	76	73	414	396	0	3	524	694	10	19	479	512	2741	3439
Quindío	3	3	2	1	6	6	7	4	76	65	1	0	87	110	2	7	89	91	893	1112
Risaralda	4	3	0	0	9	4	11	3	80	73	0	0	212	255	3	1	281	249	1794	2316
San Andrés	4	9	5	7	16	9	21	31	148	158	0	0	479	521	23	22	444	481	2680	3063
San Andrés	0	0	0	0	2	0	1	1	5	8	0	0	9	9	0	0	17	11	101	224
Santa Marta D.E.	4	0	0	1	9	5	15	17	91	111	1	0	180	282	2	3	209	245	484	603
Santander	6	5	1	3	38	23	55	44	350	366	2	0	685	1006	20	28	569	524	4436	5289
Sucre	6	7	2	8	16	16	19	11	167	151	3	0	83	97	1	1	198	205	1410	1661
Tolima	8	9	2	3	22	18	27	17	148	129	2	1	422	544	9	16	319	297	2068	2897
Valle del Cauca	9	8	5	4	33	35	28	18	260	302	1	0	566	631	14	16	630	555	5128	5919
Vaupés	3	4	0	0	1	1	1	1	3	3	0	0	13	15	0	0	6	4	162	192
Vichada	4	11	9	6	2	1	6	6	31	34	0	0	26	28	0	0	15	19	136	246
Total nacional	391	312	182	184	850	1.221	1.376	1.002	7.973	8.159	34	19	13.159	16.914	338	474	16.401	14.989	101.177	131.197

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Desnutrición

Brotos

Tablas

Semana Epidemiológica

13 al 19 de octubre de 2024

42

Temas centrales

Parálisis Flácida Aguda
Comportamiento epidemiológico en Colombia
a semana epidemiológica 41

Yenny Marcela Elizalde Rodríguez - yelizalde@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/10.33610/23576189.2024.42>
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, jpedraza@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